

UNIVERSIDAD DE OVIEDO

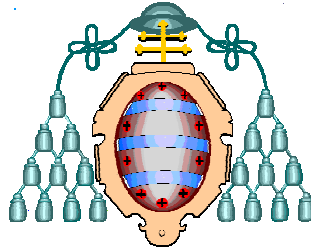
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

Programa de Doctorado en Psicología

Tesis Doctoral

**Apego y Disfunciones Psíquicas:
relación de los vínculos afectivos con el
estado clínico de los consultantes y la
efectividad de la psicoterapia**

AUTOR: Javier Fernández Méndez



UNIVERSIDAD DE OVIEDO

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

Apego y Disfunciones Psíquicas: relación de los vínculos afectivos con el estado clínico de los consultantes y la efectividad de la psicoterapia

Autor: Javier Fernández Méndez

Directoras: Dra. Yolanda Fontanil Gómez

Dra. Yolanda Alonso Fernández

TESIS DOCTORAL

Departamento de Psicología

2015



RESUMEN DEL CONTENIDO DE TESIS DOCTORAL

1.- Título de la Tesis	
Español/Otro Idioma: Apego y Disfunciones Psíquicas: relación de los vínculos afectivos con el estado clínico de los consultantes y la efectividad de la psicoterapia	Inglés: Attachment and Mental Dysfunctions: relationship between affective bonds and clients' clinical condition and psychotherapy outcome

2.- Autor	
Nombre: JAVIER FERNÁNDEZ MÉNDEZ	DNI/Pasaporte/NIE:
Programa de Doctorado: PSICOLOGÍA	
Órgano responsable: UNIVERSIDAD DE OVIEDO	

RESUMEN (en español)

La teoría del apego desarrollada por John Bowlby se ha convertido en una referencia inexcusable para entender los aspectos relacionales, presentes y pasados, de las disfunciones psíquicas y del proceso de su tratamiento, tanto en la infancia como en la edad adulta; y es una perspectiva actualmente compartida por diversos modelos de psicopatología y psicoterapia.

Los objetivos del presente estudio son: (1) analizar la relación de los vínculos de apego en la edad adulta y las estrategias de afrontamiento con las disfunciones psíquicas; y (2), valorar el impacto de esas variables en la alianza terapéutica y la

evolución clínica de los consultantes de psicoterapia. Se describen en primer lugar los conceptos y principios básicos de la teoría del apego. A continuación se revisan las investigaciones realizadas sobre la relación entre los estilos de apego y la psicopatología y la psicoterapia en adultos. También se tratan dos de los procesos a través de los cuáles el apego puede influir en la psicopatología: el apoyo social y el afrontamiento de circunstancias estresantes.

Una muestra formada por 176 personas que acudieron a tratamiento psicológico en servicios ambulatorios de salud mental públicos fue evaluada al inicio del tratamiento en sintomatología, estado afectivo, grado de inadaptación, apego adulto, apoyo social percibido, cuidados por parte de otros significativos, acontecimientos vitales estresantes experimentados en el año anterior y estrategias de afrontamiento. Tras la tercera consulta se evaluó la alianza terapéutica, a juicio del consultante y del terapeuta. Y a los 8-10 meses de la primera evaluación se realizó una entrevista telefónica de seguimiento en la que se recogieron datos sobre su estado afectivo, grado de inadaptación, grado de mejoría y satisfacción con el tratamiento recibido. A esa muestra se añadieron 21 personas con trastornos mentales severos o trastornos más leves pero cronificados que fueron evaluados de la misma manera pero sin realizar seguimiento.

Se describen las características socio-demográficas y clínicas de la muestra, atendiendo especialmente a los niveles de inseguridad en las dimensiones de apego adulto. Utilizando Análisis de Regresión Lineal Múltiple se determinaron las variables que explican (1) las caracterizaciones del apego adulto en relaciones específicas; (2) las manifestaciones generales de disfunciones psíquicas al inicio del tratamiento; (3) la alianza terapéutica establecida en torno a la tercera sesión; y (4) las manifestaciones de disfunciones psíquicas a los 8 – 10 meses de iniciar el tratamiento. También se ha comprobado la efectividad de la psicoterapia.

Resultados: (1) La inseguridad en las dimensiones de *concepto de los otros*, *concepto de uno mismo* y *comodidad con la cercanía*, estuvo más asociada a las experiencias en cada relación específica que a un estilo de apego genérico. En cambio, la dimensión de *temor al rechazo y abandono* estuvo más relacionada con el apego genérico que con las relaciones específicas; (2) las disfunciones psíquicas iniciales se explicaron por la combinación del estrés relacionado con acontecimientos vitales experimentados en el año anterior, el uso de determinadas estrategias de afrontamiento,

los estilos de apego y las valoraciones de los apoyos de familiares y amigos; (3) la alianza terapéutica resultó estar influida por las caracterizaciones del apego y por la calidad del apoyo y de los cuidados de las personas importantes para los consultantes; (4) la psicoterapia ha sido efectiva para disminuir significativamente las manifestaciones de disfunciones psíquicas; (5) la evolución de los consultantes en el plazo de 8 a 10 meses estuvo determinada fundamentalmente por su estado inicial, en particular por sus niveles de depresión, y por la calidad de la alianza terapéutica, siendo también relevante la persistencia de eventos estresantes.

RESUMEN (en Inglés)

Attachment theory, developed by John Bowlby, has become an essential reference to understanding current and past relational aspects of mental dysfunctions and their treatment process, both in childhood and adulthood; and it is a perspective currently shared by various models of psychopathology and psychotherapy.

The aims of this study are: (1) to analyse the relationship between attachment bonds in adulthood and coping strategies, and mental dysfunctions; and (2) to assess the impact of these variables in the therapeutic alliance and the clinical evolution of psychotherapy clients. First, the basic concepts and principles of attachment theory are described. After that, research concerning the relationship between attachment styles and psychopathology and adult psychotherapy are reviewed. Furthermore, two of the processes through which the attachment may affect psychopathology are also discussed: social support and coping with stressful circumstances.

A sample of 176 individuals who received psychological treatment in public outpatient mental health services was assessed at the beginning of the treatment regarding symptomatology, affective state, degree of maladjustment, adult attachment, perceived social support, care by significant others, stressful-life events experienced in the previous year and coping strategies. After the third consultation the therapeutic alliance was assessed, in the opinion of both client and therapist. 8-10 months after the first assessment, a telephone follow-up interview was carried out in which data about

their affective state, degree of maladjustment, degree of improvement and satisfaction with the treatment received were collected. Twenty one individuals having severe mental disorders or mild chronic disorders, who were assessed in the same way but without a follow-up, were added to the sample.

The socio-demographic and clinical characteristics of the sample are described, with special attention to the levels of insecurity in adult attachment dimensions. Using Multiple Linear Regression Analysis, variables were identified related to (1) the characterizations of adult attachment in specific relationships; (2) the general manifestations of mental dysfunctions at the beginning of the treatment; (3) the therapeutic alliance established around the third session; and (4) the manifestations of mental dysfunctions 8 – 10 months after beginning the treatment. Effectiveness of psychotherapy has also been proved.

Results: (1) The insecurity in the dimensions of *concept of the others, self-concept* and *proximity seeking*, was more related to the experiences in each specific relationship than to a generic attachment style. However, the dimension of *fear of abandonment and rejection* was more related to the generic attachment than to the specific relationships; (2) the initial mental dysfunctions were explained by the combination of the stress related to life events experienced in the previous year, the use of certain coping strategies, the attachment styles and the assessments of the support of relatives and friends; (3) the therapeutic alliance appeared to be influenced by the characterizations of attachment and by the quality of the support and care of the important people for the clients; (4) psychotherapy has been effective in significantly reducing manifestations of mental dysfunctions; (5) the evolution of the clients within 8 - 10 months was mainly determined by their initial state, particularly by their levels of depression, and by the quality of the therapeutic alliance. Additionally, the persistence of stressful events is also relevant.

SR. DIRECTOR DE DEPARTAMENTO DE _____/

SR. PRESIDENTE DE LA COMISIÓN ACADÉMICA DEL PROGRAMA DE DOCTORADO EN _____

*No es bueno
quedarse en la orilla
como el malecón o como el molusco que quiere calcáreamente imitar a la roca.
Sino que es puro y sereno arrasarse en la dicha
de fluir y perderse,
encontrándose en el movimiento con que el gran corazón
de los hombres palpita extendido.
Como ese que vive ahí, ignoro en qué piso,
y le he visto bajar por unas escaleras
y adentrarse valientemente entre la multitud y perderse.*

Vicente Aleixandre

A Rafael y María Aurora, que me cuidaron.

A Almudena, que me cuida.

A Jaime, Pedro, Inés y Alicia, de quienes cuidamos todos.

ÍNDICE GENERAL

1.	Resumen y palabras clave.....	27
1.1.	Resumen.....	27
1.2.	Palabras clave.....	33
2.	Justificación.....	35
3.	Parte teórica.....	39
3.1.	Conceptos básicos de la teoría del apego.....	40
3.1.1.	Modelos mentales y estrategias de apego.....	42
3.1.2.	Patrones o estilos de apego.....	44
3.1.3.	Explicaciones del apego en la infancia.....	47
3.1.3.1.	Sensibilidad parental.....	47
3.1.3.2.	Temperamento.....	49
3.1.3.3.	Otros factores.....	50
3.2.	Apego adulto.....	51
3.2.1.	Determinantes del apego adulto.....	54
3.2.1.1.	Genética-temperamento.....	54
3.2.1.2.	Experiencias con los cuidadores.....	55
3.2.1.3.	Las relaciones extrafamiliares en la infancia y la adolescencia ..	58
3.2.2.	Estabilidad y especificidad de los estilos de apego en la edad adulta	61
3.2.3.	Apego y relaciones de pareja.....	66
3.2.3.1.	Apego y satisfacción <i>con</i> la pareja.....	67
3.2.3.2.	Apego y satisfacción <i>de</i> la pareja.....	69
3.2.3.3.	Apego y cuidado.....	71
3.2.3.4.	Interacción entre los estilos de apego de los miembros de pareja	74
3.3.	Apego y psicopatología.....	76
3.3.1.	Efecto de los primeros vínculos.....	79

3.3.2.	Efecto de los vínculos actuales.....	82
3.3.2.1.	Estudios con muestras no clínicas	83
3.3.2.2.	Estudios con muestras clínicas	84
3.3.2.3.	Estudios prospectivos	85
3.3.3.	Algunas consideraciones sobre las relaciones entre apego y psicopatología.....	86
3.3.4.	Efectos indirectos del apego en la psicopatología.....	90
3.3.4.1.	Eventos estresantes y apego	91
3.3.4.2.	Afrontamiento y apego	93
3.3.4.3.	Apoyo social y apego	97
3.4.	Apego y psicoterapia.....	99
3.4.1.	La psicoterapia como relación de apego	100
3.4.2.	Apego y cambio terapéutico.....	102
3.4.3.	Apego y alianza terapéutica	105
4.	Parte empírica.....	113
4.1.	Introducción.....	114
4.2.	Objetivos e hipótesis.....	115
4.2.1.	Objetivo general	115
4.2.2.	Objetivos específicos.....	116
4.3.	Método.....	124
4.3.2.	Participantes	125
4.3.2.1.	Reclutamiento.....	125
4.3.2.2.	Procedimiento.....	126
4.3.2.3.	Descripción de la muestra	128
4.3.3.	Instrumentos de medida	131
4.3.4.	Análisis de los datos	141

4.4.	Resultados.....	142
4.4.1.	Sobre especificidad de los modelos de trabajo de las relaciones de apego. Apego genérico vs. Relaciones específicas.....	142
4.4.2.	Disfunciones psíquicas al inicio de la terapia	152
4.4.2.1.	Puntuaciones en temor al rechazo y abandono e incomodidad con la cercanía halladas en nuestra muestra.....	152
4.4.2.2.	Relaciones entre apego y manifestaciones de disfunciones psíquicas. Correlaciones bivariadas.....	153
4.4.2.3.	Análisis de Regresión: Predicción de las manifestaciones generales de disfunción iniciales a partir de las variables de acontecimientos estresantes, estrategias de afrontamiento, estilo de apego y cuidado y apoyo social.....	162
4.4.2.4.	Análisis de Regresión: Predicción de las manifestaciones específicas de disfunción iniciales a partir de las variables de acontecimientos estresantes, estrategias de afrontamiento, estilo de apego y cuidado y apoyo social.....	167
4.4.3.	Alianza terapéutica.....	174
4.4.3.1.	Alianza terapéutica. Relaciones bivariadas.....	174
4.4.3.2.	Análisis de regresión: Predicción de la alianza terapéutica a partir de estilo de apego, el apoyo social y los cuidados y las estrategias de afrontamiento.....	188
4.4.4.	Efectividad de la psicoterapia y evolución en el seguimiento	190
4.4.4.1.	Efectividad de la psicoterapia.....	190
4.4.4.2.	Relación entre las variables evaluadas al inicio y las evaluadas en el seguimiento. Correlaciones bivariadas.....	193
4.4.4.3.	Análisis de Regresión: Predicción de las manifestaciones de disfunción tras la terapia a partir de las manifestaciones de partida, el estrés inicial, las estrategias de afrontamiento, los vínculos de apego, el apoyo social y la alianza terapéutica	204
4.4.4.4.	Relación entre las variables evaluadas al inicio y las variables	

dicotómicas de resultado	206
4.5. Discusión.....	208
4.5.1. Explicación de las manifestaciones iniciales de disfunción.....	208
4.5.2. Sobre los factores que influyen en la alianza terapéutica.....	209
4.5.2.1. Alianza terapéutica. Relaciones bivariadas.	209
4.5.2.2. Alianza terapéutica. Análisis de Regresión.....	212
4.5.3. Sobre resultados generales de la terapia.....	213
4.5.4. Predicción de las manifestaciones de disfunción y el resultado clínico-administrativo en el seguimiento.....	214
4.5.5. Apego genérico y relaciones específicas.....	216
4.5.6. Relación entre las dimensiones de apego, las disfunciones psíquicas y la psicoterapia.....	219
4.5.6.1. Relaciones entre apego y disfunciones psíquicas iniciales.....	219
4.5.6.2. Relaciones entre apego y disfunciones psíquicas específicas ...	223
4.5.7. Relaciones entre apego y disfunciones psíquicas en el seguimiento.....	224
4.5.7.1. Relaciones entre apego y alianza terapéutica	224
4.5.8. Relación del apoyo social y de los cuidados en la relaciones cercanas con las disfunciones psíquicas y la psicoterapia.....	226
4.5.9. Relación entre acontecimientos vitales estresantes y disfunciones psíquicas.....	227
4.5.10. Relación de las estrategias de afrontamiento con las disfunciones psíquicas y la psicoterapia	228
4.5.11. Relación entre la alianza terapéutica y la evolución de las disfunciones psíquicas	231
4.5.12. Interpretación de la dinámica de interacciones entre las variables	231
4.6. Conclusiones.....	233
5. Referencias bibliográficas	237

6. Anexos.....	277
----------------	-----

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Descripción empírica de los tratamientos aplicados	128
Tabla 2 Descripción de la muestra estudiada y comparación de los grupos en variables pretratamiento. Variables socio-demográficas.....	130
Tabla 3 Variables clínicas de la muestra.....	131
Tabla 4 Instrumentos de evaluación de las distintas variables.....	132
Tabla 5 Correlaciones de Spearman entre los apegos en distintas relaciones según el CRI	143
Tabla 6 Correlaciones de Spearman entre los apegos en distintas relaciones según el CR en la dimensión concepto de sí mismo.....	144
Tabla 7 Correlaciones de Spearman entre los apegos en distintas relaciones según el CR en la dimensión concepto del otro.....	144
Tabla 8 Correlaciones de Spearman entre caracterizaciones genéricas y específicas del apego y valoraciones genéricas y específicas del apoyo y el CR genérico	145
Tabla 9 Variables significativas de los análisis de regresión sobre las dimensiones de concepto de sí mismo y del otro evaluadas de manera genérica	147
Tabla 10 Correlaciones de Spearman entre caracterizaciones genéricas y específicas del apego y valoraciones genéricas y específicas del apoyo	148
Tabla 11 Variables significativas de los análisis de regresión sobre variables de apego específicas y generales	150
Tabla 12 Media de las puntuaciones en temor al rechazo y abandono e incomodidad con la cercanía en las relaciones de pareja.....	153
Tabla 13 Correlaciones de Spearman entre las dimensiones de apego adulto y las manifestaciones generales de disfunción	154
Tabla 14 Correlaciones de Spearman entre las valoraciones de cuidados (CBAS y EC) y las manifestaciones generales de disfunción al inicio del tratamiento	156
Tabla 15 Correlaciones de Spearman entre las dimensiones de apego adulto y las manifestaciones específicas de disfunción.....	159

Tabla 16 Correlaciones de Spearman entre los AVE y las manifestaciones generales de disfunción iniciales.....	160
Tabla 17 Correlaciones de Spearman entre los distintos tipos de estrategias de afrontamiento y las manifestaciones generales de disfunción.....	161
Tabla 18 Factores significativos en la regresión para indicadores globales de disfunciones psíquicas.....	165
Tabla 19 Correlaciones entre las manifestaciones específicas de disfunción del SA-45 y las variables de estrés por acontecimientos vitales, de apego, de apoyo social y de estrategias de afrontamiento.	168
Tabla 20 Factores significativos en la regresión para las subescalas del SA-45.....	173
Tabla 21 Correlaciones de Spearman entre las subescalas del WATOCI y las del SOATIF.....	175
Tabla 22 Correlaciones de Spearman entre las escalas y subescalas de alianza terapéutica, del consultante y del terapeuta	176
Tabla 23 Correlaciones de Spearman entre las variables de apego y las de alianza terapéutica (SOATIF).....	178
Tabla 24 Correlaciones de Spearman entre la escala total y las subescalas del WATOCI y las variables de apego, apoyo y cuidados y estrategias de afrontamiento.....	181
Tabla 25 Correlaciones de Spearman entre los juicios del terapeuta sobre la postura del consultante y las variables de apego, cuidados, apoyo y estrategias de afrontamiento.....	185
Tabla 26 Factores significativos en la regresión para la alianza terapéutica	189
Tabla 27 Comparación pre-postratamiento. Prueba t para muestras relacionadas.....	191
Tabla 28 Comparación pre-postratamiento. Correlaciones de muestras relacionadas.....	191
Tabla 29 Comparación pre-postratamiento. Prueba de muestras relacionadas.....	191
Tabla 30 Resultados generales de la psicoterapia.....	192
Tabla 31 Niveles de inadaptación, de afecto positivo, de afecto negativo y de cambio de los consultantes con distinta situación clínico-administrativa al año.....	193
Tabla 32 Correlaciones entre las manifestaciones de disfunción evaluadas en el seguimiento	194
Tabla 33 Correlaciones entre las manifestaciones generales de disfunción evaluadas al inicio del tratamiento y las evaluadas en el seguimiento	195

Tabla 34 Correlaciones entre las manifestaciones específicas de disfunción evaluadas al inicio del tratamiento y las manifestaciones generales evaluadas en el seguimiento.....	196
Tabla 35 Correlaciones de Spearman entre las variables de AVE, Apego, Estrategias de Afrontamiento y Apoyo Social y las manifestaciones generales de disfunción en el seguimiento	197
Tabla 36 Correlaciones entre las variables de alianza terapéutica y las manifestaciones generales de disfunción en el seguimiento	200
Tabla 37 Resumen de los factores que han resultado predictores significativos de las manifestaciones generales de disfunción en el seguimiento	205
Tabla 38 Resumen de las variables significativas para el resultado con prueba de Levene para la igualdad de varianzas en muestras independientes (variables con distribución normal)	207
Tabla 39 Resumen de las variables significativas para el resultado con U de Mann-Whitney y W de Wilcoxon.....	207
Tabla 40 Pruebas de normalidad de las variables referidas a manifestaciones generales de disfunciones psíquicas.....	279
Tabla 41 Pruebas de normalidad de las variables referidas a manifestaciones específicas de disfunciones psíquicas.....	279
Tabla 42 Pruebas de normalidad de la escala total y las subescalas del Cuestionario de Sucesos Vitales.....	279
Tabla 43 Pruebas de normalidad de las subescalas del Inventario de estrategias de afrontamiento	280
Tabla 44 Pruebas de normalidad de las dimensiones de apego (CR y CRI) y apoyo social (CBAS) evaluadas en relaciones generales	280
Tabla 45 Pruebas de normalidad de las diferentes subescalas del Cuestionario de Realación en relaciones específicas.	281
Tabla 46 Pruebas de normalidad de las subescalas del Cuestionario de Apego Parental, de la Escala de Cuidados y del Cuestionario Breve de Apoyo Social	282
Tabla 47 Pruebas de normalidad para las variables de alianza terapéutica.....	283

ÍNDICE DE SIGLAS

AVE: Acontecimientos vitales estresantes.

CAP: Cuestionario de apego parental (Parker, Tupling y Brown, 1979).

CBAS: Cuestionario Breve de Apoyo Social (Sandín, 2006).

CR: Cuestionario de Relación (Bartholomew y Horowitz, 1991),

CRI: Cuestionario de Relaciones Interpersonales (Brennan, Clark y Shaver, 1998).

CSI: *Coping Strategies Inventory* (Tobin, Holroyd, Reynolds y Kigal, 1989).

CSM: Centro de Salud Mental.

CSV: Cuestionario de Sucesos Vitales (Sandín y Chorot, 1987).

EC: Escala de cuidados (Kunce y Shaver, 1994).

EI: Escala de Inadaptación (Echeburúa, Corral y Fernández-Montalvo, 2000).

FA: Figura de apego.

ICG: Impresión Clínica Global (ICG) (Guy, 1976).

PANAS: *Positive and Negative Affects Schedule* (Watson, Clark y Tellegen, 1988)

WATOI: Inventario de Alianza Terapéutica y Teoría del Cambio (Duncan y Miller, 1999).

SA-45: *Symptom Assessment-45 Questionnaire* (Davison, Bershadsky, Bieber, Silversmith, Maruish, y Kane, 1997).

SOATIF: Sistema de Observación de la Alianza Terapéutica en Intervención Familiar (Escudero y Friedlander, 2003).

AGRADECIMIENTOS

A Marco y Juan, amigos y compañeros de fatigas.

A mis compañeras del Centro de Salud Mental de la Calzada y del Centro de Tratamiento Integral de Montevil, que colaboran conmigo todos los días.

A los psicólogos clínicos Lorena García, Amalia Fariña, Almudena García y Juan García, que participaron como terapeutas.

A los residentes de psicología, Alberto Gimeno y M^a Teresa Álvarez, que además de mostrar su valía participando como terapeutas han trabajado también duramente esta investigación.

A las estudiantes de *practicum* de psicología, que me ayudaron corrigiendo tests y haciendo seguimientos: Ana Carrillo, Ana Isabel Suárez, Andrea Revuelta, Claudia Cueto, Covadonga Bello, David Paz, Eva Otero, Jennifer Riesgo, Lorena González, Patricia Álvarez, Patricia Prendes y Rebeca Fernández.

A los consultantes que participaron en la investigación, y que al hacerlo me ayudaron a ser mejor terapeuta.

A Esteban Ezama, que me enseñó a ayudar a los consultantes.

A mis directoras, Yolanda Fontanil y Yolanda Alonso, sin cuya orientación este barco no habría llegado a puerto.

1. Resumen y palabras clave

1.1. Resumen

La teoría del apego desarrollada por John Bowlby se ha convertido en una referencia inexcusable para entender los aspectos relacionales, presentes y pasados, de las disfunciones psíquicas y del proceso de su tratamiento, tanto en la infancia como en la edad adulta; y es una perspectiva actualmente compartida por diversos modelos de psicopatología y psicoterapia. Es voluminosa la literatura que muestra la importancia la inseguridad en el apego como factor de vulnerabilidad para el desarrollo de una variedad de disfunciones psíquicas así como para su evolución ulterior.

El objetivo general del presente estudio es analizar la relación entre los vínculos afectivos de las personas entendidos como relaciones de apego, sus estrategias de afrontamiento y las disfunciones psíquicas. Además, también se pretende valorar el impacto de estas variables en el proceso y resultados de la psicoterapia practicada en los centros de salud mental de los servicios públicos de Asturias.

La tesis se divide en dos partes: teórica y empírica. En la parte teórica se describen en primer lugar los conceptos y principios básicos de la teoría del apego: los estilos de apego y sus dimensiones subyacentes, los procesos que influyen en el apego en la infancia, la ampliación de la teoría del apego a relaciones en la edad adulta, y los factores que influyen en los estilos de apego adultos. Se presta una atención especial a la cuestión de la estabilidad y generalidad de las relaciones de apego en la edad adulta por ser uno de los objetivos del presente estudio. Como contextualización de estas variables y explicación de las dinámicas del apego se describen también investigaciones sobre la relación entre los estilos de apego, los tipos de cuidados y el ajuste en las relaciones de pareja. A continuación se revisan las investigaciones realizadas sobre la relación entre los estilos de apego y la psicopatología en adultos. Se comienza por las investigaciones que relacionan la psicopatología adulta con experiencias de apego de la infancia. Luego

se describen los estudios sobre las relaciones entre apego y psicopatología en la edad adulta: estudios realizados con muestras comunitarias, estudios con muestras clínicas y estudios longitudinales. Este apartado se complementa describiendo los estudios sobre los procesos a través de los cuáles el apego puede influir en la psicopatología: el apoyo social y el afrontamiento de circunstancias estresantes. Por último se revisa la literatura sobre el papel del apego en el proceso y resultados de la psicoterapia. Así, se examinan sucesivamente la cuestión de la relación terapéutica concebida como una relación de apego, la de cómo la alianza terapéutica incide en los resultados y la de cómo el apego puede influir en la alianza terapéutica.

En la parte empírica se describen los objetivos e hipótesis de este estudio, los instrumentos de evaluación, la muestra y el procedimiento de recogida de datos, los análisis llevados a cabo y los resultados obtenidos.

El estudio desarrollado se propone los siguientes objetivos:

1. Describir y analizar la relación entre el tipo de apego que exhiben las personas y las pautas de cuidado y apoyo emocional que siguen las personas que forman su red afectiva de referencia.
2. Estudiar la relación del grado de inseguridad del apego y de la calidad de los apoyos y cuidados en la intensidad y amplitud de la sintomatología y la afectación del funcionamiento psicosocial en las personas que manifiestan disfunciones psíquicas.
3. Examinar la relación entre las estrategias de afrontamiento y las dimensiones de apego y la relación de las estrategias de afrontamiento con las disfunciones psíquicas concurrentes.
4. Estudiar el efecto que el tipo de apego, el tipo de apoyo y de cuidados y las estrategias de afrontamiento de los consultantes pueden tener en la relación terapéutica que los consultantes establecen con los terapeutas que los atienden.

5. Analizar la influencia que el tipo de apego, los apoyos y cuidados, las estrategias de afrontamiento y la alianza terapéutica pueden tener en la evolución clínica de los consultantes.

Como hipótesis generales, suponemos que:

- 1) El estado clínico y el funcionamiento psicosocial de los consultantes estarán relacionados con el grado de seguridad en el apego que tienen actualmente con personas significativas (pareja, padre, madre, amigos) y con las respuestas de los “otros” como figuras de apego (en cuanto a apoyo social y cuidados).
- 2) Las estrategias de afrontamiento tendrán igualmente relación con el grado de seguridad en el apego, con las dimensiones de apego, con los cuidados y apoyos y con las disfunciones psíquicas.
- 3) Las dimensiones de apego, el grado de apoyo y de cuidados actuales y las estrategias de afrontamiento tendrán un efecto diferencial en la alianza terapéutica.
- 4) El apego, los apoyos y cuidados, las estrategias de afrontamiento y la alianza terapéutica influirán en la evolución de disfunciones psíquicas de los consultantes.

La muestra está formada por 176 personas que recibieron tratamiento psicológico en los servicios ambulatorios de salud mental. Las personas participantes fueron evaluadas al inicio del tratamiento en sintomatología, estado afectivo, grado de inadaptación, apego adulto, apoyo social percibido, cuidados por parte de otros significativos, acontecimientos vitales estresantes experimentados en el año anterior y estrategias de afrontamiento. Para esta evaluación se utilizaron los siguientes instrumentos: el *Symptom Assessment-45 Questionnaire* (SA-45), la Escala de Afecto Positivo y Negativo (PANAS), la Escala de Inadaptación, el Cuestionario de Relaciones Interpersonales (CRI), el Cuestionario de Relación (CR), el Cuestionario Breve de Apoyo Social (CBAS), la Escala de Cuidados (EC) y el Inventario de estrategias de afrontamiento (CSI).

A la tercera consulta se evaluó la alianza terapéutica, a juicio de consultante y del terapeuta, con dos instrumentos: el Sistema de Observación de la Alianza Terapéutica en Intervención Familiar (SOATIF) y el Inventario de Alianza Terapéutica y Teoría del Cambio (WATOCI). Y a los 8-10 meses de la primera evaluación se realizó una entrevista telefónica de seguimiento en la que recogieron datos sobre su estado afectivo, grado de inadaptación, grado de mejoría y satisfacción con el tratamiento recibido. A esa muestra se añaden 21 personas con trastornos mentales severos o trastornos más leves pero cronificados que fueron evaluados de la misma manera pero sin realizar seguimiento.

Se describen las características socio-demográficas y clínicas de la muestra, atendiendo especialmente a los niveles de inseguridad en las dimensiones de apego adulto.

Con cada hipótesis se procedió primero analizando las relaciones bivariadas entre las variables pertinentes y, una vez identificadas aquellas relaciones que eran significativas para las variables que nos proponíamos explicar, se llevó a cabo un análisis de Regresión Múltiple para estimar la influencia relativa de las variables predictoras en las variables criterio: (1) las caracterizaciones del apego adulto en relaciones específicas; (2) las manifestaciones generales de disfunciones psíquicas al inicio del tratamiento; (3) las manifestaciones específicas de manifestaciones psíquicas al inicio; (4) la alianza terapéutica establecida en torno a la tercera sesión; y (5) las manifestaciones de disfunciones psíquicas a los 8 – 10 meses de iniciar el tratamiento. También se ha comprobado la efectividad de la psicoterapia.

En primer lugar se trata la cuestión de si el tipo de apego que una persona muestra en una relación específica (con su pareja y con su madre) depende más de los cuidados y apoyos que esa persona le proporciona o de su estilo de apego genérico, que reflejaría sus experiencias en una serie de relaciones de apego con diversas personas presentes y pasadas.

A continuación se analizan las relaciones de la seguridad en el apego, el apoyo social y los cuidados proporcionados por personas cercanas, los acontecimientos vitales estresantes, y las estrategias de afrontamiento con las disfunciones psíquicas evaluadas al inicio del tratamiento.

Luego se examina la influencia de la seguridad en el apego, el apoyo social y los cuidados, los acontecimientos vitales estresantes y las estrategias de afrontamiento en la alianza terapéutica.

Por último se comprueba la efectividad del tratamiento psicológico y se analiza la repercusión en las disfunciones psíquicas evaluadas a los 8-10 meses de las dimensiones de apego, del apoyo social y los cuidados, de las estrategias de afrontamiento y de la alianza terapéutica. También se estudia la repercusión de esas variables en otros indicadores de resultado que hemos denominado clínico-administrativos: que los consultantes fueran dados de alta por sus terapeutas, que abandonaran la terapia, que solicitaran consulta de nuevo tras haber sido dados de alta o haber abandonado y que siguieran a tratamiento a los dos años.

Se termina con una discusión de nuestros resultados en relación a la literatura revisada en la parte teórica. Las conclusiones principales del presente estudio son las siguientes:

1. La hipótesis de la especificidad de los apegos se ha cumplido claramente para la dimensión de *concepto de los otros*. También para las dimensiones de *concepto de uno mismo e incomodidad con la cercanía*, en las que además del cuidado y/o apoyo de las personas específicas también influyen las experiencias en otras relaciones. De manera que la inseguridad del apego relacionado con esas tres dimensiones en relaciones específicas se explica más por las experiencias en cada relación que por un estilo de apego genérico. En cambio, la especificidad no se confirma para la dimensión de *temor al rechazo y abandono*. En esta faceta del apego, las experiencias en determinadas relaciones influyen en las expectativas y las preferencias del sujeto cuando se relaciona con otras personas.
2. Las variables con valor predictivo de las manifestaciones generales de disfunciones psíquicas iniciales han resultado ser el estrés relacionado con acontecimientos vitales experimentados en el año anterior, el uso de determinadas estrategias de afrontamiento (*reestructuración cognitiva, retirada social y pensamiento desiderativo*), las caracterizaciones del apego (*concepto desfavorable de uno mismo, temor al rechazo y abandono*

y, en menor medida, *incomodidad con la cercanía*) y las valoraciones de los apoyos de familiares y amigos.

3. La alianza terapéutica se ha podido explicar por la influencia de las expectativas y preferencias del consultante en las relaciones (en concreto por la *incomodidad con la cercanía* en relaciones de amistad), y por la calidad del apoyo y de los cuidados (caracterizados por elevada *sensibilidad* y bajo *control* en los cuidados y alto apoyo emocional) de personas importantes para los consultantes: pareja, padre y amigos.
4. La psicoterapia ha sido efectiva, observándose una mejoría significativa de los consultantes en el seguimiento y obteniendo resultados similares a los de otros estudios realizados en los servicios públicos de salud mental de Asturias.
5. La evolución de los consultantes en el plazo de 8 a 10 meses está condicionada fundamentalmente por su estado inicial, en particular por sus niveles de depresión, y por el grado en que hayan podido establecer una buena alianza terapéutica con sus terapeutas. También resulta relevante la persistencia de eventos estresantes ya presentes antes de la terapia (especialmente en el área familiar). Los indicadores de resultado de tipo clínico-administrativo sugieren además que utilizar determinadas estrategias de afrontamiento (*expresión emocional, retirada social, reestructuración cognitiva*) y tener un *concepto desfavorable de uno mismo* en las relaciones cercanas pueden también tener importancia en la evolución clínica de los consultantes.

Como conclusión general se diría que las disfunciones psíquicas son fruto de la interacción entre los acontecimientos vitales estresantes, las expectativas y preferencias de las personas en las relaciones de apego, el apoyo y cuidados que reciben por parte de otros significativos y sus estrategias de afrontamiento. Entre los acontecimientos vitales, destacan los relacionados con la vida social, con la salud y con la familia. Tener un concepto negativo de uno mismo, temer el rechazo y abandono de personas importantes y sentirse incómodo con la cercanía de los demás (por ese orden) contribuyen al desarrollo de disfunciones psíquicas. En cambio, contar con el apoyo de la familia y, con menor importancia, de los amigos protege de las disfunciones psíquicas. El afrontamiento de los problemas y acontecimientos estresantes intentando cambiar la

manera de interpretar la situación es efectivo de cara a disminuir las manifestaciones de disfunción; en cambio, evitar el contacto social, criticarse a uno mismo y desear pasivamente que las adversidades no hubieran ocurrido son estrategias de afrontamiento ineficaces. La psicoterapia es efectiva para disminuir las disfunciones psíquicas, pero determinadas características del consultante pueden facilitar o dificultar la alianza terapéutica. En concreto, que los consultantes sean reticentes a pedir y aceptar ayuda y que tengan apoyos y cuidados insuficientes o de baja calidad por parte de sus allegados puede hacer que la alianza terapéutica se resienta y la psicoterapia les resulte de menor utilidad.

1.2. Palabras clave

Apego adulto, estilos de apego, apoyo social, estrategias de afrontamiento, psicopatología, psicoterapia, alianza terapéutica.

Adult attachment, social support, coping strategies, psychopathology, psychotherapy, therapeutic alliance.

2. Justificación

La teoría del apego desarrollada por John Bowlby (y expuesta sistemáticamente en su trilogía *El Apego y la pérdida*, 1969/1982, 1973, 1980) se ofrece actualmente como una perspectiva común a diversos modelos de psicopatología y psicoterapia. Poco a poco se ha convertido en una referencia inexcusable a la hora de entender los aspectos relacionales, presentes y pasados, de las disfunciones psíquicas y del proceso de su tratamiento.

La idea fundamental de la teoría del apego es que las interacciones entre el niño y sus cuidadores son esenciales para entender tanto el desarrollo infantil normalizado como el disfuncional. En los últimos años la teoría se ha ampliado mostrando su utilidad para entender también el desarrollo psicológico en el resto de las etapas evolutivas de los seres humanos. Desde la teoría del apego se considera que en la relación con las figuras de apego se adquiere un grado de confianza-desconfianza básico que condiciona todas las relaciones sociales y especialmente las íntimas, como la amistad y el enamoramiento.

Aunque la teoría del apego se desarrolló a partir del psicoanálisis, en el presente trabajo no tomaremos esa línea de investigación, sino la orientación que se ha desarrollado en el seno de la psicología evolutiva y la psicología social interpretadas además desde una perspectiva interaccional y contextual. En este sentido, seguimos la misma opción que ya tomara Bowlby (1980) al señalar que su trabajo se había alejado del psicoanálisis al incorporar los conocimientos de dos disciplinas, la etología y la teoría del control. Ya desde sus primeros estudios en psiquiatría Bowlby (1979) centró su interés “en la influencia ejercida por el medio ambiente en el desarrollo psicológico de una persona” (pág. 153 de la ed esp) y al acabar su formación publicó *The influence of early environment on the development of neurosis and neurotic character* (1940).

El objetivo general del presente estudio es analizar la relación entre los vínculos afectivos de las personas entendidos como relaciones de apego, sus estrategias de afrontamiento y las disfunciones psíquicas. Además, también se pretende valorar el impacto de estas variables en el proceso y resultados de la psicoterapia practicada en los centros de salud mental de los servicios públicos de Asturias.

La presente tesis se divide en dos partes: teórica y empírica. En la parte teórica se describen en primer lugar los conceptos y principios básicos de la teoría del apego: los estilos de apego y sus dimensiones subyacentes, la ampliación de la teoría del apego a relaciones en la edad adulta, los factores que influyen en los estilos de apego adultos y la polémica sobre la estabilidad y el cambio en el estilo de apego de las personas. A continuación se revisan las investigaciones realizadas sobre la relación entre los estilos de apego en la infancia y la edad adulta y la psicopatología en adultos. Este apartado se complementa describiendo los estudios sobre dos de los procesos a través de los cuáles el apego puede influir en la psicopatología: el apoyo social y el afrontamiento de circunstancias estresantes. Por último se revisa la literatura sobre el papel del apego en el proceso y resultados de la psicoterapia, con especial hincapié en su relación con la alianza terapéutica.

En la parte empírica se describen los objetivos e hipótesis de nuestra investigación, los instrumentos de evaluación, la muestra y el procedimiento de recogida de datos, los análisis llevados a cabo y los resultados obtenidos.

Una muestra formada 176 personas que solicitaron consulta en los servicios ambulatorios de salud mental fue evaluada al inicio del tratamiento en sintomatología, estado afectivo, grado de inadaptación, apego adulto, apoyo social percibido, cuidados por parte de otros significativos, acontecimientos vitales estresantes experimentados en el año anterior y estrategias de afrontamiento. A la tercera consulta se evaluó la alianza terapéutica, a juicio de consultante y del terapeuta. Y a los 8-10 meses de la primera evaluación se realizó una entrevista telefónica de seguimiento en la que recogieron datos sobre su estado afectivo, grado de inadaptación, grado de mejoría y satisfacción con el tratamiento recibido. A esa muestra se añaden 21 personas con trastornos mentales severos o trastornos más leves pero cronificados que fueron evaluados de la misma manera pero sin realizar seguimiento.

Se describen las características socio-demográficas y clínicas de la muestra, atendiendo especialmente a los niveles de inseguridad en las dimensiones de apego adulto. Se ha formulado la hipótesis de que la seguridad en las relaciones de apego, el apoyo social y los cuidados proporcionados por otros, las estrategias de afrontamiento y la psicoterapia influyen en el curso de las disfunciones psíquicas. Se han analizado las correlaciones bivariadas entre las variables relativas a disfunciones psíquicas iniciales, apego, apoyo social, cuidados, acontecimientos estresantes, estrategias de afrontamiento, alianza terapéutica y manifestaciones de disfunción en el seguimiento. Las variables que han resultado tener correlaciones con las variables de interés se han incluido en varios Análisis de Regresión Lineal Múltiple en los que se trataron de determinar las variables que explican (1) las caracterizaciones del apego adulto en relaciones específicas; (2) las manifestaciones generales de disfunciones psíquicas al inicio; (3) las manifestaciones específicas de manifestaciones psíquicas al inicio; (4) la alianza terapéutica establecida en torno a la tercera sesión; y (5) las manifestaciones de disfunciones psíquicas a los 8 – 10 meses de iniciar el tratamiento. También se ha comprobado la efectividad de la psicoterapia.

Se termina con una discusión de nuestros resultados en relación a la literatura revisada en la parte teórica.

3. Parte teórica

3.1. Conceptos básicos de la teoría del apego

Las personas tienen una variedad de relaciones con otras personas, algunas de ellas se pueden considerar vínculos afectivos y, entre los vínculos afectivos, algunos son además vínculos de apego. Ainsworth (1989) describió los criterios que debía cumplir una relación para considerarla un *vínculo afectivo*: (1) ser persistente; (2) referirse a una persona específica; (3) ser emocionalmente significativa; (4) el individuo vinculado desea mantener la *proximidad* o el contacto con esa persona; y (5) experimenta malestar cuando tiene que separarse involuntariamente de esa persona (siendo la reacción más o menos intensa según la persona, la relación y las circunstancias) (Cassidy, 2008). Pero no todos los vínculos afectivos lo son de apego. Para que un vínculo afectivo se considere *vínculo de apego* debe cumplirse además que el individuo busque seguridad y consuelo en la otra persona (los obtenga de hecho o no). Un niño tiene apego o está apegado a alguien cuando tiene una disposición a buscar la *proximidad* y el contacto con esa persona, sobre todo cuando está asustado, cansado o enfermo (Bowlby, 1979, 1982). La distinción entre vínculo afectivo y vínculo de apego puede verse en el hecho de que los hijos suelen estar vinculados y apegados a los padres, mientras que los padres suelen tener un vínculo afectivo con sus hijos pero no de apego (los padres suelen ser las figuras de apego de los hijos pero los hijos no suelen ser las figuras de apego de los padres).

Las figuras de apego –en adelante FA- son aquellas personas de las que el sujeto espera y busca *proximidad* y apoyo en momentos de necesidad. En el caso de los niños las FA suelen ser sus cuidadores primarios; con la edad pueden desempeñar ese papel los amigos, las parejas, maestros, grupos, instituciones, e incluso seres espirituales (Dios, la Virgen María) o mascotas (Shaver y Mikulincer, 2009). No hay una única FA sino un grupo de figuras con una jerarquía entre sí (Bowlby, 1982) y el vínculo de apego no es un lazo que implique reciprocidad (un sujeto puede estar apegado a alguien que su vez no esté apegado a él). Existe una relación de apego cuando al menos uno de los participantes está apegado al otro, de forma que se puede describir el apego como los sentimientos, preferencias y expectativas que una persona tiene respecto a otra.

Una persona apegada a otra trata de mantenerse en contacto con ella a través de una variedad de conductas de apego. La conducta de apego se define entonces como “toda forma de conducta que consiste en que un individuo consigue o mantiene *proximidad* a

otra persona diferenciada y preferentemente individual y que es considerada, en general, como más fuerte y/o más sabia” (Bowlby, 1979). En los niños estas conductas pueden ser llorar, gatear, caminar, extender los brazos, aferrarse, etc.; en adultos, hablar, llamar por teléfono, enviar un correo electrónico, acordarse de la persona, hablar con ella aunque no esté presente... Estas conductas pueden ser muy variadas, pero funcionalmente equivalentes en el sentido que todas buscan la cercanía o la respuesta de una figura de apego; además hay un nivel de *proximidad*-distancia apropiado para cada persona y circunstancia.

Las relaciones de apego son importantes por su papel en el desarrollo psicológico de las personas. Resulta decisivo que los individuos dispongan de al menos una FA, pero disponer de una FA no es suficiente para un buen funcionamiento psicológico (Bowlby, 1951). Si la FA no responde adecuadamente a los requerimientos de la persona apegada a ella, seguirá siendo FA, pero la persona apegada se desarrollará con dificultad. Para que la relación de apego se establezca y se mantenga *no es determinante la calidad de las respuestas de la FA*: varios estudios con primates han mostrado cómo la conducta de apego puede ser intensa aunque la figura de apego castigue y maltrate a la cría (Harlow, 1959). Pero el tipo de respuestas de la FA *sí es determinante para el funcionamiento psicológico del apegado*, tanto en el plano de las relaciones íntimas como en otros aspectos vitales (Bowlby, 1969). El que la FA se muestre sensible y disponible hará que la relación cumpla adecuadamente sus dos funciones principales: como *base segura* y como *puerto de refugio*.

Constituir una *base segura* que promueva la exploración del entorno por parte de la persona en desarrollo es una de las características del apego. Cuando el apego es seguro, proporciona confianza para aprender, plantearse metas vitales, exponerse a nuevas experiencias, aceptar riesgos, crecer personalmente (Bowlby, 1988; Feeney y Thrush, 2010). La figura de apego proporciona así el tipo de apoyo que Feeney y Collins (2014) denominan *Relational Catalyst Support*: un apoyo social que sirve como catalizador relacional de la robustez psicológica o el crecimiento personal (*thriving*) de la persona.

La FA funciona también como un *puerto de refugio* en tiempos difíciles, al encontrar en ella apoyo y consuelo para momentos de tristeza, temor o malestar. Para Feeney y Collins (2014) es la clase de apoyo que constituye una *fuerza de fortaleza ante la adversidad* (*Source of Strength (SOS) Support*), un apoyo como fuente de fortaleza en

el proceso por el que las personas se robustecen psicológicamente. En este lado de las relaciones de apego se da la aparente paradoja, que Feeney (2007) llama “la paradoja de la dependencia” (Feeney, 2007): la capacidad para depender de una persona especial cuando es necesario permite, de hecho, funcionar con autonomía. Una persona que se siente segura respecto a disponibilidad y receptividad de su FA si las cosas le van mal, no necesita aferrarse a ella.

La obra de Bowlby mostró que la calidad y las vicisitudes de las relaciones de apego tienen una influencia importante en el desarrollo psicológico del niño, especialmente en las facetas afectiva y relacional. Por esa razón es de esperar que las relaciones de apego tengan un papel relevante en el desarrollo de disfunciones psíquicas.

Desde los años 50 del siglo pasado se ha producido un volumen importante de investigación que muestra el valor que la relación entre el niño y sus cuidadores tiene para su funcionamiento psicosocial actual y para el de los años posteriores. Así, se ha mostrado la influencia del apego en múltiples áreas del desarrollo psicológico. Destaca, entre otras el papel del apego en el área de las relaciones sociales, donde la relación de apego funciona como contexto de aprendizaje de hábitos de relación interpersonal (Berlin, Cassidy y Appleyard, 2008; Colle y Del Giudice, 2011), en la de las relaciones íntimas, donde las relaciones de apego sientan las bases para aspectos tales como la autonomía, la dependencia y la calidad de la relación (Collins, Welsh, y Furman, 2009), en la de la regulación de las emociones, con el sistema de apego funcionando como una estrategia de regulación emocional y como contexto de aprendizaje de las habilidades para manejar los sentimientos (Mikulincer y Shaver, 2007) y en la de las estrategias de afrontamiento de acontecimientos adversos (Alexander, Feeney, Hohaus y Noller, 2001).

3.1.1. Modelos mentales y estrategias de apego

En función de las respuestas de los cuidadores a sus conductas de apego los niños van construyendo representaciones mentales o *modelos de trabajo* de las relaciones (Bowlby, 1973). No sólo aprenden hábitos relacionales sino también creencias y expectativas sobre las reacciones de los cuidadores y sobre sí mismos, en concreto sobre su propia capacidad para elicitarse determinadas respuestas en los demás (Shaver y Miculincer, 2009). Esas representaciones incluyen dos aspectos concurrentes: un

modelo de la figura de apego (modelo del otro) y un *modelo de sí mismo* (Bartholomew, 1994; Bartholomew y Horowitz, 1991). El modelo de la figura de apego está formado por las expectativas sobre su accesibilidad y su disponibilidad. Se trata de un modelo positivo cuando se la percibe como accesible, disponible, protectora y eficaz; y negativo cuando se desconfía de su accesibilidad, receptividad y aptitud. El modelo de sí mismo se refiere a las expectativas y creencias sobre la capacidad de uno mismo para promover la protección y el afecto de los otros. Las personas con modelo de sí mismas positivo se sienten aceptadas y queridas, capaces de promover el afecto de los demás. Las personas con modelo negativo se ven incapaces de promover la protección y el cariño, como indignas de ser queridas.

Un aspecto fundamental de los modelos internos es que también son *esquemas de acción*: el tipo de acciones que el niño ha aprendido para conseguir cuidados de sus figuras de apego. El niño construye entonces un “guión relacional”, una serie de reglas, con aspectos conscientes pero también inconscientes, del tipo: “si me siento de tal manera o necesito X y hago Y, la otra persona responderá de tal manera”... Al principio será algo rudimentario, como la expectativa de que sus acciones produzcan las respuestas deseadas en la interacción. Luego se irá desarrollando en conjunción con el desarrollo cognitivo y las ulteriores interacciones.

Se distingue así entre *estrategias de apego primarias y secundarias*. Las primarias son aquellas descritas más arriba como conductas que buscan la *proximidad* y el cuidado de las figuras de vínculo. Las secundarias son estrategias desarrolladas como alternativa cuando las primarias fracasan. Se han propuesto dos tipos de estrategias secundarias (Shaver y Mikulincer, 2009):

- *Estrategias de hiperactivación*: Son las que Bowlby (1969/82) llamó reacciones de protesta ante la frustración de las necesidades de apego. Se desarrollan cuando la FA se muestra próxima o receptiva (o sensible) sólo en ocasiones ocasionando un programa de reforzamiento parcial que a la larga hace que las conductas de *proximidad* y búsqueda de apoyo sean intensas (reacciones aparentemente exageradas ante pequeños contratiempos) y persistentes (se sostiene en el tiempo para que la FA responda finalmente), manteniéndose la persona en un estado crónico de activación.
- *Estrategias de desactivación*: Cuando la FA no se muestra disponible, no responde a las conductas de apego o castiga las expresiones de necesidad o

aflicción, alejándose, por ejemplo, el sujeto puede desarrollar estrategias destinadas, no a elicitarse una respuesta, sino a prevenir la frustración que la falta de respuesta o el alejamiento le producen. El niño aprende entonces a minimizar sus expresiones emocionales negativas y a no buscar apoyo en los demás. (negando sus necesidades de apego, evitando la intimidad y la dependencia, etc.).

Las *estrategias de apego*, tanto primarias como secundarias, son *pautas de regulación emocional* y *pautas de relación interpersonal* a la vez. Los *modelos de trabajo*, en cambio, son *conocimientos*, esquemas (de contenido y procedimentales) que sirven al sujeto para ajustar sus comportamientos a los de las FA. Esto implica que se usan también para hacer predicciones de las consecuencias de determinados comportamientos y por ello que determinan el tipo de estrategias que usarán las personas en momentos de necesidad.

3.1.2. Patrones o estilos de apego

Las conductas de apego se han estudiado desde dos perspectivas: como categorías y como dimensiones. En su investigación sobre el apego en niños el equipo de Mary Ainsworth (Ainsworth, Blehar, Waters y Wall, 1978) clasificó los patrones de respuesta de los niños a las separaciones y reuniones con sus madres en durante el procedimiento de la *Situación-Extraña*. Una secuencia que se inicia cuando (1) el niño entra en un salón de juegos solo acompañado por con su figura principal de apego (el padre o la madre por lo general). En el segundo paso entra un extraño al salón (2), luego sale la figura de apego mientras que el extraño se queda y trata de consolar al niño (3), a continuación la figura de apego regresa y consuela al niño (4), luego el extraño sale (5), y al poco la figura de apego deja al niño completamente solo (6); sigue luego que el extraño entra para calmar al niño (7) y, por último, la figura de apego regresa y trata de consolarlo y distraerlo (8). La conducta del niño en cada una de estas situaciones es observada, evaluada y clasificada.

Las categorías usadas para hacer esa clasificación han dado lugar a lo que se ha denominado *estilos de apego*. Hazan y Shaver (1987) definen *estilo de apego* como el patrón habitual de expectativas, necesidades, emociones y comportamientos en interacciones interpersonales y relaciones íntimas. La propuesta inicial de Ainsworth describe tres estilos, evitativo (A), seguro (B) y ambivalente o resistente (C) y fue

ampliada posteriormente al observar Main y su equipo un patrón desorganizado de comportamiento (D) en niños con comportamientos distinguibles de los descritos inicialmente. Esta categorización fue reformulada por Bartholomew en términos de prototipos (categorías naturales) a los que los sujetos se parecen en mayor o menor medida y que se describe a continuación (Bartholomew y Horowitz, 1991, Feeney y Noller, 1996; Ortiz, 2000):

Apego seguro: Las personas con un apego seguro (*secure attachment*) prototípico se sienten cómodas tanto con la intimidad como con la autonomía. Les interesa lo interpersonal, los afectos y la intimidad. Reconocen, aceptan y expresan las emociones negativas, afrontan constructivamente los problemas y buscan apoyo social cuando lo necesitan. En términos del modelo de Bartholomew tendrían un modelo positivo tanto de sí mismos como de los demás.

Apego desestimador: Las personas con apego desestimador, alejado o rechazante (*dismissing attachment*) prototípico están más orientados a la autonomía y al logro personal (al desempeño laboral, por ejemplo) que a las relaciones. Se sienten incómodos con la intimidad y la dependencia, por lo que se muestran fríos y distantes. Suprimen o minimizan la expresión de emociones, en especial las negativas, no reclaman apoyo en momentos de estrés. Presentarían un modelo positivo de sí mismos y negativo de los demás.

Apego preocupado: Al prototipo de personas con apego preocupado (*preoccupied attachment*) le interesa lo interpersonal y valoran mucho a aquellos con quienes están vinculados, pero consideran difíciles las relaciones y les preocupa la posibilidad de rechazo y abandono, mostrándose dependientes de la aceptación o de la atención de los demás. Expresan niveles muy altos de emocionalidad negativa como una estrategia para activar la conducta de protección de una figura de apego. El modelo de sí mismos sería negativo y el de los demás, positivo.

Apego temeroso: El estilo temeroso de apego (*fearful attachment*) corresponde a personas que se sienten incómodas con la intimidad, con temor al rechazo y tendencia a la evitación. Niegan las emociones negativas, las minimizan, tienen reacciones defensivas cuando las experimentan. Al no confiar en su propia capacidad de manejar el estrés o los problemas pueden mostrarse dependientes, pero de forma ambivalente o inestable, pues temen también la reacción de la FA a sus requerimientos de apoyo. Tendrían un modelo negativo tanto de sí mismos como de los demás.

La concepción de los estilos de apego como *prototipos* en vez de como *categorías* se inscribe en una tendencia en la concepción de los estilos como una combinación de valores más o menos extremos de características dimensionales. Como apunta Fraley (1999) la concepción categorial de los estilos de apego tiene de ventajoso la parsimonia descriptiva, facilitar la investigación (al disminuir la variabilidad entre los individuos) y el análisis estadístico de datos basados en grupos diferenciados de sujetos. Pero los estudios realizados apuntan a que los estilos no son categorías discretas, sino prototipos con límites difusos construidos a través de variables que son dimensionales (el uso más o menos frecuente de estrategias de hiperactivación o de desactivación por ejemplo) y que se distribuyen de forma continua a través de los individuos (Fraley y Waller, 1998). La adscripción de los sujetos a una categoría supondría, de hecho, una pérdida de información al no recoger bien la posición de los sujetos en varias dimensiones, y dificultar la representación adecuada del estilo de las personas que se sitúan en torno a la media de las dimensiones (Fraley, 1999).

Inicialmente Bowlby (1979) describió dos tipos de apego inseguro: el de las personas que buscan desesperadamente amor y apoyo y el de aquellas que no lo buscan sino que mantienen una actitud de dureza aún en circunstancias muy estresantes. En esta línea, diversos investigadores (Brennan, Clark y Shaver, 1998; Fraley, Waller y Brennan, 2000) han propuesto concebir los estilos de apego como posiciones relativas en un espacio bidimensional:

- La *incomodidad con la intimidad y la dependencia* (o *evitación*): Con una preferencia más o menos acusada por la distancia emocional y la independencia y un uso más o menos frecuente o intenso de estrategias de desactivación en situaciones de estrés. En términos de prototipos, el seguro y el preocupado mostrarían baja evitación y el desestimador y el temeroso, alta evitación.
- El *temor al rechazo o el abandono* (o *ansiedad*): Con un deseo más o menos grande de intimidad y protección, preocupación sobre la disponibilidad y las reacciones de la FA, y uso más o menos frecuente de estrategias de hiperactivación. Desde la perspectiva de los prototipos, la *ansiedad* sería elevada en el preocupado y el temeroso, y baja en el seguro y el alejado.

Las dimensiones de *ansiedad* y *evitación* son las más aceptadas actualmente por los estudiosos del apego adulto, pero existe una variedad de propuestas en la literatura

acerca del número de dimensiones relevantes para caracterizar las preferencias y expectativas de las personas en las relaciones de apego (vid. Fontanil, Ezama y Alonso, 2013).

3.1.3. Explicaciones del apego en la infancia

3.1.3.1. Sensibilidad parental

El factor que más se ha investigado en relación al apego infantil ha sido la sensibilidad parental. Los contenidos de los modelos de trabajo de los niños están determinados fundamentalmente por la disponibilidad y sensibilidad de las FA en momentos de necesidad. Si cuando el niño necesita apoyo la FA se muestra disponible, sensible y responde adecuadamente a sus necesidades, el niño se sentirá seguro; si no, inseguro (Bowlby, 1973, 1980).

Ainsworth, Blehar, Waters, y Wall (1978) hallaron una fuerte relación entre la seguridad del apego en la situación extraña y las sensibilidad materna ($r = .78$). En los años siguientes una sucesión de investigaciones confirmó la relación entre la insensibilidad del cuidador y la inseguridad en el apego del niño (Belsky y Fearon, 2008). Pero la magnitud de la relación entre sensibilidad y seguridad suele ser modesta. De Wolff y Van IJzendoorn (1997) llevaron a cabo un meta-análisis con 66 estudios sobre la relación entre los cuidados parentales (en particular la sensibilidad materna) y el apego de los niños. En muestras no clínicas encuentran una asociación moderada ($r = .24$) entre la sensibilidad materna y el patrón de apego evaluado en la *situación extraña*, de lo que concluyen que la sensibilidad es importante, pero no el único factor en juego. Nievar y Becker (2004) reanalizaron los datos de De Wolff y Van IJzendoorn (1997) – cambiando componentes de la sensibilidad materna: sincronía y mutualidad – y hallaron que la sensibilidad definida como comportamiento recíproco y sincronizado es la conducta materna más importante de cara a la calidad del apego. Lucassen, Tharner, Van IJzendoorn, Bakermans-Kranenburg, Volling, Verhulst et al. (2011) a su vez han hecho un meta-análisis sobre la sensibilidad paterna, que resultó débilmente asociada a las seguridad del apego ($r = .12$).

Los investigadores no han podido todavía explicar que la sensibilidad materna tenga tan poca relación con el apego del niño. Cassidy, Jones y Shaver (2013) sugieren que es posible que factores genéticos hagan a los niños más o menos sensibles a ciertas

experiencias, también que los comportamientos generales de los padres no sean tan importantes como lo que concretamente hacen en las situaciones en las que los niños están estresados, cuando el sistema de apego se activa. Esto ha dado lugar a investigaciones sobre la “respuesta materna al estrés”, que también se ha relacionado con el tipo de apego del niño (Leerkes, Parade y Gudmundson, 2011; Leerkes, Weaver, y O’Brien, 2012; McElwain y Booth-LaForce, 2006). En todo caso, la sensibilidad materna y otras variables asociadas a los cuidados tienen un volumen importante de investigación que confirma su papel en el desarrollo del apego.

Si nos fijamos en el tipo de apego infantil más asociado a psicopatología, el desorganizado, encontramos una variedad de investigaciones que lo han relacionado con conductas atemorizantes de los padres (Lyons-Ruth y Jacobitz, 2008), conductas contradictorias, confusas y disruptivas de comunicación afectiva de los padres en el cuidado de los hijos (Madigan, Pederson y Moran, 2006), o el fallo de los padres al ayudar al niño a regular su estado emocional cuando ocurren eventos estresantes, o al reparar la relación cuando esta se deteriora (Lecannelier, Ascanio, Flores y Hoffmann, 2011).

Otra muestra de la influencia del ambiente familiar en el apego de los niños es la que ofrecen aquellos estudios en los que se prueban los efectos de intervenciones sobre los padres en el tipo de apego de los niños. Por ejemplo, Hoffman, Marvin, Cooper y Powell (2006) aplicaron el programa de intervención para ayudar a 65 diadas de padres con hijos en edad preescolar a funcionar como refugio seguro y base segura para los niños. Aproximadamente el 70% de los niños, con un apego desorganizado en la evaluación previa en la situación extraña, pasaron a un apego más organizado en la evaluación postratamiento y casi dos tercios pasaron a mostrar un apego seguro. Así, en el meta-análisis de Bakermans-Kranenburg, Van IJzendoorn y Juffer (2005), se ha confirmado el impacto positivo de las intervenciones sobre los cuidados que recibe el niño en el apego desorganizado.

En definitiva, el primer factor determinante del tipo de apego de los niños son los cuidados que les proporcionan sus figuras de apego. Como el propio Bowlby defendía (Bowlby 1969/1982; 1979) los modelos de trabajo reflejarían de manera bastante precisa las experiencias reales de las personas.

3.1.3.2. Temperamento

La construcción de la relación de apego es fruto de actividad mutua de los participantes. Bowlby (1969) apunta que “las pautas de interacción que gradualmente se van desarrollando entre el pequeño y su madre sólo son comprensibles como resultado de las contribuciones de uno y otro, y, en particular, del modo en que cada uno de ellos –a su vez– influye sobre la conducta del otro”. En este sentido, determinadas características del temperamento infantil, como la reactividad emocional o la intensidad de la *expresión emocional*, podrían influir en la clase de cuidados que reciben y redundar en diversas pautas de apego. Pero las investigaciones sobre la relación entre el temperamento y el apego han mostrado que no existe una influencia directa y que el temperamento no predice la clasificación del apego (Vaughn, Bost y van IJzendoorn, 2008). Lo que el temperamento parece predecir en la situación extraña es la intensidad de determinadas respuestas emocionales (en concreto la reacción emocional ante la separación y no en la posterior reunión). En un meta-análisis sobre 12 muestras con 1.877 sujetos, Van IJzendoorn, Schuengel y Backermans-Kranenburg (1999) no encontraron relación entre el apego desorganizado en la infancia y las variables relativas al temperamento. Y en otro meta-análisis realizado por mismo grupo (Van IJzendoorn, Vereijken, Backermans-Kranenburg, y Riksen-Walraven, 2004) se encontró una ausencia de relación entre indicadores de emocionalidad negativa y seguridad en el apego. Los estudios con gemelos también indican un papel mínimo del temperamento y otras variables constitucionales en el desarrollo del apego. Por ejemplo, en el estudio de Roisman y Fraley (2008) la relación entre sensibilidad materna y apego infantil no podía explicarse por influencias genéticas. Donde sí tenían influencia las características genéticas era en la dependencia temperamental (propensión a una excesiva ansiedad de separación).

Raby, Cicchetti, Carlson, Cutuli, Englund y Egeland (2012) estudiaron en una muestra de 154 niños del *Estudio Longitudinal de Riesgo y Adaptación de Minnesota* ($n = 154$) la contribución relativa de la sensibilidad de la madre, evaluada a los 6 meses, y la de un factor genético (la región polimórfica ligada al transportador de serotonina –5-HTTLPR) en el tipo de apego exhibido por los niños a los 12 y 18 meses. El factor genético tuvo influencia en el grado de reactividad emocional que mostraron los niños en la situación extraña, y los cuidados de la madre en las posibilidades de regulación emocional de los niños. La sensibilidad predijo el tipo de apego seguro; la variación

genética el seguro a los 12 meses y uno de los subtipos inseguros a los 12 y 18 meses. Los autores concluyeron que la variación genética influye en la reactividad emocional y que al hacer más fácil o más difícil a los cuidadores regular al niño, afecta indirectamente al apego. Sherman, Stupica, Dykas, Ramos-Marcuse y Cassidy (2013) llevaron a cabo un estudio longitudinal, entre los 5 y los 12 meses, sobre la reacción ante las frustraciones con 84 niños “irritables” (con emociones intensas y cambiantes según la *Neonatal Behavioral Assessment Scale, NBAS* de Brazelton y Nugent, 1995). A los 5 meses los grupos de niños según el tipo de apego derivado de la situación extraña no diferían en reactividad emocional mientras que a los 12 meses los del grupo inseguro-avoidante mostraron menos reactividad que los seguros y estos menos que los inseguro-ambivalentes. Resulta pues que, aunque el temperamento tiene una influencia inicial, esta es luego modulada por el apego, al influir este en la regulación emocional.

Resumiendo, se puede decir que el temperamento no determina el tipo de apego aunque tiene una influencia en la conducta emocional de los niños y que lo que determina el tipo de apego es el curso de la relación entre el niño y sus cuidadores.

3.1.3.3. Otros factores

A medida que los niños crecen entran en juego las capacidades que van desarrollando y las influencias de otras personas fuera del contexto familiar (Belsky y Fearon, 2008). En la investigación de Fraley, Roisman, Booth-LaForce, Owen y Holland (2013), sobre el valor predictivo de diversos factores genéticos e interpersonales de la infancia en la edad adulta, la competencia social de los niños resultó ser tanto una consecuencia de las buenas experiencias de apego (los niños seguros son más competentes socialmente) como un antecedente de las relaciones de apego posteriores (si el individuo promueve buenas relaciones estas repercutirán positivamente en su seguridad).

En conclusión, parece que el estilo de apego de los niños está determinado por la interacción entre las características del niño y los cuidados que recibe. En los primeros meses el temperamento tiene una influencia en las diferencias individuales, vía reactividad emocional, pero lo que resulta decisivo para el tipo de apego es la respuesta de los cuidadores, la cual deviene en estrategia de autorregulación emocional e influye en su manera de relacionarse socialmente. Las habilidades sociales afectan a su vez a la calidad de sus relaciones con personas fuera de familia, lo que revierte a su vez en la

seguridad del apego.

3.2. Apego adulto

Bowlby defendía que el sistema de apego no sólo es sumamente importante para el desarrollo a lo largo de la infancia sino durante todo el ciclo vital (Bowlby, 1982). Aunque las conductas de apego son más evidentes e intensas en la primera infancia, “el comportamiento de apego se considera que es propio de los seres humanos desde la cuna, hasta la sepultura” (Bowlby, 1979: 157). Y concluía:

Lo que afirmamos [respecto a los niños] se puede aplicar también a adultos y a cualquiera que esté actuando para un adulto como figura a la que se tiene apego – a menudo se trata de un cónyuge, otras veces de un progenitor y con más frecuencia de la que cabe suponer, de un niño. (*Ibidem*, p. 160).

Los primeros en estudiar el apego adulto fueron Main y sus colaboradores (George, Kaplan y Main, 1985), con la *Adult Attachment Interview* (AAI), basada en la valoración de las narraciones que hace el entrevistado de sus experiencias con los padres durante la infancia. Hazan y Shaver inauguraron otra línea de investigación en un artículo de 1987 al proponer que el amor romántico era un proceso de apego y que, en general, las relaciones afectivas entre adultos seguían principios similares a las de los niños con sus figuras de apego. Desde esta perspectiva, las relaciones de pareja se deben entender como relaciones de apego en la medida que al otro miembro de la pareja se le atribuyen las funciones propias de las figuras de apego: Objeto de búsqueda de cercanía (del que no se quiere estar separado, sobre todo en momentos de estrés), base segura (que contribuye al comportamiento exploratorio autónomo) y puerto de refugio (que ofrece apoyo en momentos de necesidad).

Desde el punto de vista conceptual y metodológico, el apego en adultos se ha estudiado dentro de dos tradiciones teóricas y metodológicas (Fraley y Phillips, 2009; Levy y Kelly, 2009):

- Elicitando en una entrevista semi-estructurada sus “estados mentales” en relación a las experiencias de apego en la infancia, como se hace en la Entrevista de Apego Adulto (AAI por sus siglas en inglés) desarrollada por George, Kaplan y Main (1985). Aunque la entrevista recoge y valora experiencias reales recordadas, tales experiencias no se consideran lo fundamental sino la manera en

que la persona las narra en la actualidad, que se toma como un indicador de sus representaciones internalizadas, las cuáles influirían casi inconscientemente en su forma de relacionarse en la actualidad.

- Mediante auto-informes en los que la persona valora en qué medida su comportamiento en las relaciones íntimas se parece a las descripciones prototípicas de tres (Hazan y Shaver, 1987) o cuatro (*Cuestionario de Relación, CR*, de Bartholomew y Horowitz, 1991) tipos de apego. O contestando ítems sobre la ocurrencia de una serie de conductas, pensamientos y sentimientos que serían indicadoras de los tipos de apego o de sus dimensiones subyacentes. Por ejemplo, el *Cuestionario de Estilos de Relaciones (RSQ)*, Griffin y Bartholomew, 1994) y el *Cuestionario de Relaciones Interpersonales (CRI)*, Brennan et al., 1998). En esta línea de investigación también estarían los autoinformes sobre relaciones con figuras de apego en el pasado. Es el caso del *Cuestionario de apego parental (CAP)*, Parker, Tupling y Brown, 1979), que pregunta a la persona por los comportamientos y actitudes de sus padres hacia ella hasta la edad de 16 años. No pregunta cómo se sentía la persona en la relación con ellos, sino cómo le trataban (o cómo recuerda que le trataban).

Aunque estas dos tradiciones trabajan en el mismo campo, tienen a Bowlby como referencia fundamental y usan conceptos muy parecidos, no son congruentes entre sí. Evalúan aspectos distintos del apego: la AAI, el discurso formal tomado como indicador del funcionamiento inconsciente; en el caso de los autoinformes, se pregunta directamente por la ocurrencia de pensamientos, sentimientos y conductas de los que el sujeto es consciente y que estarían relacionados con actitudes implícitas. Roisman, Holland, Fortuna, Fraley, Clausell y Clarke (2007) llevaron a cabo un meta-análisis sobre estudios en los que se incluían tanto valoraciones provenientes del AAI como de autoinformes. A la hora de distinguir entre sujetos seguros e inseguros la correlación en la AAI y los autoinformes fue de $r = .09$, es decir, muy baja; la *ansiedad* en el apego según los autoinformes no tiene una relación estadísticamente significativa con la desestimación y la preocupación en la AAI ($r = .06$). En cambio, la *evitación* autoinformada sí está relacionada de manera significativa con la desestimación, aunque la correlación es pequeña ($r = .15$) pero más alta para los varones. La *ansiedad* autoinformada también correlaciona con la *preocupación* en el AAI de las mujeres. En un segundo estudio estos autores aplicaron la AAI (obteniendo puntuaciones

dimensionales en seguridad-inseguridad y desactivación-hiperactivación) y el *Relationship Scales Questionnaire (RSQ)*, de Griffin y Bartholomew (1994) a 160 estudiantes. De nuevo fue escasa la relación entre la seguridad-inseguridad obtenida con la *AAI* y la *ansiedad* ($r = -.05$) y la *evitación* ($r = -.08$) del *RSQ*. Lo mismo que la *ansiedad* en relación a la dimensión de activación ($r = -.01$). Pero volvieron a hallar una pequeña relación entre la evitación y la desactivación-hiperactivación ($r = .17$). Estudiaron además la relación entre ambos instrumentos y los *Big Five*; de hecho cada instrumento tuvo más relación con los *Big Five* que entre ellos. También evaluaron a 50 parejas para analizar el valor predictivo de los dos instrumentos en las relaciones de pareja. Los instrumentos fueron coherentes entre sí en relación a algunos aspectos y discrepantes en otros.

En todo caso, dado que los autoinformes se refieren a comportamientos y experiencias actuales de las personas pueden tener más relación con el funcionamiento efectivo de sus relaciones actuales que las evaluaciones con la *AAI*. Así ocurre con el ajuste en las relaciones de pareja, que está más claramente relacionado con el apego adulto evaluado mediante autoinformes que con la *AAI* (Mikulincer y Shaver, 2007).

Por otro lado, los cuestionarios y escalas suelen valorar el estilo de apego o las conductas de apego en general, como si fuera una variable de personalidad (entendida como consecuencia de modelos operativos internos generales) por lo que no recogerían adecuadamente dos hechos capitales para examinar las repercusiones del apego en la psicopatología actual de la persona que son:

- Las personas suelen tener relaciones de apego con más de un sujeto y la calidad de la relación y los comportamientos de la persona pueden variar de una relación a otra (por más que correlacionen).
- La relación con una misma persona puede experimentar cambios en el tiempo, en cuanto a su posición en la jerarquía de figuras de vínculo a lo largo del ciclo vital (Bowlby, 1969; López y Ortiz, 2000).

Es necesario recordar que cómo se siente y se comporta uno en una relación también depende de los comportamientos del otro (aparte de factores exteriores a la diada) y lo que se echa de menos en la literatura sobre apego adulto son investigaciones sobre la relación entre estilo de apego que exhibe una persona en relación a otra específica y los comportamientos como FA de esa otra persona.

El campo del apego adulto es pues un lugar central en el que se han desarrollado las investigaciones para discutir acerca de la estabilidad y continuidad de los estilos de vínculo y sobre las repercusiones de los vínculos afectivos en las disfunciones psíquicas.

3.2.1. Determinantes del apego adulto

Los patrones particulares de comportamiento de apego mostrados por un individuo dependen en parte de su edad, sexo y circunstancias presentes y, en parte también, de sus experiencias en etapas anteriores de su vida, con figuras a las que tenía apego. (Bowlby, 1979, p. 157).

Como todos los comportamientos complejos, el apego es fruto de una configuración de muchos factores que interaccionan entre sí y no se puede explicar en términos de variables aisladas. En principio, las cualidades del sistema de apego son resultado de las características de los sujetos, las de su figura de apego y del curso de la interacción entre ellos, viéndose además estos componentes influidos por los contextos más amplios que los envuelven. Repasamos ahora algunas de las variables estudiadas en relación con el apego: las características genéticas, las relaciones durante la infancia con las figuras de vínculo y las relaciones sociales extrafamiliares y por último las relaciones actuales.

3.2.1.1. Genética-temperamento

Ya se ha incluido previamente el análisis del estado de la cuestión en el periodo infantil pero en el caso de la edad adulta el estudio de las relaciones entre apego y temperamento pasa por la relación entre apego y personalidad, al suponer que ésta tiene un componente temperamental. Se han encontrado correlaciones significativas positivas de la *ansiedad* en el apego y el *neuroticismo* (en torno a .40); en el caso de la *evitación* las relaciones encontradas han sido más débiles (con *extraversión* y *agradabilidad*) (Nofhle y Shaver, 2010).

Relaciones directas entre las dimensiones del apego adulto y determinadas características genéticas se han encontrado en algunos estudios (Chen y Johnson, 2012, Gillath, Shaver, Baek y Chun, 2008). Otros sugieren que determinadas características genéticas hacen al sujeto más sensible a ciertas experiencias relacionadas con el apego (Salo, Jokela, Lehtimäki y Keltikangas-Järvinen., 2011). Raby, Cicchetti, Carlson,

Egeland y Collins (2012), con una muestra de 143 individuos del estudio de Minnesota, encontraron un factor genético (relacionado con el receptor de Oxitocina) cuya variación influiría en que el apego en la infancia correlacione con el apego evaluado en la edad adulta, lo que indicaría que la influencia de los cuidados maternos en el apego adulto es mayor en unos individuos que en otros debido a sus características genéticas. Sin embargo un trabajo recién publicado del propio Raby en el que se intentó replicar esos hallazgos con un estudio longitudinal con 550 personas ha llegado a la conclusión de que no hay pruebas de que ese factor genético modere la asociación entre la seguridad del apego durante la primera infancia y la los índices de seguridad en la AAI a los 18 años (Raby, Roisman y Booth-LaForce, 2015).

Al igual que ocurría en la infancia la apuesta por que haya factores genéticos que determinen el tipo de apego en la edad adulta aún no ha recogido apoyos empíricos consistentes.

3.2.1.2. Experiencias con los cuidadores

La hipótesis fuerte de Bowlby era que:

Existe una intensa relación causal entre las experiencias de un individuo con sus padres y su posterior capacidad para establecer vínculos afectivos, y que ciertas variaciones corrientes de dicha capacidad, que se manifiestan en problemas conyugales y conflictos con los hijos, así como síntomas neuróticos y trastornos de la personalidad, pueden atribuirse a determinadas variaciones corrientes de los modos de desempeñar los padres sus correspondientes roles. Bowlby (1979, p.163)

Roisman y Fraley (2013) y Fraley, Roisman, y Haltigan (2013) agrupan las posiciones actuales al respecto en dos orientaciones:

- a) Las teorías revisionistas sugieren que las experiencias infantiles sólo tienen efecto a corto plazo, pues el aprendizaje de nuevas competencias y las experiencias posteriores van influyendo en el desarrollo del sujeto. Se admiten efectos a largo plazo, pero indirectos, a través de otras variables. En cambio, los efectos directos tenderían a desaparecer. Empíricamente se espera que las relaciones entre variables de la infancia y de edades posteriores vayan disminuyendo progresivamente con el tiempo.

- b) Las teorías de los efectos duraderos proponen que las experiencias infantiles tienen efectos más duraderos, tal vez porque el sistema nervioso es más plástico en la infancia. Se asumen influencias indirectas, pero también influencias directas que nunca llegarían a desaparecer aunque disminuirían hasta estabilizarse.

La mayoría de estudios sobre esta cuestión evalúan el apego a los padres de forma retrospectiva y el apego actual a la pareja. Con algunas excepciones (Furman, 1999; Shaver, Belsky y Brennan, 2000), los resultados apuntan a una relación significativa entre el apego pasado a los padres y el apego actual a la pareja. Por ejemplo, Sánchez-Queija y Oliva (2003) evaluaron el vínculo que los adolescentes tenían con sus padres (*Parental Bonding Instrument* de Parker, Tupling y Brown, 1979) y la calidad de sus relaciones con sus amigos (con una escala de apego y otra de calidad de la relación): los adolescentes con padres de alto afecto y bajo control tenían mejores relaciones con sus amigos; de hecho bastaba con que la relación con uno de los padres fuera segura para funcionar bien con las amistades. Martínez, Fuentes, Orgaz, Vicario y González (2014) evaluaron –retrospectivamente– el apego al padre y a la madre (usando dos subescalas de la *NRI- Behavioral Systems Version, NRI-BSV*) y el apego actual a sus parejas (*Experiences in Close Relationships-Revised, CRI-R*, Fraley, Waller y Brennan, 2000) de 133 parejas jóvenes (entre 17 y 25 años). Encuentran relaciones significativas entre las variables que caracterizan el vínculo con los padres (su papel como base segura y como refugio) en la infancia y el tipo de relación que las personas tenían con sus parejas en la actualidad.

Además, los estudios retrospectivos en los que se evalúa el apego adulto y se pregunta a los individuos por experiencias pasadas indican que la inseguridad del apego adulto está relacionada con experiencias como haber sido víctima de maltrato físico o de abusos sexuales (Sternberg, Lamb, Guterman, Abbott y Dwud-Noursi, 2005) y la muerte de uno de los padres o el divorcio de estos (Shaver y Mikulincer, 2007).

Pero convendrá prestar atención especial a los estudios prospectivos disponibles, que revisamos a continuación.

Fraley (2002), a partir de un meta-análisis sobre 27 estudios, estimó una correlación general de .39 entre las medidas de apego en la infancia (situación extraña) y las de años posteriores (hasta la juventud) en cuando a la distinción entre seguro e inseguro. Según el autor esa correlación implicaría que en una muestra de niños

seguros, el 70% serían seguros de adultos y el 30% pasarían a inseguros. Debe tenerse en cuenta, no obstante, que de los 27 estudios en 15 la segunda evaluación se hizo cuando los niños tenían menos de 2 años (para estos estudios la correlación fue de .32) y sólo en 5 estudios los sujetos fueron evaluados entre los 16 y los 21 años (para estos estudios la correlación fue de .27). Además en todos ellos el apego adulto se evaluó con la AAI y no con instrumentos que evalúen específicamente relaciones con parejas y amigos.

Dos estudios posteriores realizados con la AAI (Main, Hesse y Kaplan, 2005; Sroufe, Egeland, Carlson y Collins, 2005) encuentran tasas de concordancia significativas entre el apego evaluado mediante la *situación extraña* en la *primera infancia* y el apego evaluado con la AAI en la *adolescencia-juventud*.

Usando otros instrumentos de medida, Dinero, Conger, Shaver, Widaman y Larsen-Rife (2008) evaluaron a más de 200 adolescentes y sus familias a los 15-16 años y con sus parejas a los 25 y 27 años. Las pautas de relación en la adolescencia y la edad adulta se evaluaron mediante observadores entrenados que calificaron grabaciones de vídeo sobre conversaciones elicitadas por tareas estructuradas. El apego a las parejas se evaluó con el *Relationship Scales Questionnaire (RSQ)* de Griffin y Bartholomew (1994). Sus resultados muestran la influencia de las relaciones padres hijos en la adolescencia en el tipo de apego romántico que exhiben los hijos a los 25 y 27 años con sus parejas (con correlaciones de entre .05 y .21).

En este mismo sentido va también el estudio de Zayas, Mischel, Shoda y Aber (2011) realizado con 30 personas, en el que encontraron relaciones significativas entre los cuidados maternos a los 18 meses y el estilo de apego a los 22 años. Los cuidados maternos se evaluaron mediante la observación del comportamiento de la madre en una situación de juego semiestructurada, y el apego adulto con una versión reducida (10 ítems) del cuestionario *Experiences in Close Relationships-Revised (CRI-R)*; Fraley, Waller, y Brennan, 2000), una versión sobre relaciones en general, y cuatro sobre relaciones específicas: relación de pareja, de amistad, con padre y con madre. Un cuidado materno sensible (*sensitivity*) y poco controlador resultó estar relacionado con menor *evitación* de amigos y parejas y *ansiedad* en relaciones de pareja (pero no de amistad) en la edad adulta. Que la madre fuera poco sensible no tuvo relación con el apego posterior (tal vez porque la situación de evaluación elicitaba poca variedad de comportamientos de ese tipo). Curiosamente, los cuidados maternos no tuvieron

relación con el apego a la madre a los 22 años (ni con el apego al padre) (los autores lo atribuyen a que los padres no son las figuras de apego principales a esa edad). El apego a la madre en la edad adulta tampoco obtuvo una relación estadísticamente significativa con el apego a parejas y amigos; y el apego al padre se relacionó con el apego a los amigos pero no a las parejas.

En definitiva tanto los estudios con la *AAI* como los realizados con autoinformes de apego adulto apoyan la existencia de una relación relevante entre este y las experiencias de la infancia y la adolescencia con las figuras de apego.

Si la seguridad en el apego está relacionada con los cuidados parentales, se puede suponer que el curso de los cuidados parentales influirá en la evolución posterior del apego y, por tanto, el tipo de cuidado recibido puede impactar en la estabilidad o el cambio del apego. Belsky y Fearon (2002) analizaron datos del estudio del NICHD sobre 1.000 díadas madre-hijo desde el nacimiento. Comparando las clasificaciones de los niños en la situación extraña a los 15 y a los 24 meses encuentran que los que mejor funcionamiento psicosocial tenían a los 36 meses eran los seguros con cuidados sensibles y los de peor funcionamiento los inseguros con cuidados insensibles. Pero los que en la primera evaluación eran inseguros y luego experimentaron cuidados sensibles funcionaban luego mejor que los que primero fueron seguros y experimentaron luego cuidados insensibles. Es más, el empeoramiento de los cuidados y de la seguridad del apego tuvo relación con la ocurrencia de eventos vitales negativos y falta de apoyo social que afectaron tanto a madres como a hijos. Así, los cuidados posteriores son tan importantes como los tempranos en el desarrollo del apego (Thompson, 2008).

3.2.1.3. Las relaciones extrafamiliares en la infancia y la adolescencia

La influencia de las experiencias tempranas en las relaciones adultas puede realizarse indirectamente a través de las relaciones que el niño o el adolescente va formando con personas fuera de la familia.

La calidad de las amistades en la infancia y adolescencia aparece como uno de los factores que más influyen en el desarrollo del apego. Se supone que a lo largo de la adolescencia se da una transferencia de las funciones del apego desde los padres hacia los iguales, amigos y parejas. Zeifman y Hazan (2008) investigaron este proceso entre los 6 y los 17 años, comprobando cómo las cuatro características del apego (búsqueda

de *proximidad*, puerto seguro, base segura y protesta de separación) van trasladándose de los padres a los compañeros: primero la búsqueda de *proximidad* (ya los niños prefieren estar con los amigos), luego los amigos como puerto seguro cerca de los 14 años, pero aún a los 15 y los 17 eran una minoría los que tenían transferidos los cuatro componentes a un igual (normalmente su pareja). En otro estudio evaluaron a adultos de 18 a 82 años: Los componentes de búsqueda de *proximidad* y refugio seguro estaban generalmente transferidos a las relaciones de pareja y/o amistad; los que tenían una relación de al menos 2 años identificaban a su pareja además en los componentes de malestar con la separación y base segura; en cambio los que no tenían pareja o la tenían desde hacía menos de 2 años nombraban a sus padres para esos dos componentes (estos resultados coinciden con los de Fraley y Davis, 1997).

Se tienen datos empíricos que sugieren que las experiencias infantiles influyen en experiencias sociales posteriores y que estas que, a su vez, influyen en el apego adulto. Así Aikens, Howes y Hamilton (2009) llevaron a cabo un estudio longitudinal con 47 sujetos sobre el apego desorganizado entre la primera infancia y la adolescencia. Los sujetos fueron evaluados a los 12 meses en la situación extraña, a los 4 años en una situación extraña adaptada a la edad y a los 16 años con el *Adult Attachment Projective Picture System* (George, West, y Pettem, 1997). Sólo el 25,5% de los sujetos mantuvo el mismo estilo de apego entre la infancia y la adolescencia. La aparición de apegos irresueltos en la adolescencia tuvo relación con haber experimentado acontecimientos negativos, con menor grado de seguridad en la relación con la madre en la infancia, con tener relaciones negativas con los maestros en la infancia, y con no tener buenas relaciones de amistad al inicio de la adolescencia.

En el mismo sentido Simpson, Collins, Tran y Haydon (2007) hallaron una relación entre el apego a la madre a los 12 meses y el funcionamiento en pareja a los 20-21 años, pero esta relación estaba mediada por la competencia social que les habían atribuido sus maestros de educación primaria y por la seguridad de sus amistades a los 16 años.

Como hemos visto los factores determinantes del apego adulto que se han investigado son los cuidados parentales, las características genéticas y la calidad de las relaciones sociales. Fraley, Roisman, Booth-LaForce, Owen y Holland (2013) han llevado a cabo una investigación para valorar la influencia relativa de estas variables en el apego adulto con una muestra de 707 personas seguidas desde el nacimiento a los 18

años. Los cuidados en la infancia se valoraron según tres indicadores: sensibilidad materna (valoración de interacciones grabadas), depresión materna y ausencia del padre. La calidad de las amistades en la infancia fue valorada con el *Friendship Quality Questionnaire* (Parker y Asher, 1993), el temperamento se evaluó con el *Children's Behavior Questionnaire* (Rothbart, Ahadi, Hershey, y Fisher, 2001) y el apego adulto se evaluó con los cuestionarios *RSQ* (Griffin y Bartholomew, 1994) y *CRI-R* (Fraley, Waller, y Brennan, 2000). Concluyen que las diferencias individuales en apego adulto pueden atribuirse a los cuidados recibidos, la competencia social y la calidad de las amistades en la infancia. En cuanto al temperamento, no tuvo relación con las medidas de apego adulto. Tampoco las características genéticas, excepto un polimorfismo genético que predecía una elevada *ansiedad* en el apego e incrementaba la repercusión de las variaciones de la sensibilidad materna en la *evitación*. Los autores destacan en su análisis que las características del ambiente de crianza en los primeros años resultan menos importantes que los cambios en la crianza a lo largo del tiempo. La varianza explicada por los cuidados tempranos es pequeña (como mucho el 29%), lo que los autores atribuyen a que tal vez tengan más importancia las relaciones actuales, a que las propias relaciones con los padres pueden cambiar con el tiempo y a que hay otros factores que también influyen.

Como conclusión, se diría que las experiencias en la infancia y adolescencia con los padres tienen una relación pequeña pero consistente con el funcionamiento de la persona en las relaciones adultas. Tal relación se podría explicar por la persistencia de los modelos internos construidos en la infancia, pero más exacto sería decir que es fruto de al menos dos factores: Primero, el efecto de las experiencias en la conformación del sistema psicobiológico (no sólo en las representaciones cognitivas sino también en la propia configuración del sistema nervioso), incluyendo las *habilidades aprendidas directamente en la interacción con los cuidadores*, especialmente las relativas a la regulación emocional y el autocontrol y a las relaciones sociales, que facilitan ciertas *experiencias de interacción social, con amigos, maestros, parejas,...* que a su vez revierten en el *apego*. En segundo lugar, la influencia de las relaciones posteriores con personas significativas, los padres, otros familiares, adultos fuera de la familia (por ejemplo, maestros), amigos, parejas, etc. que confirmarán o inhibirán determinados caminos del desarrollo.

3.2.2. Estabilidad y especificidad de los estilos de apego en la edad adulta

La perspectiva favorita de los investigadores ha sido considerar el estilo de apego como si fuera un rasgo de personalidad, derivado de modelos operativos internos generales. Sería una característica estable en el tiempo y con influencia en cualquier relación cercana que mantenga la persona. Pero Baldwin y Fehr (1995) revisaron seis estudios en los que se había evaluado en dos ocasiones y con un intervalo de cuatro meses, el estilo de apego de estudiantes de 20 años de edad de media con el cuestionario de Hazan y Shaver (1987) y el 30% de los sujetos había cambiado de categoría de apego en ese corto lapso de tiempo. Atribuyeron entonces ese cambio no a errores sino a variaciones en el constructo y defienden que las respuestas de las personas a las preguntas sobre el apego reflejarían más un esquema relacional activado en ese momento que una disposición duradera o rasgo. Se inicia así un largo recorrido de estudios para determinar la estabilidad del apego adulto en el tiempo y respecto a personas distintas en la edad adulta

En la revisión de 26 estudios longitudinales efectuada por Fraley y Brumbaugh (2004) para analizar los patrones de estabilidad y cambio del apego adulto, en los once estudios con evaluaciones categoriales del apego, el porcentaje medio de sujetos que había mantenido la misma categoría era del 71,5%. Cerca de un tercio de las personas había cambiado de categoría en menos de un año (el intervalo medio entre evaluaciones era de 44 semanas). En las evaluaciones dimensionales teniendo en cuenta sólo la de seguridad-inseguridad, la correlación media fue de .54. El intervalo entre evaluaciones iba desde unas pocas semanas hasta varios años (aunque la mayoría de los estudios no superaban el año entre evaluaciones). En el estudio más extenso, que abarcaba 26 años, se encontró una correlación de .55 (Klohn y Bera, 1998). Crawford, Shaver, Cohen, Pilkonis, Gillath y Kasen (2006) evaluaron el apego de 678 personas en la adolescencia (en torno a 16 años de edad), la juventud (22 años) y la edad adulta (33 años). El apego se evaluó con escalas específicas de *ansiedad* y *evitación* creadas para el estudio y validadas en relación a la *Cuestionario de Relaciones Interpersonales* (CRI) de Brennan et al. (1998). La estabilidad de las medidas dimensionales de apego entre los 22 y los 33 años obtuvo una correlación media de .51 (media); entre los 16 y los 33 la media fue una *r* de .39.

Cabe concluir, como hacen Davila y Cobb (2004) que las moderadas correlaciones test-retest sugieren alguna estabilidad dentro de variaciones importantes a lo largo del tiempo. Anteriormente, al tratar de los determinantes del apego, hemos revisado algunos factores que pueden hacer cambiar también el estilo de apego en adultos. El cambio parece relacionado con experiencias como la formación y disolución de relaciones de pareja (Kirkpatrick y Hazan, 1994) o la de tener hijos (Feeney, Alexander, Noller y Hohaus, 2003).

Respecto a la cuestión de la *generalidad del estilo de apego*, ya se ha observado que en los niños el patrón de apego puede variar dependiendo de la figura de apego. Baldwin, Keelan, Fehr, Enns y Koh-Rangarajoo (1996) han mostrado cómo las personas varían en sus patrones de apego, expectativas y creencias sobre distintas personas concretas (por ejemplo, consideran diferentes a la esposa y a la madre y pueden sentirse seguros respecto a una e inseguros respecto a la otra). Por ejemplo Ross y Spinner (2001) evaluaron el apego en las relaciones cercanas general y en relaciones específicas de 224 personas, mediante el *Relationship Questionnaire* de Bartholomew y Horowitz (1991). La mayoría de los sujetos valoraba su semejanza con los prototipos de manera distinta en función de la relación contemplada. Fraley (2007), teniendo en cuenta los datos de Baldwin et al. (1996) y los de Klohnen, Weller, Luo, and Choe (2005), estima que el apego a los padres correlacionaría aproximadamente .20 con el apego a las parejas. Según esto cada persona dispone de múltiples modelos, que pueden ser inconsistentes entre sí. Las relaciones con una misma persona pueden ser seguras o inseguras en una situación en la que se activa un modelo de trabajo y no en otra (Shaver y Mikulincer, 2009).

Cozzarelli, Hoekstra y Bylsma (2000) compararon el apego genérico y los apegos en relaciones específicas en cuanto a su grado de asociación con diversos indicadores de funcionamiento. Las relaciones específicas tuvieron más asociaciones y asociaciones más intensas. También constataron la relevancia del tipo de variable a predecir: el modelo general estaba fuertemente relacionado con medidas generales de ajuste psicológico mientras que los modelos específicos lo estaban con los sentimientos hacia la pareja o la satisfacción con la relación.

Barry, Lakey y Orehek (2007) evaluaron el estilo de apego genérico y el estilo en relaciones específicas con madres, padres y parejas de 54 estudiantes universitarios, encontrando que los apegos en las relaciones específicas estaban más relacionados con

la autoestima, el afecto y el apoyo social percibido que el apego en general. La proporción de la varianza de la dimensión de *ansiedad* explicada por el patrón general fue del 17% y la explicada por las relaciones específicas el 51%; mientras que en el caso de la dimensión de evitación el 91% de la varianza se explicaba por las relaciones específicas, no siendo significativo el apego genérico.

Caron, Lafontaine, Bureau, Levesque y Johnson (2012) evaluaron el apego en general y en la relación con padres, amigos y parejas de 2.214 estudiantes entre 17 y 25 años. El apego se evaluó con el *Relationship Questionnaire* (RQ; Bartholomew y Horowitz, 1991) en una versión para amigos y otra para parejas y con el *Experiences in Close Relationships questionnaire* (CRI) (Brennan, Clark, y Shaver, 1998). Se evaluó también la calidad de las relaciones con padres y amigos, las relaciones en la infancia con los padres, la calidad de la relación de pareja y los problemas de comunicación y el conflicto personal. Los resultados se aproximan más al modelo contextual que al de rasgos. En primer lugar el análisis factorial indicó que la solución de 5 factores se ajustaba mejor a los datos que la de un solo factor. Los 5 factores eran: calidad de la relación con los padres, apego a los padres no resuelto, apego seguro a los amigos, *ansiedad* en la relación con amigos y parejas y *evitación* en relaciones de pareja. Son específicos de cada tipo de relación, excepto la *ansiedad* que es común para parejas y amigos. Además cuantificaron la contribución relativa de los tres tipos de relaciones al bienestar psicológico y sólo el apego irresuelto a los padres no tuvo relación, sí los otros cuatro factores, pero la calidad de la relación con los padres y la *ansiedad* con la pareja y los amigos son los que más influyen en el bienestar psicológico. En cuanto al funcionamiento de la relación de pareja sólo la *evitación* tiene una influencia significativa. En definitiva, parece que las personas tienen diversos tipos de apego según las personas a las que se refieran y además que las relaciones de apego específicas están más asociadas que el estilo general a las parcelas específicas de funcionamiento.

La influencia que puede tener la metodología en estos resultados es digna de consideración. Como apuntan Scharfe y Bartholomew (1994) es posible que los errores de medida en los instrumentos estén infravalorando la estabilidad y, por otra parte, como señalaba Pervin (1996) en relación a los rasgos de personalidad, las predicciones basadas en rasgos pueden predecir la conducta con el mismo nivel de generalidad: lo observado en dos semanas predice bien las siguientes dos semanas, pero no el día

siguiente. Es decir, que si preguntamos a las personas por sus comportamientos generales resultará que serán consistentes con sus comportamientos generales un tiempo después o en situaciones descritas de un modo muy general. En cambio, no serán consistentes (o lo serán bastante menos) con conductas más específicas en momentos o situaciones específicas.

Para algunos autores la estabilidad se explicaría por la persistencia de los modelos de trabajo internos (básicamente contruidos en la infancia), a través de tres mecanismos (Feeney, 2008):

- Las personas pueden seleccionar contextos que encajen con sus creencias sobre sí mismos y los otros,

- Los estilos implican sesgos de percepción social que tienden a confirmar ideas preexistentes y

- Los estilos pueden funcionar como profecías autocumplidoras al elicitare comportamientos que provocan en los demás los comportamientos previstos.

Brumbaugh y Fraley (2006) investigaron en adultos los procesos de transferencia de las experiencias de una relación de pareja a otra. A los sujetos se les presentaban dos posibles parejas hipotéticas, una parecida a otra que tuvieron de hecho en el pasado y otra parecida a la que tuvo otro sujeto. Cuanto más se parecían la pareja anterior y la hipotética, más se parecían también las representaciones elicítadas respecto al apego; además los sujetos mostraban preferencia por las parejas parecidas a la suya anterior. Tenemos entonces, por un lado, que la semejanza de la nueva situación (pareja) puede elicitar conductas de la experiencia anterior (o no, sí la diferencia es suficiente) y que las preferencias del sujeto le puede hacer seleccionar una situación parecida a las anteriores.

Pero también cabe pensar que la estabilidad se explica por la persistencia de las conductas propias y ajenas. Es decir, que si un individuo se siente seguro en su relación de pareja y su seguridad se basa, al menos en parte, en cómo lo trata su pareja, el que dos años después se sienta seguro puede deberse a que su pareja lo siga tratando igual y que no haya defraudado sus expectativas. La ocurrencia de factores externos a la relación puede hacer que el comportamiento mutuo cambie.

Los factores que pueden producir un cambio en el estilo de apego no están claros. Podría pensarse en experiencias estresantes directamente relacionadas con el apego o en

conductas como el apoyo social y en este sentido resulta interesante el trabajo de Cozzarelli, Karafa, Collins y Tagler (2003) que estudia la estabilidad del estilo de apego adulto en 442 mujeres que habían abortado. En dos años, el 42% de las participantes cambiaron su estilo de apego. El cambio hacia la inseguridad estuvo relacionado con tener antecedentes de depresión y/o maltratos y el incremento de la seguridad con cambios en la autoestima y en el apoyo social percibido. En cambio, la experiencia de adversidades como el divorcio o la muerte de un ser querido en esos dos años no estuvo relacionada significativamente con el cambio o estabilidad del apego. Parece razonable que un aumento del apoyo social redunde en mayor seguridad en el apego, en cambio se ve que la mera ocurrencia de eventos vitales adversos no tiene un efecto definido.

Para dar cuenta de las relaciones entre el apego genérico y los apegos específicos, Collins y Read (1994) proponían la existencia tanto de modelos generales como específicos de la relación jerárquicamente organizados, de manera que las categorías más generales tendrían influencia en las más específicas. Pero Fraley (2007) ofrece una explicación alternativa a la relación entre los modelos representados: los que se adquieren antes influirán en la construcción de los posteriores, de forma que siempre habrá una relación entre ellos, sin que implique la persistencia, tal cual, de los primeros modelos (es decir, una relación genética). De los puntos comunes a distintos modelos se podrá inferir un modelo más general, pero de hecho tal modelo no existiría como tal en el sistema cognitivo.

Aquí cabe recordar la argumentación de Wachtel (1988) sobre la importancia que en psicoanálisis se da a las primeras experiencias infantiles y su desdeño de las experiencias posteriores y actuales. Explica Wachtel que el Psicoanálisis parece ver las primeras experiencias como cosas que quedan fosilizadas en el interior de la persona sin *enganche* con los aprendizajes posteriores del sujeto, y sin ser modificadas por la experiencia posterior. Quedarían como unidades fijas, a la espera de ser reactivadas por una experiencia específica. En realidad habría que hablar de una dinámica de integración de las experiencias nuevas en las anteriores. Tal proceso se puede describir en términos piagetianos: a partir de sus experiencias, el niño construye esquemas (teorías en acción); cada nueva experiencia, si no es asimilable a los esquemas previos los obliga a acomodarse, cambiando el esquema. Los esquemas podrían crecer en amplitud, al aumentar el rango de experiencias que un esquema es capaz de asimilar, pero también diferenciarse, al producir esquemas más especializados en dominios

particulares de la experiencia. Las nuevas experiencias deberán integrarse con las viejas y las viejas deberán cambiar para integrar las nuevas o aquellas deberán diferenciarse. En términos de la psicología del aprendizaje el proceso se entendería como un juego entre la generalización y la discriminación de relaciones entre estímulos y respuestas. La clave estaría en la efectividad funcional: a veces afrontar una situación de la misma manera que otra anterior, será efectivo y se tenderá a la generalización, otras no lo será y la discriminación se irá produciendo.

Fraley (2007) considera que tanto la idea de que los patrones de apego son estables en el tiempo y se generalizan a diversas relaciones como la de que pueden cambiar con el tiempo y la experiencia pueden ser correctas. Se construirían tanto reglas específicas como reglas generales para guiar la actuación. En el nivel de una relación específica con una persona, el sujeto va construyendo un modelo prototípico de esa relación a partir de una sucesión de experiencias con ella. Si dos patrones de experiencias con una misma persona se parecen suficientemente se integrarán en un mismo prototipo; si se diferencian suficientemente se construirán dos prototipos y además otro con lo que tengan en común. Lo mismo si se trata de la relación con dos o más personas. De modo que tanto la estabilidad como el cambio son posibles. Si las experiencias ulteriores sólo van variando gradualmente respecto a las previas, ocurriría que las representaciones construidas a partir de las primeras experiencias serían integradas con las experiencias posteriores. Pero ese cambio lento también implicaría precisamente por ser pequeño y progresivo, estabilidad. También puede ocurrir que el sistema conserve representaciones. Para ello es necesario que las nuevas experiencias sean discriminadas de las anteriores (que el cambio sea más grande, de manera que el sistema construye una nueva representación pero no la mezclaría con la anterior por ser demasiado distintas) o que concurran temporalmente experiencias distintas. Por último, un patrón pasado podría persistir aún en condiciones de cambio gradual si es afectivamente importante y es reactivado de vez en cuando o en circunstancias emocionalmente relevantes. Tanto la estabilidad como el cambio se explicarían por los mismos factores: por la interacción entre la persona y sus contextos.

3.2.3. Apego y relaciones de pareja

Kirkpatrick y Hazan (1994) encontraron que el inicio de una relación de pareja puede aumentar la seguridad en el apego de la persona y pasar por una ruptura aumentar

por el contrario la inseguridad. Como ya hemos visto, Dinero et al. (2008) mostraron la influencia que el apego a los padres en la adolescencia tiene en las relaciones de pareja 10 años después; pero también que las interacciones positivas con la pareja observadas a los 25 años contribuían significativamente a la seguridad del apego con esa pareja dos años más tarde. De hecho, de sus datos se desprende que a medida que la relación de pareja se alarga y aumenta en compromiso crece la influencia en el apego del trato mutuo y disminuye la de la familia de origen.

3.2.3.1. Apego y satisfacción *con* la pareja

En general, las investigaciones indican que la inseguridad en el apego afecta negativamente al funcionamiento de las parejas.

Los estudios sobre la relación entre apego y satisfacción con la relación de pareja indican que las personas inseguras informan de menor satisfacción, al menos cuando el apego se evalúa con autoinformes y entrevistas sobre apegos actuales, pues los resultados con la *AAI* son menos consistentes (Mikulincer y Shaver, 2007). Los estudios sobre si es el apego inseguro el responsable de la insatisfacción con la pareja o si es la insatisfacción la que lleva a un apego inseguro van sobre todo en la primera dirección: La inseguridad en el apego puede reducir la satisfacción con la relación de pareja.

Davila, Karney y Bradbury (1999) confirman ese resultado en un estudio prospectivo (la inseguridad en el apego en los primeros meses de matrimonio predecía una disminución de la satisfacción a los 2 años).

Collins, Cooper, Albino y Allard (2002) evaluaron el estilo de apego de 224 adolescentes y 6 años después fueron entrevistados junto con sus parejas. Encuentran que el estilo de apego en la adolescencia puede ser un factor de vulnerabilidad para el funcionamiento posterior en pareja. Los resultados son más consistentes para el estilo evitativo: las personas, especialmente los varones, con elevada evitación en la adolescencia tenían posteriormente relaciones menos satisfactorias, tanto para ellos como para sus parejas. El estilo preocupado no afectó negativamente al funcionamiento en pareja posterior, puede ser un poco perjudicial para las mujeres (por ser más reticentes a los acercamientos y tener parejas con peor funcionamiento personal) y un poco beneficioso para los varones (por no ser agresivos ni distantes).

Molero, Shaver, Ferrer, Cuadrado y Alonso (2010) hallaron que la evitación está

relacionada con más insatisfacción con la relación de pareja, pero la *ansiedad* no (en el caso de la ansiedad del que contesta, sí para la pareja de la persona ansiosa, pero menos en todo caso que la *evitación*). Además, parece que la insatisfacción marital en mujeres está relacionada tanto con la *ansiedad* como con la *evitación*; mientras que en varones sólo con la *evitación* (Mikulincer y Shaver, 2007). Guzmán y Contreras (2012), encuentran que las personas con apego seguro informan de los niveles de satisfacción más altos y los alejados de los más bajos.

Givertz, Woszidlo, Segrin y Nudson (2013) evaluaron a 225 parejas casadas en apego (CRI-R, Fraley, Waller, y Brennan, 2000), satisfacción marital, soledad y una serie de comportamientos relacionales (compromiso, dedicación, confianza). Las personas con apego inseguro tenían peores relaciones e informan de más soledad. La relación entre el apego y la calidad de la relación estaba además mediada por la confianza interpersonal, de forma que el apego inseguro disminuiría la confianza y esta afectaría a la relación.

De los resultados de estas investigaciones se desprende que las personas con apego inseguro están menos satisfechas con la relación de pareja que las seguras. Hay diferencias de género: en mujeres tanto la *ansiedad* como la *evitación* están relacionadas con la insatisfacción, pero en varones sólo la *evitación*. A los hombres ansiosos les va mejor con la pareja que a los evitativos, además, las mujeres evitativas están más insatisfechas con la relación que los hombres evitativos. La *evitación* de la pareja resulta pernicioso para las mujeres mientras que a los varones les afecta más la *ansiedad* de su pareja (Collins y Read, 1990; Mikulincer y Shaver, 2007; Molero et al., 2010). Mikulincer y Shaver (2007) sugieren que puede deberse a que la *evitación* puede ser todavía intensificada por el rol de género en los varones y/o la *evitación* de los varones produce más insatisfacción en sus parejas, lo que revierte en insatisfacción también para ellos. Estos resultados se obtienen al evaluar el estilo de apego con autoinformes, pero desaparecen cuando se evalúa con la *AAI*: En cinco de los siete estudios revisados por Mikulincer y Shaver (2007) el apego no tuvo una relación estadísticamente significativa con la satisfacción.

Los estudios prospectivos (Mikulincer, Florian, 2003; Davila et al., 1999) y los estudios basados en el uso de recogidas, día a día, de datos sobre interacciones cotidianas (Campbell, Simpson, Boldry y Kashy, 2005; Feeney, 2002; Shaver

Schachner y Mikulincer, 2005) indican que la inseguridad conduce a la insatisfacción. Mikulincer y Shaver (2007) lo interpretan como que la relación deviene efectivamente insatisfactoria en la medida que las personas no ven adecuadamente respondidas sus necesidades de apego, aunque también recogen otros elementos mediadores como las habilidades de resolución de problemas, las estrategias de afrontamiento y las creencias negativas sobre las parejas.

Feeney (2008) matiza que el papel explicativo del apego respecto al funcionamiento de la pareja puede ser mayor en momentos de estrés, pues es en tales circunstancias cuando se activa el sistema de apego. Así, igual que en el caso de los niños, habría tres tipos de situaciones en las que se activaría el apego: cuando se dan circunstancias estresantes en el entorno físico y social, cuando ocurren episodios que amenazan la propia relación de pareja y en estados de debilidad de las personas como cuando se encuentran enfermas. Lo mismo habría que pensar respecto a la psicopatología: el papel del apego sería más importante en circunstancias estresantes.

3.2.3.2. Apego y satisfacción *de* la pareja

No sólo las personas inseguras están menos satisfechas con la relación, sino que también lo están sus parejas. Las parejas de las personas con elevadas *ansiedad* y/o *evitación* están menos satisfechas con la relación que las que tienen parejas seguras (Collins, Cooper, Albino y Allard, 2002; Givertz et al., 2013; Molero et al., 2010; Shaver, Schachner, y Mikulincer, 2005).

Algunos estudios encuentran efectos diferenciales según el género, pero otros no. Kane, Jaremka, Guichard, Ford, Collins y Feeney (2007) estudiaron la relación entre el estilo de apego de 305 personas y las experiencias de sus parejas. Los varones estaban menos satisfechos con la relación cuanto más elevada fuera la *ansiedad* en el apego de sus parejas, mientras que las mujeres estaban menos satisfechas a mayor *evitación* de sus parejas. Cuando se encuentran diferencias de género suele ser en este sentido. En cambio, LeRoy (2008) encontró que la dimensión de *evitación* estaba más consistentemente asociada con la satisfacción marital que la dimensión de *ansiedad*, tanto en hombres como en mujeres. Según la revisión de Mikulincer y Shaver (2007), en relación a la insatisfacción de las mujeres hay más estudios que la asocian a la *ansiedad* (19 estudios) que a la *evitación* (13 estudios) de los varones; y la insatisfacción de los

varones se asocia en más estudios a la *ansiedad* (20 estudios) que a la *evitación* de las mujeres (15 estudios). Así que en todo caso, aunque los dos estilos son perjudiciales, la *ansiedad* se asocia con más frecuencia a la insatisfacción de la pareja que la *evitación*. Molero et al. (2010) encuentran que en España, a diferencia de lo que se encuentra en EE.UU., la *evitación* está más relacionada con la insatisfacción en la pareja que la *ansiedad*, y lo explican porque en España (y tal vez en los países hispanos en general) las puntuaciones de las personas adultas en ansiedad son más elevadas (Alonso-Arbiol, Balluerka, Shaver, y Gillath, 2008) y, por eso, mejor toleradas.

Tener una pareja insegura, aumenta la insatisfacción con la relación y probablemente porque la inseguridad de una persona en las relaciones apego se asocia con comportamientos negativos con respecto a la pareja. Por ejemplo, las personas con elevada *ansiedad* en el apego disfrutaban menos de las interacciones con sus parejas y tienen menos conductas de aproximación, y también afrontan peor los desacuerdos y conflictos. Y las personas con elevada *evitación* tienen niveles más bajos de contacto ocular, sonrisas y contacto físico hacia sus parejas (menos muestras de simpatía, interés y atención); sus parejas los ven como menos dispuestos a abrirse, más celosos, con tendencia a distanciarse ante demandas de la pareja, más críticos con ellos o con ellas y, en el caso de los varones, más agresivos (Campbell, Simpson, Boldry y Kashy, 2005; Collins et al., 2002). Más adelante revisamos una serie de investigaciones que indican que las personas inseguras en el apego son peores cuidadores de sus parejas.

En el bucle de vuelta de las relaciones entre apego y satisfacción marital, se puede pensar que la insatisfacción, en la medida que refleja disfunciones en la relación de pareja, puede reducir la seguridad. Eso indican los estudios de Hammond y Fletcher (1991) y Ruvolo, Fabin y Ruvolo (2001). De forma complementaria, las interacciones positivas pueden incrementarla (Davila y Sargent, 2003). Feeney, Noller y Callan (1994) siguieron parejas durante dos años, evaluando el apego (comodidad con la cercanía y ansiedad en la relación) y tres aspectos de su comunicación (calidad de las interacciones diarias, corrección no verbal y estilo de manejo de los conflictos): la inseguridad en el apego tuvo relación con la comunicación y la calidad de la relación. Y el análisis longitudinal reveló que el apego influye en el funcionamiento de la relación y este también en el apego.

3.2.3.3. Apego y cuidado.

En relación con la satisfacción de la relación de pareja y con el apego entre sus miembros, pueden ser fundamentales las pautas de cuidado. En la concepción de Hazan y Shaver de las relaciones románticas está implicado no sólo el apego, sino también el cuidado y la sexualidad. Los tres componentes tienen importancia para explicar el funcionamiento de las parejas (Feeney, 2008).

En relación al cuidado, se ha encontrado que las personas con apego seguro son mejores cuidadores de sus parejas que las que lo tienen inseguro (Gómez-Zapiain, Ortiz y Gómez-Lope, 2011; Kane et al., 2007; Kunce y Shaver, 1994; Melero, 2008; Shaver y Mikulincer, 2009). Las personas seguras reaccionan con más empatía ante el sufrimiento del otro, es más probable que ofrezcan apoyo efectivo ajustando la ayuda a las necesidades del otro y desempeñan bien la función de puerto seguro (Collins y Ford, 2010; Collins, Ford, Guichard, Kane y Feeney, 2010; Kane et al., 2007). En varias investigaciones con la *Escala de cuidados* de Kunce y Shaver (1994) resulta que las personas seguras se muestran más próximas y sensibles y menos controladoras y sobreinvolucradas que las inseguras; las *evitativas* se muestran más próximas y sensibles y más controladoras; las *ansiosas* ofrecen cuidados más compulsivos (reflejando una sobreinvolucración en los problemas de sus parejas y creando en realidad más tensión a su pareja), menos controladoras y menos sensibles.

Desde el punto de vista de la función de la relación de apego como base segura, en la investigación de Feeney y Thrush (2010) tener puntuaciones altas *evitación* en la *Cuestionario de Relaciones Interpersonales* estaba relacionado con menor disponibilidad para la pareja (pero no con ser menos intrusivo) y puntuaciones altas en *ansiedad* con ser más intrusivo y animar menos a la exploración; pero no se relaciona con la disponibilidad para la pareja. Tener elevadas tanto la *ansiedad* como la *evitación* se relacionó con animar menos a la pareja.

Como se podía esperar, las personas mejor cuidadas están más satisfechas con la relación (Feeney, 2008; Mikulincer y Shaver, 2007; Millings y Walsh, 2009). Las investigaciones indican de manera robusta que la seguridad en el apego está asociada con la percepción de disponer de apoyos, con una elevada confianza en el apoyo de personas específicas y mayor satisfacción con el apoyo recibido. En situaciones de estrés las personas con apego inseguro (ansioso y/o evitativo) suelen percibir menos

apoyo de sus parejas que las seguras. Las personas con puntuación elevada en evitación suelen percibir las conductas de apoyo de sus parejas menos positivamente que los que tienen baja evitación (Campbell, Simpson, Boldry y Kashy, 2005; Collins y Feeney, 2004; Shaver y Mikulincer, 2009).

Mikulincer y Shaver (2007) entienden que estos estudios indican un sesgo perceptivo del comportamiento de los otros por parte de las personas inseguras. En ese sentido citan el estudio de Collins y Feeney (2004) en el que el apoyo de las parejas en una tarea estresante fue manipulado de manera que el miembro que realizaba la tarea podía recibir en una nota escrita un mensaje de apoyo claramente positivo o pobre y ambiguo: cuando el mensaje era positivo la interpretación que le daban no difería según el estilo de apego; cuando era de apoyo ambiguo, los inseguros le daban una interpretación más negativa que los seguros. Más aún, antes de los mensajes manipulados, se había observado la actitud de las parejas cuando la tarea estresante se le encargó al otro miembro. Tras el mensaje ambiguo los sujetos con elevadas ansiedad o evitación valoraron peor la actitud inicial de su pareja que los observadores, mientras que las seguras no. Estos resultados se replicaron en un segundo estudio con notas auténticas de las parejas valoradas por jueces: la interpretación que dieron los inseguros a las notas ambiguas fue de nuevo peor que la de los jueces. Ahora bien, ¿en qué medida obedecen estos resultados obedezcan a un sesgo?

Una manera de ver el papel relativo del sesgo y de las interacciones reales es ver si el apoyo espontáneo de las parejas se corresponde con el apego evaluado en el otro miembro. Y resulta que las parejas de los individuos seguros proporcionaron más apoyo, según los jueces, que las de los inseguros y que al valorar las notas auténticas de las parejas, en el segundo estudio, las puntuaciones de los jueces correlacionaban con el apoyo percibido por los destinatarios. Ese efecto fue independiente del de las condiciones experimentales, así que se verifica que aunque los seguros reciban un mal apoyo puntual no cambia el concepto que tienen de su pareja, mientras que a los inseguros un mensaje de apoyo claro les hace ver a su pareja mejor (cuando el mensaje era de apoyo claro no se diferenciaban de los seguros en su interpretación del mensaje y la valoración de su pareja) y el mensaje de apoyo malo les hace verla igual o peor. Collins y Feeney (2004) defienden que el mensaje negativo contamina el recuerdo de la interacción previa y que el sesgo se activa con los mensajes malos y no con los buenos. En el estudio 2, de todas maneras controlaron estadísticamente el efecto de contenido

objetivo de las notas auténticas y los patrones de apego afectaron igualmente a la percepción de apoyo. También comprobaron de nuevo que lo que hace daño es el apoyo bajo a los inseguros y que a ambos beneficia el buen apoyo. Por último los seguros e inseguros se desempeñaron igualmente bien en la tarea (ser grabados hablando de la educación) en la condición de apoyo bueno; mientras que en la condición de poco apoyo los inseguros lo hicieron peor que los seguros, lo que indicaría que los inseguros se ven más perjudicados por una falta de apoyo puntual, mientras los seguros resisten.

En otro estudio, Feeney y Thrush (2010) analizaron el comportamiento de 167 parejas mientras uno de sus miembros realizaba una tarea de exploración. El apego se evaluó con una versión abreviada del *Cuestionario de Relaciones Interpersonales* (CRI); los comportamientos relacionados con la base segura con un cuestionario realizado al efecto que contestaron tanto los sujetos que se enfrentaban con las tareas problema refiriéndose a sus parejas como las parejas sobre sí mismas. Además observadores entrenados codificaron el comportamiento de unos y otros mientras los sujetos hacían la tarea de exploración. También se preguntó a los sujetos al acabar la tarea sobre su humor, autoestima y su experiencia en la tarea. Los resultados de la investigación revelaron que cuanto más disponibles se mostraban las parejas más persistían en la tarea las personas que realizaban la actividad, más receptivos se mostraban a las ayudas que tenían que darles sus parejas y más disminuían sus niveles de la preocupación y de ansiedad al terminarla. La disponibilidad en cambio no estaba relacionada el entusiasmo, la confianza y la autoestima. Las intrusiones de la pareja sí estuvieron relacionadas con una reducción del entusiasmo, la persistencia y el rendimiento en la tarea y con reacciones negativas de la pareja hacia ella. Además, en la medida en que la pareja interfería, más se preocupaba el otro miembro por ser observado, más ayuda solicitaba y también más rechazaba la ayuda y más se reducía su autoestima. Que la pareja estimulara la exploración autónoma estuvo relacionado con mejor rendimiento, más entusiasmo, mejores sentimientos hacia la pareja, y que sintieran más animados por sus parejas; aumento de los sentimientos positivos, reducción de las preocupaciones y aumento de la autoestima. Estimular la exploración fue el componente de la base segura con mayor influencia en los sentimientos y el ánimo de la pareja y la percepción que esta tenía de la tarea y de su pareja. No tuvo influencia en la confianza ni en la receptividad a la ayuda. La baja disponibilidad se relacionó con que la pareja tuviera elevadas puntuaciones en *ansiedad* y/o en *evitación*.

La elevada *evitación* se relacionó también con que la pareja fuera menos estimulante; la *ansiedad* en cambio no contribuyó de manera significativa. Ni la *ansiedad* ni la *evitación* en el apego tuvieron relación con la intrusión.

Los trabajos de Collins y Feeney (2004) y de Feeney y Thrush (2010) nos muestran la relación mutua entre la seguridad del apego y los cuidados recibidos y la influencia de ambos aspectos en el funcionamiento y estado emocional de las personas. Las personas inseguras pueden basarse en sus experiencias previas para interpretar la conducta de sus parejas hacia ellas, pero responden también de manera acorde con tales conductas, sintiéndose más o menos animadas según el caso y reajustando sus conceptos acerca de sus parejas.

Nos hemos detenido en estas investigaciones primero porque muestran la dinámica entre apego y cuidados en el nivel de las conductas, contribuyendo a aclarar el significado de los conceptos básicos de la teoría del apego que hemos revisado. Y segundo, porque tocan un tema clave en la interpretación que se hace de los estilos de apego: considerarlos más bien como rasgos personales o considerarlos como caracterizaciones de relaciones. La primera opción tiende a pensar que la percepción que las personas con apego inseguro tienen de los otros está sesgada por su inseguridad, mientras que la segunda señala más bien que tal percepción se basa en su mayor parte en las experiencias reales de la persona. En realidad las dos serían correctas: toda percepción es al mismo tiempo una construcción basada en las experiencias previas del sujeto de forma que no hay percepciones insesgadas. Así, es verdad que los sujetos pueden malinterpretar las conductas del otro; pero también que esos errores pueden reflejar correctamente el curso pasado de la relación con ese otro. La duda es hasta qué punto las personas reajustan sus expectativas cuando tratan con una persona específica o más bien se ven influidas por sus experiencias con otras personas. Obtener datos sobre esta cuestión es uno de los objetivos del presente estudio.

3.2.3.4. Interacción entre los estilos de apego de los miembros de pareja

Siguiendo a Mikulincer y Shaver (2007), cuando se trata de examinar la interacción entre los estilos de apego de los miembros de la pareja, además del efecto que el estilo de uno de los miembros tiene en la relación (lo más investigado), se debe atender al efecto del estilo de su pareja, al efecto del ajuste entre los estilos de cada uno,

y los efectos interactivos: el grado en que los efectos del estilo de apego de cada uno en la relación depende a su vez de los efectos del estilo del otro.

Hay pocos estudios que evalúen el estilo de apego de los dos miembros de parejas y la calidad de la relación de pareja. En principio, si al menos uno de los miembros es inseguro, el funcionamiento de la relación (intimidad, manejo de conflictos, satisfacción) es peor que si ambos son seguros (Holmes y Johnson, 2009). Melero (2008), en cambio, no halla diferencias en el ajuste de la relación entre parejas con ambos miembros seguros, parejas con ambos inseguros y parejas mixtas.

Davila, Karney y Bradbury (1999) encuentran que en los primeros dos años de matrimonio el nivel de seguridad de uno afecta a la seguridad del otro y Molero, Shaver, Ferrer, Cuadrado y Alonso (2010), en un estudio con 295 parejas, que la *ansiedad* de un miembro está asociada a la *evitación* del otro y viceversa.

En este tema tiene especial interés el “modelo de regulación diádica de amortiguación de la inseguridad” (*dyadic regulation model of insecurity buffering*) de Simpson y Overall (2014), según el cual el comportamiento de un miembro de la pareja puede amortiguar el efecto negativo que pudiera tener la inseguridad en el apego del otro miembro. Uno de los trabajos realizados dentro del *Estudio Longitudinal de Riesgo y Adaptación de Minnesota* (Salvatore, Kuo, Steele, Simpson y Collins, 2011), obtuvo resultados significativos para la relación entre la seguridad del apego de una persona a los 12-18 meses y la facilidad para recuperarse ella misma de los conflictos de pareja; pero además, se encontró que las personas que tenían como pareja a individuos seguros en la infancia también se recuperaban mejor. En este estudio se observó el efecto protector de la pareja: tener una pareja que se recupera bien de los conflictos estuvo relacionado con las satisfacción y los sentimientos positivos en la relación; las personas con apego inseguro en la infancia continuaban con su relación de pareja dos años después de la primera evaluación si la pareja se recuperaba bien del efecto de los conflictos.

En resumen, la inseguridad en el apego parece estar asociada con las disfunciones en la relación de pareja al influir en las interpretaciones que las personas con apego inseguro hacen del comportamiento del otro. Esa inseguridad se asocia a una menor tolerancia a las transgresiones, a una peor valoración de los apoyos recibidos, a un peor manejo de los conflictos y peor comunicación. Pero la seguridad de una persona se relaciona a su vez con los comportamientos del otro miembro de la pareja hacia ella, en

particular con sus pautas de cuidado y apoyo. Así conviene recordar que, por lo que se sabe, estamos hablando de características que cambian en función de lo que ocurre en las relaciones: la ansiedad (el *temor al rechazo o el abandono*) y la evitación (*incomodidad con la cercanía*) se construyen y se modifican en las relaciones. Se trata de características personales ligadas a situaciones particulares, de manera que, de hecho, el funcionamiento de las parejas se predice mejor mediante evaluaciones del estilo de apego que mediante evaluaciones de la personalidad.

3.3. Apego y psicopatología

Los procesos relacionados con el apego (la formación de un vínculo, la ruptura, ser objeto de cuidados) tienen una influencia importante en los sentimientos de las personas (Bowlby, 1979). Toda la teoría del apego se basa en la idea general de que una de las causas principales de la ansiedad y el desasosiego radica en las experiencias de separación o la amenaza de separación de los seres amados (Bowlby, 1973), al tiempo que un vínculo inseguro nos hace vulnerables al desarrollo de patologías. Desde que Bowlby formuló su teoría hasta hoy, una gran cantidad de estudios ha confirmado la notable relación entre el vínculo inseguro y los problemas psíquicos. Amplias revisiones de este tema pueden verse en Ein-Dor y Guy (2015), Mikulincer y Shaver (2012), Dozier, Stovall-McClough, y Albus (2008) y Soares y Dias (2007).

El dato principal que puede extraerse de la revisión de estos estudios es que en todas las poblaciones clínicas existe un porcentaje más alto de personas con un vínculo inseguro, y que el tipo de apego más probablemente presente en tales poblaciones es el desorganizado. Y en segundo lugar, también como dato genérico, puede afirmarse que el riesgo que supone el vínculo inseguro para la salud mental es inespecífico, es decir, que no necesariamente conducirá a problemas psíquicos concretos. En la mayoría de los grupos diagnósticos investigados se encuentran todos los patrones de apego, incluido el seguro (Strauss y Schwark, 2007).

A pesar de esta inespecificidad, la literatura también muestra algunas tendencias generales en cuanto a los patrones de apego, que parecen hacer más vulnerables a las personas respecto a determinadas psicopatologías. El propio Bowlby proponía que la pérdida por muerte o abandono de la figura de apego durante la infancia o la

adolescencia predispone a desarrollar una depresión en la edad adulta (Bowlby, 1980). Esa predisposición consistiría en una serie de cogniciones acerca de uno mismo y el mundo que se activan cuando la persona sufre nuevas pérdidas o acontecimientos estresantes relacionados con el vínculo. En relación a la ansiedad, Bowlby (1973) sugirió que la falta de disponibilidad y apoyo de una FA (falta de una base segura y de un puerto seguro) lleva a una visión del mundo como un lugar amenazante y predispone a desarrollo de trastornos de ansiedad y a depresiones. Además postuló que la no-disponibilidad de una figura de vínculo selectivo, aunque se dispongan de múltiples cuidadores como era el caso de los orfanatos, estaba relacionada con la delincuencia y el comportamiento antisocial. El consumo de drogas por ejemplo parece más vinculado a las personas de apego alejado (Caspers, Cadoret, Langbehn, Yucuis, & Troutman, 2005), lo que los autores basan en una regulación de las emociones más ineficaz, la preferencia del uso de estrategias reducción de la ansiedad a corto plazo, a la par que la renuncia a intentar opciones alternativas de comportamiento (cuestión relacionada con la ausencia de una base segura desde la que explorar).

Una mención particular merecen los trastornos directamente relacionados con los problemas con las figuras de apego en la infancia, recientemente ampliados y reconocidos en los manuales diagnósticos. El DSM-5 (APA, 2014), al ya anteriormente reconocido trastorno de ansiedad por separación, ha añadido el trastorno de apego reactivo y el trastorno de relación social desinhibida, sobre cuya relación directa con fallos en el cuidado no parecen albergarse dudas, introduciendo el propio manual el patrón inadecuado de cuidados incluso como criterio diagnóstico. Pero es la relación de los problemas en el apego con la salud mental futura, y la influencia del apego actual (el apego adulto) en la incidencia de disfunciones psíquicas lo que genera un intenso debate y gran cantidad de trabajos de investigación.

Según Bowlby (1980), el temor a la separación involuntaria de una figura de apego está presente en todo el ciclo vital, lo mismo que también de adultos, la compañía de una persona digna de confianza disminuye el miedo que puedan inspirar las situaciones amenazantes. Según esto, los estados de ansiedad crónica, dependencia o desconfianza se deberían, fundamentalmente, a que durante la infancia, la conducta de apego del sujeto obtuvo respuestas inadecuadas, con el resultado de que durante toda su existencia posterior elabora pronósticos acerca de sus figuras de apego basándose en la

premisa de que probablemente no se hallarán disponibles o no responderán en el modo necesario. Las personas (adultas) que requieren con insistencia o exigen la presencia y apoyo constante de las FA, han aprendido a pronosticar que éstas se mostrarán inaccesibles a menos que las vigile de continuo o las complazca siempre para ajustarse a sus cambios de humor.

Las relaciones entre apego y psicopatología en edades posteriores al establecimiento del vínculo pueden recorrer una variedad de caminos. Desde una perspectiva contextual, el desarrollo de disfunciones psíquicas está determinado por la ocurrencia de determinadas circunstancias (cambios vitales, acontecimientos estresantes, contrariedades repetidas o problemas) que desbordan los recursos de adaptación de las personas. Entre estas circunstancias destacan en particular las que amenazan la seguridad en el apego de los protagonistas (abandono o trato negligente, muerte de un ser querido, separación-divorcio, conflictos de pareja, etc.). En este sentido, las vicisitudes del apego desempeñarían un claro papel como desencadenante de disfunciones psíquicas.

Otra vía de influencia es la que considera el apego como recurso de afrontamiento ante situaciones angustiantes: el sistema de apego se activa precisamente cuando las personas se encuentran en situaciones de estrés, sean o no relacionadas con las relaciones íntimas (problemas en el trabajo, enfermedad, etc.). La calidad del vínculo puede tener un papel importante, pues la disponibilidad de buenas figuras de apego actúa como amortiguador de los efectos perjudiciales de los estresores, tal y como es el caso en las definiciones generales de las estrategias de afrontamiento.

Además de las dos vías anteriores, el apego también funciona como factor de riesgo/protección en sí mismo: las experiencias en las relaciones con las figuras de apego modifican la probabilidad de que las personas desarrollen posteriormente disfunciones psíquicas. Aquí tendrían un papel tanto las experiencias en la infancia con las primeras figuras de apego (como factor de vulnerabilidad que pudiera alterar el curso de desarrollo posterior) y las experiencias más recientes con las personas con que se mantienen vínculos de apego adulto. Las personas con vínculos seguros se verán envueltas con menos probabilidad en situaciones difíciles o problemáticas, y les será más fácil salir de ellas.

3.3.1. Efecto de los primeros vínculos.

En su trabajo clásico sobre la salud mental de los niños sin hogar encargado por la OMS, Bowlby (1951) formula un principio fundamental: “Consideramos esencial para la salud mental que el bebe y el niño pequeño tengan la vivencia de una relación cálida, íntima y continuada con la madre (o sustituto materno permanente), en la que ambos hallen satisfacción y goce” (según cita Bowlby, 1982, pág. 20). Ya en sus primeros estudios concluiría que la pérdida de la figura materna, junto con otras variables, puede producir reacciones relacionadas con la psicopatología, y que tales experiencias de separación en la infancia pueden perturbar a la persona en años posteriores, alterando el funcionamiento de su personalidad (Bowlby, 1982).

Existe un volumen importante de investigación que muestra la relación entre el apego de los niños la psicopatología en la infancia. Los meta-análisis de Fearon, Bakermans-Kranenburg, van IJzendoorn, Lapsley y Roisman (2010) y de Groh, Roisman, van IJzendoorn, Bakermans-Kranenburg, y Fearon (2012) indican que los prototipos inseguros están relacionados con síntomas infantiles, tanto de retraimiento como de externalización. En la adolescencia, los estilos de apego inseguros se han relacionado con trastornos depresivos (Allen, Porter, McFarland, McElhaney, y Marsh, 2007; Lyons-Ruth, Melnick, Patrick, & Hobson, 2007), trastornos de personalidad (Crawford, Shaver, Cohen, Pilkonis, Gillath y Kasen, 2006; Lyons-Ruth et al., 2007), problemas externalizantes (Allen, Marsh, Mcfarland, Mcelhaney, Land, Jodl, y Peck, 2002; McElhaney, Immele, Smith y Allen, 2006) o trastornos alimentarios (Soares y Dias, 2007).

Como explican Sroufe, Coffino y Carlson (2010), los efectos a largo plazo de las experiencias tempranas son complejos. En primer lugar, pueden ser directos (pero en todo caso probabilísticos) o indirectos (iniciando cadenas de eventos, aumentando la vulnerabilidad o la resistencia a experiencias posteriores, incluyendo la búsqueda de determinadas experiencias y cómo se interpretan y manejan), y debe tenerse en cuenta además que interactúan con otros factores (como los perinatales, la inteligencia y el temperamento o las experiencias posteriores). Por otro lado, también existe la dificultad de delimitar qué aspectos de las experiencias tempranas puedan tener qué efectos, y cómo se evalúa esta relación. En general, otra vez según estos autores, la influencia de las experiencias tempranas de apego en la psicopatología debe entenderse como

vulnerabilidad posterior, que determinaría por ejemplo el tipo de experiencias que uno busca y como se interpretan estas, o cómo se modula el impacto de las mismas, más que una fuerza directa que lleve a determinados resultados psíquicos.

A continuación se revisan algunos de los estudios más importantes o significativos que se han llevado a cabo sobre este tema, siendo conscientes de que la enorme cantidad de literatura al respecto desborda el propósito de estas páginas. Empezando por los estudios retrospectivos centrados en los trastornos depresivos, el de Harris, Brown y Bifulco (1990) indica que la muerte o la separación prolongada de una figura parental en la infancia aumentan el riesgo de depresión en la edad adulta. Takeuchi, Hiroe, Kanai, Morinobu, Kitamura, Takahashi et al. (2003) señalan que la pérdida de un padre en edades tempranas puede hacer que las depresiones sean más severas. Otros estudios sugieren que las separaciones prolongadas de los padres, los divorcios y los cuidados extremadamente inadecuados predisponen a trastornos como el pánico, la agorafobia y la fobia social (Bandelow, Spath, Tichauer, Broocks, Hajak y Ruther, 2002; Bandelow, Torrente, Wedekind, Broocks, Hajak y Ruther, 2004; Brown y Harris, 1993). Según Cassidy (1995) o Enns, Cox y Clara (2002) las personas con trastornos de ansiedad y depresivos informan de más rechazos, menos disponibilidad y menos apoyo de sus padres que los controles.

Las investigaciones longitudinales en general confirman también las ideas de Bowlby sobre la relación entre el apego en la infancia y problemas de ansiedad y la depresión en la edad adulta (Dozier, Stovall-McClough y Albus, 2008; Mikulincer y Shaver, 2007). Entre ellos destaca especialmente el estudio longitudinal de Minnesota, que siguió a 180 familias de bajos recursos económicos desde los 3 meses hasta los 34 años de los hijos (Sroufe, Egeland, Carlson, y Collins, 2005). Entre otros aspectos evaluaron los patrones de apego a los 12 y 18 meses, que resultaron estar fuertemente asociados a una variedad de facetas de funcionamiento personal (la dependencia/independencia, la auto-estima, el auto-control, el rendimiento escolar, etc.) y ser buenos predictores de las relaciones sociales posteriores (tener compañeros de juegos en pre-escolar, tener amigos en la niñez, manejar las relaciones sociales en la adolescencia y afrontar las relaciones íntimas en la edad adulta). Dentro de este mismo proyecto, Warren, Huston, Egeland, y Sroufe (1997) y Duggal, Carlson, Sroufe, y Egeland (2001) encontraron que los niños clasificados como inseguros en la situación extraña a los 12

meses desarrollaron con más probabilidad en la adolescencia problemas de ansiedad y depresión.

Fan, Buka, Kosik, Chen, Wang, Su y Eaton (2014) realizaron un estudio prospectivo de 30 años, en el que evaluaron a madres e hijos en una muestra considerablemente grande (1.742 niños). Encontraron una relación significativa entre el comportamiento maternal de bajo apego-apoyo a los 8 meses y una peor salud mental en la edad adulta. Es interesante destacar que no hubo relación entre el comportamiento maternal de demasiada involucración y la salud mental adulta, y también que, pese a los resultados significativos, solamente el 19.9% de los niños con madres de bajo apoyo mostraban problemas de adultos, lo que vuelve a poner sobre la mesa el vínculo como un factor de vulnerabilidad, una condición contingentemente suficiente, más que un desencadenante de riesgo directo.

Por su parte, Weich, Patterson, Shaw, Stewart-Brown (2009) han hecho una revisión sistemática de estudios prospectivos sobre la relación entre relaciones familiares en la infancia y trastornos mentales posteriores. Según sus datos, la ocurrencia de abusos y desatención predecían ansiedad, depresión y estrés postraumático, y que la madre fuera emocionalmente inaccesible estaba relacionado con intentos de suicidio en la adolescencia. Otras formas de disfunción familiar menos severas no resultaron tener una relación clara.

Cuando hablamos de psicopatología, es necesaria una mención especial para el apego desorganizado, que se supone el más anómalo y el de peor pronóstico en cuanto a sus consecuencias en la salud mental. Efectivamente, se le ha relacionado con varios indicadores de psicopatología tanto en la adolescencia como en la adultez (Carlson, 1998; Carlson, Egeland, y Sroufe, 2009; Moss, Cyr, Bureau, Tarabulsy, y Dubois-Comtois, 2005; Sroufe et al., 2005).

Existen pues datos consistentes a favor de la hipótesis de que los cuidados en los primeros años tienen un efecto constante y duradero en la vida emocional y social, incluyendo el funcionamiento académico y por supuesto la salud mental. Sin embargo, en la revisión de la literatura echamos en falta la toma en consideración de la estabilidad en el apego. No encontramos estudios que se pregunten si la ampliamente demostrada relación entre variables de apego y psicopatología está asociada a la estabilidad de

variables que influyen a su vez en el apego. Formulado de otro modo: si el tipo de apego en la infancia está muy influido por los cuidados que recibe el niño, es razonable pensar que en los años siguientes seguirá estando influido por los cuidados que siga recibiendo, de manera que el tipo de apego cambiará si tales cuidados cambian. De hecho, como pautas de relación (hábitos), a las relaciones de apego se les puede suponer una cierta estabilidad y un cambio progresivo de acuerdo a la maduración de los niños y las circunstancias que les vayan afectando a ellos y a sus cuidadores. Lógicamente las experiencias de la infancia son muy importantes porque canalizan el desarrollo en determinadas direcciones, y además es posible que por motivos de plasticidad cerebral los sujetos sean más sensibles a los cambios en la infancia que en los años posteriores. Pero todo esto no indica que las experiencias de apego queden cristalizadas en el aparato mental indefinidamente, sino más bien que es sobre ellas sobre las que se construyen, reconfigurándolas, las adquisiciones posteriores.

Dada la complejidad de la naturaleza de los fenómenos que tratamos (el desarrollo y la maduración, las experiencias vitales de las personas), los largos periodos de tiempo que abarcan los estudios (de los primeros años de vida a la edad adulta), la cantidad de variables que pueden mediar entre unas y otras variables, y las dificultades metodológicas que acompañan a los estudios de esta complejidad, podemos considerar que los resultados que ofrece la incesante investigación entre los procesos de vínculo infantil con la psicopatología son más que significativos, y verdaderamente estimulantes para continuar en la búsqueda de más conocimientos.

3.3.2. Efecto de los vínculos actuales

Según indica el planteamiento teórico del apego adulto, no solamente el efecto a largo plazo de nuestras primeras relaciones, sino los vínculos presentes influyen en nuestra salud psíquica. La inseguridad en el apego presente puede predisponer a las personas a padecer disfunciones, y la seguridad en cambio favorecer la resiliencia. Hay bastantes estudios que han encontrado que el apego seguro está positivamente relacionado con el bienestar personal y la autoestima, y negativamente relacionado con el afecto negativo, la depresión y la ansiedad, como recogen Shaver y Mikulincer (2009) en su exhaustivo trabajo sobre apego adulto. Lo mismo que en el apartado anterior, y sin la intención de ser exhaustivos (dada la enorme cantidad de literatura sobre el tema), se presenta a continuación una selección de los estudios más relevantes

sobre el tema.

3.3.2.1. Estudios con muestras no clínicas

En poblaciones no clínicas (compuestas generalmente por estudiantes) se ha investigado la relación entre el apego y el malestar emocional general, encontrando que tanto la *ansiedad* como la *evitación* están correlacionadas positivamente con la variable *neuroticismo* (Nofle y Shaver, 2006), niveles de afecto negativo e indicadores generales de psicopatología (Mikulincer y Shaver, 2007). También se ha hallado una relación inversa entre diferentes medidas de ansiedad y depresión, y la seguridad en las diversas maneras de evaluar el apego (padres, iguales, parejas, estados de la mente).

Considerando las dimensiones de *temor al rechazo y abandono e incomodidad con la cercanía*, Catanzaro y Wei (2010) encuentran relaciones entre sintomatología depresiva y las dimensiones *ansiedad y evitación* del apego. En el mismo sentido, Cuenca (2013) y Gelines (2012) informan también de correlaciones significativas entre sintomatología ansioso-depresiva e ideación y episodios suicidas y altas *ansiedad y evitación*. Pero Pascuzo et al. (2015), en una muestra comunitaria encuentran que la dimensión de *ansiedad* y no la de *incomodidad con la cercanía* en las relaciones de pareja (CRI) en la juventud está asociada a la sintomatología *global* del SCL-90-R evaluada dos años después. Igualmente, en la investigación de Tsagarakis, Kafetsios y Stalikas (2007), el *temor al rechazo y abandono* evaluado con el CRI-R tuvo valor predictivo positivo para la ansiedad-rasgo evaluada con el STAI, en cambio la *incomodidad con la cercanía* no. En general, la relación del apego con las disfunciones psíquicas es más clara con la dimensión de *ansiedad*, pero aún así la mitad de los estudios encuentran también esa relación en el caso de la *evitación* (Mikulincer y Shaver, 2007).

En términos de prototipos, tanto la ansiedad como la depresión están más relacionadas con el preocupado y el temeroso que con el alejado (Mikulincer y Shaver, 2007). Sochos y Tsalta (2008) encuentran que el apego preocupado y el temeroso se asocian a sintomatología depresiva, mientras que tanto el estilo alejado como el seguro correlacionan negativamente con la depresión. Marganska, Gallagher y Miranda (2013) encontraron que apego seguro se relaciona negativamente con ansiedad generalizada y depresión; el apego inseguro (prototipos temeroso y preocupado) está relacionado

positivamente con síntomas de depresión y de ansiedad generalizada; y el apego desestimador sólo con depresión. Como se ve el prototipo desestimador arroja resultados inconsistentes entre los estudios.

3.3.2.2. Estudios con muestras clínicas

Existe gran cantidad de literatura que encuentra relaciones importantes entre la inseguridad en el apego y personas diagnosticadas y tratadas por sus trastornos. En general cabe destacar que el apego inseguro resulta relativamente más frecuente en personas con trastornos depresivos. Además, las depresiones parecen afectar de forma más severas a las personas temerosas; y las depresiones asociadas a otros trastornos, como el bipolar o el esquizoafectivo, están más relacionadas con el prototipo alejado (Mikulincer y Shaver, 2007).

El apego también se han relacionado con diversos trastornos de ansiedad (Picardi, Caroppo, Fabi, Proietti, Di Gennaro, Meldolesi y Martinotti, 2013; Soares y Dias, 2007), con el trastorno de estrés postraumático (Ein-Dor, Doron, Solomon, Mikulincer y Shaver, 2010), los trastornos de la alimentación (Tasca, Szadkowski, Illing, Trinneer, Grenon, Demidenko, Krysanski, Balfour y Bissada 2009; Illing, Tasca, Balfour, y Bissada, 2010), los comportamientos antisociales (Ogilvie, Newman, Todd y Peck, 2014), los trastornos psicóticos (Dozier et al., 2008; Gumley, Taylor, Schwannauer y Macbeth, 2013), los trastornos de personalidad (MacDonald, Berlow y Thomas, 2013) y los trastornos psicósomáticos (Picardi, Mazzoti, Gaetano, Cattaruzza, Baliva, Melchi, Biondi y Pasquini, 2005)

Los trastornos psicóticos han sido menos estudiados en relación con el apego que los de ansiedad y depresión, pero Strand, Goulding y Tidefors (2015) informan de una relación entre el apego preocupado y la severidad de la sintomatología psicótica, así como con los niveles de *paranoia* y *psicoticismo*. El apego temeroso también mostró relación con componentes de *psicoticismo*. Hay ciertos trastorno de la personalidad que también se han encontrado claramente relacionados con el apego, por ejemplo MacDonald, Berlow y Thomas (2013), que en una muestra de pacientes psiquiátricos, encuentran correlaciones fuertes y significativas entre la dimensión de *ansiedad* (algo menos, aunque también, la *evitación*) y varios rasgos definitorios de trastornos de la personalidad (paranoide, límite, evitativa y dependiente, según la nomenclatura del

DSM-IV).

Como venimos señalando, las disfunciones psíquicas tienen mayor relación en las investigaciones con el *temor al rechazo y abandono* que con la *incomodidad con la cercanía*. Por ejemplo, en la investigación de Kooiman, Klaassens, van Heloma Lugt y Kamperman (2013), con una muestra de 262 consultantes de psicoterapia en Holanda, la ansiedad en el apego a parejas (CRI revisado) tuvo mayor correlación ($r = .41$; $p < .001$) con la puntuación total del *Brief Symptom Inventory* (BSI, Derogatis, 1975, versión breve del SLC-90) que la dimensión de evitación ($r = .24$; $p < .001$)

3.3.2.3. Estudios prospectivos

Como en los casos anteriores, los trastornos de corte depresivo y ansioso han sido los más estudiados en relación con el apego inseguro. Bifulco, Moran, Ball y Bernazzani (2002) y, en un seguimiento de la misma muestra, Bifulco, Kwon, Jacobs, Moran, Bunn y Beer (2006) concluyen que la probabilidad de desarrollar un trastorno depresivo mayor o un trastorno de ansiedad en poblaciones de riesgo aumenta en personas con apego inseguro. Su muestra, constituida por mujeres en riesgo de desarrollar un trastorno depresivo, mostró una mayor probabilidad de padecer trastornos ansiosos o depresivos para todos los prototipos inseguros excepto en el de la evitación no hostil. En el estudio de Whiffen (2005), la inseguridad en el apego predecía síntomas depresivos a los 3 meses (en este caso en varones, aunque no en mujeres). Y en el de Maunder, Lancee, Hunter, Greenberg y Steinhart (2005), la dimensión de ansiedad en el apego predecía sintomatología depresiva a largo plazo (entre 7 y 36 meses después de la evaluación del apego). Conradi y de Jonge (2009) llevaron a cabo un estudio con datos tanto prospectivos como retrospectivos sobre la influencia del apego en el curso de la depresión de pacientes de atención primaria. El estilo de apego temeroso tuvo relación con un peor curso del trastorno según ambos tipos de datos. También Hankin, Kassel, y Abela (2005) comprobaron que tanto la *ansiedad* como la *evitación* en el apego predecían la sintomatología depresiva posterior. Todos estos estudios apuntan a que el apego puede tener un papel mediador entre las experiencias adversas y los trastornos posteriores.

También en los estudios prospectivos se han relacionado con el apego los trastornos de la personalidad. Crawford, Shaver, Cohen, Pilkonis, Gillath y Kasen

(2006) evaluaron el apego de 678 jóvenes a los 16 años, a los 22 y a los 33. La *ansiedad* estuvo moderadamente asociada a la presencia de síntomas de trastornos de personalidad de los grupos B y C (rasgos dramático/erráticos y ansioso/inhibidos), sobre todo en la combinación con baja evitación (estilo preocupado). En el caso de los síntomas propios del grupo A (rasgos extraño/excéntricos), la relación podría ser una *evitación* elevada, aunque la relación en este caso no es tan clara.

Quisiéramos concluir este apartado mencionando un interesante trabajo experimental de Mikulincer y su equipo con la técnica denominada *security priming*, consistente en presentar a los sujetos de forma subliminal imágenes o palabras que evocan a sus figuras de apego. Tales presentaciones mejoran el estado de ánimo de los sujetos cuando están afrontando una situación estresante o están experimentando sintomatología (Mikulincer, Hirschberger, Nachmias et al., 2001; Mikulincer y Shaver, 2001; Mikulincer, Shaver, Horesh, 2006). Con la misma técnica, Mikulincer y Shaver (2007) describen otro estudio que mostraba que la seguridad en el apego disminuye el temor a las arañas, mientras que la inseguridad lo aumenta. Partiendo de estas premisas, parece claro que las experiencias que nos llevan a construir a mantener un apego seguro nos protegen de las experiencias vitales que pueden comprometer nuestra salud mental. Y más importante aún, como dicen Mikulincer y Shaver, (2007) la promoción de aquellos factores que aumentan la seguridad en el apego puede contribuir a disminuir los síntomas de los trastornos psicológicos.

3.3.3. Algunas consideraciones sobre las relaciones entre apego y psicopatología

De la revisión de la literatura se puede concluir que la relación entre la inseguridad en el apego y psicopatología está bien establecida. Si nos ocupamos de las dos dimensiones principales del apego, la relación es más clara y consistente con el componente de *ansiedad* que en el caso de la *evitación*. La *ansiedad* (como dimensión) está inversamente relacionada con el bienestar y positivamente relacionada con malestar global, depresión, ansiedad, trastornos de la alimentación, abuso de sustancias, trastornos de conducta y trastornos graves de la personalidad (Mikulincer y Shaver, 2007). En cuanto a la *evitación*, algunos estudios encuentran que correlaciona positivamente con depresión (por ejemplo, Berlin et al., 2011; Cantazaro y Wei, 2010;

Duggan, Berlin, Cassidy, Burrell, & Tandon, 2009; Lo et al., 2010; Sutin y Gillath, 2009), mientras que otros encuentran correlaciones negativas (McBride, Zuroff, Bacchioni, y Bagby, 2006; Sochos y Tsalta, 2008; Treboux, Crowell, y Waters, 2004). Y otros más no hallan relación entre *evitación* y la sintomatología depresiva (Permy, Merino, y Fernandez-Rey, 2010; Wei, Russell, y Zakalik, 2005; Wilkinson y Mulcahy, 2010). A pesar de esta ambigüedad en términos generales, la evitación en el apego sí se ha relacionado con un patrón específico de problemas emocionales y conductuales: depresiones caracterizadas por el perfeccionismo, la autocrítica y el autocastigo; abuso de sustancias y trastornos de conducta; trastornos de personalidad esquizoide y evitativa; mayor estrés y peor adaptación posterior ante eventos altamente estresantes (Ein-Dor y Doron, 2015; Mikulincer y Shaver, 2007; Shaver y Mikulincer, 2009).

Uno de los motivos por los que se encuentran menos relaciones entre *evitación* y psicopatología puede ser la propia influencia que el estilo de apego tiene en la manera en que los sujetos regulan sus sentimientos, empezando por cómo informan de sus malestares. Dozier y Lee (1995) encontraron que las personas con estrategias de hiperactivación del apego informan de más síntomas psiquiátricos que las que usan estrategias de desactivación (como es el caso de la alta *evitación*), a pesar de que, según los evaluadores, estos últimos estaban de hecho psicopatológicamente peor que aquellos. Fraley y Brumbaugh (2007) sugieren que la dificultad de las personas con alta *evitación* para informar sobre sus experiencias en relación al apego no se debe a que se nieguen a recordar sino a un proceso previo de exclusión defensiva de determinadas informaciones en el momento de la codificación de la experiencia. Es importante tener en cuenta que en las estrategias de desactivación, la reacción emocional ocurre igualmente pero se disimula o reprime: así lo indican los estudios en los que se toman registros fisiológicos en situaciones estresantes, en los que la actividad electrodermal (Diamond, Hicks, y Otter-Henderson, 2006; Roisman, Tsai y Chiang, 2004), la presión arterial (Kim, 2006) o el ritmo cardíaco (Maunder, Lancee, Nolan, Hunter y Tannenbaum, 2006) de los evitativos evidencia su reacción emocional.

Por otro lado, y en cuanto a los prototipos, la literatura muestra resultados acordes con lo teóricamente esperado: el estilo temeroso se asocia de forma más consistente e intensa con la psicopatología, seguido por el preocupado y, con menos claridad, por el alejado (por ejemplo, Haaga, Yarmus, Hubbard, Brody, Solomon, Kirk

y Chamberlain, 2002).

Una cuestión que debemos subrayar una vez más es que el apego inseguro no predispone a un tipo específico de psicopatología, sino que parece funcionar como un factor de vulnerabilidad general. La sintomatología final dependerá de factores genéticos, madurativos y ambientales variados (Mikulincer y Shaver, 2012). La excepción serían aquellos trastornos que casi por definición consisten en alteraciones del apego: los ya mencionados de ansiedad de separación o trastorno del apego reactivo, duelos complicados, reacciones a la pérdida o el rechazo de figuras de vínculo, etc. Algunos rasgos de personalidad también se relacionan específicamente con determinadas inseguridades en el apego: el trastorno dependiente, el histriónico y el límite están relacionados con la *ansiedad* y el esquizoide con la *evitación* (Mikulincer y Shaver, 2007, 2012). También en relación con los síntomas depresivos se ha encontrado una cierta especificidad, estando la *ansiedad* está más relacionada con los estados depresivos en los que destacan los procesos interpersonales (relacionados con la dependencia y la autonomía) y la *evitación* con las depresiones asociadas al logro personal (el perfeccionismo, la autocrítica, la autoexigencia) (Ein-Dor y Doron, 2015). Podría pensarse que las personas con elevada *evitación* tratan de mantener una visión de sí mismas demasiado positiva que las hace vulnerables a experiencias que les enfrentan a que tal vez sean débiles, estén equivocadas o sean imperfectas.

Pero en general la relación es inespecífica: en una revisión meta-analítica de 30 estudios no se encontraron relaciones sistemáticas entre diagnósticos específicos y tipo de apego (Van Ijzendoorn y Bakermans-Kranenburg, 1996). Lo que se encuentra son relaciones generales: el apego inseguro está relacionado con una gran variedad de trastornos en niños, adolescentes y adultos. Por otro lado, la inseguridad en el apego no es suficiente para la aparición de un trastorno: hay otros muchos factores en juego (Mikulincer y Shaver, 2007).

Se ha planteado también que la relación entre apego y psicopatología sea bidireccional, de modo que la ocurrencia de trastornos psicológicos podría exacerbar la inseguridad en el apego. Esto indica el estudio de Solomon et al. (2008) en el que la severidad de los síntomas de estrés postraumático en prisioneros de guerra predecía a largo plazo un aumento de *ansiedad* y la *evitación* en el apego. En cambio, en el estudio de Maunder et al. (2005), ni el curso de una enfermedad (colitis ulcerosa) ni la

depresión asociada afectaron al estilo de apego de los sujetos, que se mantuvo estable (a lo largo de entre 7 y 37 meses del diagnóstico). El estado de la investigación en este aspecto parece no dar de momento más pistas, a pesar de ser relevante. Probablemente lo decisivo no sea la propia ocurrencia de psicopatología, sino la reacción que tengan las figuras de vínculo a la alteración emocional del sujeto: si su respuesta es de apoyo el vínculo puede aumentar en seguridad, y si es al contrario, hacerse más inseguro.

Existen otros componentes de estas relaciones complejas que no deben dejarse de lado al interpretar los resultados de las investigaciones. Puede ocurrir por ejemplo que el estado depresivo afecte a los informes sobre apego, como sugiere el estudio de Roisman, Fortuna y Holland (2006) al encontrar que la inducción de un humor depresivo afecta a los informes sobre experiencias de apego en la Entrevista de Apego Adulto (AAI) en el sentido de hacerlas más negativas. Otro estudio de este mismo grupo (Fortuna y Roisman, 2008) sugiere que la importancia del apego en relación a la psicopatología depende del nivel de estrés que experimenta el sujeto y del tipo de instrumento con el que se evalúa el apego. Parece que en una muestra de estudiantes, el apego evaluado mediante la AAI tuvo relación con los niveles de psicopatología, pero sólo en individuos que estaban experimentando circunstancias muy estresantes. Sin embargo, midiendo el apego a través de un auto-informe, el apego tuvo relación con la sintomatología en condiciones tanto de alto como de bajo estrés.

Este hecho lleva a la cuestión del posible solapamiento de contenido en los instrumentos que evalúan malestar emocional y apego, que podría explicar aspectos de la relación que se observan en las investigaciones. Varios estudios (Haaga, Yarmus, Hubbard, Brody, Solomon, Kirk y Chamberlain, 2002; Safford, Alloy, Crossfield, Morocco y Wang, 2004) sugieren que al menos una parte de relación entre el apego inseguro y sintomatología ansiosa (la relación no está tan clara con la depresión) se podría explicar por la presencia común de afectividad negativa. Las medidas de apego, sea cual sea el instrumento, están relacionadas además con múltiples aspectos del funcionamiento personal (regulación emocional, comportamiento interpersonal, etc.). Es necesario por lo tanto tener en cuenta esta complejidad a la hora de interpretar los resultados de las investigaciones. El apego inseguro no es simplemente una forma de malestar emocional, sino un factor que predispone, en interacción con otras variables, al afecto negativo.

3.3.4. Efectos indirectos del apego en la psicopatología.

Como ya se ha apuntado, el apego, en tanto que forma de relación interpersonal, tiene en la psicopatología influencias directas e indirectas. La influencia directa se daría a través de las conductas implicadas en los distintos tipos de apego, en particular las estrategias de apego secundarias (las relacionadas con la regulación emocional y las pautas interpersonales). Al principio de la vida, estas pautas se desarrollan para afrontar el sufrimiento que produce la falta de disponibilidad o la respuesta inadecuada de las figuras de apego en momentos de necesidad, generalizándose más tarde a otras relaciones de una manera desadaptativa que aumentaría el riesgo de psicopatología.

Pero el apego también tiene una influencia indirecta a través de otras conductas (no incluidas en el apego) que a su vez inciden directamente en la salud mental. Como indicábamos al principio de este apartado, desde una perspectiva contextual las disfunciones psíquicas se relacionan con la ocurrencia de acontecimientos amenazantes, y las experiencias relacionadas con el apego tienen consecuencias en una variedad de aspectos del funcionamiento de las personas (procesos cognitivos, regulación emocional, auto-control del comportamiento, manejo de la relaciones interpersonales, cambio de metas en función de la experiencia,, etc.) que son relevantes a la hora de afrontar tales acontecimientos. Estos aspectos actuarían entonces como factores mediadores entre apego y psicopatología (Mikulincer y Shaver, 2007). Así, determinados procesos cognitivos, formas de *expresión emocional*, problemas de asertividad, dificultades con la autonomía/dependencia etc., que se han relacionado con la psicopatología, serían factores de vulnerabilidad desarrollados y consolidados a través de malas experiencias en las relaciones de apego.

En la presente investigación nos proponemos comprobar el papel del apoyo social y de las estrategias de afrontamiento, dos de los factores que explican las diferencias entre las personas en su adaptación a eventos estresantes (Sandín, 2003). Ambos son procesos que intermedian entre el estresor y la respuesta y ambos, junto con la regulación emocional, pueden verse influidos por las relaciones de apego. A continuación revisamos el estado de las investigaciones sobre cómo el estilo de apego influye en la adaptación de los individuos a los acontecimientos estresantes. Luego tratamos de relacionar el estilo de apego con otros dos procesos que dan cuenta de las diferencias individuales en tales circunstancias: el afrontamiento y el apoyo social.

3.3.4.1. Eventos estresantes y apego

Un evento estresante es aquel que el individuo valora como importante para su bienestar y que puede exceder sus recursos (Lazarus y Folkman, 1986). Podríamos empezar señalando que muchos de los eventos vitales más estresantes para las personas atañen precisamente a sus relaciones de apego. El estudio de Hobson, Kamen, Szostek, Nethercut, Tidemann y Wojnarowicz (1998) evidencia esto: en una encuesta a 3.122 personas adultas en EE.UU. sobre el grado de estrés que les producirían 51 posibles eventos estresantes diferentes, entre los 10 primeros se encuentran cinco relacionados con el apego: la muerte de pareja (1º), la muerte de un familiar cercano (2º), la lesión o enfermedad grave de un familiar cercano (5º), el divorcio (7º) y la infidelidad (10º).

Independientemente del tipo de evento, la cuestión principal en este punto es si las diferencias individuales en los estilos de apego están relacionadas con el impacto que los acontecimientos tienen en los individuos. Esta hipótesis se ha comprobado en la sintomatología e impacto del estrés postraumático. Por ejemplo, Fraley, Fazzari, Bonanno y Dekel (2006) evaluaron a personas expuestas a los atentados del 11 de Septiembre de 2001 en Nueva York. Las personas seguras mostraron menos sintomatología en los meses posteriores (7 y 18 meses) que los inseguros, e incluso se observó una mejora de su funcionamiento —según sus amigos y familiares— en comparación a antes de los atentados. Las personas con elevada *evitación* no variaron en su funcionamiento pero informaron de altos niveles de sintomatología.

En relación con circunstancias menos impactantes, Gentzler, Kerns y Keener (2009) estudiaron el impacto emocional de eventos negativos y positivos en una muestra de estudiantes universitarios. Ante los eventos negativos, los individuos inseguros, especialmente los ansiosos, mostraron reacciones emocionales negativas más intensas y mayor procesamiento (rumiación) de tales experiencias. En un estudio similar, también con estudiantes, Chow y Ruhl (2014) encontraron que ante circunstancias estresantes de tipo interpersonal (problemas con amigos y parejas) las personas con apego inseguro (especialmente con elevada ansiedad) tenían más probabilidades de desarrollar síntomas depresivos. Ante un evento estresante como el parto, el estudio de Quinn, Spiby y Slade (2015) muestra que la *ansiedad* en el apego se asocia a un parto más doloroso y más experiencia de estrés. Curiosamente, la *evitación* se asoció a sentirse menos respetadas por los profesionales.

Varios estudios relacionan indican que el apego inseguro hace a los individuos más vulnerables al estrés que supone padecer una enfermedad (Sirois y Gick, 2014) o cuidar de enfermos (Kokkonen, Cheston, Dallos y Smart, 2014). Por ejemplo, Monin, Zhou, y Kershaw (2014) estudiaron a 77 parejas en las que un miembro padecía dolor crónico por enfermedad musculoesquelética. Evaluaron el apego de ambos miembros de pareja. Cuando uno de ellos era inseguro, los dos informaban de más síntomas depresivos y menos satisfacción con la relación.

Los estudios confirman que ante eventos estresantes los individuos con apego inseguro se adaptan peor y tienen más probabilidades de desarrollar alteraciones emocionales. Pero parece que la relación no es la misma para todos los estilos de apego. Woodhouse, Ayers y Field (2015) realizaron un meta-análisis sobre apego y estrés postraumático en el que se incluyeron 46 estudios y 9.268 sujetos. Las asociaciones entre el apego seguro y una menor sintomatología, y entre el inseguro y mayor sintomatología, fueron moderadas ($\rho = -.27$ y $\rho = -.26$ respectivamente). Los patrones de apego con altos niveles de *ansiedad* tienen mayor relación con la severidad de los síntomas, siendo el patrón preocupado el que muestra una relación más fuerte ($\rho = -.44$). En cambio, el patrón alejado no se asoció significativamente a esta variable. Las investigaciones sugieren que las personas con apego ansioso pueden sufrir síntomas de estrés postraumático aún bajo condiciones de estrés moderado, mientras que los estilos de tipo evitativo sólo se ven alteradas ante situación de estrés extremo y/o prolongado (Ein-Dor, Doron, et al., 2010; Wijngaardsde Meij et al., 2007). La evitación en el apego tiene sin duda ventajas adaptativas para personas sometidas a acontecimientos estresantes frecuentes —los soldados, por ejemplo—, aunque al precio de una deficiente regulación de las demandas recíprocas en relaciones interpersonales (Renaud, 2008).

Las relaciones entre los eventos estresantes y el apego pueden tener vertientes diferentes. Lo mismo que con la ocurrencia de psicopatología, también cabría la posibilidad de una relación en sentido contrario entre el apego y los eventos estresantes, —aunque no pertenezcan al ámbito de las relaciones interpersonales—, de modo que su ocurrencia pueda influir de forma negativa en el apego. Parece que así es: en una muestra de personas que perdieron su empleo, Varga, Nettles, Whitesel, Howe y Weihs (2014) observaron con posterioridad un aumento de la inseguridad en el apego. Por otro lado, el apego inseguro, como sugeríamos al comienzo de este apartado, parece

efectivamente estar relacionado con una mayor probabilidad de experimentar eventos estresantes, como lo demuestran los estudios de Bottonari, Roberts, Kelly, Kashdan, y Ciesla (2007) y Hankin, Kassel, y Abela, (2005).

3.3.4.2. Afrontamiento y apego

Estrechamente enlazado con el concepto de “evento estresante”, Lazarus y Folkman (1984, p.141) definen el afrontamiento como "aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo". Lo que entendemos por afrontamiento implica la utilización de una serie de recursos personales y sociales para tratar, tanto de resolver el problema, como de manejar los sentimientos y malestar psicológico que le suele acompañar (Sandín, 1995). Lazarus y Folkman (1984) distinguieron dos tipos generales de afrontamiento: el centrado en el problema y el centrado en las emociones. El afrontamiento centrado en el problema comprende aquellas estrategias con las que se intenta modificar directamente la circunstancia estresante, tales como la resolución de problemas o la acción directa. El afrontamiento centrado en la emoción moviliza estrategias destinadas a amortiguar las reacciones emocionales desencadenadas por el estresor, como el aislamiento social, la distracción o la ventilación emocional.

En relación con la psicopatología, el afrontamiento puede considerarse una variable mediadora del efecto que las situaciones estresantes tienen sobre la salud mental del sujeto (Sandín, 2003). En este sentido, la ansiedad y la depresión se han relacionado positivamente con el uso de estrategias focalizadas en la emoción (por ejemplo, la evitación cognitiva), y negativamente con estrategias focalizadas en el problema (Sandín, 1995). En lo referente al tema que nos ocupa, se puede decir en términos generales que la seguridad en el apego está relacionada con la creencia de que los problemas de la vida son manejables y en general con estrategias de afrontamiento más efectivas (Buelow, Lyddon y Johnson, 2002; Howard y Medway, 2004; Shaver y Mikulincer, 2009). Es de suponer que los individuos con apego seguro mostrarán un afrontamiento más adaptativo que los inseguros debido a sus diferencias en el uso de las estrategias cognitivo-conductuales, en el apoyo social y en su capacidad para la regulación afectiva (Gelinas, 2012; Kimball y Diddams, 2007; Marriner, Cacioli y Moore, 2014; Poirier, 2014; Seiffge-Krenke, 2011). La investigación confirma estas

suposiciones. López y Gormley (2002) investigaron la relación entre estilo de apego, estilo de afrontamiento de problemas y el malestar emocional en estudiantes universitarios. El apego seguro se relacionó con un afrontamiento menos reactivo y con menor uso de la supresión emocional, e informaron de menos problemas y menos depresión. En un estudio muy reciente, que viene a corroborar la literatura anterior, Marriner, Cacioli y Moore (2014) encontraron una correlación significativa entre la seguridad en el apego y la mayor resiliencia ante los problemas, y con una más baja percepción de estrés. También encontraron más estrategias de afrontamiento de tipo positivo, como considerar los problemas como un reto o utilizar activamente recursos para encarar el problema.

Schmidt et al. (2002) también descubrieron que el apego inseguro estaba relacionado con una adaptación a los problemas menos flexible y con más estrategias de evitación, distinguiendo además entre los individuos con elevada *ansiedad*, que mostraron un afrontamiento emocional más negativo, y los de elevada *evitación*, más tendentes a las estrategias de distracción. Los individuos evitativos suelen usar un estilo de afrontamiento represivo, que se traduce en baja ansiedad pero una actitud defensiva (Vetere y Myers, 2002).

La investigación indica que las personas con elevada *ansiedad* tienden a sobreestimar las amenazas (Mikulincer, Birnbaum, Woddis, y Nachmias, 2000) y tienen dificultades para disminuir pensamientos y sentimientos negativos (Mikulincer, Dolev, y Shaver, 2004). El afrontamiento de las personas con elevada *evitación* suele basarse en el distanciamiento cognitivo y conductual y en la negación y supresión de la angustia (Berant, Mikulincer, y Florian, 2001).

Parece que el apego es especialmente importante en el afrontamiento de problemas cuando estos tienen que ver con relaciones interpersonales. Liebman (2014) encuentra relaciones significativas entre el estilo de apego y la manera de afrontar los estresantes en las relaciones cercanas, tanto con las familias de origen como en las relaciones de pareja. En un interesante estudio llevado a cabo en Turquía con estudiantes universitarios, Arslan, Arslan y Ari (2013) hallaron que los estilos de apego predicen significativamente formas de resolver problemas interpersonales. El estilo de apego seguro se relacionó con un enfoque constructivo y perseverante en la resolución de problemas, y correlacionó negativamente con la falta de confianza en uno mismo y

con la no asunción de responsabilidades. El estilo alejado se encontró positivamente relacionado con la resolución constructiva de problemas; el preocupado con una tendencia a enfocar negativamente las situaciones, la resolución constructiva, la falta de confianza en sí mismo y la no asunción de responsabilidades. Por último, el temeroso se relacionó con el enfoque negativo, la resolución constructiva, la falta de confianza, el rechazo de responsabilidades y la persistencia.

Albert, Allen, Biggane y Qing (2014), a propósito de las estrategias de afrontamiento ante la pérdida de empleo, proponen un modelo de cómo el tipo de apego influye en las estrategias de afrontamiento. Según estos autores, el apego *ansioso* explica parcialmente la incidencia de trastornos afectivos por el uso precisamente de estrategias de afrontamiento centrado en las emociones, que a su vez tienden a aumentar de hecho el estrés. En el caso de las personas con elevada *evitación* los resultados son menos claros. Parece que sus recursos de afrontamiento son adecuados, pero tal vez tienden a sobre-estimar la amenaza percibida, a usar demasiado el afrontamiento basado en el distanciamiento, a controlar en exceso sus emociones y a no buscar apoyo social.

La investigación en este campo ofrece resultados muy recientes. Por ejemplo, se han encontrado importantes diferencias en las estrategias de afrontamiento dependiendo de variables del apego en personas que han sufrido una infidelidad, (Poirier, 2014), en personas con obesidad mórbida (Aarts, Hinnen, Gerdes, Acherman y Brandjes, 2014), en el afrontamiento de niños pequeños en función del estilo de apego de las madres (McElwain et al., 2015), o en el afrontamiento desadaptativo en adolescentes (Dawson et al, 2014). Sea como sea, parece claro que en el caso del afrontamiento, las estrategias típicas de los diferentes tipos de apego son marcadamente diferentes, lo cual invita a tener muy presentes estas variables cuando se trata de ayudar a las personas a manejar sus problemas y salir adelante con sus vidas.

Si tenemos en cuenta que las conductas de apego son en sí mismas estrategias de afrontamiento (ante las situaciones que producen inseguridad, miedo o desasosiego), es lógico que el concepto de afrontamiento se encuentre muy cercano al de apego. Varios estudios muestran que la interacción entre ambos factores repercute en las disfunciones psíquicas. Meredith, Strong y Feeney (2005) estudiaron la relación entre apego, el afrontamiento cognitivo y la sintomatología ansioso-depresiva en pacientes con dolor crónico. El apego seguro estuvo relacionado con el afrontamiento del dolor como un

desafío y con menor depresión, mientras que el apego inseguro (los prototipos temeroso y desestimador pero no el preocupado) se relacionó con el afrontamiento como amenaza, y con mayores niveles de ansiedad y depresión. Wei, Heppner, Mallinckrodt (2003) y Wei, Heppner, Russell y Young (2006) estudiaron el papel mediador del afrontamiento (y de otras variables como el perfeccionismo) en sendas muestras de estudiantes universitarios. Comprobaron que el perfeccionismo y el afrontamiento funcionaban como variables mediadoras en la relación entre apego y una variedad de sintomatología (ansiedad, depresión, irritabilidad) concurrente y posterior.

En definitiva, las investigaciones suelen encontrar una relación entre la inseguridad en el apego, el uso de determinadas estrategias de afrontamiento y un peor ajuste ante circunstancias estresantes. Como decíamos al comienzo de este apartado, es posible que el apego sea más importante para explicar el afrontamiento de eventos estresantes de tipo interpersonal, pero como se ha podido comprobar al revisar la literatura, también cuando el estrés provenía de enfermedades o guerras. Resumiendo, se puede decir que el afrontamiento de las personas seguras en el apego se caracteriza por un enfoque constructivo del problema (p.e., verlo como un desafío), con un afrontamiento activo (usando la resolución de problemas), con mayor confianza en uno mismo, recurriendo también a la *expresión emocional* y al apoyo de su red social. En cambio, las personas con *temor al rechazo y abandono* confían menos en sí mismas al afrontar eventos estresantes, no utilizan o no les funcionan las estrategias de reevaluación (reinterpretación de la situación), recurren más al afrontamiento pasivo, evitativo y centrado en los sentimientos, pero con peores estrategias de regulación emocional. Utilizan la *expresión emocional* y el apoyo social en función de su grado de *incomodidad con la cercanía*, de forma los preocupados expresan sus sentimientos y piden ayuda, pero los temerosos se muestran ambivalentes al respecto y tienen más a la *retirada social*. Las personas con *incomodidad con la cercanía* pueden usar tanto un afrontamiento activo como pasivo y evitativo de los problemas, pero se caracterizan por usar más estrategias de distracción o distanciamiento, tratar de reprimir sus sentimientos negativos y no hacer uso del apoyo social.

Estas diferencias en el estilo de afrontamiento redundan en una mayor probabilidad de desarrollar disfunciones psíquicas para las personas inseguras en el apego. En el caso de las personas con elevada *incomodidad con la cercanía*, las

estrategias de distanciamiento cognitivo y conductual y la negación y supresión de la angustia pueden ser útiles para mantener la estabilidad emocional a corto-medio plazo (son por lo tanto, como venimos diciendo, adaptativas), pero a la larga si los factores estresantes persisten puede devenir en psicopatología (e.g., Ein-Dor, Doron, Solomon, Mikulincer, & Shaver, 2010; Wijngaards-De Meij et al., 2007).

3.3.4.3. Apoyo social y apego

El apoyo social hace referencia a las acciones llevadas a cabo a favor de un individuo por otras personas, tales como los amigos, los familiares o los compañeros de trabajo, los cuales pueden proporcionar ayuda emocional, instrumental e informativa (Sandín, 2008). El apoyo social es una forma de recurso de afrontamiento que amortigua los efectos de los eventos estresantes en la salud y promueve conductas saludables (Aneshensel, 1992; Sandín, 2003). La investigación ha demostrado de forma consistente que el apoyo social reduce el malestar psicológico, la ansiedad y la depresión en tiempos de estrés y que promueve la adaptación cuando el estrés es crónico (Herrero y Musitu, 1998; Taylor, 2007). El apoyo social favorece la salud, bien porque se relacione negativamente con el comienzo de enfermedades u otros problemas de salud, bien porque facilita la recuperación de los pacientes con algún tipo de trastorno (Adler y Matthews, 1994). Se han propuesto dos mecanismos por los que el apoyo social incide en la salud física y mental: mediante un efecto directo y mediante su efecto moderador de la influencia de otros factores en la salud, especialmente de los eventos estresantes (Barrón y Sánchez, 2014; Paykel, 1994). En el estudio de Barron y Sánchez (2014) los eventos vitales estresantes y el apoyo social tuvieron una relación negativa tanto con una medida general de salud mental y otra de depresión. Además, el apoyo social funcionó como una variable mediadora del papel de los sucesos vitales en las dos medidas de salud mental.

En su revisión sobre el apoyo social, Vázquez, Crespo y Ring (2000) señalan que el tipo de apoyo social más útil consiste en tener alguien cercano en quien confiar (p. ej., una pareja); que importa más la calidad que la cantidad (resulta mejor tener al menos un amigo íntimo que tener muchos amigos o conocidos); y que no basta con tener una red disponible, sino que se necesita que el individuo sepa y esté dispuesto a extraer de modo efectivo el apoyo que necesita de otros.

En este sentido, las conductas de apego adquieren en cuanto al apoyo social una relevancia evidente, de modo que son previsible las diferencias en obtener y prestar apoyo social según los diferentes patrones de apego. Existe abundante literatura al respecto. Por ejemplo, Simpson et al. (2002) estudiaron el efecto del apego en el apoyo social en situaciones de estrés en parejas. Las mujeres seguras proporcionaron el tipo de apoyo más ajustado a las contingencias, dando el apoyo que sus parejas necesitaban. Las mujeres con elevada *evitación* dieron menos apoyo que las que la tenían baja. Mallinckrodt y Wei (2005) investigaron la relación entre el apego y el apoyo social, entre otras variables, en una muestra de estudiantes. La *ansiedad* y la *evitación* en el apego resultaron negativamente relacionadas con el apoyo social percibido. También en estudiantes, Vogel y Wei (2005) estudiaron la relación entre el apego, el apoyo social y la intención de pedir ayuda. La *ansiedad* estuvo relacionada con reconocer estar experimentando estrés y pedir ayuda mientras que la *evitación* se relacionó con la negación del malestar y la reticencia a pedir ayuda. Además, tanto los ansiosos como los evitativos perciben tener poco apoyo social. Vemos de nuevo como en el apoyo social, las dimensiones de evitación y ansiedad del apego marcan una diferencia importante en cuanto a la petición de ayuda.

En una línea un poco diferente, Guerrero y Jones (2003) evaluaron el estilo de apego y las habilidades sociales autoinformados de 258 personas, y la percepción que sus parejas tenían de sus habilidades sociales. Las habilidades auto-informadas fueron distintas según el tipo de apego: los alejados y temerosos se calificaron como relativamente poco sociables y expresivos (lo que encaja con la percepción negativa de los otros, en términos del modelo de Bartholomew); los preocupados y temerosos se valoraron como demasiado sensibles (coherente con un modelo negativo de sí-mismos). Además los evitativos reclaman menos apoyo social y los ansiosos perciben a sus parejas como poco expresivas y, en fin, peores apoyos.

En cuanto a la búsqueda de apoyo, tenemos entonces que las personas seguras reclaman apoyo de forma ajustada a las necesidades; las personas con elevada ansiedad pueden pedir más ayuda que las seguras (Pietromaco y Barret, 2006) o inhibir su solicitud de apoyo, probablemente por temor al rechazo (Collins y Feeney, 2000). También en coherencia con lo esperable, las personas con elevada evitación apenas piden ayuda. Y en lo referente al apoyo percibido, también de acuerdo con lo esperable,

las personas con un apego seguro suelen estar conformes, y los inseguros perciben poco apoyo o menos del que necesitan (Campbell, Simpson, Boldry, y Kashy, 2005; Collins y Feeney, 2004; Collins y Feeney, 2010). Por otro lado, en la provisión de cuidados también se aprecia una mejor y más ajustada capacidad de las personas con un apego seguro (Collins y Feeney, 2010; Feeney y Collins, 2001; Kane et al., 2007; Simpson et al., 2002).

Últimamente se ha dado importancia en la literatura al papel mediador que el apoyo social percibido puede tener en la relación entre apego y variables de salud. Por ejemplo Lane y Fink (2015) encontraron que la ansiedad en el apego afectaba indirectamente al bienestar a través del apoyo social en jóvenes que atravesaban una transición social normativa. Por su parte, Stanton y Campbell (2014) encuentran que el apoyo social percibido interactúa con la ansiedad en el apego en el estado de salud.

En definitiva, un estilo de apego inseguro puede considerarse un predictor de un apoyo social pobre. Las personas tienden a evaluar sus experiencias de apoyo social de una forma consistente con sus expectativas de ayuda por parte de los demás, es decir, de acuerdo con sus modelos internos de uno mismo y de los demás (Collins y Feeney, 2004). El apego y el apoyo social interactúan con efectos en la salud mental, a través de mejores estrategias de búsqueda de ayuda cuando se necesita, y a través de una mejor apreciación del apoyo que proporcionan los otros.

3.4. Apego y psicoterapia

La influencia de la teoría del apego en la atención a la salud mental está siendo cada vez mayor hasta el punto en el que se han elaborado distintos tipos de psicoterapia cuyos contenidos y técnicas se centran casi exclusivamente en la teoría del apego. Pero, dado que la teoría del apego no es específica de un modelo terapéutico concreto, aparte de estos desarrollos psicoterapéuticos fuertemente anclados en ella, se han desarrollado investigaciones sobre la asociación entre apego y eficacia terapéutica desde múltiples modelos como las terapias humanistas, psicodinámicas, conductuales, cognitivas, sistémicas o gestálticas. Además, al no estar ligada a un modelo de diagnósticos psicopatológicos, se han desarrollado trabajos con distintas poblaciones tanto clínicas como no-clínicas. Esto ha hecho que el número de investigaciones que relacionan apego y terapia haya ido creciendo en las últimas décadas y se pueda hablar de un corpus

teórico e investigador ya bastante asentado.

Una de las vías por las que se ha ido desarrollando esta asociación ha sido concebir la psicoterapia como una relación de apego y analizar los efectos del establecimiento del vínculo entre terapeutas y consultantes en el resultado de la psicoterapia. En este sentido han aparecido importantes reflexiones teóricas señalando cómo puede ser considerada la relación terapéutica una relación de apego en la medida en que se cumplan los requisitos que definen el apego.

También han surgido múltiples investigaciones sobre cómo el establecimiento de un tipo de apego en terapia puede influir en la creación de la alianza terapéutica y si los estilos de apego de los consultantes tienen repercusiones en el nivel de eficacia de la psicoterapia. Se diseñaron así estudios donde se analizaba si los estilos inseguros estaban asociados a mayores o menores índices de éxito terapéutico y si las dimensiones de *ansiedad* y *evitación* del apego de los consultantes podrían igualmente repercutir en mayor o menor eficacia a la hora de resolver los problemas en un proceso de psicoterapia.

A continuación se van a presentar los conocimientos disponibles surgidos en estas líneas de trabajo.

3.4.1. La psicoterapia como relación de apego

Como ya se ha dicho, la influencia de la teoría del apego en la atención a la salud mental está siendo cada vez mayor hasta el punto que se han elaborado distintos tipos de psicoterapia cuyos contenidos y técnicas se centran casi exclusivamente en la teoría del apego y también se ha visto a la psicoterapia como una relación de apego. De hecho fue Bowlby quien sugirió que las representaciones del apego se activarían durante la terapia ya que el terapeuta tendría funciones análogas a las figuras de vínculo, sirviendo tanto como “base segura” desde la que explorar, hasta como “refugio seguro” que ofrece protección y confort cuando el consultante está en problemas (Bowlby, 1982).

La relación terapéutica puede entenderse como una relación de apego en la medida que el terapeuta llegue a ser para el consultante una base segura para la necesidad de apoyo y para alentarle en el afrontamiento de sus problemas; es decir, en la medida que el terapeuta cumpla las tres condiciones que Bowlby señaló como definitorias de una

figura de apego (Mikulincer, Shaver y Berant, 2013).

La investigación actual apoya que las relaciones psicoterapéuticas pueden exhibir todos los rasgos del apego descritos tanto por Bowlby como por Mikulincer, Shaver y Berant, (2012) en el apego adulto. Concretamente algunos consultantes:

- 1) Pueden ver al terapeuta como más fuerte y sabio (Vogel y Wei, 2005).
- 2) Buscar proximidad a través de conexiones emocionales y citas regulares (Vogel y Wei, 2005).
- 3) Ver a su terapeuta como un refugio seguro cuando se sienten amenazados (Janzen, Fitzpatrick, y Drapeau, 2008; Kinsler, Courtois, y Frankel, 2009).
- 4) Experimentar ansiedad de separación cuando anticipan la pérdida o separación de su terapeuta (Joyce, Piper, Ogradniczuk, y Klein, 2007) y
- 5) Sentirse seguros usando al terapeuta como base segura a partir del cual realizar cambios (Farber y Metzger, 2009); Mallinckrodt, Porter, y Kivlighan, 2005; Romano, Fitzpatrick, y Janzen, 2008).

Partiendo de estos supuestos Mallinckrodt, Gantt y Coble (1995) han construido una escala de evaluación de las relaciones entre el terapeuta y sus consultantes desde estos cinco elementos denominada CATS (*Client Attachment to Therapist Scale*) que puede guiar a los terapeutas en el establecimiento de mejores vínculos con sus consultantes.

Pero a pesar de las evidencias de que algunas relaciones terapéuticas poseen todos los rasgos centrales del apego adulto esto no implica que la mayoría de ellas lo sean y menos aún que tengan las características de un vínculo seguro. Por esto se han diseñado enfoques terapéuticos cuyo objetivo es que el trabajo terapéutico se apoye en la teoría del vínculo.

En relación con la psicoterapia, Bowlby (1988) propuso que el terapeuta ayudara al consultante a repasar sus experiencias en relación al apego, a reconocer, aclarar y modificar sus modelos de trabajo internos y a aprender mejores maneras de manejarse con la intimidad, la autonomía, los sentimientos, etc. Para esto la psicoterapia tendría cinco ingredientes:

1. El terapeuta debería constituirse en una FA funcionando como una base segura y un puerto seguro para el paciente, lo que permitiría a este la auto-exploración. Para lograr tal relación el terapeuta habrá de mostrarse sensible y responsivo.

2. Evaluar y entender las experiencias de relación actuales del paciente en términos de los procesos del sistema de apego y que la persona pueda valorar las consecuencias negativas de los aspectos disfuncionales de su patrón de apego.

3. Analizar (como una muestra de pautas relacionales del consultante y un ejemplo específico de cómo aplica sus modelos de trabajo) y utilizar terapéuticamente la propia relación que establece entre el consultante y el terapeuta.

4. Revisar las experiencias pasadas con las figuras de vínculo para que la persona comprenda sus patrones actuales.

5. Que el consultante reconozca lo disfuncional de sus patrones de apego para empezar a modificarlos en y por sus experiencias actuales.

Así se han desarrollado distintos modelos como la *Terapia de Pareja Focalizada Emocionalmente* (Johnson, 2003), la *Terapia Correctiva del Apego* (Levy y Orlans, 1988), la *Terapia Narrativa de Apego* (Vetere y Dallos, 2012) o la *Terapia Familiar Basada en el Apego* (Diamond y Stern, 2003) basadas directamente en las propuestas de Bowlby sobre la psicoterapia.

3.4.2. Apego y cambio terapéutico

Al abordar la influencia que el apego puede tener en el proceso terapéutico se van a separar los resultados sobre los estilos de apego, de los obtenidos sobre las dimensiones básicas de *ansiedad* y *evitación*.

En el trabajo de Levy, Ellison, Scott, y Bernecker (2011), se describen los prototipos de la relación terapéutica según los estilos de apego del consultante. Así los consultantes con apegos seguros se muestran más abiertos a explorar el entorno y las relaciones y tienden a ser más abiertos, colaboradores, implicados y proactivos en el tratamiento. También confían más en el terapeuta y son capaces de integrar los comentarios de los terapeutas. Las personas con apegos preocupados mostrarían una mayor preocupación por las relaciones interpersonales por lo que a menudo inicialmente parecen fáciles de tratar. Discuten fácilmente a cerca de sus preocupaciones y dificultades así como de su papel en estos problemas. No obstante la evidencia clínica y

empírica sugiere que no es fácil el tratamiento ya que aunque se presentan como muy necesitados de ayuda no cumplen con las tareas terapéuticas y tienen menos mejorías. Los consultantes con apego evitativo a menudo se resisten a ir a terapia y pedir ayuda e incluso rechazan si se la ofrecen. Se muestran tensos si surgen temas afectivos en terapia y no hablan fácilmente de sus problemas (Dozier, 1990; Dozier, Lomax, Tyrrell, y Lee, 2001; Korfmacher, Adam, Ogawa, y Egeland, 1997).

Así, distintas investigaciones han ido mostrando que el vínculo puede jugar un rol importante en el tratamiento de los problemas de salud mental ya que las características del apego de los consultantes influían en la respuesta a la psicoterapia. Los consultantes con estilos de vínculo seguros tendían a beneficiarse más de la psicoterapia que los consultantes con apegos inseguros. La inseguridad en el apego estaría relacionada con peores resultados en la psicoterapia, ya sea por su influencia en la relación terapéutica, en el cumplimiento de las tareas terapéuticas (los inseguros tienen más dificultades para trabajar de manera sistemática por las metas terapéuticas y cumplen menos las prescripciones terapéuticas), por el abandono prematuro de la terapia o por su efecto en la psicopatología (Obegi y Berant, 2009; Diener, Hilsenroth, y Weinberger, 2009; Levy, et al., 2011; Mikulincer y Shaver, 2007; Saatsi, Hardy y Cahill, 2007). En la otra cara de la moneda Daniel (2006) señala que si puede haber cambio terapéutico en los consultantes con estilos inseguros es porque esta experiencia les proporciona una relación responsiva contraria a lo experimentado por ellos anteriormente. Si esta experiencia se desvía significativamente de los tempranos modelos prototípicos, entonces el patrón de apego cambiaría. De acuerdo con esta idea algunos estudios comenzaron a referir que la gravedad de los síntomas disminuía en el curso de la psicoterapia cuando se incrementaban los vínculos seguros referidos por el consultante (Travis, Bliwise, Binder, & Horne-Moyer, 2001).

Enfocando ya no solo a la distinción entre seguridad e inseguridad del apego sino a las dimensiones básicas, Levy et al. (2011) realizaron un meta-análisis sobre si las dimensiones de *ansiedad* y *evitación* en el apego estaban relacionadas con los resultados de la psicoterapia. En él utilizaron datos de 19 cohortes con 1467 consultantes y encontraron un $d = -.46$ para la relación entre *ansiedad* del apego y éxito terapéutico y $d = .37$ para los vínculos seguros. La evitación no estuvo relacionada de forma significativa con el éxito o fracaso de la terapia. Según esto parece que los

resultados de investigaciones publicadas apoyarían una relación entre mayor ansiedad y peor éxito terapéutico y mayor seguridad y eficacia de la terapia.

La otra cara de la moneda nos la proporcionan los estudios que analizan si la intervención terapéutica es capaz de promover cambios en el estilo de apego de los consultantes dirigiéndolos hacia estilos más seguros.

Taylor, Rietzschel, Danquah y Berry (2014) realizaron un meta-análisis con 14 estudios con el fin de proporcionar una síntesis sobre el estado actual de la investigación acerca de los cambios en las representaciones de apego adulto durante el proceso de psicoterapia. Su objetivo era evaluar si la psicoterapia es capaz de proporcionar experiencias que puedan cambiar los estilos de vínculo en el sentido de incrementar la seguridad y reducir la inseguridad. Debido a que, como ya se expuso en el epígrafe 3.1, en ocasiones no se han encontrado fuertes correlaciones entre instrumentos que evalúan el apego adulto por medio de autoinformes y los que utilizan entrevistas semi-estructuradas, en este trabajo se separaron los estudios realizados con ambos tipos de instrumentos. Trabajaron así con nueve estudios que utilizaban autoinformes y cinco con entrevistas.

Respecto a los estudios diseñados que utilizaron autoinformes Taylor et al. (2014) encuentran ciertas evidencias de que la seguridad del apego de los consultantes se incrementa durante la terapia. De los estudios que se centran en el incremento de la seguridad tres de ellos encuentran dicho incremento (en dos de ellos esos cambios se mantienen en el seguimiento) y en dos los resultados son más inciertos ya que se encuentran mejoría solo aparentes en algunos subgrupos (Butler, Harper y Mitchell, 2011) o en el seguimiento (Kilmann, Laughlin, Carranza, Downer, Major y Parnell, 1999).

Por otro lado en los nueve estudios que también recogen si se producen cambios en las dimensiones de inseguridad se encontró que en cinco había mejoría en la *ansiedad* del apego después del tratamiento y tres de ellos no encontraron diferencias significativas. Respecto a la evitación los resultados son menos claros con cinco estudios sin diferencias significativas y solo tres señalando mejoras significativas. Por otro lado, de los tres estudios más robustos en cuanto a su diseño ya que usan grupo control sin tratamiento (Kilmann et al., 1999; Kirchmann et al., 2012; Muller y

Rosenkranz, 2009) dos de ellos encuentran diferencias respecto a la mejoría del vínculo mientras que el tercero, más corto y pequeño (tres días de tratamiento) no obtuvo diferencias significativas en cuanto a la muestra y a la duración del tratamiento.

En cuanto a los cinco estudios realizados con entrevistas semi-estructuradas para evaluar el apego aparecieron también distintos resultados. Tres de ellos encuentran que los consultantes clasificados como seguros se incrementan después de la psicoterapia (Levy et al., 2006; Stovall-McClough y Cloitre, 2003; Travis, Binder, Bliwise, y Horne-Moyer, 2001), uno no encuentra tales diferencias (Korfmacher et al., 1997) y otro llevado a cabo por Strauss, Mestel y Kirchmann (2011) encuentra un incremento de los vínculos inseguros.

Resumiendo: De forma coherente con la teoría del apego adulto se encuentran mejorías en las representaciones del apego tras el proceso psicoterapéutico en 11 de los 14 estudios. Aparecen también datos que apoyan que se producen reducciones en la dimensión de *ansiedad* del apego pero el apoyo es menor respecto a la *evitación*. Estas mejorías aparecen tanto en los estudios que utilizan autoinformes como en los que usan entrevistas semi-estructuradas para evaluar el apego. También se generalizan estos hallazgos a través de diferentes contextos asistenciales (ingresados vs externos), diferentes grupos de problemas y diferentes intervenciones.

A pesar de estos prometedores resultados lo cierto es que establecer cuáles son los lazos que unen los tipos de apego y la mejoría experimentada en la Terapia es aún un desafío para los investigadores. Muchos autores apuestan por pensar que las intervenciones que incrementen la seguridad del vínculo (o reducen las dimensiones *ansiedad* o *evitación*) podrían proporcionar un apoyo que ayude al aumento del bienestar psicológico a través de mecanismos como la mejor regulación afectiva y la capacidad para construir relaciones de confianza y de apoyo.

3.4.3. Apego y alianza terapéutica

Una de las vías por la que el estilo de apego de los consultantes puede influir en el resultado de la psicoterapia está relacionada con la alianza terapéutica. Como ya se ha dicho, Bowlby (1988) propuso que la relación terapéutica se podía analizar como una relación de apego y que el estilo de apego del consultante y el del terapeuta tendrían un

papel en el desarrollo de la relación terapéutica y, a través, de ella, en el resultado de la terapia.

Una de los campos de trabajo sobre la eficacia de la psicoterapia que trasciende las divergencias entre modelos nos lo proporciona el estudio de los procesos de alianza terapéutica que es la experiencia que tiene el paciente de que la relación con el terapeuta le ayuda, o potencialmente puede ayudarlo, a conseguir sus objetivos (Bordin, 1979; Horvath y Luborsky, 1993). Para esos autores tiene dos componentes: a) El consultante siente que el terapeuta le proporciona apoyo y ayuda y b) el consultante siente que hay una colaboración conjunta entre él y el terapeuta para alcanzar las metas del tratamiento.

Mucho se ha investigado a raíz de esa propuesta pero se sigue tomando como referencia los componentes de la alianza terapéutica propuestos por Bordin (1979):

- Tipo de vínculo afectivo entre paciente y terapeuta.
- Grado de acuerdo en los objetivos de la terapia.
- Grado de acuerdo en los medios o tareas para alcanzar los objetivos.

La investigación sugiere que una relación terapéutica positiva es esencial para la eficacia de todas las psicoterapias y un factor común a toda relación de ayuda (Corbella y Botella, 2003). De hecho en el famoso estudio de Wampold (2001) que examina el peso de distintos factores en los resultados de los ensayos clínicos dedicados a demostrar la eficacia de la psicoterapia y la superioridad de unos enfoques terapéuticos sobre otros, este autor concluye que el efecto absoluto de la psicoterapia (la diferencia de resultados entre los grupos con tratamiento y los grupos control) tiene un tamaño de .80. La diferencia entre tratamientos al comparar unos enfoques con otros (la eficacia relativa) tiene un tamaño de entre .00 y .20. La contribución de los ingredientes específicos un tamaño de .00. La confianza de los consultantes de que el tratamiento va a ser beneficioso (efecto placebo) un tamaño de .40; la *alianza terapéutica* de .45; la lealtad de la terapeuta al enfoque que aplica de más de .65 y la competencia del terapeuta en el tipo de psicoterapia que aplica, entre .50 y .60. Como vemos el tema de la alianza terapéutica ocupa un lugar importante a la hora de explicar la eficacia de la psicoterapia.

El trabajo crítico de Wampold (2001) sin duda tuvo su impacto en la década siguiente cuando Norcross (2011) expone las conclusiones de las divisiones 12 y 29 de

la APA sobre las relaciones terapéuticas (*Task Force on Evidence-Based Therapy Relationships*) en las que subraya que esas relaciones contribuyen de forma sustancial y consistente a los resultados de la psicoterapia, independientemente del tipo de tratamiento utilizado, y que explican la mejoría de los consultantes incluso en mayor medida que el método de tratamiento utilizado. Anima entonces a los terapeutas a promover relaciones que estén caracterizadas por los elementos que han mostrado su efectividad: la alianza terapéutica, la empatía, tener en cuenta el feedback de los consultantes, el consenso sobre las metas de la terapia, la colaboración y la “mirada positiva” hacia los consultantes. Propone además que los terapeutas monitoricen la evaluación de los consultantes de la relación terapéutica y de los resultados del tratamiento, con el fin de que aumenten las oportunidades de restablecer la colaboración, mejorar la relación, modificar las técnicas y evitar un abandono prematuro, si las relaciones se deterioran.

Sin duda el equipo de trabajo de la APA ha dejado huella en el campo de la investigación y la práctica de la psicoterapia. Se puede ver en las publicaciones que desde entonces han recogido los esfuerzos de contribuidores de distintas tradiciones terapéuticas para centrar cada tema y señalar los elementos que se han demostrado eficaces. Desde artículos sueltos a números completos de revistas de psicología clínica, nos han llegado los significados que se dan a términos como “colaboración”, “consenso en metas” o “alianza terapéutica” en las corrientes conductuales, cognitivas, psicodinámicas o sistémicas (Dattilio y Hanna, 2012; Elliott, Bohart, Watson, Greenberg, 2011; Escudero, Boogmans, Loots, Friedlander, 2012; Ezama et al., 2012; Ezama, 2012; Felder, Dimidjian, y Segal, 2012; Friedlander, Escudero, Heatherington, y Diamond, 2011; Hontoria, Tuerk, McCart, y Henggeler, 2012; Horvath, Del Re, Flückiger, Symonds, 2011; Lambert y Cattani, 2012; Tryon y Winograd, 2011; Wiseman, Tishby, y Barber, 2012).

Entre los factores que pueden influir en la alianza terapéutica estarían las características de los clientes, y distintos investigadores han identificado el estilo de apego adulto como una de ellas (Clarkin y Levy, 2004; Levy et al., 2011; Mikulincer y Shaver, 2007). Dado que la percepción subjetiva de la alianza por parte de los consultantes se relaciona generalmente de forma más fuerte con los resultados que la alianza terapéutica puntuada desde otras perspectivas (Horvath et al., 2011), parece

probable que las experiencias previas de los consultantes en otras relaciones, operacionalizadas como estilo de apego, sean un componente sustantivo de la alianza terapéutica. Además, la teoría del apego es especialmente pertinente para entender la alianza terapéutica, entre cuyos componentes destaca precisamente el tipo de vínculo o lazo emocional que se establece entre paciente y terapeuta (Bordin, 1979; Botella y Corbella, 2011). Para que tal lazo sea bueno el consultante tendría que percibir al terapeuta como una figura disponible, sensible y que le apoya. Esto facilitaría los otros componentes de la alianza terapéutica: los acuerdos sobre tareas y metas.

Numerosos investigadores han teorizado sobre las distintas vías por las que el apego y la alianza terapéutica pueden interactuar. Desde posiciones psicoanalíticas se ha sugerido que la alianza terapéutica es un transferencia total o parcialmente (Safran y Muran, 2006; Holmes, 2001). Otros enfoques defienden que, aunque se cree un vínculo de apego con el terapeuta y eso constituya un componente central en las relaciones terapéuticas, es mejor identificar el vínculo al terapeuta y la alianza terapéutica como constructos separados (Farber y Metzger, 2009; Mallinckrodt, 2010; Parish y Eagle, 2003). También se defiende que el estilo de apego tiene una influencia causal en la alianza terapéutica señalando que la inseguridad en el apego de los consultantes frena la formación de la alianza terapéutica (Eagle y Wolitzky, 2009; Mikulincer, Shaver, Cassidy, y Berant, 2009),

En resumen la relación entre ambos constructos se observa desde una total absorción de uno dentro de otro, hasta quienes lo contemplan como constructos diferentes incluso señalando que el apego tendría un influencia causal en la creación de la alianza terapéutica. Aclarar el papel que le estilo de apego de los consultantes tiene en la alianza terapéutica sería de gran utilidad teórica, desde luego, pero también clínica.

A nivel de investigación, si el estilo de apego contribuye a la formación de la alianza terapéutica se deberían encontrar correlaciones entre medidas de apego y de alianza y, en este sentido, hay distintos estudios que han analizado estas variables con resultados muy variados. La mayoría encontraron correlaciones moderadas negativas entre *ansiedad* y alianza y *evitación* y alianza, algunas han encontrado una relación positiva (e.g., Goldman y Anderson, 2007) y algunas otras no encuentran una relación significativa (Sauer, Lopez, y Gormley, 2003). Dada esta heterogeneidad el paso lógico es usar meta-análisis para determinar si la relación existe y su tamaño.

El meta-análisis llevado a cabo por Diener y Monroe (2011) con 17 muestras independientes y un total de 886 sujetos sobre las relaciones entre seguridad/inseguridad y alianza terapéutica concluyó que la seguridad del apego está asociada con una mejor alianza con un $r = 0.17$. Esta correlación señala un efecto muy débil que puede estar ligado tanto a que solo utilizasen estudios publicados, como al hecho de que las distintas medidas de apego utilizadas por los distintos grupos de investigación no correlacionan perfectamente unas con otras y esto infraestima el tamaño de la correlación. Además, la correlación entre el estilo de apego genérico del consultante y su apego al terapeuta tampoco es elevada.

Recientemente Mallinckrodt y Jeong (2015) han realizado un meta-análisis con esta finalidad pero reduciéndose a los estudios realizados con un instrumento de evaluación concreto el Client Attachment Therapist Scale (CATS) (Mallinckrodt, Gantt y Coble, 1995). Su objetivo ha sido relacionar el vínculo terapeuta-consultante con los estilos de apego previos de los consultantes. Sus resultados muestran que el vínculo terapéutico seguro está asociado negativamente con la *ansiedad* y *evitación* de los consultantes. El vínculo terapéutico evitativo en cambio está asociado positivamente con ambas dimensiones y el vínculo terapéutico preocupado se relaciona significativamente solo con la *ansiedad*. Además parece que la seguridad en el vínculo terapéutico sí está asociada en sentido positivo con la alianza terapéutica global, la evitación en el vínculo terapéutico está relacionada en sentido negativo y, en cambio, los vínculos terapéuticos preocupados no parecen estar significativamente asociados a la alianza terapéutica global. Los resultados sugieren que las dificultades en el apego previas a la terapia están relacionadas con una creación de vínculos inseguros con los terapeutas ya que actúan como barreras a la hora de facilitar vinculaciones seguras en la terapia y los terapeutas deben ser aún más hábiles y eficaces si quieren revertir estos frenos al cambio.

Aun así, a pesar de que se muestre la relación significativa entre seguridad en el apego y alianza lo cierto es que puede ser poco útil a nivel clínico ya que dado que las poblaciones clínicas tienden a tener menos vínculos seguros que la población general (Bakermans-Kranenburg y Van IJzendoorn, 2009; Fortuna y Roisman, 2008; Mickelson, Kessler, y Shaver, 1997). Los clínicos tienen mayores probabilidades de hacer terapia con consultantes con apegos inseguros que con consultantes seguros. Se

necesita pues un análisis más detallado sobre los tipos de vínculos inseguros y su relación con el establecimiento de peores alianzas terapéuticas.

En este sentido Berneker, Levy y Ellison, (2014) realizaron recientemente un meta-análisis utilizando como guía no los subtipos de apego sino las dimensiones básicas de *ansiedad* y *evitación*. Se trató de responder a si la dimensión de *ansiedad* y la de *evitación* disminuyen en el mismo grado la calidad de la alianza terapéutica. En él se intenta mejorar anteriores fallos incluyendo estudios no publicados y corrigiendo la validez convergente de las distintas medidas utilizadas en las investigaciones. Así se tuvieron en cuenta solo los estudios que utilizasen instrumentos con una fuerte convergencia con el ERC (Brennan et al., 1998) por un lado y con el WAI (*Working Alliance Inventory*; Horvath y Greenberg, 1989) por el otro.

La primera hipótesis de Bernecker et al. (2014) fue que ambas dimensiones del apego (*ansiedad* y *evitación*) se relacionarían inversamente con la calidad de la alianza. De un lado los consultantes con un alto nivel de evitación se sentirían poco confortables pidiendo ayuda al terapeuta, pueden tener dificultades para confiar e implicarse emocionalmente en la relación y en la terapia y estar poco dispuestos a aceptar sugerencias del terapeuta sobre tareas y metas en la medida que cuestionen su imagen de sí mismos y podrían abandonar o dificultar la formación de la alianza (Dozier, 1990; Dozier, Lomax, Tyrrell, y Lee, 2001; Safran y Muran, 2006; Slade, 2008). Por otro lado las personas con apegos ansiosos se sentirían mal si no pueden volcar la solución de los problemas en el terapeuta o este no es suficientemente atento y cuidadoso (Slade, 2008). No obstante debido a su disponibilidad emocional y también a contar temas personales (Levy, Meehan, y Themes, 2012; Levy, Meehan, Weber, Reynoso, y Clarkin, 2005), predijeron que la relación negativa entre alianza y *ansiedad* sería menor que con *evitación*. Sus resultados van en la línea de señalar que existe una relación significativa entre las dimensiones del apego y alianza terapéutica. Concretamente obtuvieron $r=0.137$ para la relación entre *evitación* y alianza y para la relación con *ansiedad* un valor de $r= 0.121$.

A pesar que estas correlaciones son pequeñas pueden ser clínica y teóricamente relevantes. Cuando son muy numerosos los factores que pueden contribuir a la varianza, y eso es así a la hora de determinar la efectividad de una terapia o en el tema más pequeño determinar lo que contribuye a la alianza terapéutica, es esperable que incluso

factores importantes tendrán correlaciones débiles con la variable dependiente que se esté estudiando. Este es, de hecho, uno de los temas que se tienen en cuenta cuando se afirma que la alianza terapéutica es un tema muy relevante en el proceso de psicoterapia aunque la correlación entre alianza y resultados sea baja, débil. Además ese pequeño tamaño sugiere que el estilo de vínculo y la alianza terapéutica son constructos diferentes ya que los esquemas relacionales de los consultantes tienen un efecto cuando menos limitado, en la alianza.

Una de las direcciones más productivas para la investigación sería desarrollar e incluir técnicas terapéuticas que faciliten la creación y el mantenimiento de la alianza terapéutica como han propuesto hace ya casi una década Castonguay, Constantino y Grosse-Holtforth (2006). Si el estilo de apego afecta a la alianza terapéutica, centrarse durante la terapia en el apego puede ser una estrategia que mejore la alianza. Incluso sugieren que dirigirse a formar una buena alianza con los consultantes con apegos inseguros podría proporcionar experiencias correctoras que mejorasen los esquemas interpersonales desadaptativos de los consultantes

4. Parte empírica

4.1. Introducción

Como se ha descrito en la parte teórica de este escrito el concepto de apego afectivo ha ido extendiéndose desde los primeros intereses en Psicología Evolutiva hacia cubrir un amplio campo de la Psicología Clínica.

Las relaciones entre apego y psicopatología son múltiples y resultan ser un campo fructífero que ha sido recorrido cada vez con mayor fortuna por muchos grupos de investigación. Desde la perspectiva contextual que forma el marco de este estudio, el desarrollo de disfunciones psíquicas está determinado por la ocurrencia de una serie de circunstancias (concebibles como cambios vitales, acontecimientos estresantes, contrariedades repetidas o problemas) que desbordan los recursos de adaptación de las personas. Entre estas circunstancias destacan precisamente las relaciones interpersonales y en particular las que amenazan la seguridad en el apego de los protagonistas (muerte de un ser querido, separación-divorcio, conflictos de pareja, etc.). En este sentido, las vicisitudes del apego desempeñarían un papel como desencadenante de disfunciones psíquicas (Dozier et al., 2008; Ein-Dor y Doron, 2015; Weich et al., 2009; Woodhouse, Ayers y Field, 2015).

Otra vía de influencia del apego es como recurso de afrontamiento: el sistema de apego se activa precisamente cuando las personas se encuentran en situaciones de estrés, situaciones que se pueden originar al margen de las relaciones íntimas (problemas en el trabajo, una enfermedad, etc.). La calidad del vínculo puede tener aquí un papel importante: en la medida que las figuras de apego funcionen de hecho como un apoyo se podrá amortiguar el efecto del estresor sobre la persona.

Las dos vías anteriores se pueden considerar próximas a la aparición de la disfunción. Pero el apego también funciona como factor de riesgo/protección: las experiencias en las relaciones con las figuras de apego hacen más o menos probable que las personas desarrollen posteriormente disfunciones psíquicas. Además, los efectos a largo plazo de las experiencias tempranas son complejos: pueden ser directos e indirectos y sobre todo interactúan con otros factores. Esta complejidad mostrada en los capítulos anteriores hace que la investigación que se describe a continuación sea un paso más a la hora de mostrar caminos por los que los vínculos de apego actuales y pasados pueden estar determinando la aparición de manifestaciones de disfunción en los

seres humanos. Entre los objetivos de este estudio está pues describir los tipos de apego que los consultantes de los centros de salud mental muestran y su relación con variables como el estado clínico, el tipo de estrategias preferidas para afrontar los problemas o los cuidados recibidos y otorgados con mayor o menor acierto.

Pero la centralidad de los procesos de apego no solo afecta al estudio de la aparición y mantenimiento de disfunciones psíquicas sino también a su desaparición. Una de las vías por las que se ha ido desarrollando esta asociación ha sido concebir la psicoterapia como una relación de apego y analizar los efectos del establecimiento del vínculo entre terapeutas y consultantes en el resultado de la psicoterapia. También han surgido múltiples investigaciones sobre cómo el establecimiento de un tipo de apego en terapia puede influir en la creación de la alianza terapéutica y si los estilos de apego de los consultantes tienen repercusiones en el nivel de eficacia de la psicoterapia (Diener & Monroe, 2011; Levy et al., 2011; Obegi y Berant, 2009). En este campo la investigación que se va a describir también intenta aportar conocimientos sobre cuáles son los lazos que unen los tipos de apego y la mejoría experimentada en la Terapia.

En la parte empírica de este trabajo, se presentan en primer lugar los objetivos, tanto generales como específicos, así como las hipótesis de partida que guían la investigación. En segundo lugar, se describe las características de la metodología utilizada en el estudio sobre los papeles del apego en la psicopatología y la psicoterapia. Se explica también el modo de selección muestral, el procedimiento para la recogida de datos y se presentan los resultados obtenidos. Y por último, se lleva a cabo una discusión de la cual se extraen las principales conclusiones de este trabajo apuntándose posibles líneas de actuación.

4.2. Objetivos e hipótesis

4.2.1. Objetivo general

El objetivo general del presente estudio es analizar la influencia que las relaciones afectivas de las personas, entendidas como vínculos de apego, sus estrategias de afrontamiento y los problemas psicológicos que sufren. Además, también se pretende valorar el impacto de tales variables en el proceso y resultados de la psicoterapia.

4.2.2. Objetivos específicos

El estudio desarrollado se propone los siguientes objetivos:

1. Describir y analizar la relación entre el tipo de apego que exhiben las personas y las pautas de cuidado y apoyo emocional que siguen las personas que forman su red afectiva de referencia.
2. Estudiar la relación del grado de inseguridad del apego y de la calidad de los apoyos y cuidados en la intensidad y amplitud de la sintomatología y la afectación del funcionamiento psicosocial en las personas que manifiestan disfunciones psíquicas.
3. Examinar la relación entre las estrategias de afrontamiento y las dimensiones de apego y la relación de las estrategias de afrontamiento con las disfunciones psíquicas concurrentes.
4. Estudiar el efecto que el tipo de apego, el tipo de apoyo y de cuidados y las estrategias de afrontamiento de los consultantes pueden tener en la relación terapéutica que los consultantes establecen con los terapeutas que los atienden.
5. Analizar la influencia que el tipo de apego, los apoyos y cuidados, las estrategias de afrontamiento y la alianza terapéutica pueden tener en la evolución clínica de los consultantes.

4.2.3. Hipótesis

Basándonos en la revisión de la literatura descrita en los capítulos que forman la parte teórica de esta tesis y partiendo del planteamiento general sobre las cuestiones centrales de la psicopatología contextual (Ezama, Alonso y Fontanil, 2010), en el presente estudio trataremos de comprobar el papel de algunas de las variables esenciales en el proceso de desarrollo de las disfunciones psíquicas y en los cambios promovidos en el proceso de psicoterapia. A continuación se describen cada una de las hipótesis de trabajo para esta investigación según las variables estudiadas y se señalan los instrumentos de recogida de información que posteriormente se utilizarán con el fin de ponerlas a prueba.

Como hipótesis generales, suponemos que:

- 1) El estado clínico y el funcionamiento psicosocial de los consultantes estarán relacionados con el grado de seguridad en el apego que tienen actualmente con personas significativas (pareja, padre, madre, amigos) y con las respuestas de los “otros” como figuras de apego (en cuanto a apoyo social y cuidados).
- 2) Las estrategias de afrontamiento tendrán igualmente relación con el grado de seguridad en el apego, con las dimensiones de apego, con los cuidados y apoyos y con las disfunciones psíquicas.
- 3) Las dimensiones de apego, el grado de apoyo y de cuidados actuales y las estrategias de afrontamiento tendrán un efecto diferencial en la alianza terapéutica.
- 4) El apego, los apoyos y cuidados, las estrategias de afrontamiento y la alianza terapéutica influirán en la evolución de disfunciones psíquicas de los consultantes.

Las hipótesis específicas se describen a continuación.

1. Apego genérico vs. relaciones específicas

Con el objetivo de contribuir a aclarar el concepto de apego este estudio se propone comparar el valor explicativo de una concepción general y de una concepción específica del apego. La primera perspectiva considera el apego como una orientación general de la persona que influye en todas sus relaciones cercanas y que funciona entonces como un rasgo personal. La segunda entiende que el apego es una caracterización de relaciones y que por tanto está más asociado a las experiencias que ocurren en el curso de relaciones específicas, en particular con las pautas de cuidado y apoyo que proporcionan las personas con quienes cada sujeto se relaciona de una manera cercana.

En este estudio se ponen a prueba distintas hipótesis sobre este tema, postulando que en las relaciones de apego tiene más importancia la experiencia concreta con una persona que la experiencia con otras personas a las que se está o ha estado apegado.

Como se ha descrito en la parte teórica, se espera que los apegos referidos a distintas relaciones, por ejemplo, a la pareja y a los padres, tengan correlaciones bajas entre sí (Fraley, 2007). Significaría que las experiencias en relaciones específicas tienen más importancia para explicar el apego en esas relaciones que las experiencias en otras relaciones contemporáneas o pasadas.

Las hipótesis concretas sobre este tema son las siguientes:

1.1. Se encontrará una correlación positiva significativa, pero baja-moderada, entre la *incomodidad con la cercanía* en las relaciones de pareja y la *incomodidad con la cercanía* en las relaciones con amigos (*Cuestionario de Relaciones Interpersonales*, CRI), entre el *temor al rechazo y abandono* de la pareja y el *temor al rechazo y abandono* de los amigos (CRI), entre los conceptos de sí mismo en la relación con pareja, madre, padre y otro significativo y entre los conceptos del otro respecto a la pareja, madre, padre y otro significativo (*Cuestionario de Relación*, CR).

1.2. Será posible predecir el apego genérico a partir de la evaluación de relaciones específicas a través del CR y el CRI: entonces, una parte relevante de varianza de las dimensiones de *concepto de sí mismo* y de *concepto del otro* en las relaciones cercanas en general resultará explicada respectivamente por el *concepto de sí mismo* y de los otros en las relaciones específicas evaluadas (pareja y amigos en el CRI y pareja, madre, padre y otro significativo en el CR).

1.3. En cada relación de apego tiene más importancia la experiencia concreta con cada persona que la experiencia con otras personas a las que se está o ha estado apegado. La caracterización del apego en la relación de pareja actual deberá tener mayor relación con el apoyo y los cuidados de la pareja que con las otras tres caracterizaciones de apegos (con la madre, con amigos y en general) y que con esas tres fuentes de apoyo (de madre, de amigos y general). Lo mismo debería ocurrir en la relación con la madre: el apego a la madre y el apoyo percibido de la madre deberían tener mayor relación entre sí que con los apegos y apoyos en las relaciones con otras personas.

2. Apego y Psicopatología. Relaciones concurrentes

2.1. En la medida que el apego inseguro es un factor de riesgo para el desarrollo de disfunciones psíquicas, esperamos hallar en nuestra muestra clínica

mayores puntuaciones en las dimensiones de inseguridad en el apego (*incomodidad con la cercanía y temor al rechazo y abandono*) que las que han hallado otros estudios realizados en España con muestras no clínicas.

2.2. Se espera encontrar una relación positiva entre las dimensiones de inseguridad en la caracterización del apego (evaluadas a través del CR y el CRI) y las manifestaciones de disfunciones psíquicas. Habrá entonces una correlación significativa positiva entre las dimensiones de apego (*temor al rechazo y abandono, incomodidad con la cercanía, concepto desfavorable de sí mismo* y concepto desfavorable de los demás) y las manifestaciones generales de disfunción psíquica (escala global y de *distrés* del SA-45, afectos negativos, inadaptación). En el caso de la subescala de afectos positivos las relaciones serán del sentido contrario.

2.3. El apoyo social de la familia y de los amigos (CBAS) tendrá una relación negativa con las manifestaciones generales y específicas de disfunciones psíquicas (escala global y de *distrés* del SA-45, inadaptación y afectos negativos) y una relación positiva con los afectos positivos.

2.4. La *proximidad* y la *sensibilidad* en los cuidados (EC) se asociarán negativamente a las manifestaciones de disfunciones psíquicas (SA-45, inadaptación y afectos negativos) y positivamente a los afectos positivos. En cambio, los cuidados controladores y compulsivos seguirán el patrón inverso, asociándose positivamente a las manifestaciones de disfunción y negativamente a los afectos positivos.

2.5. Puesto que las personas que se sienten incómodas con la cercanía tienden a negar o minimizar sus expresiones de malestar emocional, la *incomodidad con la cercanía* mostrará menores relaciones con las manifestaciones generales de disfunciones psíquicas relacionadas con la expresión de sentimientos negativos (SA-45 y afectos negativos) que el *temor al rechazo y abandono*.

2.6. Esperamos que las cuatro dimensiones del apego se relacionen significativamente con una variedad de dimensiones del SA-45. Pero es posible que determinadas dimensiones del apego sí tengan mayor relación que otras con manifestaciones específicas de disfunción, en particular, con aquellas referidas a las relaciones interpersonales. Así, es esperable una relación positiva entre temer el rechazo y abandono y tener un *concepto desfavorable de sí mismo* y las puntuaciones en la

sensibilidad interpersonal del SA-45; y una relación positiva entre el grado de *incomodidad con la cercanía* y el grado en que se tiene un concepto desfavorable de los otros y las puntuaciones en *hostilidad* y *paranoidismo* del SA-45.

3. Estrés y afrontamiento

3.1. El nivel de estrés experimentado por acontecimientos estresantes acaecidos en el año anterior tendrá una relación positiva con las manifestaciones generales y específicas de disfunciones psíquicas (escala global y de *distrés* del SA-45, *inadaptación* y *afectos negativos*) y una relación negativa con los *afectos positivos*.

3.2. Se espera que algunas estrategias de afrontamiento tengan influencia en las manifestaciones de disfunciones psíquicas. En concreto, la *búsqueda de apoyo social* y la *retirada social* correlacionarán respectivamente de manera negativa y positiva con las manifestaciones de disfunciones psíquicas. La *resolución de problemas* y la *reestructuración cognitiva* (como muestra de afrontamiento activo de los problemas) tendrán una relación negativa con las manifestaciones de disfunción; mientras que la *evitación de los problemas* y el *pensamiento desiderativo* tendrán una relación positiva con las manifestaciones de disfunción. Es posible también, que la *evitación de problemas* no se muestre perniciosa en la evaluación inicial y sí lo sea a largo plazo: no teniendo entonces relación con las disfunciones contemporáneas y sí con las posteriores. La *autocrítica* en al afrontamiento deberá tener una relación positiva con manifestaciones de disfunción concurrentes y posteriores.

4. Alianza terapéutica

Para evaluar la alianza terapéutica hemos utilizado tanto la perspectiva del consultante como la de la terapeuta. Las terapeutas contestaron el *Sistema de Observación de la Alianza Terapéutica en Intervención Familiar* (SOATIF) y tres preguntas referidas a la postura del consultante, es decir, al grado en que los consultantes se comportaban como *comprador*, *visitante* y *demandante*. Los consultantes respondieron el SOATIF y el *Inventario de Alianza Terapéutica y Teoría del Cambio* (WATOICI). Las preguntas por la postura del consultante se contestaban tras la primera sesión, el resto de estas escalas se contestaban al acabar la tercera sesión.

4.1. Se espera hallar una relación negativa entre las cuatro dimensiones que señalan apego inseguro y la puntuación total del WATOCI y la puntuación total del SOATIF.

4.2. Debido al impacto que las experiencias de apego con familiares, parejas y amigos esperamos una relación significativa entre los apoyos y cuidados en esas relaciones y la relación que se establece con los terapeutas. Así, la puntuación total del WATOCI y la puntuación total del SOATIF se relacionarán negativamente con las dos dimensiones de la Escala de Cuidados que indican cuidados inseguros (controladores y compulsivos) y positivamente con las dos medidas de cuidados seguros (*proximidad, sensibilidad*) y con el apoyo social (CBAS).

4.3. Aunque el temor al rechazo y el abandono y el concepto desfavorable de uno mismo se relacionarán negativamente con la alianza terapéutica, suponemos que la relación negativa de la *incomodidad con la cercanía* y el *concepto desfavorable del otro* con la alianza terapéutica sea más elevada.

4.4. Las medidas de inseguridad en el apego y los cuidados tendrán una relación mayor con los componentes de la alianza terapéutica más centrados en el vínculo afectivo entre terapeuta y consultante que con otros componentes de la alianza terapéutica, de forma que las dimensiones de apego inseguro (*temor al rechazo y abandono, incomodidad con la cercanía, concepto desfavorable de sí mismo* y concepto desfavorable de los de los otros) se relacionarán negativamente con vínculo en el WATOCI y *enganche* en el SOATIF (que refleja la importancia que para el consultante tiene el terapeuta) que con otras subescalas del WATOCI y del SOATIF.

4.5. El *enganche* del consultante en el proceso terapéutico (SOATIF) y las subescalas de *tareas, objetivos y teoría del cambio* del WATOCI, en la medida que indican el grado de involucración y acuerdo del consultante con las estrategias terapéuticas y las explicaciones que ofrecen los terapeutas, tendrán una relación negativa con *incomodidad con la cercanía* y con *temor al rechazo y abandono*.

4.6. La subescala de seguridad en contexto terapéutico del SOATIF, al reflejar el grado en que el consultante se siente seguro de cara a exponer su intimidad en terapia, puede tener relación con la expectativa sobre los cuidados del terapeuta (en el sentido de no esperar rechazos o valoraciones negativas) y en ese sentido tener una

relación positiva con el *concepto favorable del otro* y negativa con la *incomodidad con la cercanía*.

4.7. Se espera hallar una correlación negativa entre las dimensiones de inseguridad en el apego y el grado en que el terapeuta consideró al consultante como *comprador*; una relación positiva entre las dimensiones de inseguridad en el apego y el grado en que lo consideró como *demandante*; y una relación positiva entre *incomodidad con la cercanía* y *concepto desfavorable del otro* y el grado en que el consultante tomó la postura de *visitante*.

4.8. Comparando las puntuaciones del terapeuta y del consultante en la alianza terapéutica evaluada con el SOATIF, esperamos en primer lugar que haya un acuerdo elevado en las percepciones que terapeuta y consultante tengan de la relación terapéutica. En segundo lugar, que las percepciones del consultante tengan mayor valor predictivo que las del terapeuta en los resultados de la psicoterapia, pues el terapeuta sólo contesta según sus impresiones sobre el consultante y el propio sujeto sabe mejor lo que siente respecto al terapeuta.

5. Efectividad de la psicoterapia y manifestaciones disfuncionales en el seguimiento

5.1. Se espera una reducción significativa de los afectos negativos y el grado de *inadaptación* y un aumento significativo de los afectos positivos al comparar la evaluación inicial con la de seguimiento. Esto se reflejará también en la opinión global de los consultantes, que en su mayoría informarán en la entrevista de seguimiento encontrarse bastante o mucho mejor que al inicio de la terapia (ICG cambio).

5.2. Dada la repercusión del apego inseguro en la psicopatología, habrá una relación positiva entre la puntuación de las cuatro dimensiones de inseguridad en el apego (*temor al rechazo y abandono*, *incomodidad con la cercanía*, *concepto desfavorable de sí mismo* y *concepto desfavorable de los demás*) y las manifestaciones generales de disfunciones psíquicas a los 8-10 meses: la Escala de Afectos y la Escala de Inadaptación.

5.3. Desde el punto de vista de los cuidados y apoyos, las dimensiones de *proximidad* y *sensibilidad* de la EC y las medidas de apoyo social tendrán una relación

negativa con las manifestaciones generales de disfunción posteriores. Y las escalas de cuidado controlador y de cuidado compulsivo (EC) tendrán una relación positiva.

5.4. El nivel de estrés experimentado por acontecimientos estresantes tendrá una relación positiva con las manifestaciones de disfunciones psíquicas en el seguimiento y una relación negativa con los afectos positivos si suponemos que una parte de ellos reflejan problemas externos que afectan de forma persistente a las personas.

5.5. Las relaciones señaladas sobre las estrategias de afrontamiento se encontrarán también en el seguimiento. La *búsqueda de apoyo social*, la *reestructuración cognitiva* y la *resolución de problemas* se relacionarán negativamente con los niveles de disfunciones psíquicas en el seguimiento; mientras que la *retirada social*, la *autocrítica*, el *pensamiento desiderativo* y la *evitación de los problemas* lo harán positivamente.

5.6. La alianza terapéutica positiva en el WATOICI y el SOATIF y el grado en que el consultante adopte la actitud de *comprador* tendrán una relación negativa con las manifestaciones de disfunción en el seguimiento. En cambio el grado en que el consultante se muestre como *demandante* y *visitante* estarán positivamente asociados a las manifestaciones de disfunción en el seguimiento.

5.7. Las dimensiones de inseguridad en el apego y en los apoyos y cuidados también tendrán una relación negativa con la posibilidad de ser dados de alta por sus terapeutas y con la satisfacción con el tratamiento recibido (las dos preguntas del *Cuestionario de Satisfacción* de Moré y Muñoz, 2000) y una relación positiva en la probabilidad de abandono de la terapia (por su impacto negativo en la alianza terapéutica). En el caso de las dimensiones de *proximidad* y *sensibilidad* de la EC y las medidas de apoyo social la relación será positiva.

5.8. Las dimensiones de inseguridad en los apegos y los cuidados (*incomodidad con la cercanía* y *temor al rechazo y abandono* en el CRI, concepto negativo de sí mismo y de los otros en el CR, bajo apoyo en el CBAS y bajas *proximidad* y *sensibilidad* y altos *control* y cuidado compulsivo en la EC) tendrán mayores probabilidades de seguir a tratamiento en el CSM a los 2 años y de retornar al CSM en busca de tratamiento una vez que fueron dados de alta o abandonaron.

4.3. Método

A lo largo de este epígrafe se describen los aspectos metodológicos del trabajo de campo realizado. Se comenta el modo de reclutamiento de los participantes del estudio, y los criterios de inclusión y exclusión establecidos. Posteriormente se recoge una descripción del procedimiento seguido en el estudio y los instrumentos de evaluación que se han utilizado, finalizando con una descripción de los análisis estadísticos realizados.

4.3.1. Aspectos éticos

En esta investigación se han atendido a todos y cada uno de los principios éticos y recomendaciones que se señalan en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial 26 (52a Asamblea General, Helsinki, Octubre 2000), de acuerdo con la misma, la preocupación por el bienestar de los participantes ha tenido primacía sobre los intereses científicos. Así mismo, la investigación ha seguido el Código Deontológico del Psicólogo especialmente teniendo en cuenta las cuestiones referentes al trato confidencial de la información aportada y las indicaciones del artículo 34 en el que se señala que: *“en la investigación rehusará el/la Psicólogo/a absolutamente la producción en la persona de daños permanentes, irreversibles o innecesarios para la evitación de otros mayores. Y así mismo, que la participación en cualquier investigación deberá ser autorizada explícitamente por la/s persona/s con la/s que ésta se realiza, o bien por sus padres o tutores en el caso de menores o incapacitados”*.

No se ha considerado que la participación en la investigación supusiese ningún riesgo específico para los participantes y se tomaron las medidas oportunas para asegurar la confidencialidad de los datos personales de los consultantes que participaron en la misma. Se recabó el consentimiento informado de todos los participantes, informándoles además que podían retirar su consentimiento en cualquier momento del proceso de la investigación si así lo deseaban (el modelo de consentimiento informado puede verse en el anexo 1).

El Proyecto fue aprobado por el Comité Ético de Investigación del Área sanitaria V y por los Coordinadores o Directores del área de salud mental de cada área en que se llevó a cabo.

4.3.2. Participantes

4.3.2.1. Reclutamiento

La muestra está formada por 197 personas adultas atendidas por Psicólogos Clínicos de los Centros de Salud Mental de Asturias entre julio de 2011 y mayo de 2013. Dicha muestra se seleccionó en su mayor parte entre los casos asignados como primera consulta o como retorno a los psicólogos participantes en los centros de salud mental donde trabajan. Las primeras consultas son los casos derivados por primera vez a ese CSM. Los retornos son personas que ya han sido atendidas alguna vez en el mismo CSM y que llevan al menos 6 meses sin contacto. Los casos fueron derivados a los CSM por los cauces habituales, en su mayoría por los médicos de atención primaria.

Para participar en la investigación los consultantes debían cumplir los siguientes criterios de inclusión:

- Ser mayor de 18 años y menor de 65.
- Requerir atención especializada.
- Ser susceptible de recibir psicoterapia.

No se usó como criterio presentar un concreto trastorno mental diagnosticable sino sólo ser objeto de atención clínica, por lo que también se ofreció participar a algunas parejas de los pacientes identificados cuando el motivo de consulta eran problemas de pareja y la pareja acudía a la primera consulta (4 casos).

Si la persona cumplía los criterios de inclusión, el terapeuta le explicaba al terminar la primera consulta la finalidad de la investigación y sus posibles inconvenientes y les solicitaba la firma de un consentimiento informado. A continuación les entregaba los tests y les daba indicaciones de cómo contestarlos, con el acuerdo de los que los traerían cumplimentados en la siguiente consulta. El propio terapeuta de cada participante fue el encargado de la evaluación y del tratamiento.

Los criterios de exclusión fueron:

- Diagnóstico previo de retraso mental.

- Daño orgánico cerebral o afectaciones previas del sistema nervioso central (SNC).
- Alteraciones visuales, auditivas o de comunicación que impidiesen o dificultasen gravemente la evaluación.
- Rechazar participar en el estudio, bien al comienzo, bien una vez iniciada la evaluación.

Entre las primeras consultas y retornos atendidos por los terapeutas participantes hubo 260 casos que cumplían los criterios de inclusión. De ellos, 84 no participaron de hecho en la investigación: 22 por negarse explícitamente a participar en la misma; 54 por no devolver el consentimiento y los tests cumplimentados y 7 porque los terapeutas no consideraron apropiado ofrecerles participar en una investigación (por motivos de gravedad, de relación terapéutica, etc.). De esta forma, la muestra está formada por 176 primeras consultas y retornos.

A los casos seleccionados entre primeras consultas y retornos se añadieron, de manera incidental, 9 casos que llevaban más de 2 años a tratamiento en el CSM y 12 casos diagnosticados de un trastorno mental severo, básicamente psicosis. Estos 21 casos se incluyen en los análisis relativos a relaciones concurrentes entre las variables de la investigación, pero no en los análisis longitudinales, pues no se les hizo evaluación de seguimiento.

La mayoría de los casos (181, el 91,9% de los participantes) fueron atendidos en el CSM de La Calzada en el área sanitaria V; 10 en el CSM de La Ería, en el área IV; y 6 del CSM de la Magdalena en el área III.

4.3.2.2. Procedimiento

Los psicólogos clínicos de los distintos CSM que han colaborado en este estudio ofrecieron participar en la investigación a todos los consultantes que tenían asignados como primera consulta o retorno en el curso de la primera o la segunda entrevista. Si la persona aceptaba y firmaba el consentimiento, realizaba a continuación los cuestionarios en su domicilio, entregándolos en la siguiente consulta. Al finalizar la tercera o cuarta sesión, consultantes y terapeutas contestaron las preguntas de los

instrumentos que evaluaban la relación terapéutica. Y, por último, a los 8-10 meses de la primera evaluación se realizó una entrevista telefónica de seguimiento para valorar tanto su situación clínica como la relación terapéutica. Esta entrevista fue realizada por estudiantes de Psicología como parte de su *practicum* y por cuatro de los terapeutas participantes que evaluaban solo aquellos casos en los que no habían actuado como terapeutas. La recogida de datos se llevó a cabo entre Julio de 2011 y Junio de 2014. Como ya se ha señalado, en esta investigación han participado ocho terapeutas (cinco mujeres y tres varones) aportando un número de casos variable cada uno (entre un máximo de 128 y un mínimo de un caso). Son cinco psicólogos clínicos (152, 77.1% de los casos) con 9.6 años de experiencia clínica (media) y tres residentes de primer año de Psicología.

La terapia psicológica se aplicó de la manera habitual en los CSM, sin un número de sesiones predeterminado, hasta que el consultante fue dado de alta o abandonó el tratamiento. A todos los participantes se les ofrecía terapia psicológica que podía acompañarse o no de tratamiento farmacológico. En esta investigación participaron ocho terapeutas distintos, de manera que no se trató de un modelo de psicoterapia específico, aunque la mayoría de los casos fueron atendidos por terapeutas que, dentro del necesario eclecticismo técnico, se atienen al modelo de psicoterapia sistémica breve descrito en las siguientes referencias a manera de muestra: Beyebach y de Vega (2010); De Shazer (1985); Ezama, Alonso, González, Galván y Fontanil (2011); Ezama, Fontanil y Alonso (2012); Fernández, Luengo, García, Cabero, González, Braña, Cuesta y Caunedo (2010); Fisch, Weakland y Segal (1982); Fontanil, Ezama y Toribios (2004); Haley (1976); Luengo (2014); Rodríguez-Arias y Venero (2006).

En la Tabla 1 se describen las características cuantitativas del tratamiento utilizado. El 60% de los consultantes han recibido sólo psicoterapia y el 40% psicoterapia combinada con psicofármacos prescritos por sus médicos de atención primaria (de hecho el 57% acudió al CSM con fármacos ya prescritos, pero muchos no continuaron con ellos). Los consultantes acudieron a una media de 6 sesiones de psicoterapia en el plazo de 5 a 8 meses, con un intervalo entre sesiones de 5 semanas. El 29% de los consultantes fueron atendidos puntualmente por un psiquiatra para revisión del tratamiento psicofarmacológico.

Tabla 1 Descripción empírica de los tratamientos aplicados

Variable	Participantes
Con fármacos prescritos por médico de atención primaria al inicio	112 (56.9%)
Sólo psicoterapia	100 (59.5%)
Psicoterapia y fármacos	68 (40.5%)
Nº sesiones con facultativo en el 1er año (media, mediana, rango, percentil 75)	6.72 / 6.00 / 2 – 27 / 8.25
Nº ses Psicólogo en el 1er año (media, mediana, rango, percentil 75)	6.14 / 5.50 / 2 – 27 / 8.00
Intervalo entre consultas con psicólogo en días (media, mediana, rango, percentil 75)	43 / 39 / 6 – 128 / 52
Nº ses psiquiatra 1er año (media, mediana, rango, percentil 75)	0.57 / 0.00 / 0 – 8 / 0.00
Casos vistos por psiquiatra además de Psicólogo (n, %, media de sesiones, mediana, rango, pc 75)	29 / 17.5% / 3.28 / 3.00 / 1 – 8 / 5.50
Nº sesiones FEA en 2 años (media, mediana, rango, percentil 75)	7.62 / 5.50 / 1 – 37 / 9.00
Tiempo a tratamiento (meses, media, mediana, pc 75)	5.70 / 4.75 / 7.88
Siguen a los 2 años (n, %)	18 (12.2%)

4.3.2.3. Descripción de la muestra

Las características sociodemográficas de la muestra estudiada se describen en la Tabla 2 y en la Tabla 3. La muestra está formada por 197 personas, 129 mujeres y 68 varones, con una edad media de 38.6 años (rango entre 18 y 65 años); entorno a la mitad de ellos estaban casados o eran pareja de hecho y una tercera parte eran solteros; dos de cada tres consultantes tenían pareja en el momento de la primera evaluación y llevaban como media más de trece años de relación; más de la mitad conviven con su pareja y/o hijos y una cuarta parte con su familia de origen. El 20.0% tenían estudios primarios, el 57.4%, estudios secundarios, y el 19.5% estudios universitarios. El 57.6% trabajaba en casa o fuera de casa; el 20.4% estaba en el paro; siendo el resto estudiantes o personas jubiladas. En su mayoría acudieron al CSM derivados de manera ordinaria por sus médicos de atención primaria casi la mitad de ellos ya habían sido atendidos anteriormente por un psicólogo o psiquiatra. Los consultantes llevaban un año de media

con problemas de salud mental y el 57% tenía ya prescritos psicofármacos por su médico de AP en el momento de acudir al CSM. El diagnóstico más frecuente fue de trastornos de adaptación (36.5%), seguido de los trastornos depresivos (18.3%), de ansiedad (16.8%) y psicóticos (7.1%). Al 13.2% de los sujetos se les diagnosticó un código Z, es decir, problemas psicosociales no diagnosticables como trastornos mentales. La muestra de participantes se puede dividir en los siguientes subgrupos:

- Trastornos mentales comunes y problemas susceptibles de atención clínica (176): 156 primeras consultas (de ellos 3 son parejas de pacientes) y 20 retornos.
- Trastornos mentales comunes con más de 2 años a tratamiento: 9
- Trastorno Mental Severo: 12
- En las Tablas 2 y 3 también aparecen todos los datos de aquellas personas que no formaron parte de la muestra de investigación al haber cumplido alguno de los criterios de exclusión.

Se han analizado y comparado las características de los 197 consultantes que participan en el estudio y 84 no participantes para observar si se había producido algún sesgo que pudiese dificultar la generalización de resultados. Los análisis muestran que la mayor parte de las variables no muestran diferencias significativas entre la muestra y el grupo total. Así, a diferencia en edad es estadísticamente significativa pero no hay diferencias en sexo (aunque han participado relativamente menos los varones), tener pareja o no, número de hijos, convivencia, nivel educativo (aunque han participado relativamente más los universitarios), estar de baja o no, tener antecedentes familiares de salud mental, tiempo con síntomas, trastorno de personalidad, tipo de consulta (ordinaria/ preferente, aunque hay relativamente más preferentes entre los no participantes), y tener prescritos fármacos antes de acudir al CSM.

De las 176 personas susceptibles de seguimiento (primeras y retornos), participaron 103 (58.5%): 65 (36.9%) no pudieron ser localizados (no contestaban al teléfono, el teléfono era erróneo, no podían contestar en ese momento y no se pudo en otro,...) y 8 (5,1%) no desearon participar. Se ha analizado si existen diferencias significativas ($p < 0.05$) entre los sujetos que participaron en la entrevista de seguimiento y los que no lo hicieron. Hubo diferencias en situación respecto a pareja (entre los participantes hay relativamente más que tienen pareja y menos con al menos una relación significativa en el pasado), convivencia con pareja (entre los participantes

hay más que viven con pareja), abandono (hay más abandonos entre los que no participaron). No hubo diferencias significativas en edad, sexo, número de hijos, convivencia con padres e hijos, nivel educativo, estar de baja laboral, tiempo con síntomas, tipo de consulta, tener prescritos fármacos previamente, antecedentes familiares, diagnóstico de un trastorno de personalidad, tipo de tratamiento, casos dados de alta, y retornos.

Tabla 2 Descripción de la muestra estudiada y comparación de los grupos en variables pretratamiento. Variables socio-demográficas.

<i>Variable</i>	<i>Participantes (n = 197)</i>	<i>No participantes (n = 84)</i>	<i>TMC (n = 176)</i>	<i>Crónicos (n = 9)</i>	<i>TMS (n = 12)</i>
Edad					
Media:	38.6	35.4	38.4	44.6	36.7
Mediana:	38.0	34.0	37.0	44.0	36.5
Rango:	18 – 65	18 – 65	18 – 65	37 – 56	20 – 53
Sexo					
Mujeres:	129 (65.5%)	18 (52.9%)	119 (67.6%)	7 (77.8%)	3 (25.0%)
Estado civil.					
➤ Solteros:	66 (33.5)	13 (38.2%)	56 (31.8%)	0 (0%)	10 (83.3%)
➤ Casados:	72 (36.5)	10 (29.4)	66 (37.5)	5 (55.6%)	1 (8.3)
➤ Viudos:	4 (2.0)	0	4 (2.3)	0	0
➤ Separ/divorc:	33 (16.8)	7 (20.6)	30 (17.0)	2 (22.2)	1 (8.3)
➤ Convive pareja:	22 (11.2)	4 (11.7)	20 (11.3)	2 (22.2)	0
Con pareja	133 (67.5)	24 (72.7)	122 (69.3)	8 (88.9)	3 (25.0)
Sin pareja pero tuvo	43 (21.8)	4 (12.1)	40 (22.7)	1 (11.1)	2 (16.7)
Nunca pareja	21 (10.7)	5 (15.2)	14 (8.0)	0	7 (58.3)
Tiempo con pareja (años, de los que tienen)	Med: 13.5 Med: 10.3	8.2 3.8	13.6 10.0	13.3 15.5	11.1 2.4
Convivencia.					
➤ Fam origen:	53 (26.9)	11(32.4)	45 (25.6)	0	8 (66.7)
➤ Fam propia:	115 (58.4)	19 (55.9)	105 (59.6)	8 (88.8)	2 (16.6)
➤ Con otros:	6 (3.0)	0	5 (2.8)	0	1 (8.3)
➤ Solo:	23 (11.7)	4 (11.8)	21 (11.9)	1 (11.1)	1 (8.3)
Con hijos a su cargo.	67 (34.0)	52.5%	62 (35.2)	4 (44.4)	1 (8.3)
Media de hijos que ha tenido / a cargo	0.77 / 1.34	0.88 / 1.58	0.81 / 1.32	0.89 / 1.75	0.17 / 0.0
Nivel instrucción:					
➤ Sin estudios:	6 (3.2)	0	6 (3.6)	0	0
➤ Primarios:	38 (20.0)	8 (26.7)	35 (20.7)	0	3 (25.0)
➤ Secundarios:	109 (57.4)	20 (66.6)	96 (56.8)	6 (66.7)	7 (58.3)
➤ Universitarios:	37 (19.5)	2 (6.7)	32 (18.9)	3 (33.3)	2 (16.7)
Situación laboral:					
➤ Trabajando:	76 (38.8)	16 (47.1)	75 (42.9)	1 (11.1)	0
➤ Baja IT	23 (11.7)	3 (8.8)	20 (11.4)	2 (22.2)	1 (8.3)
➤ Parado:	40 (20.4)	8 (23.5)	35 (20.0)	4 (44.4)	1 (8.3)
➤ Jubilado:	20 (10.2)	1 (2.9)	11 (6.3)	2 (22.2)	7 58.3)
➤ Labores hogar:	14 (7.1)	2 (5.9)	13 (7.4)	0	1 (8.3)
➤ Estudiando	23 (11.7)	4 (11.8)	21 (12.0)	0	2 (16.7)

Tabla 3 Variables clínicas de la muestra

<i>Variable</i>	<i>Participantes</i>	<i>No participantes</i>	<i>TMC</i>	<i>Crónicos</i>	<i>TMS</i>
Derivación (ordinaria vs. preferente o urgente)	141 (78.3)	22 (68.8)	135 (78.5)	-	-
Antecedentes de tto. Por especialistas SM	90 (46.4)	10 (32.3)	72 (41.1)	7 (87.5)	11 (100.0)
Con tto farmacológico previo	112 (56.9)	15 (50.0)	93 (52.8)	7 (77.7)	12 (100.0)
Tiempo con síntomas (meses; mediana)	12.0	20.55	18.39	94.00	160.0
Con antecs familiares SM	66 (37.7)	9 (45.0)	54 (34.2)	4 (66.7)	8 (72.7)
Con enfermedades	40 (19.9)	3 (13.1)	34 (19.4)	2 (22.2)	3 (25.0)
Grupos diagnósticos					
T. Depresivos.	36 (18.3)	1 (3.6)	30 (17.0)	6 (66.7)	0
T. Adaptativos.	72 (36.5)	10 (35.7)	72 (40.9)	0	0
T. de Ansiedad.	33 (16.8)	5 (17.9)	32 (18.2)	1 (11.1)	0
T. Psicótico	14 (7.1)	0	1 (6.0)	1 (11.1)	12 (100.0)
Codigo Z	26 (13.2)	6 (21.4)	26 (14.8)	0	0
Otros.	16 (8.1)	6 (21.4)	15 (8.5)	1 (11.1)	0
T. de Personalidad.	31 (15.7)	2 (7.1)	25 (14.2)	5 (55.6)	1 (8.3)

4.3.3. Instrumentos de medida

En las entrevistas propias de la atención habitual en el CSM se recabaron las características socio-demográficas y clínicas de los participantes (sexo, estado civil, diagnóstico, antecedentes asistenciales, etc.) y se proporcionó una batería de autoinformes que el consultante contestó en su domicilio entre la primera y la tercera consulta. Estos instrumentos de evaluación junto con el área clínica en la que se centran y sus subescalas pueden verse en la Tabla 4. A continuación de dichas tablas se van a describir cada uno de dichos instrumentos de evaluación junto a los datos pertinentes sobre su implementación en la muestra de este estudio y sus características psicométricas.

Tabla 4 Instrumentos de evaluación de las distintas variables

Manifestaciones de disfunción psíquica

Variable	Manifestaciones de disfunciones psíquicas en la última semana	Estado afectivo en el último mes	Afectación del funcionamiento actual
Instrumento	Symptom Assessment-45 Questionnaire (SA-45, Davison, et al., 1997).	Escala de Afecto Positivo y Negativo (PANAS, de Watson, et al., 1988),	Escala de Inadaptación (Echeburúa et al., 2000).
Puntuación y dimensiones	<ul style="list-style-type: none"> • Puntuación total. • Intensidad de síntomas presentes. • Depresión • Hostilidad • Sensibilidad interpersonal • Somatización • Ansiedad • Psicoticismo • Obsesión-compulsión • Ansiedad fóbica • Ideación paranoide 	<p>Afecto positivo Afecto negativo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Global • Trabajo • Vida social • Tiempo libre • Relación de pareja • Vida familiar

Apego adulto

Instrumento	Cuestionario de Relación (CR) de Bartholomew y Horowitz (1991)	Cuestionario de Relaciones Interpersonales (CRI; Brennan, Clark y Shaver, 1998)
Versiones	<ul style="list-style-type: none"> • General • Pareja • Padre • Madre • Otro significativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Pareja actual • Pareja general • Amigos/as.
Puntuación y dimensiones	<p>Prototipos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Seguro • Alejado • Preocupado • Temeroso <p>Dimensiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Concepto de sí-mismo • Concepto del otro 	<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad o temor al rechazo y abandono • Evitación o incomodidad con la cercanía

Cuidados y apoyo social

Instrumento	Escala de cuidados (Kunce y Shaver, 1994).	Cuestionario Breve de Apoyo Social (CBAS) de Sandín (2006)
Versiones	<ul style="list-style-type: none"> • Pareja actual • Otro significativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Familia • Amigos • Pareja • Padre • Madre • Otro significativo

Puntuación y dimensiones	<ul style="list-style-type: none"> • Proximidad vs. Distancia • Sensibilidad vs. Insensibilidad • Cooperación vs. Control • Cuidado compulsivo 	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo social total • Apoyo emocional • Apoyo económico • Apoyo como aprecio/estima • Apoyo como orientación/consejo
--------------------------	--	---

Acontecimientos estresantes, estrategias de afrontamiento y alianza terapéutica

Instrumento	Cuestionario de Sucesos Vitales (CSV) de Sandín y Chorot (1987)	Inventario de estrategias de afrontamiento de Tobin et al. (1989)	Inventario de Alianza Terapéutica y Teoría del Cambio (WATOCCI, Duncan y Miller, 1999).	Sistema de Observación de la Alianza Terapéutica en Intervención Familiar (SOATIF, Escudero y Friedlander, 2003).
Versiones				<ul style="list-style-type: none"> • Consultante • Terapeuta
Puntuación y dimensiones	<ul style="list-style-type: none"> • Nº de A.V.E. • Estrés total • Salud Social • Finanzas • Trabajo • Académico • Amor/pareja • Familia/hijos • Legal • Residencia 	<ul style="list-style-type: none"> • Resolución de problemas • Reestructuración cognitiva • Apoyo social • Expresión emocional • Evitación de problemas • Pensamiento desiderativo • Retirada social • Autocrítica 	<ul style="list-style-type: none"> • Total • Vínculo • Metas • Tareas • Teoría del cambio 	Total Enganche en el proceso terapéutico Conexión emocional con el terapeuta Seguridad dentro del sistema terapéutico

- Manifestaciones de disfunciones psíquicas, Psicopatología:

Symptom Assessment-45 Questionnaire (SA-45) (Davison, Bershadsky, Bieber, Silversmith, Maruish, y Kane, 1997). Es un autoinforme derivado del SCL-90 que consta de 45 ítems que describen síntomas psicopatológicos y el sujeto debe señalar en qué grado los ha experimentado en la última semana, entre 0 (nada en absoluto) y 4 (mucho o extremadamente). Los ítems se agrupan en nueve sub-escalas: *Somatización*, *obsesión-compulsión*, *sensibilidad interpersonal*, *depresión*, *ansiedad*, *hostilidad*, *ansiedad fóbica*, *ideación paranoide* y *psicoticismo*. Se obtienen una medida global de psicopatología (suma de puntos, con un rango de 0 a 180) y una medida global de gravedad (Índice de Severidad Global, GSI, que es la media de todos los ítems; así combina el número de síntomas presentes con la severidad de los mismos y tiene en cuenta tanto los síntomas presentes como los ausentes; el rango teóricamente posible de este índice va de 0 a 4).

En esta investigación se ha utilizado el instrumento adaptado y validado en España por Sandín, Valiente, Chorot, Santed y Lostao (2008). El coeficiente α de Cronbach es superior a .70 en todas las escalas excepto la de *psicoticismo* (.63). Para la escala global el coeficiente α fue de .95. Los autores realizaron análisis factoriales con confirman la estructura de 9 factores, aunque también está justificada su utilización como indicador global de psicopatología.

Impresión Clínica Global (ICG) (Guy, 1976). Escala diseñada para valorar de una forma sencilla la gravedad del estado clínico (entre 1 “normal, ningún trastorno” y 7, “extremadamente enfermo”), y la mejoría a lo largo del tiempo tras el tratamiento (entre 1, “mucho mejor” y 7, “mucho peor”). Se ha utilizado la versión recogida por García-Portilla, Bascarán, Sáiz, Parellada, Bousoño y Bobes (2008).

Escala de Afecto Positivo y Negativo (PANAS) (Watson, Clark y Tellegen, 1988). Es un autoinforme en el que se pregunta a la persona por la frecuencia con que ha experimentado 20 afectos (10 positivos y 10 negativos) en el último mes, puntuando en una escala Likert de 5 categorías, entre “muy poco o nada” y “mucho”. El PANAS se caracteriza por una alta congruencia interna, con alfas de 0.86 a 0.90 para el afecto positivo, y de 0.84 a 0.87 para el afecto negativo. Para la investigación se ha usado la versión española de Sánchez-Cánovas y Sánchez López (1994).

Escala de Inadaptación (Echeburúa, Corral y Fernández-Montalvo, 2000). Consta de seis ítems, en los que se pide a la persona que valore el grado en que sus problemas actuales afectan entre 0 y 5 (nada y muchísimo) a diferentes áreas de su vida (trabajo, vida social, tiempo libre, relación de pareja y vida familiar) y a su vida en general. Además de usarla en la evaluación inicial, se repite también en la evaluación de seguimiento. El coeficiente alfa de consistencia interna en población clínica es de .83 (Echeburúa et al., 2000).

Resultado clínico-administrativo. Describe el estatus administrativo del consultante respecto al tratamiento en el CSM. Esta información se ha obtenido a los 12 y 24 meses de la primera consulta en el CSM tomándola de la Historia Clínica (electrónica y en papel) y consta de las siguientes categorías: alta, abandono, continúa a tratamiento en el CSM.

Que el paciente haya sido dado de *alta* por su terapeuta implica que a su juicio no requiere más atención por parte del CSM (aunque luego puede continuar o no en AP o con tratamiento psicofarmacológico). Dado que hemos excluido de esta investigación a aquellos sujetos cuyo terapeuta consideró que no requerían ningún tratamiento, las altas deben interpretarse como señales de mejoría suficiente o al menos de que más tratamiento no produciría mejores resultados, siempre a juicio del terapeuta. En el cuestionario de seguimiento se pregunta a los pacientes si están de acuerdo con el alta. Se considera *abandono* cuando el consultante interrumpe el tratamiento contra la opinión del terapeuta o sin haberlo consultado con este. Para que un caso se considere abandono, deben haber transcurrido 4 meses desde la última consulta programada a la que acudió, no asistiendo a una cita posterior, sin haber sido dado de alta ni teniendo otra cita programada.

- Apego adulto:

Cuestionario de Relación (CR) (Bartholomew y Horowitz, 1991), según la versión de Alonso-Arbiol y Yárnoz (Alonso-Arbiol, 2000; Yárnoz, Alonso Arbiol, Plazaola y Sanz de Murieta, 2001). Consta de descripciones generales de cuatro estilos de apego: seguro (cómodo con la intimidad-dependencia-autonomía y sin temor al rechazo-abandono), alejado-desestimado (incómodo con intimidad y sin temor al rechazo), preocupado (cómodo con la intimidad y con temor al rechazo) y temeroso (incómodo con la intimidad y con temor al rechazo). Primero la persona contesta en una escala tipo Likert entre 1 (totalmente en desacuerdo) y 7 (totalmente de acuerdo) el grado en que cada una de las cuatro descripciones se ajusta a su forma de relacionarse. Después, debe elegir qué descripción es la que mejor refleja el modo en que se comporta en las relaciones interpersonales.

Además del CR original, también hemos usado la versión de Fraley y Davis (1997), en el que las mismas preguntas se refieren específicamente al tipo de apego con la pareja, con el padre, con la madre y con otros significativos. Por último los terapeutas han hecho su propia valoración del estilo de apego característico del paciente. El Cuestionario de Relación permite clasificar a los sujetos por su estilo de apego categorial, pero también valorarlos en las dimensiones, “*concepto de sí mismo*” y “*concepto de los otros*” (Griffin y Bartholomew, 1994), que se corresponden con las dimensiones ansiedad y evitación de Brennan, Clark y Shaver (1998) o Fraley, Waller y

Brennan (2000). El CR se ha aplicado en investigaciones realizadas en todo el mundo (Schmitt et al., 2004), confirmando la validez de la distinción entre modelo de uno mismo y modelo de los otros.

Cuestionario de Relaciones Interpersonales (CRI) (Brennan, Clark y Shaver, 1998). Se ha utilizado la versión de Alonso-Arbiol, Shaver y Yárnoz (2002). Es una escala de 36 ítems que miden dos dimensiones, ansiedad relacionada con rechazo o abandono (deseo de intimidad y protección, preocupación sobre la disponibilidad y las reacciones de la FA, miedo al rechazo o abandono) y evitación de la intimidad en las relaciones interpersonales (incomodidad con la intimidad y la dependencia y preferencia por la distancia emocional y la independencia). Cada dimensión se evalúa con 18 ítems en los que el sujeto contesta sobre una escala tipo Likert de 1 a 7 puntos (desde “totalmente en desacuerdo” hasta “totalmente de acuerdo”) sobre la ocurrencia de una serie de sentimientos, preferencias y conductas en las relaciones personales. Igual que otros investigadores (Barry, Lakey y Orehek, 2007; Cook, 2000; Buist, Dekovic, Meeus & van Aken, 2004), el CRI se ha usado de forma que la persona pudiera contestar pensando en su relación de pareja actual, en sus relaciones de pareja en general (si no tiene pareja en ese momento pero ha tenido al menos una relación significativa) y en sus relaciones con amigos/as. Alonso-Arbiol et al. (2002) obtuvieron unos coeficientes de fiabilidad de .87 para la evitación y de .85 para la ansiedad. En su revisión de los cuestionarios de apego adulto, Fraley, Waller y Brennan (2000), concluyen que el CRI es el que tiene mejores propiedades psicométricas.

- *Cuidados y apoyo social.*

Escala de cuidados (Kunce y Shaver, 1994). Consta de 32 ítems a los que se contesta con una escala tipo Likert entre 1 y 6. Partiendo de la adaptación realizada por Melero (2008), hemos reformulado todos los ítems para que el consultante conteste según el trato que recibe del otro significativo (y no, como en la versión original, que pregunta por el trato que da el que contesta al otro miembro de la pareja). Evalúa cuatro dimensiones relativas al cuidado en la relación:

1. La dimensión *proximidad vs. distancia* que valora hasta qué punto la persona identificada (su pareja, su madre, etc.) se muestra física y psicológicamente cercana y disponible cuando la persona que contesta se

siente mal. Incluye comportamientos como la aceptación, la expresión emocional y el contacto físico.

2. *Sensibilidad vs. insensibilidad* que valora el grado en que la otra persona se da cuenta e interpreta correctamente los sentimientos y necesidades de quien informa.
3. *Cooperación vs. control* evalúa la medida en que el otro trata de dirigir y controlar a quien contesta cuando éste afronta un problema.
4. *Cuidado compulsivo* valora el grado en que la otra persona se involucra o en los problemas y dificultades del informante.

Los índices de fiabilidad para estas subescalas aportados por sus autores fueron de 0.83, 0.83, 0.87 y .80 para las dimensiones descritas (Kunce y Shaver, 1994). Los encontrados en población española van de .85 a .64 (Gómez-Zapiain, Ortiz y Gómez-Lope, 2011; Melero, 2008).

Cuestionario Breve de Apoyo Social (CBAS) (Sandín, 2006). Consta de 12 preguntas en las que se evalúa el apoyo social percibido en diferentes dimensiones: *apoyo emocional, apoyo económico, aprecio/estima y orientación/consejo*. En esta investigación se ha utilizado la versión recogida en Sandín (2008), en la que la persona ha de contestar hasta qué punto se ha sentido apoyada o cree que le ayudarían sus familiares y amigos (por separado) entre 0 (“nunca”) y 4 (“casi siempre”); y una versión de elaboración propia en la que las mismas preguntas se refieren al apoyo de la pareja, del padre y de la madre. Se obtiene una puntuación total y la puntuación en cada una de las dimensiones para cada una de las fuentes de apoyo (familiares, amigos, pareja, padre, madre). Su consistencia interna es de .89.

- Acontecimientos estresantes, estrategias de afrontamiento y alianza terapéutica

Cuestionario de Sucesos Vitales (CSV) (Sandín y Chorot, 1987). Se ha usado la versión recogida en Sandín (2008). Consiste en una relación de 60 sucesos vitales estresantes a los que el sujeto debe contestar indicando el grado de estrés experimentado por aquellos sucesos ocurridos durante el último año, según una escala tipo Likert entre 1 (nada / muy poco) y 4 (muchísimo). El CSV permite obtener puntuaciones totales de frecuencia de sucesos vitales y de estrés percibido, así como también puntuaciones

relativas a nueve áreas vitales: *salud, social, finanzas, trabajo, académico, amor/pareja, familia/hijos, legal, y residencia*. Los coeficientes alfa de las escalas oscilan entre 0.68 y 0.83 y los de las puntuaciones totales entre 0.49 y 0.62 (Sandín, Chorot, Segura y Pardo, 1988).

Inventario de estrategias de afrontamiento (CSI, por sus siglas en inglés, Tobin, Holroyd, Reynolds y Kigal, 1989). La persona comienza por describir por escrito una situación estresante que le haya ocurrido en el último mes. A continuación contesta a 40 ítems sobre el grado (entre 0 y 4) en que experimentó determinados pensamientos y sentimientos o realizó ciertos comportamientos en relación a la situación descrita. Se obtienen puntuaciones para ocho estrategias de afrontamiento primarias:

-*Resolución de problemas*: estrategias cognitivas y conductuales encaminadas a eliminar el estrés modificando la situación que lo produce.

-*Reestructuración cognitiva*: estrategias cognitivas que modifican el significado de la situación estresante.

-*Apoyo social*: estrategias referidas a la búsqueda de apoyo emocional.

-*Expresión emocional*: estrategias encaminadas a liberar las emociones que acontecen en el proceso de estrés.

-*Evitación de problemas*: estrategias que incluyen la negación y evitación de pensamientos o actos relacionados con el acontecimiento estresante.

-*Pensamiento desiderativo*: estrategias cognitivas que reflejan el deseo de que la realidad no fuera estresante.

-*Retirada social*: estrategias de retirada de amigos, familiares, compañeros y personas significativas asociada con la reacción emocional en el proceso estresante.

-*Autocrítica*: estrategias basadas en la autoinculpación y la autocrítica por la ocurrencia de la situación estresante o su inadecuado manejo.

Adaptada por Cano, Rodríguez y García (2007) obtiene unos coeficientes de consistencia interna α entre 0.63 y 0.89. Sus propiedades psicométricas han sido reevaluadas por Nava, Ollua, Vega y Soria (2010), que obtienen coeficientes más elevados ($>.70$) y confirman la estructura de 8 factores. En ambos estudios resultó dudosa la agrupación en factores de orden superior.

Inventario de Alianza Terapéutica y Teoría del Cambio (WATOCI) (Duncan y Miller, 1999). Es fruto de los desarrollos realizados a partir del *Working Alliance Inventory* (WAI) de Horvath y Greenberg (1989), un autoinforme que evaluaba los tres componentes de la alianza terapéutica propuestos por Bordin (1979): *vínculo* entre paciente y terapeuta (confianza mutua, agrado, comprensión, cuidado y/o dedicación), *metas* (acuerdo en los objetivos de la terapia) y *tareas* (sensación de que las tareas propuestas en terapia son razonables, asequibles y pertinentes para los objetivos). Duncan y Miller (1999) añadieron ítems para evaluar el grado de acuerdo entre terapeuta y paciente en cuanto a la *teoría del cambio*, formando el *Working Alliance Theory of Change Inventory* (WATOCI). En total son 17 ítems que se contestan con una escala tipo Likert entre 1 y 7. La adaptación española ha sido realizada por Corbella y Botella (2004). El coeficiente de consistencia interna fue de .93 para la escala total, y de .91, .85, .86 y .82 para *tareas*, *vínculo*, *metas* y *teoría del cambio* respectivamente. Pero el Análisis de Componentes Principales no confirma las 4 subescalas, pues los ítems no se agrupan bien en ellas sino que se mezclan. Los autores sugieren que la alianza terapéutica puede ser un constructo más unificado de lo que se piensa.

Sistema de Observación de la Alianza Terapéutica en Intervención Familiar (SOATIF) (Escudero y Friedlander, 2003). Es una escala de observación para evaluar la alianza terapéutica que consta de dos partes: SOATIF-o, un sistema de observación, y SOATIF-s, un cuestionario que puede ser contestado tanto por el paciente como por el terapeuta. En el presente estudio usamos el cuestionario que está formado por tres dimensiones de la alianza terapéutica:

-*Enganche en el Proceso Terapéutico*: El cliente le ve sentido al tratamiento, está involucrado en la terapia y trabaja coordinadamente con el terapeuta; tiene la impresión que los objetivos y las tareas pueden discutirse y negociarse y que el cambio es posible.

-*Conexión Emocional con el Terapeuta*: El cliente ve al terapeuta como una persona importante en su vida; tiene la sensación de que la relación se basa en la confianza, afecto, interés, de que al terapeuta le importa de verdad, de que el cliente y el terapeuta comparten una visión del mundo (por ejemplo que tienen perspectivas vitales o valores similares), y que el terapeuta es competente.

-*Seguridad dentro del sistema terapéutico*: El cliente ve la terapia como un lugar

en el que puede arriesgarse, estar abierto a nuevas cosas, ser flexible; sensación de confort y expectación hacia las nuevas experiencias y aprendizajes que pueden ocurrir, de que hay cosas buenas que provienen de estar en terapia, que los conflictos pueden manejarse sin hacerse daño, que no es necesario estar a la defensiva

Postura del consultante. En terminología de la terapia breve sistémica, hace referencia a la actitud que toman las personas ante la terapia. Concretamente, en la Terapia Centrada en las Soluciones (Berg y Miller, 1996; De Shazer, 1985) se distingue entre:

- *Comprador:* El consultante y el terapeuta han sido capaces de identificar conjuntamente un problema o un objetivo para el tratamiento. El consultante da muestras de que asume la responsabilidad de dar los pasos necesarios para resolver el problema y de estar dispuesto a tomar en consideración las ideas y propuestas del terapeuta.

- *Demandante:* Se ha podido identificar una situación indeseable para el consultante, pero el consultante no se ve como parte de la solución sino que considera necesario que cambien factores externos a él (por ejemplo, que otra persona modifique su comportamiento) o que el terapeuta haga algo que resuelva el problema.

- *Visitante:* El consultante declara que no hay problema alguno que requiera tratamiento o que el problema pertenece a otra persona; no ve ninguna razón para cambiar ni para estar en terapia, solo ha acudido porque le ha forzado otra persona o autoridad.

Los terapeutas valoraron la actitud de los consultantes en la primera consulta según una escala elaborada *ad hoc* en la que el terapeuta asignaba una puntuación entre 0 y 10 a cada una de las tres posturas posibles, asumiendo que no son categorías sino dimensiones en las que cada persona puede mostrar un determinado perfil.

- Seguimiento a los 8 – 10 meses:

Impresión Clínica Global-Cambio (ICG) (Guy, 1976). Se pregunta al paciente por su grado de mejoría respecto a cuando acudió al CSM por primera vez. Consta de un único ítem en el que se le pregunta al paciente cómo ha cambiado su estado con relación

al inicio del tratamiento, ofreciéndole 7 alternativas de respuesta, puntuables de 1 a 7 (mucho mejor, bastante mejor, algo mejor, sin cambios, algo peor, bastante peor, mucho peor). Para el análisis y presentación de resultados hemos agrupado los valores de la siguiente manera: “Mucho o bastante mejor” (1 ó 2); “algo mejor” (3), “igual o peor” (4, 5, 6 o 7).

Escala de Afecto Positivo y Negativo (PANAS, Watson, Clark y Tellegen, 1988).
Ya descrito.

Escala de Inadaptación (Echeburúa, Corral y Fernández-Montalvo, 2000).
Descrita previamente.

Cuestionario de Satisfacción (Moré y Muñoz, 2000). Consta de dos preguntas puntuables entre 0 y 3: ¿Cree que las consultas han sido beneficiosas para Vd? y ¿cómo valoraría en su conjunto la ayuda recibida?

Retorno: Se considera retorno a aquel consultante que habiendo sido dado de alta o abandonado la terapia vuelve a solicitar consulta en el CSM. Se han recogido las tasas de retorno al año y a los dos años.

4.3.4. Análisis de los datos

Tras la realización de las pruebas de evaluación y recolección de datos sociodemográficos se procedió al análisis de los mismos. Primeramente se realizó un análisis descriptivo para observar las características de la muestra. Tras éste, se realizó un análisis inferencial que permitiera poner a prueba las hipótesis planteadas.

El estudio de la relación entre variables se realizó mediante el Coeficiente de Correlación de Spearman, ya que las variables no seguían una distribución normal. Cuando se pusieron a prueba las diferencias entre grupos se aplicaron análisis no paramétricos mediante la prueba *U* de Mann-Whitney. Para la producción de modelos explicativos se emplearon regresiones múltiples con el método de pasos sucesivos. En todos los casos se verificó el supuesto de independencia de los residuos con el estadístico de Durbin-Watson y la no-colinealidad de las variables predictoras.

El nivel de significación bilateral establecido *a priori* para todas las pruebas fue

de .05. Los análisis estadísticos fueron llevados a cabo mediante el paquete estadístico SPSS versión 16.0 para Windows.

4.4. Resultados

El diseño de la presente investigación consiste en una estrategia correlacional con seguimiento prospectivo. Primero se analizará la cuestión de la generalidad / especificidad del apego; a continuación la relación entre distintas variables asociadas al apego y la psicopatología; después, la relación entre las variables de apego y la alianza terapéutica; y por último, el valor predictivo que tales variables tienen para la evolución clínica posterior. Los análisis se llevarán a cabo con el paquete estadístico SPSS.

La media, la desviación típica y las pruebas de distribución normal de todas las variables utilizadas en el presente estudio se muestran en el anexo 2: Tablas 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46 y 47.

4.4.1. Sobre especificidad de los modelos de trabajo de las relaciones de apego. Apego genérico vs. Relaciones específicas

Hipótesis 1.1

En la hipótesis 1.1 se planteaba que se encontraría una correlación positiva significativa, pero baja-moderada, entre la *incomodidad con la cercanía* en las relaciones de pareja y la *incomodidad con la cercanía* en las relaciones con amigos (CRI), entre el *temor al rechazo y abandono* de la pareja y el *temor al rechazo y abandono* de los amigos (CRI), entre los conceptos de sí mismo en la relación con pareja, madre, padre y otro significativo y entre los conceptos del otro respecto a la pareja, madre, padre y otro significativo (CR).

Las correlaciones entre las dimensiones de apego en distintas relaciones evaluadas con el Cuestionario de Relaciones Interpersonales (CRI) aparecen en la Tabla 5. En el Cuestionario de Relaciones Interpersonales (CRI), la *incomodidad con la cercanía* de la pareja y de los amigos correlacionan significativamente (.46 en relaciones de pareja en general; .27 en la relación de pareja actual) e igualmente lo hacen el *temor al rechazo y abandono* de la pareja y los amigos (.73 en relaciones de pareja en general; .46 en la relación de pareja actual). Tanto para la *incomodidad con la cercanía* como para el *temor al rechazo y abandono* ocurre que la correlación es mayor entre las versiones que

preguntan por las relaciones en general (a los amigos y a las parejas) que entre una versión general (la referida a los amigos) y una versión específica (la referida a la pareja actual). No se pueden comparar las versiones de pareja actual y pareja general porque las contestaron personas distintas, las que tenían y no tenían pareja en ese momento respectivamente. Parece además que la consistencia de un tipo de relación a otra es mayor para el temor al rechazo que para la *incomodidad con la cercanía*, pues las correlaciones entre las versiones de parejas y de amigos son mayores para la *ansiedad* que para la *evitación*. Así, la hipótesis 1.1 se confirma para la *incomodidad con la cercanía* pero no para el *temor al rechazo y abandono*, que muestra mayor consistencia entre distintos tipos de relaciones.

Tabla 5 Correlaciones de Spearman entre los apegos en distintas relaciones según el CRI

		Evitación en relación de pareja actual	Ansiedad en relación de pareja actual	Incomodidad con la cercanía en las relaciones de pareja general	Temor al rechazo y al abandono en las relaciones de pareja general
Incomodidad con la cercanía en relaciones con amigos	Coef. de correlación	.271**	.074	.464**	.027
	Sig. (bilateral)	.008	.476	.001	.853
	N	95	95	48	48
Temor al rechazo y al abandono en relaciones con amigos	Coef. de correlación	-.018	.462**	-.006	.727**
	Sig. (bilateral)	.862	.000	.969	.000
	N	95	95	48	48

Nota: ** Correlación significativa al nivel .01 (bilat.); * Correlación significativa al nivel .05 (bilat.).

En cuanto a la dimensión de *concepto de sí mismo* del Cuestionario de Relación (Tabla 6), resulta una correlación positiva significativa (entre .33 y .50) entre las distintas relaciones, con la excepción del los conceptos de sí mismo en relación a la pareja y en relación a los amigos, que no parecen estar asociados. Y sobre la dimensión de *concepto del otro* (Tabla 7) sólo se encuentra una correlación significativa: entre la relación con el padre y la relación con la madre (.26). Así, como en el caso del CRI hay una dimensión (*concepto de sí mismo*) que muestra mayor especificidad que la otra (*concepto del otro*). De forma que la hipótesis 1.1 se confirma claramente en cuanto a la dimensión de *concepto del otro* y también, aunque menos, en la dimensión de *concepto de sí mismo* en la relaciones cercanas.

Tabla 6 Correlaciones de Spearman entre los apegos en distintas relaciones según el CR en la dimensión concepto de sí mismo

		Concepto de Sí en la relación de PAREJA actual	Concepto de Sí en la relación con la MADRE	Concepto de Sí en la relación con el PADRE
Concepto de Sí en la relación con la MADRE	Coef. de correlación	.347**		
	Sig. (bilat.)	.009		
	N	56		
Concepto de Sí en la relación con el PADRE	Coef. de correlación	.340*	.500**	
	Sig. (bilat.)	.026	.000	
	N	43	74	
Concepto de Sí en relación con otro significativo	Coef. de correlación	.124	.395**	.330*
	Sig. (bilat.)	.337	.000	.012
	N	62	75	58

Nota: ** Correlación significativa al nivel .01 (bilat.); * Correlación significativa al nivel .05 (bilat.).

Tabla 7 Correlaciones de Spearman entre los apegos en distintas relaciones según el CR en la dimensión concepto del otro

		Concepto del Otro en la relación de PAREJA actual	Concepto del Otro en la relación con la MADRE	Concepto del Otro en la relación con el PADRE
Concepto del Otro en la relación con la MADRE	Coef. de correlación	.191		
	Sig. (bilat.)	.159		
	N	56		
Concepto del Otro en la relación con el PADRE	Coef. de correlación	.092	.260*	
	Sig. (bilat.)	.558	.025	
	N	43	74	
Concepto del Otro en relación con otro significativo	Coef. de correlación	-.055	.084	-.012
	Sig. (bilat.)	.670	.472	.929
	N	62	75	58

Nota: ** Correlación significativa al nivel .01 (bilat.); * Correlación significativa al nivel .05 (bilat.).

Hipótesis 1.2

Se esperaba poder explicar una parte relevante de varianza de las dimensiones de *concepto de sí mismo* y de *concepto del otro* en las relaciones cercanas en general respectivamente por el *concepto de sí mismo* y de los otros en las relaciones específicas evaluadas (pareja y amigos en el CRI y pareja, padre, madre y otro significativo en el CR).

En la tabla 8 se muestran las correlaciones entre las caracterizaciones del apego y las valoraciones de los apoyos y las dimensiones del *Cuestionario de Relación* genérico. Para comprobar el valor predictivo de las relaciones específicas sobre el CR general se ha realizado un análisis de Regresión Lineal Múltiple en el que se incluyeron todas las subescalas del CR y el CRI en distintas relaciones que tienen una relación significativa con el CR general. En la Tabla 9 aparece un resumen de las variables que han tenido un valor predictivo. El *concepto favorable de sí mismo* en las relaciones cercanas en general resultó explicado por el *temor al rechazo y abandono* en las relaciones con amigos. Y el *concepto favorable del otro* en las relaciones cercanas en general se explicó por la *incomodidad con la cercanía* en las relaciones de amistad. De todas maneras, el porcentaje de varianza del apego genérico no es elevado (30.7% para el *concepto de sí mismo* y 14.0% para el *concepto del otro*), de manera que no se confirma la hipótesis 1.2: al pensar en sus relaciones con los demás en general las personas están incluyendo componentes no basados sólo en sus experiencias en relaciones específicas actuales.

Tabla 8 Correlaciones de Spearman entre caracterizaciones genéricas y específicas del apego y valoraciones genéricas y específicas del apoyo y el CR genérico

		Genérico Concepto favorable de sí	Genérico Concepto favorable del otro
Concepto favorable de Sí en relación de pareja actual	Coef. correl.	.324**	.245*
	Sig. (bilat.)	.003	.028
	N	80	80
Concepto favorable del Otro en relación de pareja actual	Coef. correl.	.074	.107
	Sig. (bilat.)	.517	.347
	N	80	80
CRI: Evitación en relación de pareja actual	Coef. correl.	-.002	-.290**
	Sig. (bilat.)	.982	.003
	N	102	102
CRI: Ansiedad en relación de pareja actual	Coef. corr..	-.371**	-.084
	Sig. (bilat.)	.000	.404
	N	102	102
Concepto de Sí en la relación con la MADRE	Coef. corr..	.266*	-.095
	Sig. (bilat.)	.048	.486
	N	56	56
Concepto del Otro en la relación con la MADRE	Coef. corr.	-.126	.030
	Sig. (bilat.)	.353	.824
	N	56	56

		Genérico Concepto favorable de sí	Genérico Concepto favorable del otro
Incomodidad con cercanía en relaciones con amigos	Coef. corr.	-.252*	-.373**
	Sig. (bilat.)	.017	.000
	N	90	90
Temor al rechazo y abandono en relaciones con amigos	Coef. corr.	-.561**	.096
	Sig. (bilat.)	.000	.367
	N	90	90
Concepto favorable de sí mismo en relaciones cercanas	Coef. corr.	1.000	.020
	Sig. (bilat.)	.	.836
	N	114	114
Concepto favorable del otro en relaciones cercanas	Coef. corr.	.020	1.000
	Sig. (bilat.)	.836	.
	N	114	114
Cuidado próximo de Pareja	Coef. corr.	.165	.125
	Sig. (bilat.)	.128	.252
	N	86	86
Cuidado sensible de pareja	Coef. corr.	.094	.111
	Sig. (bilat.)	.391	.309
	N	86	86
Cuidado control de pareja	Coef. corr.	-.172	-.223*
	Sig. (bilat.)	.113	.039
	N	86	86
Cuidado compulsivo de pareja	Coef. corr.	.137	.091
	Sig. (bilat.)	.207	.403
	N	86	86
Apoyo Social de la de pareja	Coef. corr.	.067	.130
	Sig. (bilat.)	.518	.209
	N	95	95
Apoyo Social de madre	Coef. corr.	.116	.178
	Sig. (bilat.)	.304	.111
	N	81	81
Apoyo Social de los amigos	Coef. corr.	.106	.168
	Sig. (bilat.)	.307	.105
	N	94	94
APOYO social genérico	Coef. corr.	.203*	.220*
	Sig. (bilat.)	.047	.031
	N	96	96

Nota: ** Correlación significativa al nivel .01 (bilat.); * Correlación significativa al nivel .05 (bilat.).

Tabla 9 Variables significativas de los análisis de regresión sobre las dimensiones de concepto de sí mismo y del otro evaluadas de manera genérica

Variable predictora	Beta	Significatividad	R cuadrado
Relaciones cercanas: Concepto favorable de sí			
Apego en relación con amigas/os: Temor al rechazo y abandono	-.554	.000	.307
Relaciones cercanas: Concepto favorable del otro			
Apego en relación con amigas/os: Incomodidad con la cercanía	-.374	.003	.140

Hipótesis 1.3

En cuanto al valor predictivo del apego genérico, esperamos obtener resultados similares a los de otros investigadores (Barry et al., 2007; Buist et al., 2004; Cook, 2000): El apego en relaciones específicas se explicará más por las experiencias en cada relación que por un estilo de apego genérico, es decir, que por las experiencias presentes o pasadas en las relaciones con otras personas. Esta idea se contrastará a través de la hipótesis de que en las relaciones de apego tiene más importancia la experiencia concreta con una persona que la experiencia con otras personas a las que se está o ha estado apegado. Para poner a prueba tal hipótesis hemos evaluado el apego y los apoyos y cuidados en relaciones más o menos concretas: la relación con la pareja actual, la relación con la madre, la relación con amigas y amigos y las relaciones cercanas. Por un lado tenemos las variables de *concepto de sí mismo*, *concepto del otro*, *temor al rechazo y al abandono*, e *incomodidad con la cercanía* evaluadas mediante el CR y el CRI; por otro lado tenemos las variables de cuidado y apoyo social proporcionado por las figuras de apego evaluadas mediante la Escala de Cuidados (EC) y el Cuestionario Breve de Apoyo Social (CBAS). Si la hipótesis de la especificidad es correcta, la caracterización del apego en la relación de pareja actual deberá tener mayor relación con el apoyo y los cuidados de la pareja que con las otras tres caracterizaciones de apegos (con la madre, con amigos y en general) y que con esas tres fuentes de apoyo (de madre, de amigos y general). Lo mismo debería ocurrir en la relación con la madre: el apego a la madre y el apoyo percibido de la madre deberían tener mayor relación entre sí que con los apegos y apoyos en las relaciones con otras personas. En cambio, si la hipótesis de la especificidad fuera falsa, la caracterización del apego a la pareja y la madre tendrían más relación con las caracterizaciones del apego y los apoyos obtenidos en otras relaciones. Las correlaciones entre cada variable dependiente y todas las variables que se han tenido en cuenta como posibles predictoras pueden verse en la tabla 10.

Tabla 10 Correlaciones de Spearman entre caracterizaciones genéricas y específicas del apego y valoraciones genéricas y específicas del apoyo

		Concepto de Sí pareja actual	Concepto del Otro pareja actual	Evitación pareja actual	Ansiedad pareja actual	Madre: Concepto de Sí	Madre: Concepto del Otro	Amigos Evitación	Amigos Ansiedad
Concepto de Sí en la relación de pareja actual	Coef. correl.	1.000	.289**	-.411**	-.457**	.337*	.198	-.121	-.316**
	Sig. (bilat.)	.	.006	.000	.000	.011	.144	.293	.005
	N	89	89	84	84	56	56	78	78
Concepto del Otro en la relación de pareja actual	Coef. correl.	.289**	1.000	-.328**	-.005	.125	.186	.000	-.217
	Sig. (bilat.)	.006	.	.002	.964	.360	.170	.998	.056
	N	89	89	84	84	56	56	78	78
CRI: Evitación en relación de pareja actual	Coef. correl.	-.411**	-.328**	1.000	.026	-.097	-.180	.266**	-.012
	Sig. (bilat.)	.000	.002	.	.784	.473	.179	.010	.910
	N	84	84	114	114	57	57	94	94
CRI: Ansiedad en relación de pareja actual	Coef. corr..	-.457**	-.005	.026	1.000	-.379**	-.008	.115	.455**
	Sig. (bilat.)	.000	.964	.784	.	.004	.952	.271	.000
	N	84	84	114	114	57	57	94	94
Concepto de Sí en la relación con la MADRE	Coef. corr..	.337*	.125	-.097	-.379**	1.000	.334**	-.320*	-.271*
	Sig. (bilat.)	.011	.360	.473	.004	.	.009	.014	.040
	N	56	56	57	57	61	61	58	58
Concepto del Otro en la relación con la MADRE	Coef. corr.	.198	.186	-.180	-.008	.334**	1.000	-.122	-.030
	Sig. (bilat.)	.144	.170	.179	.952	.009	.	.363	.825
	N	56	56	57	57	61	61	58	58
Incomodidad con cercanía en relaciones con amigos	Coef. corr.	-.121	.000	.266**	.115	-.320*	-.122	1.000	.055
	Sig. (bilat.)	.293	.998	.010	.271	.014	.363	.	.586
	N	78	78	94	94	58	58	102	102
Temor al rechazo y abandono en relaciones con amigos	Coef. corr.	-.316**	-.217	-.012	.455**	-.271*	-.030	.055	1.000
	Sig. (bilat.)	.005	.056	.910	.000	.040	.825	.586	.
	N	78	78	94	94	58	58	102	102
Concepto favorable de sí mismo en relaciones cercanas	Coef. corr.	.324**	.074	-.002	-.371**	.266*	-.126	-.252*	-.561**
	Sig. (bilat.)	.003	.517	.982	.000	.048	.353	.017	.000
	N	80	80	102	102	56	56	90	90
Concepto favorable del otro en relaciones cercanas	Coef. corr.	.245*	.107	-.290**	-.084	-.095	.030	-.373**	.096
	Sig. (bilat.)	.028	.347	.003	.404	.486	.824	.000	.367
	N	80	80	102	102	56	56	90	90
CUI próximo Pareja	Coef. corr.	.630**	.223*	-.476**	-.371**	.276	.088	-.147	-.232*
	Sig. (bilat.)	.000	.047	.000	.000	.055	.547	.179	.033
	N	80	80	91	91	49	49	85	85

		Concepto de Sí pareja actual	Concepto del Otro pareja actual	Evitación pareja actual	Ansiedad pareja actual	Madre: Concepto de Sí	Madre: Concepto del Otro	Amigos Evitación	Amigos Ansiedad
CUI sensible Pareja	Coef. corr.	.486**	.301**	-.621**	-.160	.146	-.043	-.034	-.051
	Sig. (bilat.)	.000	.007	.000	.131	.318	.770	.759	.641
	N	80	80	91	91	49	49	85	85
CUI control Pareja	Coef. corr.	-.442**	-.276*	.625**	.112	-.313*	.032	.129	.229*
	Sig. (bilat.)	.000	.013	.000	.291	.029	.827	.239	.035
	N	80	80	91	91	49	49	85	85
CUI compulsivo Pareja	Coef. corr.	.091	.087	-.301**	-.050	.109	-.047	-.099	.079
	Sig. (bilat.)	.423	.445	.004	.640	.458	.746	.367	.474
	N	80	80	91	91	49	49	85	85
Apoyo Social de la Pareja	Coef. corr.	.514**	.307**	-.691**	-.044	.293*	-.002	-.016	-.102
	Sig. (bilat.)	.000	.007	.000	.671	.035	.989	.885	.369
	N	76	76	96	96	52	52	80	80
Apoyo Social de la Madre	Coef. corr.	.298*	.096	-.272*	-.135	.736**	.567**	-.364**	-.035
	Sig. (bilat.)	.018	.456	.013	.223	.000	.000	.002	.775
	N	63	63	83	83	50	50	70	70
Apoyo Social de los amigos	Coef. corr.	.079	-.105	-.216*	-.018	.249	.048	-.655**	-.258*
	Sig. (bilat.)	.503	.372	.038	.863	.073	.735	.000	.019
	N	74	74	93	93	53	53	82	82
APOYO social	Coef. corr.	.178	.118	-.302**	-.102	.430**	.172	-.566**	-.309**
	Sig. (bilat.)	.123	.310	.003	.327	.001	.214	.000	.005
	N	76	76	95	95	54	54	83	83

Nota: ** Correlación significativa al nivel .01 (bilat.); * Correlación significativa al nivel .05 (bilat.).

Posteriormente se han realizado regresiones lineales tomando como variable dependiente cada una de las variables de apego a la pareja, la madre, los amigos y las relaciones cercanas en general y como variables predictoras las variables de apoyo social y cuidado y las variables de apego a las otras figuras que correlacionan significativamente con ellas. Las variables que en los análisis de regresión han resultado ser significativas para predecir cada variable dependiente se muestran en la Tabla 11.

Tabla 11 Variables significativas de los análisis de regresión sobre variables de apego específicas y generales

Variable predictora	Beta	Significatividad	R cuadrado
Apego en la relación con la pareja: Concepto favorable de sí-mismo			
Proximidad de la pareja en la relación de cuidado	.449	.000	.440
<i>Concepto favorable del otro en las relaciones cercanas</i>	.163	.044	
Apego en la relación con la pareja: Concepto favorable del otro			
Apoyo social de la pareja: Consejo	.398	.000	.158
Apego en la relación con la pareja: Temor al rechazo y al abandono			
<i>Apego en relación con amigos: Temor al rechazo y abandono</i>	.406	.003	.302
<i>Apego en la relación con la madre: Concepto favorable de sí</i>	-.281	.032	
Apego en la relación con la pareja: Incomodidad con la cercanía			
Apoyo social de la pareja: Consejo	-.387	.029	.605
Apoyo social de pareja: Emocional	-.362	.041	
<i>Apego en la relación con amigos: Incomodidad con la cercanía</i>	.280	.001	
Apego en la relación con la madre: Concepto favorable de sí			
Apoyo social de madre: Emocional	.659	.000	.642
<i>Apego en la relación con pareja: Temor al rechazo y al abandono</i>	-.315	.001	
<i>Apoyo social de la pareja: Valoración</i>	.184	.046	
Apego en la relación con la madre: Concepto favorable del otro			
Apoyo social de la madre: Consejo	.542	.000	.293
Apego en la relación con amigas/os: Temor al rechazo y al abandono			
<i>Relaciones cercanas: Concepto favorable de sí</i>	-.431	.001	.382
<i>Apego en la relación con pareja: Temor al rechazo y al abandono</i>	.299	.023	
Apego en la relación con amigas/os: Incomodidad con la cercanía			
Apoyo social de amigas/os: Consejo	-.601	.000	.592
<i>Relaciones cercanas: Concepto favorable del otro</i>	-.285	.005	
<i>Apego en la relación con la madre: Concepto favorable de sí</i>	-.215	.032	

Nota: Ponemos en cursiva las variables que *no deberían correlacionar* de manera importante si primase el cuidado o el apoyo de las personas concretas en las preferencias y expectativas en las relaciones de apego con esas personas y en negrita las que **sí deberían correlacionar**, según esa hipótesis. En letra normal quedan las que no confirman ni desconfirman la hipótesis.

En la Tabla 11 se muestran las variables que han resultado significativas en los análisis de regresión para el apego a la pareja actual (CR y CRI), a la madre (CR) y a los amigos (CRI). Tener un *concepto favorable de uno mismo en la relación de pareja* está relacionado con la dimensión de *proximidad* de la *Escala de Cuidados* referida a la pareja y con tener un *concepto favorable del otro* en las relaciones cercanas en general. El *concepto favorable de sí mismo en la relación con la madre* tiene relación con el apoyo social de la madre, con no temer el rechazo o el abandono de la pareja actual y

con sentirse valorado en el apoyo de la pareja. Es decir, que la dimensión de *concepto de sí mismo* en relaciones específicas depende, en primer lugar, del cuidado o el apoyo que proporciona la persona con la que se tiene la relación; en segundo lugar, de cómo se siente la persona en otras relaciones de apego (en las relaciones con los demás en general para predecir el apego con la pareja y en la relación de pareja para predecir el apego con la madre) y, en tercer lugar, de cómo se siente tratada por otras personas (es el caso del valor explicativo de la valoración de la pareja en el concepto de uno mismo con la madre).

Temer el rechazo y abandono en la relación de pareja actual se asocia con el *temor al rechazo y abandono de los amigos* y con tener un *concepto desfavorable de uno mismo en la relación con la madre*. El *temor al rechazo y abandono de los amigos* a su vez está relacionado con un concepto desfavorable de uno mismo en las relaciones cercanas y con tener los mismos temores de rechazo y abandono respecto a la pareja. Así, la dimensión de *temor al rechazo y abandono* parece tener más relación con las experiencias en otras relaciones de apego que con el tipo de apoyo y cuidados que el sujeto reciba en cada relación, pues el *temor al rechazo y abandono* de pareja y amigos no se relaciona respectivamente con el apoyo o los cuidados ni de la pareja ni de los amigos.

El *concepto favorable del otro* es la dimensión de apego con mayor especificidad: *el concepto favorable del otro en las relaciones con la pareja* y *el concepto favorable del otro en las relaciones con la madre* se asocian con recibir consejo como forma de apoyo por parte de la pareja y por parte de la madre respectivamente. No se asocian entonces con las experiencias en otras relaciones. *El concepto favorable del otro general* no se relaciona con el apoyo social ni el de los amigos, sino con la *incomodidad con la cercanía* en relaciones de amistad. Es difícil de interpretar porque dependerá de las personas en quienes se haya pensado al responder al CR general.

La *incomodidad con la cercanía en la pareja* y la *incomodidad con la cercanía en las relaciones con amigos* se relacionan con bajo apoyo social de tipo consejo y de tipo emocional en el caso de la pareja y solo con bajo apoyo en la escala de consejo en el caso de los amigos. La *incomodidad con la cercanía* de la pareja también se explica por la incomodidad de la cercanía con los amigos. Y ésta a su vez se explica también por tener un *concepto desfavorable del otro* en las relaciones cercanas en general y un *concepto desfavorable de uno mismo* en la relación con la madre.

Por tanto, la hipótesis de la especificidad (1.3) resulta confirmada en las dimensiones de *concepto de sí mismo*, *concepto del otro* e *incomodidad con la cercanía*, mientras que no se confirma en el caso de la dimensión de *temor al rechazo y abandono*.

4.4.2. Disfunciones psíquicas al inicio de la terapia

4.4.2.1. Puntuaciones en temor al rechazo y abandono e incomodidad con la cercanía halladas en nuestra muestra

Hipótesis 2.1

De acuerdo con la hipótesis formulada, se espera hallar puntuaciones más elevadas en *temor al rechazo y abandono* e *incomodidad con la cercanía* en la muestra clínica del presente estudio que en otros estudios en los que se ha evaluado a personas sin problemas de salud mental.

Hemos localizado tres estudios en los que se ha utilizado el CRI para parejas en la evaluación del apego en población española con muestras no clínicas: el de Alonso-Arbiol, Shaver y Yàrnoz (2007, estudio 2), participaron 393 personas (203 mujeres y 190 varones) con una edad media de 31.2 años; el de Molero, Shaver, Ferrer, Cuadrado y Alonso-Arbiol (2010) se realizó sobre 295 parejas heterosexuales con edad media de 34.3 años; y en el de Gómez-Zapiain, Ortiz y Gómez-Lope (2011) se evaluó a 211 sujetos (116 mujeres y 95 varones) con 37.4 años de media. En nuestro estudio hemos utilizado la versión del CRI para parejas en general o para la pareja actual en la evaluación de una muestra clínica de 115 mujeres y 56 varones ($n = 171$) de 39.5 años. En la Tabla 12 se muestran las medias obtenidas en los cuatro estudios. En nuestro estudio hay una menor proporción de varones que en los otros estudios y la edad es ligeramente superior. No podemos hacer contrastes estadísticos, de modo que nos limitamos a una descripción general.

Parece que las medias de puntuaciones obtenidas en nuestra muestra en *incomodidad con la cercanía* son más elevadas que las obtenidas en los tres estudios con muestras comunitarias, tanto para varones como para mujeres. En cambio, en *temor al rechazo y abandono* los participantes en nuestro estudio obtienen una puntuación

media muy similar a los del estudio Alonso-Arbiol et al. (2007), un poco superior a los del de Gómez-Zapiain et al. (2011) y bastante por encima de los de Molero et al. (2010). Dada la variabilidad entre los tres estudios hemos obtenido una media ponderada en *temor al rechazo y abandono* (63.8), que es inferior a la obtenida por nosotros.

En cuanto a las diferencias de género, Del Giudice (2011) realizó un meta-análisis sobre 100 estudios (N = 66,132) en los que se usaron instrumentos de evaluación bidimensionales. Globalmente, los varones obtienen mayores puntuaciones en *evitación* y menores en *ansiedad* que las mujeres. Lo mismo ocurre al analizar los estudios realizados en la región sur de Europa. Esas tendencias se observan en los 3 estudios que hemos tomado como referencia y en el nuestro, aunque las diferencias parecen relativamente pequeñas.

Tabla 12 Media de las puntuaciones en temor al rechazo y abandono e incomodidad con la cercanía en las relaciones de pareja

	Estudios	Muestra total	Mujeres	Varones
Incomodidad con la cercanía en relaciones de pareja	Alonso-Arbiol et al. (2007)	46.62		
	Molero et al. (2010)	37,17	36.18	38.16
	Gómez-Zapiain et al. (2011)	44,84	42'05	48'24
	Presente estudio	54.56	54.00	55.71
Temor al rechazo y abandono en las relaciones de pareja	Alonso-Arbiol et al. (2007)	75.6		
	Molero et al. (2010)	54,54	55,26	53.82
	Gómez-Zapiain et al. (2011)	67,45	68'16	66'59
	Presente estudio	76.88	77.69	75.21

4.4.2.2. Relaciones entre apego y manifestaciones de disfunciones psíquicas. Correlaciones bivariadas

En primer lugar se aplicó la prueba de Kolmogorov-Smirnov para comprobar la distribución normal de las variables. En segundo lugar se realizó una correlación entre cada variables predictora y cada variable criterio. Como muchas de las variables estudiadas no se distribuyeron normalmente, se trabajó con correlaciones de Spearman.

Hipótesis 2.2: Manifestaciones generales de disfunción. Correlaciones bivariadas.

Se esperaba hallar una correlación significativa positiva entre las dimensiones de apego (*temor al rechazo y abandono, incomodidad con la cercanía, concepto desfavorable de sí mismo* y concepto desfavorable de los demás) y las manifestaciones generales de disfunción psíquica (escala global y de *distrés* del SA-45, afectos negativos, *inadaptación*). En el caso de la subescala de afectos positivos las relaciones deberían ser en el sentido contrario.

En la Tabla 13 se exponen las correlaciones entre las dimensiones de apego adulto y las manifestaciones generales de disfunción. Las dos dimensiones del apego del CR y del CRI tanto en relaciones de pareja como de amistad tienen correlaciones significativas con las manifestaciones generales de disfunción evaluadas con el SA-45, la Escala de Afectos y la Escala de *Inadaptación*. Los conceptos favorables de uno mismo y de los demás se asocian negativamente con cuatro de los indicadores de disfunción, sin tener relación con el afecto positivo. La *incomodidad con la cercanía* y el *temor al rechazo y abandono* en las relaciones de pareja y de amistad están positivamente relacionados con las manifestaciones de disfunción y negativamente relacionados con los afectos positivos. Así, al nivel de las correlaciones bivariadas se confirma la hipótesis 2.2.

Tabla 13 Correlaciones de Spearman entre las dimensiones de apego adulto y las manifestaciones generales de disfunción

		Escala Global del SA45	Escala de Distrés del SA45	Escala de Afectos Negativos	Escala de Afectos Positivo	Escala de Inadaptación
Concepto favorable de sí mismo en las relaciones cercanas	Coef. correlación	-.416**	-.291**	-.217*	.121	-.283**
	Sig. (bilateral)	.000	.000	.023	.210	.000
	N	172	170	109	109	168
Concepto favorable del otro en las relaciones cercanas	Coef. correlación	-.204**	-.092	-.078	.161	-.186*
	Sig. (bilateral)	.007	.232	.419	.095	.016
	N	172	170	109	109	168
Incomodidad con la cercanía en relaciones de pareja	Coef. correlación	.196*	.098	.206*	-.218*	.297**
	Sig. (bilateral)	.010	.205	.030	.021	.000
	N	170	168	111	111	165

		Escala Global del SA45	Escala de Distrés del SA45	Escala de Afectos Negativos	Escala de Afectos Positivo	Escala de Inadaptación
Temor al rechazo en la relaciones de pareja	Coef. correlación	.384**	.282**	.273**	-.202*	.221**
	Sig. (bilateral)	.000	.000	.004	.033	.004
	N	170	168	111	111	165
Incomodidad con la cercanía en relaciones de amistad	Coef. correlación	.293**	.205**	.030	-.250**	.301**
	Sig. (bilateral)	.000	.010	.748	.006	.000
	N	159	157	120	120	154
Temor al rechazo en relaciones de amistad en general	Coef. correlación	.412**	.332**	.231*	-.152	.228**
	Sig. (bilateral)	.000	.000	.011	.097	.004
	N	159	157	120	120	154

Nota: ** Correlación significativa al nivel .01 (bilat.); * Correlación significativa al nivel .05 (bilat.).

Hipótesis 2.3 y 2.4: Manifestaciones generales de disfunción. Correlaciones bivariadas.

En estas hipótesis se planteaba que el apoyo social de la familia y de los amigos (CBAS) y la *proximidad* y la *sensibilidad* en los cuidados (EC) tendrían una relación negativa con las manifestaciones generales y específicas de disfunciones psíquicas (escala global y de *distrés* del SA-45, *inadaptación* y afectos negativos) y una relación positiva con los afectos positivos. En cambio, los cuidados controladores y compulsivos deberían seguir el patrón inverso, asociándose positivamente a las manifestaciones de disfunción y negativamente a los afectos positivos.

Como se puede observar en la Tabla 14, el apoyo social de todas las fuentes de apoyo y la *proximidad* y *sensibilidad* en los cuidados de la pareja u otra persona seleccionada por el sujeto tienen una relación negativa con las manifestaciones de disfunción evaluadas mediante la Escala *Global* del SA-45 y la Escala de *Inadaptación*. El cuidado controlador también tiene relaciones significativas con esos indicadores, pero positivas.

Hallamos menos correlaciones significativas para la escala de *Distrés* del SA-45 y las dos escalas de afectos. La primera sólo tiene una asociación significativa –negativa– con el apoyo de la familia, los amigos y la pareja y no con el resto de las variables apoyo y cuidados. La Escala de Afectos Negativos correlaciona negativamente sólo con el apoyo social de la familia y de la madre y con recibir cuidados compulsivos. Y los afectos positivos correlacionan sólo con el apoyo de los amigos, el de la familia, el de la

pareja y el de la madre. Los cuidados (EC) no se relacionan con la escala de *Distrés*, ni con las dos de afectos, con la excepción del cuidado compulsivo que, como hemos dicho, se relaciona negativamente con los afectos negativos.

La hipótesis 2.3, referida a la relación entre apoyo social y manifestaciones de disfunción queda así confirmada. Y la hipótesis 2.4 sobre la relación entre los cuidados y las manifestaciones de disfunción sólo se confirma parcialmente.

Tabla 14 Correlaciones de Spearman entre las valoraciones de cuidados (CBAS y EC) y las manifestaciones generales de disfunción al inicio del tratamiento

		Escala Global del SA45	Escala de Distrés del SA45	Escala de Afectos Negativos	Escala de Afectos Positivo	Escala de Inadaptación
Apoyo Social media de Familia y amigos	Coeficiente correlación	-.395**	-.322**	-.154	.295**	-.328**
	Sig. (bilateral)	.000	.000	.104	.002	.000
	N	165	163	112	112	164
Apoyo Social de Amigos	Coef. de correlación	-.300**	-.229**	-.077	.317**	-.246**
	Sig. (bilateral)	.000	.003	.421	.001	.002
	N	163	161	111	111	162
Apoyo Social de Familia	Coef. de correlación	-.367**	-.305**	-.215*	.187*	-.339**
	Sig. (bilateral)	.000	.000	.023	.048	.000
	N	163	161	112	112	162
Apoyo Social pareja	Coef. de correlación	-.216*	-.160	-.211	.261*	-.179*
	Sig. (bilateral)	.016	.078	.070	.024	.049
	N	123	122	75	75	122
Apoyo Social padre	Coef. de correlación	-.372**	-.322**	-.312**	.386**	-.367**
	Sig. (bilateral)	.000	.001	.010	.001	.000
	N	111	110	68	68	109
Apoyo Social madre	Coef. de correlación	-.279**	-.214*	-.113	.138	-.297**
	Sig. (bilateral)	.001	.011	.290	.196	.000
	N	141	140	90	90	139
Apoyo Social otro signif.	Coef. de correlación	-.277*	-.198	-.143	.142	-.163
	Sig. (bilateral)	.025	.113	.265	.268	.195
	N	65	65	63	63	65
Proximidad pareja u otro sig.	Coef. de correlación	-.295**	-.265**	-.144	.035	-.307**
	Sig. (bilateral)	.000	.001	.158	.730	.000
	N	144	142	98	98	140
Sensibilidad pareja u otro sig.	Coef. de correlación	-.172*	-.125	-.087	-.013	-.190*
	Sig. (bilateral)	.039	.139	.394	.896	.025
	N	144	142	98	98	140

		Escala Global del SA45	Escala de Distrés del SA45	Escala de Afectos Negativos	Escala de Afectos Positivo	Escala de Inadaptación
Cuidado controlador pareja u otro sig.	Coef. de correlación	.253**	.139	.111	-.029	.200*
	Sig. (bilateral)	.002	.100	.274	.778	.018
	N	144	142	98	98	140
Cuidado compulsivo pareja u otro sig.	Coef. de correlación	-.112	-.090	-.227*	.149	-.075
	Sig. (bilateral)	.182	.287	.025	.144	.378
	N	144	142	98	98	140

Nota: ** Correlación significativa al nivel .01 (bilat.); * Correlación significativa al nivel .05 (bilat.).

Hipótesis 2.5: Manifestaciones generales de disfunción. Correlaciones bivariadas.

Se esperaba que la *incomodidad con la cercanía* mostrara menores relaciones con las manifestaciones generales de disfunciones psíquicas relacionadas con la expresión de sentimientos negativos (SA-45 y afectos negativos) que el *temor al rechazo y abandono*. Las correlaciones de ambas dimensiones con las disfunciones psíquicas se pueden ver en la tabla 13: efectivamente las correlaciones de la *incomodidad con la cercanía* con la escala global del SA-45 y la escala de afectos negativos (*rho* entre .196 y .293, con una relación no significativa) son más bajas que las que tiene el *temor al rechazo y abandono* (*rho* entre .23 y .38, siendo las cuatro significativas).

Hipótesis 2.6: Manifestaciones específicas de disfunción. Correlaciones bivariadas.

Como hemos visto el apego inseguro funciona como un factor de vulnerabilidad para una variedad de disfunciones psíquicas y no para un perfil específico, de manera que esperamos que las cuatro dimensiones del apego se relacionen significativamente con una variedad de dimensiones del SA-45. Pero es posible que determinadas dimensiones del apego sí tengan mayor relación que otras con manifestaciones específicas de disfunción, en particular, con aquellas referidas a las relaciones interpersonales.

Según se propuso en la hipótesis 2.6, se espera hallar una relación positiva entre temer el rechazo y abandono y tener un *concepto desfavorable de sí mismo* y las puntuaciones en la *Sensibilidad Interpersonal* del SA-45; y una relación positiva entre

el grado de *incomodidad con la cercanía* y el grado en que se tiene un concepto desfavorable de los otros y las puntuaciones en *Hostilidad* y *Paranoidismo* del SA-45.

En la Tabla 15 se muestran las correlaciones de Spearman entre las dimensiones de apego adulto y las manifestaciones específicas de disfunción. Hay tres perfiles de manifestaciones disfuncionales (*sensibilidad interpersonal*, *psicoticismo* y *obsesión*) que tienen relaciones significativas con todas las dimensiones de apego evaluadas y hay uno, *somatización*, que sólo parece estar relacionado con el *concepto desfavorable de uno mismo* en las relaciones cercanas.

El concepto negativo de uno mismo se relaciona con todos los tipos de manifestaciones de disfunción menos con la *hostilidad*. Como era de esperar, la correlación más alta la tiene con *sensibilidad interpersonal*. El concepto desfavorable de los otros tiene menos relaciones con los distintos síndromes. La relación con *hostilidad* es la esperada, pero pequeña. Se suponía que *paranoia* tendría más relación con el concepto negativo del otro que con el de sí mismo, y ocurre justamente lo contrario.

La inseguridad evaluada con el CRI (*incomodidad con la cercanía* y el *temor al rechazo y abandono*) parece relacionarse especialmente con *depresión*, *sensibilidad interpersonal*, *psicoticismo* y *obsesión*. Cuando la *incomodidad con la cercanía* y el *temor al rechazo y abandono* se dan en las relaciones de pareja, también tienen relación con *hostilidad*. Y cuando ocurren en las relaciones de amistad, tienen relación con *fobias* y *paranoia*. Ni la *incomodidad con la cercanía* ni el *temor al rechazo y abandono* se relacionan con *somatización*.

Por tanto y en relación a la hipótesis 2.6 se confirma la relación entre *temor al rechazo y abandono* y *sensibilidad interpersonal*, pero esta dimensión de psicopatología también se asocia a las otras dimensiones del apego. También se confirma la relación de la *incomodidad con la cercanía* y el concepto desfavorable de los otros con la *hostilidad*, aunque es pequeña. En cambio, no se confirma nuestra hipótesis respecto a la subescala de *paranoia*: está más relacionada con el concepto negativo de uno mismo y el *temor al rechazo y abandono* que con la *incomodidad con la cercanía* y el *concepto desfavorable del otro*.

Tabla 15 Correlaciones de Spearman entre las dimensiones de apego adulto y las manifestaciones específicas de disfunción.

		Depresión SA45	Hostilidad SA45	Sensibilidad SA45	Somatización SA45	Ansiedad SA45	Psicotismo SA45	Obsesión SA45	Fobias SA45	Paranoia SA-45
Concepto favorable de sí mismo	Correlación	-.370**	-.110	-.490**	-.197**	-.233**	-.282**	-.348**	-.255**	-.400**
	Sig. (bilat.)	.000	.151	.000	.010	.002	.000	.000	.001	.000
	N	172	172	172	172	172	172	172	172	172
Concepto favorable del otro	Correlación	-.118	-.165*	-.230**	-.061	-.124	-.150*	-.204**	-.084	-.132
	Sig. (bilat.)	.123	.031	.002	.424	.106	.049	.007	.274	.084
	N	172	172	172	172	172	172	172	172	172
Incomodidad con cercanía en relacs. de pareja	Correlación	.303**	.213**	.173*	.032	.056	.215**	.203**	.069	.107
	Sig. (bilat.)	.000	.005	.024	.683	.467	.005	.008	.373	.166
	N	170	170	170	170	170	170	170	170	170
Temor al rechazo y abandono en relacs. de pareja	Correlación	.431**	.183*	.398**	.112	.195*	.304**	.358**	.193*	.374**
	Sig. (bilat.)	.000	.017	.000	.145	.011	.000	.000	.012	.000
	N	170	170	170	170	170	170	170	170	170
Incomodidad con cercanía en relacs. de amistad	Correlación	.291**	.156	.424**	.007	.106	.171*	.271**	.259**	.218**
	Sig. (bilat.)	.000	.050	.000	.925	.185	.031	.001	.001	.006
	N	159	159	159	159	159	159	159	159	159
Temor al rechazo y abandono en relacs. de amistad	Correlación	.357**	.136	.434**	.147	.259**	.296**	.378**	.301**	.407**
	Sig. (bilat.)	.000	.088	.000	.064	.001	.000	.000	.000	.000
	N	159	159	159	159	159	159	159	159	159

Nota: ** Correlación significativa al nivel .01 (bilat.); * Correlación significativa al nivel .05 (bilat.).

Hipótesis 3.1. Manifestaciones generales de disfunción. Correlaciones bivariadas.

En consonancia con lo que planteábamos en la hipótesis, se encuentra una relación positiva entre el estrés experimentado en el último año relacionado con acontecimientos vitales y las manifestaciones de disfunción en la evaluación inicial (Tabla 16). Parece que las áreas que más relación tienen con las disfunciones psíquicas son la de salud, pareja y problemas legales.

Tabla 16 Correlaciones de Spearman entre AVE y manifestaciones generales de disfunción iniciales

		Escala de Afectos Positivo	Escala de Afectos Negativos	Escala de Inadaptación	Escala Global del SA45	SA45: Distrés
Estrés global	Coef. de correlación	-.154	.416**	.430**	.470**	.346**
	Sig. (bilat.)	.133	.000	.000	.000	.000
	N	96	96	149	150	148
Nº de sucesos vitales estresantes	Coef. de correlación	-.033	.307**	.334**	.324**	.158
	Sig. (bilat.)	.756	.003	.000	.000	.058
	N	92	92	145	146	145
AVE relacionados con el trabajo	Coef. de correlación	-.118	.153	.100	.156	-.002
	Sig. (bilat.)	.264	.146	.232	.061	.981
	N	92	92	144	145	144
AVE relacionados con el ámbito académico	Coef. de correlación	.104	-.114	-.014	-.003	-.049
	Sig. (bilat.)	.323	.277	.867	.967	.558
	N	92	92	144	145	144
AVE relacionados con la salud	Coef. de correlación	-.127	.216*	.285**	.296**	.288**
	Sig. (bilat.)	.228	.039	.001	.000	.000
	N	92	92	144	145	144
AVE relacionados con pareja	Coef. de correlación	-.008	.281**	.291**	.264**	.205*
	Sig. (bilat.)	.940	.007	.000	.001	.014
	N	92	92	144	145	144
AVE relacionados con la familia	Coef. de correlación	-.163	.205	.157	.133	.162
	Sig. (bilat.)	.120	.050	.061	.111	.052
	N	92	92	144	145	144
AVE relacionados con la vida social	Coef. de correlación	-.065	.188	.316**	.341**	.221**
	Sig. (bilat.)	.535	.073	.000	.000	.008
	N	92	92	144	145	144
AVE relacionados con cuestiones legales	Coef. de correlación	-.085	.240*	.253**	.341**	.310**
	Sig. (bilat.)	.418	.021	.002	.000	.000
	N	92	92	144	145	144
AVE relacionados con las finanzas	Coef. de correlación	-.056	.272**	.221**	.209*	.125
	Sig. (bilat.)	.595	.009	.008	.012	.135
	N	92	92	144	145	144
AVE relacionados con la residencia	Coef. de correlación	.058	.009	.057	.068	.005
	Sig. (bilat.)	.585	.934	.495	.419	.957
	N	92	92	144	145	144
Puntuación total de otros AVE	Coef. de correlación	-.058	.026	.187*	.113	.057
	Sig. (bilat.)	.578	.804	.023	.168	.489
	N	96	96	149	150	148

Nota: ** Correlación significativa al nivel .01 (bilat.); * Correlación significativa al nivel .05 (bilat.).

Hipótesis 3.2. Manifestaciones generales de disfunción. Correlaciones bivariadas.

Esperamos hallar que la *búsqueda de apoyo social*, la *resolución de problemas* y la *reestructuración cognitiva* están asociadas negativamente a las manifestaciones de disfunción, mientras que la *retirada social*, la evitación de los problemas, la *autocrítica* y el *pensamiento desiderativo* tienen una relación positiva con las manifestaciones de disfunción.

Las correlaciones de Spearman entre los distintos tipos de estrategias de afrontamiento y las manifestaciones generales de disfunción pueden verse en la Tabla 17. Los tipos de estrategias de afrontamiento más relacionadas con las manifestaciones de disfunciones psíquicas parecen ser la *autocrítica*, la *reestructuración cognitiva*, la *retirada social* y el *pensamiento desiderativo* con una relación positiva en el caso de la *autocrítica*, el *pensamiento desiderativo* y la *retirada social* y negativa en el de la *reestructuración cognitiva*. En cambio, parece que la *evitación de problemas* no se asocia a mayor psicopatología y que la *búsqueda de apoyo social* y la *resolución de problemas* tampoco están asociadas a menor psicopatología.

Tabla 17 Correlaciones de Spearman entre los distintos tipos de estrategias de afrontamiento y las manifestaciones generales de disfunción.

		Escala Global del SA45	Escala de Distrés del SA45	Escala de Afectos Negativos	Escala de Afectos Positivos	Escala de Inadaptación
Resolución de problemas	Coefficiente correlación	-.185*	-.106	-.011	.078	-.165*
	Sig. (bilat.)	.022	.193	.915	.459	.043
	N	152	151	92	92	150
Autocrítica	Coefficiente correlación	.319**	.256**	.247*	-.200	.247**
	Sig. (bilat.)	.000	.002	.018	.055	.002
	N	152	151	92	92	150
Expresión emocional	Coefficiente correlación	-.076	-.126	-.016	.087	-.148
	Sig. (bilat.)	.353	.125	.877	.411	.070
	N	152	151	92	92	150
Pensamiento desiderativo	Coefficiente correlación	.162*	.194*	.250*	-.122	-.007
	Sig. (bilat.)	.046	.017	.016	.246	.929
	N	152	151	92	92	150
Búsqueda de apoyo social	Coefficiente correlación	-.140	-.087	.032	.155	-.207*
	Sig. (bilat.)	.086	.291	.765	.139	.011
	N	152	151	92	92	150
Reestructuración cognitiva	Coefficiente correlación	-.262**	-.262**	-.472**	.476**	-.075
	Sig. (bilat.)	.001	.001	.000	.000	.364
	N	152	151	92	92	150

		Escala Global del SA45	Escala de Distrés del SA45	Escala de Afectos Negativos	Escala de Afectos Positivos	Escala de Inadaptación
Evitación de problemas	Coeficiente correlación	-.015	-.083	-.121	.140	-.043
	Sig. (bilat.)	.854	.313	.252	.184	.599
	N	152	151	92	92	150
Retirada Social	Coeficiente correlación	.423**	.334**	.341**	-.150	.412**
	Sig. (bilat.)	.000	.000	.001	.153	.000
	N	152	151	92	92	150
Apoyo Social de Amigos	Coeficiente correlación	-.300**	-.229**	-.077	.317**	-.246**
	Sig. (bilat.)	.000	.003	.421	.001	.002
	N	163	161	111	111	162
Apoyo Social de Familia	Coeficiente correlación	-.367**	-.305**	-.215*	.187*	-.339**
	Sig. (bilat.)	.000	.000	.023	.048	.000
	N	163	161	112	112	162

Nota: ** Correlación significativa al nivel .01 (bilat.); * Correlación significativa al nivel .05 (bilat.).

4.4.2.3. Análisis de Regresión: Predicción de las manifestaciones generales de disfunción iniciales a partir de las variables de acontecimientos estresantes, estrategias de afrontamiento, estilo de apego y cuidado y apoyo social

Las variables predictoras que tuvieron una correlación significativa con las variables criterio fueron incluidas en el modelo de Regresión Múltiple, excepto aquellas que contaban con un número insuficiente de casos (las de apego y apoyo que se referían a relaciones específicas y las de la Escala de Cuidados y el Cuestionario de Apego Parental). Se eliminó la variable *Número de acontecimientos vitales estresantes* porque es colineal con la variable de *Estrés total*. Así, las variables incluidas en el análisis de regresión fueron las siguientes: el estrés total y el estrés de las diferentes áreas del CSV, las estrategias de afrontamiento, el *concepto de sí mismo* y el *concepto del otro* en las relaciones cercanas en general (CR), el *temor al rechazo y abandono* y la *incomodidad con la cercanía* en las relaciones de pareja en general, el *temor al rechazo y abandono* y la *incomodidad con la cercanía* en las relaciones con amigos, el apoyo social de los amigos y el apoyo social de la familia. La regresión se realizó mediante el procedimiento de Pasos sucesivos.

Manifestaciones de disfunción evaluadas mediante la escala global del SA-45

El análisis de Regresión Múltiple con el procedimiento de pasos sucesivos revela

que el 50.8% de la varianza de las manifestaciones de disfunción evaluadas mediante la escala *global* del SA-45 (suma de puntuaciones directas) se explica fundamentalmente las siguientes variables: El estrés total experimentado por acontecimientos vitales (CSV), tener un concepto negativo de sí-mismo en las relaciones cercanas (CR), temer el rechazo/abandono en la relación de pareja actual o en las relaciones de pareja en general (CRI), tener poco apoyo de los familiares (CBAS) y, en el proceso de afrontamiento (CSI), usar como estrategia la evitación del contacto social y no utilizar la *reestructuración cognitiva*.

Manifestaciones de disfunción evaluadas con la escala de distrés (SA-45)

Al utilizar el índice de *distrés* del SA-45 (intensidad media de los síntomas presentes), el 21.6% de la varianza se explica por las siguientes variables: tener un concepto negativo de uno mismo en las relaciones cercanas y usar como estrategia de afrontamiento la *retirada social* y no la *reestructuración cognitiva*.

Manifestaciones de disfunción evaluadas mediante la escala de afectos negativos

En la Regresión Múltiple se combinan cinco variables para explicar el 45.6% de la varianza del afecto negativo: el estrés total, el temor al rechazo/abandono por parte de las amistades (CRI) y la *incomodidad con la cercanía* en las relaciones de pareja (CRI) y usar como estrategia de afrontamiento el *pensamiento desiderativo* y no la *reestructuración cognitiva*.

Manifestaciones de disfunción evaluadas mediante la escala de afectos positivos

Tres variables explican el afecto positivo, con el 31.9% de la varianza: no temer el rechazo/abandono en las relaciones de pareja, contar con apoyo de amigos y tratar de hacer cambios en la interpretación de las situaciones estresantes.

Manifestaciones de disfunción evaluadas mediante la *Escala de Inadaptación*

En cuanto a la Escala de *Inadaptación* de Echeburúa, el 29.8% de la varianza puede explicarse por los siguientes factores: Haber experimentado acontecimientos estresantes relacionados con la vida social, tener un concepto negativo de sí-mismo en las relaciones cercanas, carecer de apoyo por parte de la familia, y usar la *retirada social* como estrategia de afrontamiento.

En la Tabla 18 se recogen las variables que han resultado significativas en el análisis de regresión sobre manifestaciones generales de disfunciones psíquicas. Como manifestaciones generales se han usado la puntuación total y el índice de *distrés* (intensidad media de los síntomas presentes) del SA-45, las subescalas de afectos positivos y negativos (PANAS) y la Escala de *Inadaptación* de Echeburúa. El factor que ha resultado más relevante para explicar las manifestaciones generales de disfunción (y también las manifestaciones específicas, como luego veremos) ha sido el uso de la *reestructuración cognitiva* como estrategia de afrontamiento. Resulta significativa en la ecuación de regresión que explica los dos índices del SA-45 y los afectos positivos y negativos; sólo ha sido irrelevante para el grado de *inadaptación*.

Los siguientes factores en importancia para predecir las manifestaciones generales de disfunciones psíquicas han sido la *retirada social* como estrategia de afrontamiento y tener un *concepto negativo de sí mismo* en las relaciones cercanas. Ninguno de los dos fue relevante para explicar los afectos, pero sí para los dos índices del SA-45 y para la *inadaptación*.

A continuación, en este orden de poder explicativo, tenemos tres variables: el estrés total experimentado en el último año, el temor al rechazo en las relaciones de pareja (*ansiedad* en el apego del CRI) y el apoyo social de los familiares. El estrés contribuye a explicar la escala *global* del SA-45 y los afectos negativos; el temor al rechazo tiene un papel relevante para el afecto positivo y la escala *global* del SA-45; y el apoyo de la familia para la sintomatología total del SA y la *inadaptación*.

Por último, tenemos cinco variables más que están relacionadas con los indicadores generales de psicopatología: los acontecimientos estresantes relacionados con la vida social son importantes para la *inadaptación*; las estrategias de afrontamiento basadas en el *pensamiento desiderativo* (desear que la situación estresante no ocurriera, que no volviera a ocurrir, poder modificarla,...), la *incomodidad con la cercanía* en las relaciones de pareja y el temor al rechazo de los amigos contribuyen a explicar los afectos negativos; y el apoyo social de los amigos forma parte de los factores que explican los afectos positivos.

Tabla 18 Factores significativos en la regresión para indicadores globales de disfunciones psíquicas

	Escala de Afectos Positivos	Escala de Afectos Negativos	Escala de Inadaptación	Escala Global del SA45	Escala de Distrés SA45	N.º de variables predichas
Estrés total por acontecimientos estresantes		$\beta = .304$		$\beta = .227$		2
Acontecimientos estresantes relacionados con la vida social			$\beta = .204$			1
Pensamiento desiderativo en el afrontamiento		$\beta = .251$				1
Reestructuración cognitiva en el afrontamiento	$\beta = .396$	$\beta = -.443$		$\beta = -.241$	$\beta = -.206$	4
Retirada Social en el afrontamiento			$\beta = .247$	$\beta = .234$	$\beta = .274$	3
Concepto favorable de sí mismo en las relaciones cercanas			$\beta = -.198$	$\beta = -.180$	$\beta = -.248$	3
Concepto de los otros en las relaciones cercanas						0
Incomodidad con la cercanía en la relación de pareja actual o general		$\beta = .181$				1
Temor al rechazo en la relación de pareja actual o general	$\beta = -.262$			$\beta = .241$		2
Incomodidad con la cercanía en relaciones de amistad						0
Temor al rechazo en relaciones de amistad en general		$\beta = .190$				1
Apoyo Social de Amigos	$\beta = .228$					1
Apoyo Social de Familia			$\beta = -.193$	$\beta = -.152$		2
R ²	,319	,456	,298	,508	,216	

Hipótesis 2.2. Manifestaciones generales de disfunción. Análisis de Regresión.

Las variables que han resultado tener valor predictivo sobre las manifestaciones generales de disfunción evaluadas al inicio se muestran en la tabla 18. El concepto desfavorable de los otros en general (el grado en que se la persona los considera poco dignos de confianza y disponibles para apoyarla), que correlacionaba positivamente con las manifestaciones generales de disfunciones psíquicas, ha resultado no tener valor explicativo en la regresión. El *concepto desfavorable de sí mismo* (el grado en que la persona se considera indigna de amor y apoyo) ha contribuido a explicar la *inadaptación* y los dos índices *global* y de *distrés* del SA-45. El *temor al rechazo y abandono* en las relaciones de pareja predice significativamente la escala *global* del SA-45 y los afectos positivos; y el *temor al rechazo y abandono* predice los afectos negativos. La *incomodidad con la cercanía* de la pareja predice los afectos negativos mientras que la *incomodidad con la cercanía* de amigos no ha resultado significativa en las regresiones.

De esta manera, la hipótesis 2.2 sobre la relación entre inseguridad en el apego y disfunciones psíquicas queda confirmada para *temor al rechazo y abandono* y el *concepto desfavorable de sí mismo*; en menor grado también para la *incomodidad*; pero no ha sido confirmada en el caso del concepto desfavorable de los demás, que no aporta valor explicativo.

Hipótesis 2.3. Manifestaciones generales de disfunción. Análisis de Regresión.

Las valoraciones de los apoyos recibidos de amigos y familiares han tenido valor explicativo para las manifestaciones generales de disfunciones psíquicas, siendo más relevante el apoyo de los familiares. El apoyo de de los amigos presenta una relación positiva con los afectos positivos; y el de la familia, una relación negativa con la escala *global* del SA-45 y la *inadaptación*.

Hipótesis 2.4

Esta hipótesis no se contrastado con el análisis de regresión debido al insuficiente número de casos.

Hipótesis 2.5. Manifestaciones generales de disfunción. Análisis de Regresión.

Aunque tanto el *temor al rechazo y abandono* como la *incomodidad con la cercanía* se relacionan con psicopatología, parece que la primera dimensión es más

importante, como se había hipotetizado. En las relaciones de pareja el *temor al rechazo* y *abandono* predice significativamente la escala *global* del SA-45 y los afectos positivos; mientras que la *incomodidad con la cercanía* de la pareja predice los afectos negativos. En las relaciones de amistad, el *temor al rechazo* y *abandono* predice los afectos negativos, mientras que la *incomodidad con la cercanía* no ha aportado valor explicativo.

Hipótesis 2.6 Se trata más adelante.

Hipótesis 3.1. Manifestaciones generales de disfunción. Análisis de Regresión.

El estrés total experimentado en el año anterior en relación a acontecimientos vitales estresantes ha sido significativo para explicar una parte de la varianza de los afectos negativos y de la escala global del SA-45. Y el estrés debido a AVE en el área de la vida social ha contribuido a explicar el grado de *inadaptación* de las personas en la evaluación inicial. Donde no resultan relevantes los AVE es en la explicación del afecto positivo. Se confirma así la hipótesis relativa al papel de los AVE como desencadenantes de disfunciones psíquicas.

Hipótesis 3.2. Manifestaciones generales de disfunción. Análisis de Regresión.

El análisis de regresión confirma la importancia de determinadas estrategias de afrontamiento: la *reestructuración cognitiva*, la *retirada social* y el *pensamiento desiderativo*. El uso de la reestructuración cognitiva se relaciona con menores niveles de afectos negativos y de síntomas (escala global del SA-45) y con mayores niveles de afectos positivos. La *autocrítica* y la *resolución de problemas* desaparecen a este nivel de análisis como factores relevantes.

4.4.2.4. Análisis de Regresión: Predicción de las manifestaciones específicas de disfunción iniciales a partir de las variables de acontecimientos estresantes, estrategias de afrontamiento, estilo de apego y cuidado y apoyo social

En la Tabla 19 mostramos las correlaciones de Spearman entre las manifestaciones específicas de disfunción del SA-45 y las variables de estrés por acontecimientos

vitales, de apego, de apoyo social y de estrategias de afrontamiento. Hay algunas variables (estrés total, acontecimientos vitales relacionados con la salud, con las relaciones de pareja, con problemas legales y con la vida social, la *retirada social* como estrategia de afrontamiento, tener un concepto desfavorable de uno mismo en las relaciones cercanas y temer el rechazo y abandono de la pareja) que tienen relaciones significativas positivas con todas o casi todas las subescalas del SA-45. En cambio, otras variables no tienen ninguna relación significativa con las subescalas del SA-45: AVE relacionados con el cambio de residencia y las estrategias de afrontamiento de *expresión emocional* y *evitación de problemas*. Los AVE relacionados con cuestiones académicas tienen una correlación negativa con *somatización*. De las subescalas de sintomatología, las más relacionadas con las estrategias de afrontamiento son *sensibilidad interpersonal* y *ansiedad*. La primera se relaciona positivamente con *autocrítica* y *retirada social* y negativamente con *resolución de problemas* y *búsqueda de apoyo social*; y la subescala de *ansiedad* se asocia negativamente con *reestructuración cognitiva* y positivamente con *autocrítica*, *pensamiento desiderativo* y *retirada social*. Las subescalas del SA-45 con más correlaciones significativas con el apego y los apoyos son *depresión*, *sensibilidad interpersonal* y *obsesión*, que tienen una relación negativa con la seguridad en el apego y con el apoyo social de amigos y familiares.

Tabla 19 Correlaciones entre las manifestaciones específicas de disfunción del SA-45 y las variables de estrés por acontecimientos vitales, de apego, de apoyo social y de estrategias de afrontamiento.

		Depresión	Hostilidad	Sensibilidad	Somatización	Ansiedad	Psicoticismo	Obsesión	Fobias	Paranoia
Estrés total	Coefficiente correlación	.396**	.358**	.402**	.221**	.335**	.379**	.373**	.215**	.550**
	Sig. (bilat.)	.000	.000	.000	.007	.000	.000	.000	.008	.000
	N	150	150	150	150	150	150	150	150	150
Número de AVE	Coefficiente correlación	.265**	.300**	.285**	.113	.194*	.280**	.247**	.130	.454**
	Sig. (bilat.)	.001	.000	.000	.175	.019	.001	.003	.118	.000
	N	146	146	146	146	146	146	146	146	146
AVE cuestionarios laborales	Coefficiente correlación	.049	.129	.187*	-.070	.075	.088	.160	.096	.318**
	Sig. (bilat.)	.560	.121	.024	.402	.370	.295	.055	.251	.000
	N	145	145	145	145	145	145	145	145	145
AVE cuestionarios académicas	Coefficiente correlación	.026	.012	.174*	-.197*	-.154	.051	.095	-.077	.130
	Sig. (bilat.)	.760	.890	.037	.018	.064	.540	.258	.357	.119
	N	145	145	145	145	145	145	145	145	145
AVE salud	Coefficiente correlación	.248**	.160	.218**	.308**	.245**	.180*	.283**	.207*	.239**
	Sig. (bilat.)	.003	.055	.008	.000	.003	.031	.001	.012	.004
	N	145	145	145	145	145	145	145	145	145

		Depresión	Hostilidad	Sensibilidad	Somatización	Ansiedad	Psicoticismo	Obsesión	Fobias	Paranoia
AVE amor y relación de pareja	Coefficiente correlación	.317**	.283**	.233**	.082	.179*	.097	.168*	.086	.284**
	Sig. (bilat.)	.000	.001	.005	.324	.031	.246	.044	.306	.001
	N	145	145	145	145	145	145	145	145	145
AVE familia hijos	Coefficiente correlación	.105	.198*	.060	.124	.174*	.052	.011	.054	.212*
	Sig. (bilat.)	.211	.017	.473	.138	.036	.534	.892	.517	.010
	N	145	145	145	145	145	145	145	145	145
AVE vida social	Coefficiente correlación	.270**	.234**	.278**	.124	.225**	.327**	.335**	.184*	.381**
	Sig. (bilat.)	.001	.005	.001	.137	.007	.000	.000	.027	.000
	N	145	145	145	145	145	145	145	145	145
AVE cuestionarios legales	Coefficiente correlación	.279**	.118	.298**	.189*	.276**	.243**	.222**	.197*	.338**
	Sig. (bilat.)	.001	.158	.000	.023	.001	.003	.007	.018	.000
	N	145	145	145	145	145	145	145	145	145
AVE finanzas	Coefficiente correlación	.216**	.122	.102	.166*	.133	.182*	.088	.104	.228**
	Sig. (bilat.)	.009	.145	.221	.047	.111	.028	.293	.211	.006
	N	145	145	145	145	145	145	145	145	145
AVE residencia	Coefficiente correlación	.046	.021	.068	.031	.084	.105	.041	-.006	.154
	Sig. (bilat.)	.580	.798	.415	.710	.316	.208	.628	.943	.064
	N	145	145	145	145	145	145	145	145	145
AVE consultante	Coefficiente correlación	.080	.084	.051	.036	.115	.292**	.157	-.059	.186*
	Sig. (bilat.)	.328	.309	.534	.665	.160	.000	.055	.474	.023
	N	150	150	150	150	150	150	150	150	150
Resolución de problemas	Coefficiente correlación	-.156	-.116	-.305**	.047	-.156	-.086	-.253**	-.134	-.105
	Sig. (bilat.)	.054	.155	.000	.567	.054	.290	.002	.099	.198
	N	152	152	152	152	152	152	152	152	152
Autocrítica	Coefficiente correlación	.375**	.130	.401**	.033	.239**	.308**	.334**	.212**	.222**
	Sig. (bilat.)	.000	.111	.000	.684	.003	.000	.000	.009	.006
	N	152	152	152	152	152	152	152	152	152
Expresión emocional	Coefficiente correlación	-.083	.061	-.108	-.067	-.116	-.086	-.072	-.022	.023
	Sig. (bilat.)	.310	.455	.185	.410	.154	.291	.377	.784	.780
	N	152	152	152	152	152	152	152	152	152
Pensamiento desiderativo	Coefficiente correlación	.155	.084	.050	.159*	.179*	.011	.040	.098	.239**
	Sig. (bilat.)	.057	.304	.543	.050	.027	.894	.628	.229	.003
	N	152	152	152	152	152	152	152	152	152
Búsqueda de apoyo social	Coefficiente correlación	-.108	-.028	-.186*	-.088	-.150	-.120	-.113	-.159	-.003
	Sig. (bilat.)	.186	.732	.022	.280	.065	.140	.167	.051	.967
	N	152	152	152	152	152	152	152	152	152
Reestructuración cognitiva	Coefficiente correlación	-.314**	-.240**	-.155	-.218**	-.335**	-.017	-.164*	-.115	-.152
	Sig. (bilat.)	.000	.003	.057	.007	.000	.840	.043	.159	.062
	N	152	152	152	152	152	152	152	152	152
Evitación de problemas	Coefficiente correlación	-.088	.010	.073	-.096	-.103	-.010	.016	.033	.039
	Sig. (bilat.)	.283	.905	.374	.238	.205	.898	.850	.691	.632
	N	152	152	152	152	152	152	152	152	152
Retirada Social	Coefficiente correlación	.463**	.234**	.402**	.215**	.337**	.299**	.386**	.265**	.238**
	Sig. (bilat.)	.000	.004	.000	.008	.000	.000	.000	.001	.003
	N	152	152	152	152	152	152	152	152	152

		Depresión	Hostilidad	Sensibilidad	Somatización	Ansiedad	Psicoticismo	Obsesión	Fobias	Paranoia
Concepto favorable de sí mismo	Coeficiente correlación	-.370**	-.110	-.490**	-.197**	-.233**	-.282**	-.348**	-.255**	-.400**
	Sig. (bilat.)	.000	.151	.000	.010	.002	.000	.000	.001	.000
	N	172	172	172	172	172	172	172	172	172
Concepto favorable del otro	Coeficiente correlación	-.118	-.165*	-.230**	-.061	-.124	-.150*	-.204**	-.084	-.132
	Sig. (bilat.)	.123	.031	.002	.424	.106	.049	.007	.274	.084
	N	172	172	172	172	172	172	172	172	172
Incomodidad con cercanía en pareja	Coeficiente correlación	.303**	.213**	.173*	.032	.056	.215**	.203**	.069	.107
	Sig. (bilat.)	.000	.005	.024	.683	.467	.005	.008	.373	.166
	N	170	170	170	170	170	170	170	170	170
Temor al rechazo de pareja	Coeficiente correlación	.431**	.183*	.398**	.112	.195*	.304**	.358**	.193*	.374**
	Sig. (bilat.)	.000	.017	.000	.145	.011	.000	.000	.012	.000
	N	170	170	170	170	170	170	170	170	170
Incomodidad con cercanía amistad	Coeficiente correlación	.291**	.156	.424**	.007	.106	.171*	.271**	.259**	.218**
	Sig. (bilat.)	.000	.050	.000	.925	.185	.031	.001	.001	.006
	N	159	159	159	159	159	159	159	159	159
Temor al rechazo de amigos	Coeficiente correlación	.357**	.136	.434**	.147	.259**	.296**	.378**	.301**	.407**
	Sig. (bilat.)	.000	.088	.000	.064	.001	.000	.000	.000	.000
	N	159	159	159	159	159	159	159	159	159
Apoyo Social de Amigos	Coeficiente correlación	-.273**	-.128	-.373**	-.135	-.162*	-.151	-.289**	-.331**	-.148
	Sig. (bilat.)	.000	.103	.000	.085	.038	.054	.000	.000	.059
	N	163	163	163	163	163	163	163	163	163
Apoyo Social de Familia	Coeficiente correlación	-.387**	-.279**	-.376**	-.237**	-.225**	-.114	-.323**	-.148	-.312**
	Sig. (bilat.)	.000	.000	.000	.002	.004	.146	.000	.059	.000
	N	163	163	163	163	163	163	163	163	163

Nota: ** Correlación significativa al nivel .01 (bilat.); * Correlación significativa al nivel .05 (bilat.).

Manifestaciones de disfunción: Escala de Depresión del SA-45

El modelo explica el 52.8% de la varianza de la sintomatología depresiva, contando con las siguientes variables: temer el rechazo y sentirse incómodo con la cercanía en las relaciones de pareja; usar la *retirada social* y no la *reestructuración cognitiva* como estrategias de afrontamiento; y no verse apoyado por la familia.

Manifestaciones de disfunción: Escala de Hostilidad del SA-45

La *hostilidad* resulta estar relacionada el estrés total debido a acontecimientos estresantes en el último año y con no usar estrategias de afrontamiento basadas en la *reestructuración cognitiva*.

Manifestaciones de disfunción: Escala de Sensibilidad del SA-45

La *sensibilidad interpersonal* ha resultado explicada (R cuadrado = .506) por las siguientes variables: el estrés total experimentado en el último año; tener un concepto negativo de uno mismo en las relaciones personales; temer el rechazo y sentirse incómodo con la cercanía en las relaciones de amistad; y usar la *autocrítica* como estrategia de afrontamiento.

Manifestaciones de disfunción: Escala de Somatización del SA-45

La presencia de somatizaciones sólo se ha podido explicar en un 17.5%, a partir de acontecimientos estresantes relacionados con la salud y con no usar estrategias de *reestructuración cognitiva*. Curiosamente, haber pasado por eventos estresantes en el área académica ha tenido relación con menos somatizaciones.

Manifestaciones de disfunción: Escala de Ansiedad del SA-45

Las puntuaciones en la subescala de *ansiedad* del SA-45 se explican (R cuadrado = .331) por la siguiente combinación de variables: experimentar circunstancias estresantes en las áreas de la familia y de la vida social; temer el rechazo o abandono en las relaciones con amigos; y usar estrategias de afrontamiento relacionadas con la *autocrítica* y no con la *reestructuración cognitiva*.

Manifestaciones de disfunción: Escala de Psicoticismo del SA-45

La subescala de *psicoticismo* del SA-45 se explica (R cuadrado = .258) por la combinación del estrés total y otros acontecimientos vitales añadidos por el consultante, un *concepto desfavorable de sí mismo* en las relaciones personales, y usar la *autocrítica* como estilo de afrontamiento.

Manifestaciones de disfunción: Escala de Obsesión del SA-45

El Modelo de Regresión explica el 38.9% de la varianza de la sintomatología obsesiva, a partir de las siguientes variables: eventos vitales estresantes relacionados con la vida social; tener un *concepto de sí mismo* negativo en las relaciones cercanas; temer el rechazo en las relaciones de pareja; en el afrontamiento usar estrategias de evitación social y no de *reestructuración cognitiva*; y contar con poco apoyo por parte de la familia.

Manifestaciones de disfunción: Escala de Fobias del SA-45

La subescala de *fobias* del SA-45 se explica, en un 24.7% de la varianza, por haber experimentado eventos estresantes relacionados con la salud, temer el rechazo de las amistades y usar estrategias de afrontamiento consistentes en evitar el contacto social.

Manifestaciones de disfunción evaluadas: Escala de Paranoia del SA-45

Las manifestaciones de *paranoia* en el SA-45 se explican (R cuadrado = .449) por la combinación del estrés total en el último año, tener un *concepto desfavorable de sí mismo* en las relaciones íntimas, temer el rechazo en las relaciones de amistad y usar en el afrontamiento estrategias basadas en el *pensamiento desiderativo*.

Se pueden ver en la Tabla 20 las variables que han sido incluidas como predictoras significativas en los modelos de regresión de cada una de las subescalas del SA-45. Si atendemos a perfiles disfuncionales más específicos, tenemos que la sintomatología depresiva está relacionada con el tipo de apego a las parejas, tanto con la *incomodidad con la cercanía* como con el *temor al rechazo y abandono*; con un afrontamiento caracterizado por la *retirada social* y la no utilización de estrategias de *reestructuración cognitiva*; y con poco apoyo de la familia. La *hostilidad* se predice desde el estrés total y no usar estrategias de *reestructuración cognitiva*. La *sensibilidad interpersonal*, se relaciona con el estrés total, la *autocrítica*, el *concepto desfavorable de sí mismo*, y la *ansiedad* y la *evitación* con amigos. La *somatización*, con los acontecimientos estresantes relativos a la salud y con la *reestructuración cognitiva*. Correlaciona negativamente con eventos estresantes en el área académica. La *ansiedad* con los acontecimientos estresantes relacionados con la familia y con la vida social, con el temor al rechazo/abandono de los amigos y con las estrategias de afrontamiento de *reestructuración cognitiva* y *autocrítica*. El *psicoticismo* con el estrés total (y AVE agregados por el consultante), el concepto desfavorable de uno mismo y la *autocrítica*. Las obsesiones, con acontecimientos estresantes relacionados con la vida social, las estrategias de *reestructuración cognitiva* y *retirada social*, el *concepto de sí mismo* en las relaciones, el temor al rechazo/abandono de la pareja y el apoyo de la familia. Las *fobias*, con los eventos estresantes relativos a la salud, la *retirada social* y el temor al rechazo de las amistades. La *paranoia*, con el estrés total, el *pensamiento desiderativo*, el *concepto de sí mismo* y el temor al rechazo en relaciones de amistad.

Tabla 20 Factores significativos en la regresión para las subescalas del SA-45

	Depresión	Hostilidad	Sensibilidad	Somatización	Ansiedad	Psicoticismo	Obsesión	Fobias	Paranoia	N.º
Estrés total		$\beta = .348$	$\beta = .259$			$\beta = .195$			$\beta = .462$	4
AVE cuestiones académicas				$\beta = -.194$						1
AVE relacionados con la salud				$\beta = .314$				$\beta = .258$		2
AVE relacionados con familia					$\beta = .177$					1
AVE relacionados con vida social					$\beta = .214$		$\beta = .201$			2
Otros AVE agregados por el consultante						$\beta = .183$				1
Autocrítica como estilo de afrontamiento			$\beta = .222$		$\beta = .221$	$\beta = .203$				3
Pensamiento desiderativo afrontamiento									$\beta = .164$	1
Reestructuración cognitiva afrontamiento	$\beta = -.262$	$\beta = -.255$		$\beta = -.199$	$\beta = -.357$		$\beta = -.175$			5
Retirada Social en afrontamiento	$\beta = .313$						$\beta = .212$	$\beta = .229$		3
Concepto favorable de sí mismo			$\beta = -.221$			$\beta = -.255$	$\beta = -.165$		$\beta = -.186$	4
Concepto de los otros en las relaciones										0
Incomodidad con cercanía en relación pareja	$\beta = .143$									1
Temor al rechazo en relación pareja	$\beta = .399$						$\beta = .214$			2
Incomodidad con cercanía en relacs. amistad			$\beta = .257$							1
Temor al rechazo en relacs. amistad			$\beta = .210$		$\beta = .208$			$\beta = .272$	$\beta = .198$	4
Apoyo Social de Amigos										0
Apoyo Social de Familia	$\beta = -.217$						$\beta = -.176$			2
R ²	.528	.193	.506	.175	.331	.258	.389	.247	.449	

Hipótesis 2.5. Manifestaciones específicas de disfunción. Análisis de Regresión.

De nuevo ocurre que el *temor al rechazo y abandono* tiene más relación con las manifestaciones de disfunciones psíquicas que la *incomodidad con la cercanía*. En este caso con manifestaciones específicas. Ambas dimensiones tienen relación positiva con sintomatología depresiva y con *sensibilidad interpersonal*, pero en el primer caso se trata del apego a las parejas y en segundo del apego a los amigos. El *temor al rechazo y abandono*, a diferencia de la *incomodidad con la cercanía*, tiene valor explicativo para *ansiedad, obsesión, fobias y paranoia*.

Hipótesis 2.6. Manifestaciones específicas de disfunción. Análisis de Regresión.

Se confirma la relación positiva entre la *sensibilidad interpersonal* y tener un *concepto desfavorable de sí mismo* y temer el rechazo y abandono (sólo en relaciones de amistad, no de la pareja); aunque también se relaciona positivamente la *incomodidad con la cercanía* con amigos. No se confirma la hipótesis sobre *hostilidad* ni sobre *paranoia*. La *hostilidad* no resulta explicada ni por el apego ni por los cuidados. La *paranoia* se explica desde el concepto negativo de uno mismo y el *temor al rechazo y abandono*.

4.4.3. Alianza terapéutica

4.4.3.1. Alianza terapéutica. Relaciones bivariadas.

Las tablas 21 y 22 recogen las correlaciones entre las subescalas y las puntuaciones totales del WATOCI y del SOATIF. Las subescalas del SOATIF presentan elevadas correlaciones entre sí y con la escala total. Las subescalas del WATOCI correlacionan menos entre sí, pero también lo hacen de manera elevada con la escala total. La correlación entre las puntuaciones totales del WATOCI y del SOATIF es de .726.

Tabla 21 Correlaciones de Spearman entre las subescalas del WATOCCI y las del SOATIF.

		WATOCCI total	WATOCCI: Metas	WATOCCI: Tareas	WATOCCI: Vínculo	WATOCCI: Cambio
WATOCCI total	Coeficiente de correlación	1.000	.828**	.891**	.804**	.788**
	Sig. (bilateral)	.	.000	.000	.000	.000
	N	117	117	117	117	117
WATOCCI: Metas	Coeficiente de correlación	.828**	1.000	.667**	.491**	.603**
	Sig. (bilateral)	.000	.	.000	.000	.000
	N	117	117	117	117	117
WATOCCI: Tareas	Coeficiente de correlación	.891**	.667**	1.000	.674**	.693**
	Sig. (bilateral)	.000	.000	.	.000	.000
	N	117	117	117	117	117
WATOCCI: Vínculo	Coeficiente de correlación	.804**	.491**	.674**	1.000	.481**
	Sig. (bilateral)	.000	.000	.000	.	.000
	N	117	117	117	117	117
WATOCCI: Cambio	Coeficiente de correlación	.788**	.603**	.693**	.481**	1.000
	Sig. (bilateral)	.000	.000	.000	.000	.
	N	117	117	117	117	117
SOATIF: Global	Coeficiente de correlación	.726**	.543**	.703**	.629**	.678**
	Sig. (bilateral)	.000	.000	.000	.000	.000
	N	116	116	116	116	116
SOATIF: Enganche	Coeficiente de correlación	.711**	.576**	.696**	.548**	.679**
	Sig. (bilateral)	.000	.000	.000	.000	.000
	N	116	116	116	116	116
SOATIF: Conexión	Coeficiente de correlación	.650**	.454**	.641**	.587**	.595**
	Sig. (bilateral)	.000	.000	.000	.000	.000
	N	116	116	116	116	116
SOATIF: Seguras	Coeficiente de correlación	.581**	.425**	.535**	.558**	.545**
	Sig. (bilateral)	.000	.000	.000	.000	.000
	N	116	116	116	116	116

Nota: ** Correlación significativa al nivel .01 (bilat.); * Correlación significativa al nivel .05 (bilat.).

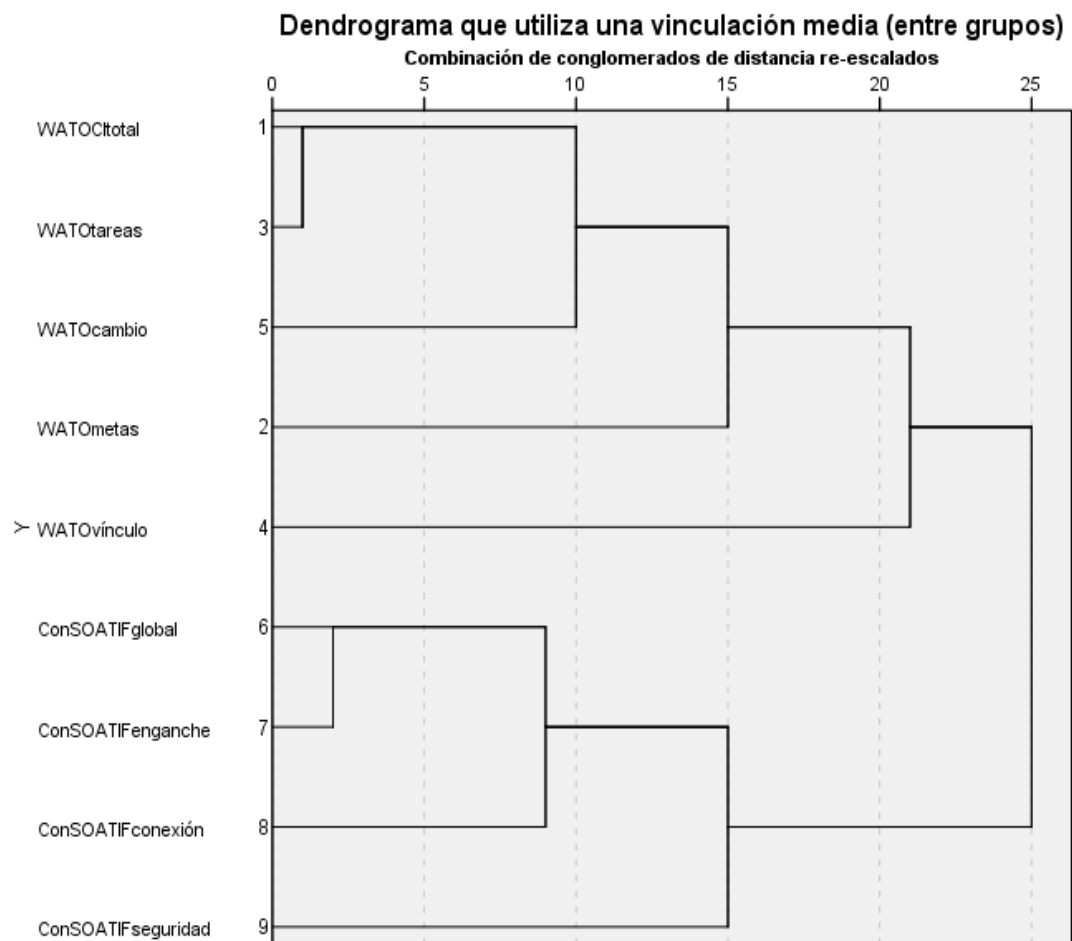
Tabla 22 Correlaciones de Spearman entre las escalas y subescalas de alianza terapéutica, del consultante y del terapeuta

		Comprador	Visitante	Demandante	ConSO ATIFglobal	ConSO ATIFenganche	ConSO ATIFconexión	ConSO ATIFseguridad	TeraS OATIFglobal	TeraS OATIFenganche	TeraS OATIFconexión	TeraS OATIFseguridad
Comprador	Coef. corr.	1.000	-.415**	-.328**	.290**	.241**	.237**	.288**	.554**	.625**	.340**	.410**
	Sig. (bilateral)	.	.000	.000	.001	.008	.009	.001	.000	.000	.000	.000
	N	161	161	161	120	120	120	120	143	143	143	143
Visitante	Coef. corr.	-.415**	1.000	-.027	-.117	-.121	-.111	-.118	-.458**	-.386**	-.250**	-.495**
	Sig. (bilateral)	.000	.	.737	.202	.187	.225	.201	.000	.000	.003	.000
	N	161	161	161	120	120	120	120	143	143	143	143
Demandante	Coef. corr.	-.328**	-.027	1.000	.019	-.005	.088	-.009	-.326**	-.365**	-.176*	-.209*
	Sig. (bilateral)	.000	.737	.	.840	.961	.340	.918	.000	.000	.036	.012
	N	161	161	161	120	120	120	120	143	143	143	143
ConSO ATIFglobal	Coef. corr.	.290**	-.117	.019	1.000	.912**	.814**	.873**	.275**	.229**	.110	.299**
	Sig. (bilateral)	.001	.202	.840	.	.000	.000	.000	.002	.009	.216	.001
	N	120	120	120	132	132	132	132	128	128	128	128
ConSO ATIFenganche	Coef. corr.	.241**	-.121	-.005	.912**	1.000	.652**	.697**	.252**	.216*	.082	.275**
	Sig. (bilateral)	.008	.187	.961	.000	.	.000	.000	.004	.014	.355	.002
	N	120	120	120	132	132	132	132	128	128	128	128
ConSO ATIFconexión	Coef. corr.	.237**	-.111	.088	.814**	.652**	1.000	.566**	.252**	.226*	.132	.263**
	Sig. (bilateral)	.009	.225	.340	.000	.000	.	.000	.004	.010	.137	.003
	N	120	120	120	132	132	132	132	128	128	128	128
ConSO ATIFseguridad	Coef. corr.	.288**	-.118	-.009	.873**	.697**	.566**	1.000	.238**	.184*	.083	.267**
	Sig. (bilateral)	.001	.201	.918	.000	.000	.000	.	.007	.038	.351	.002
	N	120	120	120	132	132	132	132	128	128	128	128
TeraSO ATIFglobal	Coef. corr.	.554**	-.458**	-.326**	.275**	.252**	.252**	.238**	1.000	.860**	.755**	.865**
	Sig. (bilateral)	.000	.000	.000	.002	.004	.004	.007	.	.000	.000	.000
	N	143	143	143	128	128	128	128	167	167	167	167
TeraSO ATIFenganche	Coef. corr.	.625**	-.386**	-.365**	.229**	.216*	.226*	.184*	.860**	1.000	.570**	.585**
	Sig. (bilateral)	.000	.000	.000	.009	.014	.010	.038	.000	.	.000	.000
	N	143	143	143	128	128	128	128	167	167	167	167
TeraSO ATIFconexión	Coef. corr.	.340**	-.250**	-.176*	.110	.082	.132	.083	.755**	.570**	1.000	.507**
	Sig. (bilateral)	.000	.003	.036	.216	.355	.137	.351	.000	.000	.	.000
	N	143	143	143	128	128	128	128	167	167	167	167
TeraSO ATIFseguridad	Coef. corr.	.410**	-.495**	-.209*	.299**	.275**	.263**	.267**	.865**	.585**	.507**	1.000
	Sig. (bilateral)	.000	.000	.012	.001	.002	.003	.002	.000	.000	.000	.
	N	143	143	143	128	128	128	128	167	167	167	167

Nota: ** Correlación significativa al nivel .01 (bilateral); * Correlación significativa al nivel .05 (bilateral).

En la tabla de correlaciones de las variables de alianza terapéutica evaluada mediante el SOATIF (Tabla 22) observamos en primer lugar que la subescala de *enganche* y, algo menos, la subescala de *seguridad*, tienen relaciones significativas comunes con la escala *global* del SOATIF. De las subescalas del SOATIF, la subescala de *conexión* es la que menos correlaciona con la escala total ($\rho = .81$) y en la tabla de correlaciones podemos ver es la única escala del SOATIF que no tiene relación con ninguna de las dimensiones de caracterización del apego y la que menos relaciones tiene con el resto de variables investigadas (cuidados, apoyo social), excepto las estrategias de afrontamiento.

En el gráfico que aparece a continuación podemos ver además cómo se relacionan entre sí las subescalas de WATOCI y del SOATIF. Aunque son dos escalas muy relacionadas, no hay relaciones específicas entre las subescalas que las conforman de forma que, por ejemplo, el *vínculo* del WATOCI y la *conexión* del SOATIF, que en teoría evalúan el mismo contenido, el *vínculo* afectivo entre terapeuta y consultante, no están especialmente relacionadas.



En las tablas siguientes se muestran las correlaciones de las variables de apego, cuidados y afrontamiento con las de alianza terapéutica evaluada mediante el SOATIF (Tabla 23) y el WATOCI (Tabla 24)

Tabla 23 Correlaciones de Spearman entre las variables de apego y las de alianza terapéutica (SOATIF)

		SOATIF: Global	SOATIF: Enganche	SOATIF: Conexión	SOATIF: Seguridad
Perspectiva del Terapeuta: Concepto general de Sí del Consultante	Coefficiente de correlación Sig. (bilateral) N	.144 .101 130	.166 .059 130	.007 .933 130	.160 .069 130
Perspectiva del Terapeuta: Concepto general del Otro del Consultante	Coefficiente de correlación Sig. (bilateral) N	.268** .002 130	.247** .005 130	.155 .079 130	.292** .001 130
Concepto favorable de sí mismo en las relaciones cercanas	Coefficiente de correlación Sig. (bilateral) N	.078 .401 119	.061 .509 119	.026 .778 119	.089 .338 119
Concepto favorable del otro en las relaciones cercanas	Coefficiente de correlación Sig. (bilateral) N	.230* .012 119	.215* .019 119	.133 .150 119	.247** .007 119
Pareja: Concepto de Sí en la relación de PAREJA	Coefficiente de correlación Sig. (bilateral) N	.007 .949 78	.051 .659 78	-.122 .287 78	.007 .952 78
Pareja: Concepto del Otro en la relación de PAREJA	Coefficiente de correlación Sig. (bilateral) N	.031 .785 78	.029 .800 78	-.087 .448 78	.059 .606 78
Concepto de Sí en la relación con la MADRE	Coefficiente de correlación Sig. (bilateral) N	.096 .402 78	.142 .213 78	-.077 .504 78	.138 .229 78
Concepto del Otro en la relación con la MADRE	Coefficiente de correlación Sig. (bilateral) N	-.004 .971 78	.037 .748 78	-.108 .347 78	.031 .786 78
Concepto de Sí en la relación con la PADRE	Coefficiente de correlación Sig. (bilateral) N	.135 .307 59	.197 .134 59	-.052 .695 59	.196 .136 59
Concepto del Otro en la relación con el PADRE	Coefficiente de correlación Sig. (bilateral) N	.078 .558 59	.008 .952 59	.080 .549 59	.160 .225 59
Concepto de Sí en relación con otro significativo	Coefficiente de correlación Sig. (bilateral) N	.145 .225 72	.159 .182 72	.087 .465 72	.135 .258 72
Concepto del Otro en relación con otro significativo	Coefficiente de correlación Sig. (bilateral) N	.140 .241 72	.093 .439 72	.132 .269 72	.168 .158 72
Incomodidad con la cercanía en las relaciones de pareja	Coefficiente de correlación Sig. (bilateral) N	-.242** .009 116	-.242** .009 116	-.163 .079 116	-.233* .012 116
Temor al rechazo y al abandono en las relaciones de pareja	Coefficiente de correlación Sig. (bilateral) N	-.081 .386 116	-.101 .279 116	-.006 .953 116	-.071 .448 116
CRI pareja general: Evitación en relaciones de pareja anteriores	Coefficiente de correlación Sig. (bilateral) N	-.120 .484 36	-.031 .858 36	.004 .982 36	-.217 .203 36
CRI pareja general: Ansiedad en relaciones de pareja en general	Coefficiente de correlación Sig. (bilateral) N	-.205 .231 36	-.149 .387 36	.031 .859 36	-.390* .019 36
CRI pareja actual: Evitación en la relación de pareja actual	Coefficiente de correlación Sig. (bilateral) N	-.243* .030 80	-.303** .006 80	-.179 .112 80	-.194 .085 80
CRI pareja actual: Ansiedad en la relación de pareja actual	Coefficiente de correlación Sig. (bilateral) N	-.018 .871 80	-.065 .569 80	.001 .994 80	.062 .587 80

		SOATIF: Global	SOATIF: Enganche	SOATIF: Conexión	SOATIF: Seguridad
Incomodidad con la cercanía en las relaciones con los amigos	Coefficiente de correlación Sig. (bilateral) N	-.422 .000 119	-.430 .000 119	-.175 .057 119	-.440 .000 119
Temor al rechazo y al abandono en las relaciones con los amigos	Coefficiente de correlación Sig. (bilateral) N	-.185* .044 119	-.154 .094 119	-.096 .299 119	-.225* .014 119
CAPmadreCuidado	Coefficiente de correlación Sig. (bilateral) N	.223* .013 123	.199* .028 123	.118 .195 123	.239** .008 123
CAPmadreControl	Coefficiente de correlación Sig. (bilateral) N	-.067 .459 123	-.102 .261 123	-.004 .969 123	-.069 .450 123
CAPpadreCuidado	Coefficiente de correlación Sig. (bilateral) N	.119 .205 116	.077 .411 116	.051 .584 116	.171 .067 116
CAPpadreControl	Coefficiente de correlación Sig. (bilateral) N	-.028 .767 116	-.057 .543 116	.044 .636 116	-.057 .541 116
CUIProximidad pareja u otro sig.	Coefficiente de correlación Sig. (bilateral) N	.165 .094 104	.172 .082 104	.065 .513 104	.161 .104 104
CUIsensibilidad pareja u otro sig.	Coefficiente de correlación Sig. (bilateral) N	.195* .048 104	.220* .025 104	.134 .177 104	.149 .131 104
CUIcontrol pareja u otro sig.	Coefficiente de correlación Sig. (bilateral) N	-.240* .014 104	-.258** .008 104	-.110 .266 104	-.265** .007 104
CUIcompul pareja u otro sig.	Coefficiente de correlación Sig. (bilateral) N	-.070 .482 104	-.041 .679 104	-.040 .683 104	-.105 .287 104
CUIproxiPareja	Coefficiente de correlación Sig. (bilateral) N	.180 .136 70	.227 .059 70	.101 .405 70	.110 .363 70
CUIsensiPareja	Coefficiente de correlación Sig. (bilateral) N	.270* .024 70	.342** .004 70	.269* .024 70	.100 .412 70
CUIcontrolPareja	Coefficiente de correlación Sig. (bilateral) N	-.313** .008 70	-.386** .001 70	-.211 .080 70	-.237* .049 70
CUIcompulPareja	Coefficiente de correlación Sig. (bilateral) N	.092 .447 70	.139 .252 70	.061 .617 70	.026 .831 70
CUIproxiOtro	Coefficiente de correlación Sig. (bilateral) N	.216 .154 45	.140 .360 45	.093 .544 45	.264 .079 45
CUIsensiOtro	Coefficiente de correlación Sig. (bilateral) N	.065 .673 45	-.029 .850 45	-.008 .956 45	.201 .186 45
CUIcontrolOtro	Coefficiente de correlación Sig. (bilateral) N	-.120 .434 45	-.004 .981 45	-.030 .845 45	-.293 .051 45
CUIcompulOtro	Coefficiente de correlación Sig. (bilateral) N	-.162 .289 45	-.152 .319 45	-.077 .617 45	-.145 .342 45
Apoyo Social de la familia	Coefficiente de correlación Sig. (bilateral) N	.304** .001 118	.316** .000 118	.206* .026 118	.255** .005 118
ApoyoFamiliaresEconomico	Coefficiente de correlación Sig. (bilateral) N	.267** .003 118	.302** .001 118	.130 .160 118	.204* .027 118
ApoyoFamiliaresEmocional	Coefficiente de correlación Sig. (bilateral) N	.308** .001 118	.312** .001 118	.254** .006 118	.247** .007 118

		SOATIF: Global	SOATIF: Enganche	SOATIF: Conexión	SOATIF: Seguridad
ApoyoFamiliaresVAloración	Coefficiente de correlación	.177	.207*	.087	.145
	Sig. (bilateral)	.055	.025*	.348	.116
	N	118	118	118	118
ApoyoFamiliaresConsejo	Coefficiente de correlación	.251**	.273**	.154	.210*
	Sig. (bilateral)	.006	.003	.095	.022
	N	118	118	118	118
Apoyo Social de los amigos	Coefficiente de correlación	.401**	.471**	.176	.368**
	Sig. (bilateral)	.000	.000	.058	.000
	N	117	117	117	117
ApoyoAmigosEconomico	Coefficiente de correlación	.286**	.374**	.061	.257**
	Sig. (bilateral)	.002	.000	.510	.005
	N	117	117	117	117
ApoyoAmigosEmocional	Coefficiente de correlación	.414**	.477**	.210*	.376**
	Sig. (bilateral)	.000	.000	.023	.000
	N	117	117	117	117
ApoyoAmigosVAloración	Coefficiente de correlación	.320**	.395**	.123	.289**
	Sig. (bilateral)	.000	.000	.186	.002
	N	117	117	117	117
ApoyoAmigosConsejo	Coefficiente de correlación	.401**	.454**	.185*	.382**
	Sig. (bilateral)	.000	.000	.046	.000
	N	117	117	117	117
Apoyo Social de la Pareja	Coefficiente de correlación	.225*	.269*	.172	.165
	Sig. (bilateral)	.045	.016	.127	.143
	N	80	80	80	80
ApoyoParejaEconomico	Coefficiente de correlación	.170	.163	.169	.119
	Sig. (bilateral)	.133	.148	.134	.294
	N	80	80	80	80
ApoyoParejaEmocional	Coefficiente de correlación	.198	.244*	.167	.129
	Sig. (bilateral)	.077	.028	.137	.250
	N	81	81	81	81
ApoyoParejaVAloración	Coefficiente de correlación	.222*	.272*	.151	.184
	Sig. (bilateral)	.047	.014	.178	.100
	N	81	81	81	81
ApoyoParejaConsejo	Coefficiente de correlación	.217	.279*	.148	.146
	Sig. (bilateral)	.052	.012	.186	.192
	N	81	81	81	81
Apoyo Social del Padre	Coefficiente de correlación	.355**	.295**	.219	.430**
	Sig. (bilateral)	.002	.009	.056	.000
	N	77	77	77	77
ApoyoPadreEconomico	Coefficiente de correlación	.349**	.261*	.259*	.398**
	Sig. (bilateral)	.002	.020	.021	.000
	N	79	79	79	79
ApoyoPadreEmocional	Coefficiente de correlación	.322**	.246*	.212	.402**
	Sig. (bilateral)	.004	.031	.064	.000
	N	77	77	77	77
ApoyoPadreVAloración	Coefficiente de correlación	.298**	.213	.140	.442**
	Sig. (bilateral)	.008	.063	.226	.000
	N	77	77	77	77
ApoyoPadreConsejo	Coefficiente de correlación	.325**	.255**	.176	.432**
	Sig. (bilateral)	.004	.025	.127	.000
	N	77	77	77	77
Apoyo Social de la Madre	Coefficiente de correlación	.362**	.348**	.195	.386**
	Sig. (bilateral)	.000	.000	.053	.000
	N	99	99	99	99
ApoyoMadreEconomico	Coefficiente de correlación	.299**	.284**	.238*	.263**
	Sig. (bilateral)	.003	.004	.018	.009
	N	99	99	99	99
ApoyoMadreEmocional	Coefficiente de correlación	.345**	.309**	.191	.386**
	Sig. (bilateral)	.000	.002	.058	.000
	N	99	99	99	99
ApoyoMadreVAloración	Coefficiente de correlación	.379**	.362**	.227*	.386**
	Sig. (bilateral)	.000	.000	.024	.000
	N	99	99	99	99

		SOATIF: Global	SOATIF: Enganche	SOATIF: Conexión	SOATIF: Seguridad
ApoyoMadreConsejo	Coeficiente de correlación	.349**	.342**	.175	.370**
	Sig. (bilateral)	.000	.001	.083	.000
	N	99	99	99	99
Apoyo Social de Otro Significativo	Coeficiente de correlación	.259	.176	.232	.322*
	Sig. (bilateral)	.075	.231	.113	.025
	N	48	48	48	48
ApoyoOtroEconomico	Coeficiente de correlación	.238	.154	.222	.320*
	Sig. (bilateral)	.103	.297	.130	.027
	N	48	48	48	48
ApoyoOtroEMocional	Coeficiente de correlación	.200	.154	.182	.258
	Sig. (bilateral)	.174	.295	.216	.077
	N	48	48	48	48
ApoyoOtroVALoración	Coeficiente de correlación	.209	.250	.143	.269
	Sig. (bilateral)	.154	.086	.333	.065
	N	48	48	48	48
TOBIN Resolución de problemas como afrontamiento	Coeficiente de correlación	.343**	.241*	.299**	.331**
	Sig. (bilateral)	.000	.013	.002	.001
	N	106	106	106	106
TOBIN Autocrítica como afrontamiento	Coeficiente de correlación	-.169	-.159	-.138	-.167
	Sig. (bilateral)	.084	.103	.159	.087
	N	106	106	106	106
TOBIN Expresión emocional como afrontamiento	Coeficiente de correlación	.267**	.239*	.131	.290**
	Sig. (bilateral)	.006	.014	.181	.003
	N	106	106	106	106
TOBIN Pensamiento desiderativo en afrontamiento	Coeficiente de correlación	.136	.182	.127	.012
	Sig. (bilateral)	.164	.062	.194	.899
	N	106	106	106	106
TOBIN Búsqueda de apoyo social como afrontamiento	Coeficiente de correlación	.391**	.396**	.263**	.364**
	Sig. (bilateral)	.000	.000	.006	.000
	N	106	106	106	106
TOBIN Reestructuración cognitiva como afrontamiento	Coeficiente de correlación	.148	.103	.104	.129
	Sig. (bilateral)	.130	.295	.289	.188
	N	106	106	106	106
TOBIN Evitación de problemas como afrontamiento	Coeficiente de correlación	-.162	-.119	-.192*	-.148
	Sig. (bilateral)	.098	.226	.049	.129
	N	106	106	106	106
TOBIN Retirada Social como afrontamiento	Coeficiente de correlación	-.249*	-.189	-.126	-.324**
	Sig. (bilateral)	.010	.052	.198	.001
	N	106	106	106	106

Nota: ** Correlación significativa al nivel .01 (bilat.).* Correlación significativa al nivel .05 (bilat.).

Tabla 24 Correlaciones de Spearman entre la escala total y las subescalas del WATOCI y las variables de apego, apoyo y cuidados y estrategias de afrontamiento

		WATOCI	WATOCI:	WATOCI:	WATOCI:	WATOCI:
		Total	Metas	Tareas	Vínculo	Cambio
Concepto favorable de sí mismo en las relaciones cercanas	Coef. de correlación	.094	.037	.083	.062	.077
	Sig. (bilat.)	.332	.703	.393	.521	.426
	N	109	109	109	109	109
Concepto favorable del otro en las relaciones cercanas	Coef. de correlación	.132	.053	.183	.132	.153
	Sig. (bilat.)	.170	.585	.057	.171	.113
	N	109	109	109	109	109

		WATOCl Total	WATOCl: Metas	WATOCl: Tareas	WATOCl: Vínculo	WATOCl: Cambio
Incomodidad con la cercanía en las relaciones de pareja	Coef. de correlación	-.326**	-.134	-.251*	-.301**	-.352**
	Sig. (bilat.)	.001	.180	.011	.002	.000
	N	102	102	102	102	102
Temor al rechazo y al abandono en las relaciones de pareja	Coef. de correlación	-.019	-.104	.015	-.012	.066
	Sig. (bilat.)	.847	.299	.883	.904	.507
	N	102	102	102	102	102
Incomodidad con la cercanía en relaciones con amigos	Coef. de correlación	-.218*	-.166	-.248*	-.144	-.229*
	Sig. (bilat.)	.025	.088	.010	.140	.018
	N	106	106	106	106	106
Temor al rechazo y al abandono en relaciones con amigos	Coef. de correlación	-.154	-.141	-.119	-.072	-.166
	Sig. (bilat.)	.115	.151	.223	.463	.090
	N	106	106	106	106	106
CUI proximidad de pareja u otro significativo	Coef. de correlación	.286**	.284**	.198	.267*	.197
	Sig. (bilat.)	.006	.006	.059	.010	.059
	N	92	92	92	92	92
CUI sensibilidad de pareja u otro significativo	Coef. de correlación	.269**	.178	.307**	.301**	.154
	Sig. (bilat.)	.010	.089	.003	.004	.142
	N	92	92	92	92	92
CUI control de pareja u otro significativo	Coef. de correlación	-.308**	-.211*	-.334**	-.329**	-.204
	Sig. (bilat.)	.003	.044	.001	.001	.051
	N	92	92	92	92	92
CUI compul de pareja u otro significativo	Coef. de correlación	-.075	-.155	-.125	-.059	-.021
	Sig. (bilat.)	.475	.139	.234	.579	.845
	N	92	92	92	92	92
Apoyo Social de la familia	Coef. de correlación	.330**	.180	.297**	.312**	.213*
	Sig. (bilat.)	.001	.065	.002	.001	.028
	N	106	106	106	106	106
Apoyo Social de los amigos	Coef. de correlación	.318**	.262**	.293**	.198*	.365**
	Sig. (bilat.)	.001	.007	.002	.043	.000
	N	105	105	105	105	105
Resolución de problemas en afrontamiento	Coef. de correlación	.310**	.198	.267**	.317**	.264**
	Sig. (bilat.)	.002	.053	.009	.002	.009
	N	96	96	96	96	96

		WATOCl Total	WATOCl: Metas	WATOCl: Tareas	WATOCl: Vínculo	WATOCl: Cambio
Autocrítica en afrontamiento	Coef. de correlación	-.057	-.009	-.032	-.002	-.255*
	Sig. (bilat.)	.581	.931	.757	.982	.012
	N	96	96	96	96	96
Expresión emocional en afrontamiento	Coef. de correlación	.223*	.232*	.253*	.067	.214*
	Sig. (bilat.)	.029	.023	.013	.514	.036
	N	96	96	96	96	96
Pensamiento desiderativo en afrontamiento	Coef. de correlación	.197	.179	.159	.122	.185
	Sig. (bilat.)	.055	.080	.123	.238	.071
	N	96	96	96	96	96
Búsqueda de apoyo social en afrontamiento	Coef. de correlación	.413**	.284**	.397**	.277**	.469**
	Sig. (bilat.)	.000	.005	.000	.006	.000
	N	96	96	96	96	96
Reestructuraci ón cognitiva en afrontamiento	Coef. de correlación	.100	.002	.139	.205*	-.028
	Sig. (bilat.)	.335	.988	.177	.045	.786
	N	96	96	96	96	96
Evitación de problemas en afrontamiento	Coef. de correlación	-.200	-.238*	-.133	-.039	-.272**
	Sig. (bilat.)	.050	.020	.196	.708	.007
	N	96	96	96	96	96
Retirada Social en afrontamiento	Coef. de correlación	-.156	-.106	-.059	-.110	-.241*
	Sig. (bilat.)	.129	.304	.569	.288	.018
	N	96	96	96	96	96

Nota: ** La correlación es significativa al nivel .01 (bilat.). * La correlación es significativa al nivel .05 (bilat.).

Hipótesis 4.1. Alianza terapéutica. Relaciones bivariadas.

Suponiendo que las experiencias de apego con familiares, parejas y amigos tendrían influencia en la relación que se establece con los terapeutas, esperábamos que las puntuaciones totales de la alianza terapéutica en el WATOCl y en el SOATIF se relacionarían negativamente con las cuatro dimensiones que señalan apego inseguro.

Esta hipótesis no se ha cumplido para el *concepto de sí mismo* en las distintas relaciones o en general, que no ha tenido ninguna correlación significativa con las puntuaciones totales y las subescalas del SOATIF ni del WATOCl. Y en cuanto al *concepto del otro* sólo ha tenido relación con el SOATIF cuando se ha evaluado en las

relaciones cercanas en general (en ninguna específica) y cuando fue valorado por el terapeuta. El *temor al rechazo y abandono* parece tener algunas relaciones con la alianza terapéutica evaluada mediante el SOATIF (negativas): cuando se da respecto a las relaciones de pareja en personas que no tienen pareja y cuando se da con amigos (pero no cuando se da con la pareja actual). No tiene relación con la escala total ni las subescalas del WATOCI. Como esperábamos, la *incomodidad con la cercanía* es la dimensión de apego con más relación con la alianza terapéutica evaluada tanto con el SOATIF como con el WATOCI con los que se relaciona de forma negativa, ya sea en las relaciones de pareja ya en las relaciones con amigos.

Hipótesis 4.2. Alianza terapéutica. Relaciones bivariadas.

Esperábamos que la puntuación total del SOATIF y del WATOCI se relacionaran negativamente con las dos dimensiones que indican cuidados inseguros (controladores y compulsivos) y positivamente con las tres medidas de cuidados seguros (*proximidad, sensibilidad* y apoyo social). La hipótesis se confirma en el caso de los cuidados sensibles y de los cuidados controladores, que se relacionan positiva y negativamente de forma respectiva con la puntuación total del WATOCI y del SOATIF. La *proximidad* en los cuidados correlaciona positivamente con el WATOCI total pero no con el SOATIF. Y los cuidados compulsivos no se relacionan ni con el WATOCI ni con el SOATIF.

Hipótesis 4.3. Alianza terapéutica. Relaciones bivariadas.

En consonancia con nuestra hipótesis, la *incomodidad con la cercanía*, tanto en relaciones de pareja como en relaciones de amistad, se asocia negativamente con las puntuaciones totales en alianza terapéutica del WATOCI y del SOATIF. También se confirma que el *temor al rechazo y abandono* afecta negativamente a la relación terapéutica, aunque sólo en la escala total y las escalas de *enganche* y *vínculo* del SOATIF. El *concepto del otro* se relaciona negativamente con la alianza terapéutica en el SOATIF, pero no en el WATOCI. Pero no se confirma nuestra hipótesis sobre el *concepto de sí mismo*, que no tienen ninguna relación significativa con la alianza terapéutica.

Hipótesis 4.4. Alianza terapéutica. Relaciones bivariadas.

Se había planteado que las dimensiones de apego inseguro se relacionarían especialmente con las escalas de *vínculo* del WATOCI y *conexión* del SOATF, pero esta hipótesis ha sido desmentida por los datos. La única correlación significativa es

entre *vínculo* del WATOCCI e *incomodidad con la cercanía* en las relaciones de pareja. Hay otras facetas de la alianza terapéutica que tienen más relación con el apego.

Hipótesis 4.5. Alianza terapéutica. Relaciones bivariadas.

La hipótesis de una relación negativa entre las subescalas de *tareas, metas y teoría del cambio* del WATOCCI y las dimensiones de inseguridad en el apego se confirma para la de *tareas* y la de *teoría del cambio*, que correlacionan negativamente con *incomodidad con la cercanía*. Igual ocurre con la escala de *enganche* del SOATIF, que correlaciona negativamente sólo con *incomodidad con la cercanía* y con tener un *concepto desfavorable del otro* en las relaciones cercanas.

Hipótesis 4.6. Alianza terapéutica. Relaciones bivariadas.

Como se esperaba, la escala de seguridad del SOATIF correlaciona negativamente con la *incomodidad con la cercanía* y positivamente con un *concepto favorable del otro* en las relaciones cercanas.

Hipótesis 4.7. Alianza terapéutica. Relaciones bivariadas.

Las correlaciones entre variables de apego, apoyo y cuidados y estrategias de afrontamiento y los juicios del terapeuta sobre la postura del consultante aparecen en la Tabla 25. La hipótesis sobre una relación negativa entre la inseguridad en el apego y mostrar una actitud de *comprador* y de una relación positiva entre inseguridad en el apego y mostrarse como *demandante* y como *visitante* no se han visto confirmadas. Los estilos de apego no tienen relación con los juicios que los terapeutas hacen sobre el grado de colaboración de los consultantes con la terapia.

Tabla 25 Correlaciones de Spearman entre los juicios del terapeuta sobre la postura del consultante y las variables de apego, cuidados, apoyo y estrategias de afrontamiento.

		Comprador	Visitante	Demandante
Comprador	Coef. de correlación	1.000	-.415**	-.328**
	Sig. (bilat.)	.	.000	.000
	N	161	161	161
Visitante	Coef. de correlación	-.415**	1.000	-.027
	Sig. (bilat.)	.000	.	.737
	N	161	161	161
Demandante	Coef. de correlación	-.328**	-.027	1.000
	Sig. (bilat.)	.000	.737	.
	N	161	161	161

		Comprador	Visitante	Demandante
Resolución de problemas en afrontamiento	Coef. de correlación	.039	.067	.059
	Sig. (bilat.)	.668	.454	.513
	N	126	126	126
Autocrítica en afrontamiento	Coef. de correlación	-.019	.026	.169
	Sig. (bilat.)	.832	.773	.058
	N	126	126	126
Expresión emocional en afrontamiento	Coef. de correlación	.175	.068	.040
	Sig. (bilat.)	.050	.446	.658
	N	126	126	126
Pensamiento desiderativo en afrontamiento	Coef. de correlación	.058	-.051	.099
	Sig. (bilat.)	.519	.572	.269
	N	126	126	126
Búsqueda de apoyo social en afrontamiento	Coef. de correlación	.246**	.013	-.006
	Sig. (bilat.)	.006	.884	.946
	N	126	126	126
Reestructuración cognitiva en afrontamiento	Coef. de correlación	.026	.171	-.060
	Sig. (bilat.)	.774	.056	.501
	N	126	126	126
Evitación de problemas en afrontamiento	Coef. de correlación	-.146	.246**	-.047
	Sig. (bilat.)	.103	.006	.604
	N	126	126	126
Retirada Social en afrontamiento	Coef. de correlación	-.074	-.019	.149
	Sig. (bilat.)	.410	.830	.095
	N	126	126	126
Concepto favorable de sí mismo en las relaciones cercanas	Coef. de correlación	.012	.158	-.099
	Sig. (bilat.)	.888	.058	.237
	N	144	144	144
Concepto favorable del otro en las relaciones cercanas	Coef. de correlación	.092	-.043	.122
	Sig. (bilat.)	.273	.610	.145
	N	144	144	144
Incomodidad con la cercanía en las relaciones de pareja	Coef. de correlación	-.053	.031	.017
	Sig. (bilat.)	.537	.720	.844
	N	140	140	140
Temor al rechazo y al abandono en las relaciones de pareja	Coef. de correlación	.038	-.145	.098
	Sig. (bilat.)	.655	.087	.250
	N	140	140	140
Incomodidad con la cercanía en las relaciones con los amigos	Coef. de correlación	-.149	.052	.020
	Sig. (bilat.)	.080	.544	.817
	N	139	139	139

		Comprador	Visitante	Demandante
Temor al rechazo y al abandono en las relaciones con los amigos	Coef. de correlación	-.047	-.074	.126
	Sig. (bilat.)	.584	.389	.139
	N	139	139	139
CUI proximidad de pareja u otro significativo	Coef. de correlación	.043	.065	.074
	Sig. (bilat.)	.639	.473	.418
	N	123	123	123
CUI sensibilidad de pareja u otro significativo	Coef. de correlación	.004	-.004	.041
	Sig. (bilat.)	.967	.962	.655
	N	123	123	123
CUI control de pareja u otro significativo	Coef. de correlación	-.144	.048	.109
	Sig. (bilat.)	.111	.601	.228
	N	123	123	123
CUI compulsivo de pareja u otro significativo	Coef. de correlación	-.070	.165	-.067
	Sig. (bilat.)	.441	.069	.462
	N	123	123	123
Apoyo Social de la familia	Coef. de correlación	.117	.150	-.089
	Sig. (bilat.)	.175	.081	.303
	N	137	137	137
Apoyo Social de los amigos	Coef. de correlación	.115	-.029	-.018
	Sig. (bilat.)	.183	.738	.833
	N	137	137	137

Nota: ** Correlación significativa al nivel .01 (bilat.).* Correlación significativa al nivel .05 (bilat.).

Hipótesis 4.8. Alianza terapéutica. Relaciones bivariadas.

La alianza terapéutica se ha evaluado tanto desde la perspectiva del consultante como desde la de la terapeuta. En la Tabla 22 se pueden ver las correlaciones de Spearman entre las evaluaciones de la terapia de las personas que consultan y de la terapeuta. Esperábamos que hubiera un acuerdo elevado en las percepciones de la relación entre terapeuta y consultante, pero no ha sido así: la correlación en el SOATIF total de la versión del consultante y la del terapeuta es baja ($\rho = .28$). De los juicios del terapeuta, los que más se relacionan con los del consultante (en concreto con el SOATIF *global*) son la subescala de seguridad del SOATIF ($\rho = .30$) y el grado en que el terapeuta consideró al consultante como *comprador* ($\rho = .29$).

4.4.3.2. Análisis de regresión: Predicción de la alianza terapéutica a partir de estilo de apego, el apoyo social y los cuidados y las estrategias de afrontamiento

Las variables predictoras que tuvieron una correlación significativa con las variables de alianza terapéutica en SOATIF fueron incluidas en el modelo de Regresión Múltiple, excepto aquellas que contaban con un número insuficiente de casos (apego en relaciones específicas según el CR, Escala de Cuidados en la versión de otro significativo). Así, las variables incluidas en el análisis de regresión fueron las siguientes: las estrategias de afrontamiento, el *concepto de sí mismo* y el *concepto del otro* en las relaciones cercanas en general (CR), el *temor al rechazo y abandono* y la *incomodidad con la cercanía* en las relaciones de pareja en general, el *temor al rechazo y abandono* y la *incomodidad con la cercanía* en las relaciones con amigos, el apoyo social de los amigos y el apoyo social de la familia. La regresión se realizó mediante el procedimiento de Pasos sucesivos.

SOATIF *global*

El modelo de regresión explica el 30,2% de la varianza de la escala *global* del SOATIF a partir de la combinación de dos variables: la *incomodidad con la cercanía* en las relaciones con amigos y los cuidados controladores de la pareja, ambas con un impacto negativo en la alianza.

SOATIF *enganche*

El *enganche* del consultante al proceso terapéutico se explica (32,7% de la varianza) por la influencia del apoyo social de tipo emocional por parte de los amigos y por los cuidados sensibles de la pareja, en ambos casos con una relación positiva.

SOATIF *conexión*

Los cuidados sensibles de la pareja y el uso de la *resolución de problemas* como estrategia de afrontamiento se relacionan positivamente con la escala de *conexión*, aunque sólo consiguen explicar el 16,4% de la varianza.

SOATIF *seguridad*

La *incomodidad con la cercanía* en las relaciones de amistad y el apoyo social de tipo emocional por parte del padre explican el 30,0% de la varianza de la escala de *seguridad* del SOATIF.

La Tabla 26 recoge las variables que han resultado significativas para la predicción de la alianza terapéutica. De las variables incluidas en el análisis de regresión sobre alianza terapéutica, las de mayor valor explicativo han sido las relativas a los cuidados y apoyos que las personas reciben por parte de otras personas importantes.

Tabla 26 Factores significativos en la regresión para la alianza terapéutica

	SOATIF global	SOATIF enganche	Soatif conexión	Soatif seguridad	N.º de variables predichas
Incomodidad con la cercanía en las relaciones con amigos	$\beta = -.414$			$\beta = -.383$	2
Cuidado sensible de la pareja		$\beta = .266$	$\beta = .313$		2
Cuidado controlador de la pareja	$\beta = -.310$				1
Apoyo Social emocional de amigos		$\beta = .465$			1
Apoyo Social emocional del padre				$\beta = .277$	1
Resolución de problemas en afrontamiento			$\beta = .282$		1
R ²	.302	.327	.164	.300	

Hipótesis 4.1 a 4.8. Alianza terapéutica. Análisis de Regresión.

El *concepto de sí mismo* fue eliminado ya en las correlaciones bivariadas como un factor relevante para explicar la alianza terapéutica. El *concepto del otro* y el *temor al rechazo y abandono*, que sí tenían algunas correlaciones significativas con la alianza terapéutica desaparecen como variables explicativas en el modelo de regresión. Sólo una de las dimensiones que caracterizan el apego, la *incomodidad con la cercanía* ha resultado relevante, con una relación negativa tanto con el SOATF *global* como con la escala de *seguridad*. En definitiva, la hipótesis 3.1 sobre una relación negativa entre las dimensiones de inseguridad en el apego y la alianza terapéutica se cumple sólo para la de *incomodidad con la cercanía*. En ese sentido se confirma la hipótesis 3.3, que postulaba una relación mayor de la *incomodidad con la cercanía* y el concepto negativo

del otro con la alianza. Como se proponía en la hipótesis 3.2, los cuidados de la pareja actual han sido importantes, estando el cuidado sensible relacionado positivamente con las escalas de *enganche* y de *conexión* y el cuidado controlador con la escala total del SOATIF. Por su parte, el apoyo social de tipo emocional explica una parte de la varianza de la escala de *conexión* y de la escala de *seguridad* respectivamente. La hipótesis 3.4 no se confirma para la escala de *conexión* del SOATIF: contra lo esperado, es la que menos relaciones tienen con los vínculos y cuidados. Sólo se explica en parte por los cuidados sensibles de la pareja. En la hipótesis 3.5 esperábamos hallar una relación entre el *enganche* al proceso terapéutico y las dimensiones de inseguridad en el apego, pero el análisis de regresión no lo confirma. Como se ve en la tabla 26, el *enganche* se relaciona con positivamente con el cuidados sensible de la pareja y el apoyo social emocional de los amigos. Como se esperaba en la hipótesis 3.6, la escala de seguridad del SOATIF ha tenido una relación negativa con la *incomodidad con la cercanía*. Ya hemos visto al tratar de las correlaciones bivariadas que la hipótesis sobre la influencia de las inseguridades en el apego y los cuidados en las posturas que toma el consultante ante la terapia no se han confirmado. Por último, como se esperaba en la hipótesis 3.8, las percepciones de la alianza por parte del consultante han tenido mayor valor predictivo que las del terapeuta en los resultados de la psicoterapia.

4.4.4. Efectividad de la psicoterapia y evolución en el seguimiento

4.4.4.1. Efectividad de la psicoterapia

Hipótesis 5.1.

En las tablas 27, 28 y 29 se ofrecen los resultados de una comparación entre las manifestaciones generales de disfunción evaluadas al inicio y las evaluadas en el seguimiento. En la escala de *inadaptación* la media inicial era 2.80 y la del seguimiento 1.60, habiéndose conseguido una mejoría significativa de las puntuaciones ($t = 8.124$, con 101 g.l., $p = .000$). Los autores de la escala (Echeburúa et al., 2000) proponen como punto de corte para indicar disfunción la puntuación de 2, de forma que se puede considerar que la mejoría ha sido además clínicamente significativa. En afecto positivo la media inicial era de 2.14 y la posterior de 2.93, habiendo un cambio favorable significativo ($t = -6.576$, con 61 g.l., $p = .000$). Y en afecto negativo teníamos 3.09 al

inicio y 2.40 en el seguimiento, con un cambio favorable significativo ($t = 4.448$, con 173 g.l., $p = .000$).

Tabla 27 Comparación pre-postratamiento. Prueba t para muestras relacionadas

		Media	N	Desviación típ.	Error típ. de la media
Par 1	Escala de Inadaptación inicial	2,8020	102	1,16776	,11563
	Escala de Inadaptación en seguimiento	1,5956	102	1,48819	,14735
Par 2	Escala de Afectos Positivo inicial	2,1391	62	,76384	,09701
	Escala de Afectos Positivos en seguimiento	2,9341	62	,86952	,11043
Par 3	Escala de Afectos Negativos inicial	3,0948	62	,92292	,11721
	Escala de Afectos Negativos en seguimiento	2,4032	62	,98613	,12524

Tabla 28 Comparación pre-postratamiento. Correlaciones de muestras relacionadas

		N	Correlación	Sig.
Par 1	Escala de Inadaptación inicial - Escala de Inadaptación en seguimiento	102	,382	,000
Par 2	Escala de Afectos Positivos inicial - Escala de Afectos Positivos en seguimiento	62	,326	,010
Par 3	Escala de Afectos Negativos inicial - Escala de Afectos Negativos en seguimiento	62	,179	,164

Tabla 29 Comparación pre-postratamiento. Prueba de muestras relacionadas

		Diferencias relacionadas					t	Gl	Sig. (bilat.)
		Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	I.C. 95%				
					Superior	Inferior			
Par 1	Inadaptación inicial - Inadaptación en seguimiento	1,20637	1,49972	,14849	,91180	1,50095	8,124	101	,000
Par 2	Afectos Positivos inicial - Afectos Positivos en seguimiento	-,79498	,95189	,12089	-1,03672	-,55325	-6,576	61	,000
Par 3	Afectos Negativos inicial - Afectos Negativos en seguimiento	,69153	1,22415	,15547	,38066	1,00241	4,448	61	,000

En la Tabla 30 se muestran algunos indicadores generales de los resultados del tratamiento aplicado en el presente estudio. En el primer año fueron dados de alta 53 consultantes (el 32.1%) y abandonaron la terapia otros 65 (39.4%). El 61.2% de las personas dijeron en la entrevista de seguimiento encontrarse mucho o bastante mejor que al inicio del tratamiento; el 26.2% dijeron estar sólo algo mejor y el 12.6% encontrarse igual o peor. El 96.1% manifestaron estar satisfechos con los beneficios de la terapia y la ayuda recibida. En el plazo de un año retornaron el 10.3% de los que habían sido dados de alta o habían abandonado. Con el propósito de tener una referencia para valorar mínimamente estos resultados tomamos los informes de Fernández, Luengo, García, Cabero, González, Braña, Cuesta y Caunedo (2011) y de Luengo (2014) sobre sendas investigaciones en las que comparó un programa de psicoterapia breve con el tratamiento habitual, predominantemente farmacológico, que se ofrece en los centros de salud mental de Asturias. Como se ve en la Tabla 30, la tasa de altas en el presente estudio ha sido inferior a las de los grupos de psicoterapia y similar a la del tratamiento habitual en los otros dos estudios; la tasa de abandonos ha sido superior a todos los grupos de los estudios de referencia; y los porcentajes de sujetos que dijeron haber mejorado mucho o bastante y los de personas satisfechas con el tratamiento son sólo ligeramente superiores. Por último, las tasas de retornos son muy similares.

Con la idea de aclarar el significado clínico de las que hemos denominado variables de resultado clínico-administrativas se presentan en la tabla 31 los niveles de *inadaptación*, de afecto positivo, de afecto negativo y de cambio informados por los consultantes en el seguimiento y según estuvieran en situación de alta, abandono o seguir a tratamiento al año.

Tabla 30 Resultados generales de la psicoterapia

	Presente estudio	Fernández et al. (2011)		Luengo (2014)	
	Psicoterapia	Psicoterapia	Tratamiento habitual	Psicoterapia	Tratamiento habitual
N	197	76	65	72	72
Altas al año (%)	32.1	56.6	33.8	54.2	33.3
Abandono al año (%)	39.4	28.9	20.0	33.3	36.1
Mucho o bastante mejor (ICG) (%)	61.2	55.2	33.3	55.5	58.4
Satisfechos (%)	96.1 – 96.1	94.0 – 94.1	68.9 – 70.5	87.8 – 92.9	88.1 – 85.7
Retornos al año (%)	10.3	9.6	10.0	11.6	6.9

Tabla 31 Niveles de inadaptación, de afecto positivo, de afecto negativo y de cambio de los consultantes con distinta situación clínico-administrativa al año

		Inadaptación en seguimiento	Escala de Afectos Positivos en seguimiento	Escala de Afectos Negativos en seguimiento	ICG Cambio según consultante
Alta facultativo	Media	.8548	3.3438	2.0875	1.82
	N	35	32	32	34
	Desv. típ.	1.15033	.80760	.87685	.936
Abandono	Media	1.5286	2.9968	2.3355	2.37
	N	35	31	31	35
	Desv. típ.	1.46332	.76572	.95133	1.190
Segue a tratamiento en CSM	Media	2.4242	2.4822	2.8364	2.61
	N	33	33	33	33
	Desv. típ.	1.42710	.80933	1.05499	.966
Total	Media	1.5866	2.9355	2.4250	2.26
	N	103	96	96	102
	Desv. típ.	1.48517	.86451	1.00567	1.080

Como se puede apreciar, las personas dadas de alta se encuentran mejor en los cuatro indicadores de estado clínico (en la subescala de cambio de la Impresión Clínica Global a menor puntuación mayor mejoría experimentada por el consultante), seguidos de los que abandonaron y de los que siguen a tratamiento al año. Así, ser dado de alta es un indicador de mejoría y seguir a tratamiento, de no mejoría (por ejemplo, la media en *inadaptación* es de 2.42). El caso del abandono es más difícil de interpretar. Aunque contamos con pocas evaluaciones de seguimiento de los abandonos (20 de 65), el 30% dijo haber abandonado porque no mejoraba o porque no le gustaba el enfoque dado a sus problemas, el 20% por haber mejorado, el 30% por no poder continuar por motivos externos (de trabajo fundamentalmente) y el resto no especifica. Así abandono parece un indicador de mal resultado. Pero por otro lado el 57.1% de las personas que abandonaron dijeron estar mucho o bastante mejor que antes de la terapia (resultado similar al hallado por Fernández et al., 2011 y Luengo, 2014) y tienen de media un grado de *inadaptación* inferior al punto de corte que indicaría disfunción.

4.4.4.2. Relación entre las variables evaluadas al inicio y las evaluadas en el seguimiento. Correlaciones bivariadas.

Como indicadores de las manifestaciones generales de disfunciones psíquicas en el seguimiento utilizamos las Escala de Afectos Positivos y Negativos y la Escala de

Inadaptación. En la Tabla 32 se muestran las correlaciones de Spearman entre estas tres variables; en la Tabla 33 las correlaciones entre las manifestaciones generales de disfunción evaluadas al inicio y las evaluadas en el seguimiento; y en la Tabla 34 las correlaciones entre las manifestaciones específicas de disfunción evaluadas al inicio del tratamiento y las manifestaciones generales evaluadas en el seguimiento.

La escala de afectos positivos correlaciona positivamente con la escala de afectos positivos del seguimiento. La escala de afectos negativos en cambio no correlaciona con la misma escala aplicada en el seguimiento. La escala de *inadaptación* inicial correlaciona significativamente con la misma escala en el seguimiento. El índice *global* y el índice de *distrés* del SA-45 correlacionan significativamente con los afectos positivos (relación negativa), los afectos negativos (relación positiva) y la *inadaptación* (relación positiva) evaluados en el seguimiento. Las subescalas del SA-45 tienen relación con los niveles de disfunción en el seguimiento, especialmente con el grado de *inadaptación*.

En la Tabla 35 pueden verse las correlaciones entre las variables de AVE, apego, estrategias de afrontamiento y apoyo social y las manifestaciones generales de disfunción en el seguimiento; y en la Tabla 36 las correlaciones entre las variables de alianza terapéutica y las manifestaciones generales de disfunción en el seguimiento.

Tabla 32 Correlaciones entre las manifestaciones de disfunción evaluadas en el seguimiento

		Seguimiento: Manifestaciones de Disfunción: Escala de Afectos Positivos	Seguimiento: Manifestaciones de Disfunción: Escala de Afectos Negativos	Seguimiento: Manifestaciones de Disfunción: Escala de Inadaptación
Seguimiento: Escala de Afectos Positivos	Coef. de correlación	1.000	-.643**	-.700**
	Sig. (bilat.)	.	.000	.000
	N	97	97	97
Seguimiento: Escala de Afectos Negativos	Coef. de correlación	-.643**	1.000	.658**
	Sig. (bilat.)	.000	.	.000
	N	97	97	97
Seguimiento: Escala de Inadaptación	Coef. de correlación	-.700**	.658**	.391**
	Sig. (bilat.)	.000	.000	.000
	N	97	97	102

Nota: ** Correlación significativa al nivel .01 (bilat.).* Correlación significativa al nivel .05 (bilat.).

Tabla 33 Correlaciones entre las manifestaciones generales de disfunción evaluadas al inicio del tratamiento y las evaluadas en el seguimiento

	Seguimiento: Manifestaciones de Disfunción: Escala de Afectos Positivos	Seguimiento: Manifestaciones de Disfunción: Escala de Afectos Negativos	Seguimiento: Manifestaciones de Disfunción: Escala de Inadaptación
Coef. de correlación	.272*	-.044	-.158
Manifestaciones de Disfunción: Escala de Afectos Positivo Sig. (bilat.)	.033	.736	.217
N	62	62	63
Coef. de correlación	-.154	.168	.236
Manifestaciones de Disfunción: Escala de Afectos Negativos Sig. (bilat.)	.233	.191	.062
N	62	62	63
Coef. de correlación	-.215*	.180	.391**
Manifestaciones de Disfunción: Escala de Inadaptación Sig. (bilat.)	.036	.081	.000
N	95	95	102
Coef. de correlación	-.330**	.334**	.375**
Manifestaciones de Disfunción: Escala Global del SA45 Sig. (bilat.)	.001	.001	.000
N	97	97	104
Coef. de correlación	-.355**	.323**	.351**
Manifestaciones de Disfunción: SA45 Distrés Sig. (bilat.)	.000	.001	.000
N	96	96	103

Nota: ** Correlación significativa al nivel .01 (bilat.).* Correlación significativa al nivel .05 (bilat.).

Tabla 34 Correlaciones entre las manifestaciones específicas de disfunción evaluadas al inicio del tratamiento y las manifestaciones generales evaluadas en el seguimiento

		Seguimiento: Manifestaciones de Disfunción: Escala de Afectos Positivos	Seguimiento: Manifestaciones de Disfunción: Escala de Afectos Negativos	Seguimiento: Manifestaciones de Disfunción en Escala de Inadaptación
Manifestaciones de Disfunción: SA45 Depresión	Coef. de correlación	-.468**	.454**	.437**
	Sig. (bilat.)	.000	.000	.000
	N	97	97	104
Manifestaciones de Disfunción: SA45 Hostilidad	Coef. de correlación	-.202*	.247*	.149
	Sig. (bilat.)	.047	.015	.130
	N	97	97	104
Manifestaciones de Disfunción: SA45 Sensibilidad	Coef. de correlación	-.365**	.321**	.385**
	Sig. (bilat.)	.000	.001	.000
	N	97	97	104
Manifestaciones de Disfunción: SA45 Somatización	Coef. de correlación	-.138	.225*	.291**
	Sig. (bilat.)	.177	.026	.003
	N	97	97	104
Manifestaciones de Disfunción: SA45 Ansiedad	Coef. de correlación	-.275**	.261**	.297**
	Sig. (bilat.)	.006	.010	.002
	N	97	97	104
Manifestaciones de Disfunción: SA45 Psicoticismo	Coef. de correlación	-.118	.105	.089
	Sig. (bilat.)	.251	.305	.369
	N	97	97	104
Manifestaciones de Disfunción: SA45 Obsesión	Coef. de correlación	-.247*	.186	.272**
	Sig. (bilat.)	.015	.068	.005
	N	97	97	104
Manifestaciones de Disfunción: SA45 Fobia	Coef. de correlación	-.143	.066	.271**
	Sig. (bilat.)	.162	.523	.005
	N	97	97	104
Manifestaciones de Disfunción: SA45 Paranoia	Coef. de correlación	-.203*	.351**	.282**
	Sig. (bilateral)	.046	.000	.004
	N	97	97	104

Nota: ** Correlación significativa al nivel .01 (bilat.).* Correlación significativa al nivel .05 (bilat.).

Tabla 35 Correlaciones de Spearman entre las variables de AVE, Apego, Estrategias de Afrontamiento y Apoyo Social y las manifestaciones generales de disfunción en el seguimiento

		Seguimiento: Manifestaciones de Disfunción: Escala de Afectos Positivos	Seguimiento: Manifestaciones de Disfunción: Escala de Afectos Negativos	Seguimiento: Manifestaciones de Disfunción evaluadas mediante la Escala de Inadaptación
Estrés global	Coef. de correlación	.022	.156	.236*
	Sig. (bilateral)	.843	.150	.027
	N	86	86	88
Nº de sucesos vitales estresantes	Coef. de correlación	.048	.152	.190
	Sig. (bilateral)	.663	.165	.077
	N	85	85	87
Acontecimientos vitales relacionados con el trabajo	Coef. de correlación	.238*	-.118	-.094
	Sig. (bilateral)	.028	.283	.386
	N	85	85	87
Acontecimientos vitales relacionados con el ámbito académico	Coef. de correlación	.057	-.085	-.160
	Sig. (bilateral)	.604	.439	.140
	N	85	85	87
Acontecimientos vitales relacionados con la salud	Coef. de correlación	-.081	.125	.175
	Sig. (bilateral)	.462	.253	.104
	N	85	85	87
Acontecimientos vitales relacionados con el amor y la pareja	Coef. de correlación	-.044	.150	.219*
	Sig. (bilateral)	.690	.171	.042
	N	85	85	87
Acontecimientos vitales relacionados con la familia y los hijos	Coef. de correlación	-.207	.312**	.327**
	Sig. (bilateral)	.058	.004	.002
	N	85	85	87
Acontecimientos vitales relacionados con la vida social	Coef. de correlación	-.022	.068	.097
	Sig. (bilateral)	.838	.538	.372
	N	85	85	87
Acontecimientos vitales relacionados con cuestiones legales	Coef. de correlación	-.003	.167	.179
	Sig. (bilateral)	.976	.126	.098
	N	85	85	87

		Seguimiento: Manifestaciones de Disfunción: Escala de Afectos Positivos	Seguimiento: Manifestaciones de Disfunción: Escala de Afectos Negativos	Seguimiento: Manifestaciones de Disfunción evaluadas mediante la Escala de Inadaptación
Acontecimientos vitales relacionados con cuestiones legales	Coef. de correlación	-0.003	.167	.179
	Sig. (bilateral)	.976	.126	.098
	N	85	85	87
Acontecimientos vitales relacionados con las finanzas	Coef. de correlación	.204	.025	.065
	Sig. (bilateral)	.061	.822	.551
	N	85	85	87
Acontecimientos vitales relacionados con la residencia	Coef. de correlación	-.011	.180	.022
	Sig. (bilateral)	.922	.099	.839
	N	85	85	87
Puntuación total de otros acontecimientos vitales	Coef. de correlación	.081	-.177	-.063
	Sig. (bilateral)	.461	.103	.563
	N	86	86	88
Resolución de problemas en enfrentamiento	Coef. de correlación	.104	-.092	-.083
	Sig. (bilateral)	.375	.435	.456
	N	75	75	82
Autocrítica en enfrentamiento	Coef. de correlación	-.284*	.180	.182
	Sig. (bilateral)	.013	.123	.101
	N	75	75	82
Expresión emocional en enfrentamiento	Coef. de correlación	.265*	-.143	-.201
	Sig. (bilateral)	.022	.220	.070
	N	75	75	82
Pensamiento deseiderativo en enfrentamiento	Coef. de correlación	.046	.144	-.063
	Sig. (bilateral)	.696	.216	.571
	N	75	75	82
Búsqueda de apoyo social en enfrentamiento	Coef. de correlación	.240*	-.069	-.194
	Sig. (bilateral)	.038	.559	.081
	N	75	75	82
Reestructuración cognitiva en enfrentamiento	Coef. de correlación	.227	-.238*	-.081
	Sig. (bilateral)	.050	.040	.470
	N	75	75	82

		Seguimiento: Manifestaciones de Disfunción: Escala de Afectos Positivos	Seguimiento: Manifestaciones de Disfunción: Escala de Afectos Negativos	Seguimiento: Manifestaciones de Disfunción evaluadas mediante la Escala de Inadaptación
Evitación de problemas en enfrentamiento	Coef. de correlación	.009	-.027	-.099
	Sig. (bilateral)	.940	.820	.377
	N	75	75	82
Retirada Social en enfrentamiento	Coef. de correlación	-.155	.141	.283**
	Sig. (bilateral)	.184	.229	.010
	N	75	75	82
Concepto favorable de sí mismo en las relaciones cercanas	Coef. de correlación	.035	-.163	-.135
	Sig. (bilateral)	.750	.139	.203
	N	84	84	90
Concepto favorable del otro en las relaciones cercanas	Coef. de correlación	-.033	.161	.089
	Sig. (bilateral)	.765	.144	.406
	N	84	84	90
Incomodidad con la cercanía en las relaciones de pareja	Coef. de correlación	-.283**	.256*	.322**
	Sig. (bilateral)	.009	.018	.002
	N	85	85	90
Temor al rechazo y al abandono en las relaciones de pareja	Coef. de correlación	-.155	.166	.148
	Sig. (bilateral)	.156	.128	.165
	N	85	85	90
Incomodidad con la cercanía en las relaciones con los amigos	Coef. de correlación	-.414**	.294**	.206
	Sig. (bilateral)	.000	.008	.060
	N	81	81	84
Temor al rechazo y al abandono en las relaciones con los amigos	Coef. de correlación	-.089	.087	.095
	Sig. (bilateral)	.431	.439	.390
	N	81	81	84
Apoyo Social de la familia	Coef. de correlación	.107	-.121	-.240*
	Sig. (bilateral)	.329	.271	.025
	N	85	85	87
Apoyo Social de los amigos	Coef. de correlación	.377**	-.294**	-.304**
	Sig. (bilateral)	.000	.007	.004
	N	84	84	87

Nota: ** Correlación significativa al nivel .01 (bilat.).* Correlación significativa al nivel .05 (bilat.).

Tabla 36 Correlaciones entre las variables de alianza terapéutica y las manifestaciones generales de disfunción en el seguimiento

		Seguimiento: Manifestaciones de Disfunción: Escala de Afectos Positivos	Seguimiento: Manifestaciones de Disfunción: Escala de Afectos Negativos	Seguimiento: Manifestaciones de Disfunción evaluadas mediante la Escala de Inadaptación
Comprador	Coef. de correlación	.050	-.100	.167
	Sig. (bilateral)	.660	.376	.128
	N	81	81	85
Visitante	Coef. de correlación	.007	-.008	-.081
	Sig. (bilateral)	.952	.942	.460
	N	81	81	85
Demandante	Coef. de correlación	-.280*	.327**	.099
	Sig. (bilateral)	.011	.003	.366
	N	81	81	85
WATOICI global	Coef. de correlación	.121	-.242	-.192
	Sig. (bilateral)	.337	.053	.123
	N	65	65	66
WATOICI: Metas	Coef. de correlación	-.013	-.072	-.057
	Sig. (bilateral)	.919	.567	.647
	N	65	65	66
WATOICI: Tareas	Coef. de correlación	.150	-.119	-.158
	Sig. (bilateral)	.232	.343	.206
	N	65	65	66
WATOICI: Vínculo	Coef. de correlación	.194	-.305*	-.270*
	Sig. (bilateral)	.122	.014	.028
	N	65	65	66
WATOICI: Cambio	Coef. de correlación	.127	-.215	-.164
	Sig. (bilateral)	.314	.086	.188
	N	65	65	66
SOATIF: Global	Coef. de correlación	.271*	-.214	-.252*
	Sig. (bilateral)	.021	.071	.031
	N	72	72	73

		Seguimiento: Manifestaciones de Disfunción: Escala de Afectos Positivos	Seguimiento: Manifestaciones de Disfunción: Escala de Afectos Negativos	Seguimiento: Manifestaciones de Disfunción evaluadas mediante la Escala de Inadaptación
SOATIF: Enganche	Coef. de correlación	.315**	-.237*	-.288*
	Sig. (bilateral)	.007	.045	.013
	N	72	72	73
SOATIF: Conexión	Coef. de correlación	.057	-.022	-.136
	Sig. (bilateral)	.632	.856	.251
	N	72	72	73
SOATIF: Seguridad	Coef. de correlación	.286*	-.295*	-.263*
	Sig. (bilateral)	.015	.012	.024
	N	72	72	73
Perspectiva del Terapeuta.- SOATIF: Global	Coef. de correlación	.148	-.046	.048
	Sig. (bilateral)	.168	.667	.652
	N	88	88	92
Perspectiva del Terapeuta.- SOATIF: Enganche	Coef. de correlación	.191	-.110	.037
	Sig. (bilateral)	.075	.308	.726
	N	88	88	92
Perspectiva del Terapeuta.- SOATIF: Conexión	Coef. de correlación	.108	-.021	.007
	Sig. (bilateral)	.317	.846	.949
	N	88	88	92
Perspectiva del Terapeuta.- SOATIF: Seguridad	Coef. de correlación	.072	.016	.088
	Sig. (bilateral)	.502	.879	.402
	N	88	88	92

Nota: ** Correlación significativa al nivel .01 (bilat.).* Correlación significativa al nivel .05 (bilat.).

Hipótesis 5.2. Manifestaciones de disfunción en el seguimiento. Correlaciones bivariadas.

Según se ha descrito, esperábamos encontrar una relación positiva entre la puntuación de las cuatro dimensiones de inseguridad en el apego (*temor al rechazo y abandono, incomodidad con la cercanía, concepto desfavorable de sí mismo y concepto desfavorable de los demás*) y las manifestaciones generales de disfunciones psíquicas a

los 8-10 meses: la Escala de Afectos y en la *Escala de Inadaptación*. De las variables de apego (Tabla 35), los conceptos de sí mismo y del otro en las relaciones cercanas (CR) y el *temor al rechazo y abandono* (CRI) no tienen ninguna relación significativa con las manifestaciones de disfunción en el seguimiento. De las dimensiones de apego evaluadas con el CRI es la *incomodidad con la cercanía* la que más se relaciona con las manifestaciones de disfunción. La *incomodidad con la cercanía* en las relaciones de pareja y de amistad se asocia negativamente con los afectos positivos y positivamente con los afectos negativos posteriores. La *incomodidad con la cercanía* con la pareja también correlaciona positivamente con la *inadaptación* posterior.

Hipótesis 5.3. Manifestaciones de disfunción en el seguimiento. Correlaciones bivariadas.

Se había hipotetizado una relación negativa entre los cuidados sensibles y próximos y el apoyo social y las manifestaciones de disfunción y una relación positiva entre los cuidados controladores y compulsivos y las manifestaciones de disfunción en el seguimiento. De las variables de apoyo social (Tabla 35), el apoyo de la familia y el de los amigos se relacionan negativamente con la *inadaptación* posterior y el apoyo social de los amigos con los afectos positivos y negativos en el seguimiento (relación positiva y negativa respectivamente). Y de las variables de cuidados, la *proximidad* y la *sensibilidad* de la pareja o de otro significativo se relaciona positivamente con los afectos positivos y negativamente con los negativos; la *sensibilidad* además también se relaciona negativamente con la *inadaptación* posterior. Por su parte los cuidados controladores se relacionan positivamente con *inadaptación* y los compulsivos positivamente con los afectos positivos. De forma que la única relación no prevista en nuestra hipótesis es esta última, que parece indicar que los cuidados compulsivos no son perniciosos.

Hipótesis 5.4. Manifestaciones de disfunción en el seguimiento. Correlaciones bivariadas.

Las variables de estrés por acontecimiento vitales (Tabla 35) se relacionan fundamentalmente con el grado de *inadaptación* posterior, siendo positiva la relación en el caso del estrés *global*, de los AVE en el área familiar y de los AVE relacionados con pareja. Los afectos positivos y negativos en el seguimiento apenas tienen relación con los AVE, sólo los afectos positivos posteriores se relacionan **positivamente** con AVE del trabajo y los afectos negativos con los AVE relacionados con la familia.

Hipótesis 5.5. Manifestaciones de disfunción en el seguimiento. Correlaciones bivariadas.

Teníamos la hipótesis de que la *búsqueda de apoyo social*, la *reestructuración cognitiva* y la *resolución de problemas* se relacionarían negativamente con los niveles de disfunciones psíquicas en el seguimiento; mientras que la *retirada social*, la *autocrítica*, el *pensamiento desiderativo* y la *evitación de los problemas* lo harían positivamente. Nuestros resultados (Tabla 35) indican que la escala de afectos positivos correlaciona positivamente con la *expresión emocional* y negativamente con la *autocrítica*; la *reestructuración cognitiva* correlaciona negativamente con los afectos negativos; y la *retirada social* positivamente con *inadaptación*.

Hipótesis 5.6. Manifestaciones de disfunción en el seguimiento. Correlaciones bivariadas.

Tratamos ahora las variables de alianza terapéutica (Tabla 36). De las evaluadas a juicio del terapeuta sólo una tiene relaciones significativas con los niveles de disfunción en el seguimiento: El grado en que el terapeuta consideró como *demandante* al consultante en la primera entrevista tiene una relación negativa con los efectos positivos y una relación positiva con los afectos negativos en el seguimiento.

De las variables de alianza terapéutica las que más se asocian a las manifestaciones de disfunción posteriores son las evaluadas mediante el SOATIF. Las subescalas de *seguridad* y de *enganche* del SOATIF correlacionan positivamente con los afectos positivos posteriores y negativamente con los afectos negativos y la *inadaptación*. La escala *global* del SOATIF correlaciona positivamente con los afectos positivos posteriores y negativamente con la *inadaptación*. La subescala de *conexión* no tiene relación con la evolución de las manifestaciones de disfunción. Del WATOCCI, sólo la subescala de *vínculo* correlaciona negativamente con los afectos negativos y con *inadaptación* en el seguimiento.

4.4.4.3. Análisis de Regresión: Predicción de las manifestaciones de disfunción tras la terapia a partir de las manifestaciones de partida, el estrés inicial, las estrategias de afrontamiento, los vínculos de apego, el apoyo social y la alianza terapéutica

Regresión Múltiple sobre afectos negativos

El modelo de Regresión para los afectos negativos en el seguimiento consigue explicar el 33.7% de la varianza, a partir de tres factores: la sintomatología depresiva (SA-45) al inicio (relación positiva), la *seguridad* del consultante en su relación con el terapeuta (SOATIF) (relación negativa) y el grado en que los terapeutas valoraron a los consultantes como demandantes (relación positiva).

Regresión Múltiple sobre afectos positivos

El modelo de Regresión Múltiple explica el 29.1% de la varianza de los afectos positivos en el seguimiento, con dos variables predictoras: la sintomatología depresiva (SA-45) al inicio del tratamiento (relación negativa) y el grado de *enganche* informado por el consultante (SOATF) (relación positiva). Aunque desaparece del modelo, los AVE relacionados con el trabajo tienen una relación positiva con afecto positivo en el seguimiento.

Regresión Múltiple sobre la *Escala de Inadaptación*

El grado de *inadaptación* informado en el seguimiento está relacionado (con un 33.1% de la varianza) por la combinación del nivel de *depresión* al inicio (SA-45), el grado de *enganche* del consultante en el proceso terapéutico (SOATIF) y los acontecimientos vitales estresantes relacionados con la familia en el año anterior al inicio de la terapia.

En la Tabla 37 se muestran los factores que han resultado predictores significativos de las manifestaciones generales de disfunción en el seguimiento. Las variables más relevantes han sido la subescala de *depresión* del SA-45 al inicio de la terapia, los acontecimientos estresantes en el área familiar y varios aspectos de la alianza terapéutica. Los niveles de *depresión* participan en la explicación de de todas las manifestaciones de disfunción. A mayores manifestaciones de *depresión* al inicio mayores manifestaciones generales de disfunción posteriores.

Tabla 37 Resumen de los factores que han resultado predictores significativos de las manifestaciones generales de disfunción en el seguimiento

	Seguimiento: Escala de Afectos Positivos	Seguimiento: Escala de Afectos Negativos	Seguimiento: Escala de Inadaptación	N.º de variables predichas
Depresión SA-45	-.444	.390	.387	3
AVE familia			.249	1
Demandante TOS		.221		1
SOATIF consultante enganche	.285		-.261	2
SOATIF consultante seguridad		-.265		1
R ²	.291	.337	.331	

Hipótesis 5.2, 5.3 y 5.5. Manifestaciones de disfunción en el seguimiento.

Análisis de Regresión.

Contra lo que habíamos planteado en nuestras hipótesis, las variables relativas al apego, el apoyo social y las estrategias de afrontamiento resultan no ser significativas en la predicción de las manifestaciones de disfunciones psíquicas en el seguimiento.

Hipótesis 5.4. Manifestaciones de disfunción en el seguimiento. Análisis de Regresión.

De los acontecimientos vitales resultado relevantes los relativos a la familia, que contribuyen a una mayor *inadaptación* posterior.

Hipótesis 5.6. Manifestaciones de disfunción en el seguimiento. Análisis de Regresión.

Hemos confirmado nuestras hipótesis del papel de la alianza terapéutica en la evolución clínica de los sujetos. Ha habido un juicio del terapeuta que ha estado relacionado con más niveles de afectos negativos en el seguimiento: el grado en que el terapeuta consideró *demandante* al consultante. En cambio el grado en que el terapeuta consideró al consultante como *comprador* y como *visitante* no han tenido una influencia

significativa. En cuanto al SOATIF valorado por el consultante hay dos variables significativas: el *enganche* en el proceso terapéutico, que predice mayor afecto positivo y menor *inadaptación*; y la *seguridad* del consultante, que tiene una relación negativa con los afectos negativos en el seguimiento.

4.4.4.4. Relación entre las variables evaluadas al inicio y las variables dicotómicas de resultado

Se ha analizado la relación entre las manifestaciones iniciales de disfunción, las variables de apego cuidados y apoyo social, las estrategias de afrontamiento y las de alianza terapéutica con varios indicadores de resultado de psicoterapia: ser dado de alta o haber abandonado el tratamiento durante el primer año; retornar al CSM en el plazo de un año y dos años; y seguir a tratamiento en el CSM a los 2 años, ya sea por no haber sido dado de alta ni haber abandonado o por haber retornado. En la Tabla 38 se recogen las variables de resultado y aquellas variables explicativas que se distribuyen normalmente y entre cuyos niveles se han hallado diferencias significativas en su relación con las variables de resultado. Para los contrastes estadísticos se utilizó la prueba de Levene para la igualdad de varianzas en muestras independientes. Y en la Tabla 39 se muestran las variables predictoras que no se ajustan a la distribución normal y que han tenido relaciones significativas con las variables de resultado usando la U de Mann-Whitney y W de Wilcoxon.

Que los consultantes fueran dados de alta en el primer año de terapia tuvo relación con presentar menores niveles de disfunción al inicio (en la escala de *Inadaptación* y en la *global* del SA-45 y en las de *Depresión*, *Ansiedad* y *Obsesión* del SA-45); con el uso de la *expresión emocional* y no la *retirada social* en el afrontamiento y con puntuaciones elevadas en la subescala de *enganche* y la escala total del SOATIF contestado por los consultantes.

El abandono de la terapia en el primer año ha tenido una relación positiva con el estrés *global* y el estrés en el área familiar experimentados en el año anterior a la terapia, con la puntuación en la subescala de *psicoticismo* y con el uso de la *retirada social* como estrategia de afrontamiento. Y resulta negativamente asociado a la escala de *somatización* de la evaluación inicial.

Tabla 38 Resumen de las variables significativas para el resultado con prueba de Levene para la igualdad de varianzas en muestras independientes (variables con distribución normal)

Variables a predecir	Manifestaciones iniciales de disfunción	Apego	Apoyo Social	Estrategias de Afrontamiento	Relación Terapéutica
Alta en 1er año	Inadaptación (-) SA-45 Global (-) Depresión (-) Ansiedad (-) Obsesión (-)			Expresión emocional (+) Retirada Social (-)	SOATIF consultante Global (+) SOATIF consultante Enganche (+)
Abandono en 1er año				Retirada Social (+)	
Retorno al año				Reestructuración cognitiva (+)	
Retorno en 2 años		CR: Concepto favorable de sí mismo (-)			
Sigue a tto. o ha retornado a los 2 años	Inadaptación (+) Depresión (+)	CR: Concepto favorable de sí mismo (-)	Apoyo Social de amigos (-)		

Tabla 39 Resumen de las variables significativas para el resultado con U de Mann-Whitney y W de Wilcoxon

(variables sin distribución normal)

Variables a predecir	AVE	Manifestaciones iniciales de disfunción
Abandono en 1er año	Estrés Global (+) AVE familia (+)	Somatización (-) Psicoticismo (+)
Retorno al año	AVE trabajo (-) AVE salud (-)	
Sigue a tto. o ha retornado a los 2 años	AVE trabajo (-)	

Que las personas dadas de alta o que abandonaron retornaran en el plazo de un año estuvo asociado con un mayor uso de la *reestructuración cognitiva* como estrategia de afrontamiento y con haber experimentado menos estrés en las áreas de trabajo y salud. Y que retornaran en el plazo de 2 años, con tener un *concepto desfavorable de sí mismos* en las relaciones cercanas.

Seguir a tratamiento a los 2 años, ya sea por continuar en el mismo en ese plazo o por haber retornado, ha tenido relación con haber experimentado menos estrés relacionado con el trabajo; con presentar mayores niveles de inadaptación y *Depresión* al inicio; con tener un concepto desfavorable de uno mismo en las relaciones cercanas y

con percibir escaso apoyo social por parte de los amigos.

Hipótesis 5.7.

No se confirma la relación que suponíamos entre las dimensiones de apego y de cuidados y apoyo y las variables de situación clínico-administrativa en el seguimiento (alta, abandono, seguir a tratamiento).

Hipótesis 5.8.

Resulta confirmada sólo para el concepto desfavorable de uno mismo en las relaciones cercanas, que se ha relacionado significativamente con la probabilidad de retornar en el plazo de dos años y con seguir a tratamiento a los dos años. Y tener poco apoyo de amigos también se relaciona con la probabilidad de seguir a tratamiento a los dos años.

4.5. Discusión

4.5.1. Explicación de las manifestaciones iniciales de disfunción

Las manifestaciones de disfunción se han evaluado con un cuestionario de síntomas (SA-45), la *Escala de Afectos Positivos y Negativos* (PANAS) y la *Escala de Inadaptación*, que evalúa en qué medida los problemas psicológicos de los consultantes afectan a diferentes áreas de la vida diaria. Además diferenciamos entre manifestaciones generales y específicas de disfunción, considerando específicas las subescalas del SA-45. Las caracterizaciones del apego son las preferencias y expectativas construidas por las personas en sus relaciones de apego y que se reflejan en las puntuaciones que obtienen en las cuatro dimensiones de apego evaluadas por el Cuestionario de Relación (CR) y el Cuestionario de Relaciones Interpersonales (CRI): *Concepto de sí mismo*, *concepto del otro*, *temor al rechazo y abandono* e *incomodidad con la cercanía*. La valoración de los apoyos se ha evaluado con el Cuestionario Breve de Apoyo Social (CBAS). En la Tabla 18 aparecen las variables que han resultado significativas en el Análisis de Regresión para las manifestaciones generales de disfunción al inicio del tratamiento. Y en la Tabla 20 las que sido significativas en el Análisis de Regresión para las manifestaciones específicas de disfunción.

El concepto desfavorable de los otros en general (el grado en que se la persona los

considera poco dignos de confianza y disponibles para apoyarla), que correlacionaba positivamente con las manifestaciones generales de disfunciones psíquicas, ha resultado no tener valor explicativo en la regresión. El *concepto desfavorable de sí mismo* (el grado en que la persona se considera indigna de amor y apoyo) ha contribuido a explicar la *inadaptación* y los índices *global* y de *distrés* del SA-45.

Aunque tanto el *temor al rechazo y abandono* como la *incomodidad con la cercanía* se relacionan con psicopatología, parece que la primera dimensión es más importante. En las relaciones de pareja el *temor al rechazo y abandono* predice significativamente la escala *global* del SA-45 y los afectos positivos; mientras que la *incomodidad con la cercanía* de la pareja predice los afectos negativos. En las relaciones de amistad, el *temor al rechazo y abandono* predice los afectos negativos, mientras que la *incomodidad con la cercanía* no ha tenido valor explicativo.

Las valoraciones de los apoyos proporcionados por amigos y familiares también han tenido valor explicativo para las manifestaciones generales de disfunciones psíquicas; el de los amigos, para los afectos positivos; el de la familia, para la escala *global* del SA-45 y la *inadaptación*.

El Análisis de Regresión confirma la importancia de determinadas estrategias de afrontamiento: la *reestructuración cognitiva*, la *retirada social* y el *pensamiento desiderativo*. La *autocrítica* y la *resolución de problemas* desaparecen a este nivel de análisis como factores relevantes.

Podemos concluir que las variables con valor predictivo de las manifestaciones generales de disfunciones psíquicas han resultado ser el estrés relacionado con acontecimientos vitales experimentado en el año anterior, el uso de determinadas estrategias de afrontamiento (*reestructuración cognitiva*, *retirada social* y *pensamiento desiderativo*), las caracterizaciones del apego (*concepto desfavorable de uno mismo*, *temor al rechazo y abandono* y, en menor medida, *incomodidad con la cercanía*) y las valoraciones de los apoyos de familiares y amigos.

4.5.2. Sobre los factores que influyen en la alianza terapéutica

4.5.2.1. Alianza terapéutica. Relaciones bivariadas.

Suponiendo que las experiencias de apego con familiares, parejas y amigos

tendrían influencia en la relación que se establece con los terapeutas, esperábamos que la puntuación total del *Sistema de Observación de la Alianza Terapéutica en Intervención Familiar* (SOATIF) y del *Inventario de Alianza Terapéutica y Teoría del Cambio* (WATOICI) se relacionarían negativamente con las cuatro dimensiones que señalan apego inseguro y las dos que indican cuidados inseguros (controladores y compulsivos) y positivamente con las tres medidas de cuidados seguros (*proximidad*, *sensibilidad* y apoyo social). Esta hipótesis no se ha cumplido para el *concepto de sí mismo* en las distintas relaciones o en general, que no ha tenido ninguna correlación significativa con el SOATIF ni con el WATOICI. Y en cuanto al *concepto del otro* sólo ha tenido relación con el SOATIF cuando se ha evaluado en las relaciones cercanas en general (en ninguna específica) y cuando fue valorado por el terapeuta. El *temor al rechazo y abandono* parece tener algunas relaciones con la alianza terapéutica (negativas): cuando se da respecto a las relaciones de pareja en personas que no tienen pareja y cuando se da con amigos (pero no cuando se da con la pareja actual). No tiene relación con la escala total ni con las subescalas del WATOICI. Como esperábamos, la *incomodidad con la cercanía* es la dimensión de apego más relacionada con la alianza terapéutica evaluada con el SOATIF o con el WATOICI, pues la *incomodidad con la cercanía* en las relaciones de pareja y en las relaciones con amigos correlaciona negativamente con las puntuaciones totales del WATOICI y el SOATIF, si bien las correlaciones son más elevadas en el segundo caso.

Desde la perspectiva de los cuidados y apoyos, la *sensibilidad* de la pareja u otro significativo y casi todas las medidas de apoyo social tienen una relación positiva con la alianza terapéutica. En cambio, los cuidados controladores la tienen negativa. Así que parece que las personas mejor cuidadas y apoyadas tienen más facilidad para relacionarse con sus terapeutas.

Esperábamos que las medidas de inseguridad en el apego y los cuidados tuvieran mayor relación los componentes de la alianza terapéutica centrados en el vínculo afectivo entre terapeuta y consultante que con otras facetas de la alianza: *vínculo* en el WATOICI y *conexión* en el SOATIF. Pero esta hipótesis no se ha confirmado. El vínculo evaluado por el WATOICI sólo correlaciona negativamente con *incomodidad con la cercanía* en las relaciones de pareja. La escala de *conexión* se ha asociado más bien con el afrontamiento, pues correlaciona positivamente con *resolución de*

problemas y negativamente con *búsqueda de apoyo social* y *evitación de problemas*. Hay otras dimensiones de la alianza terapéutica más relacionadas con el apego y los apoyos y cuidados: la escala de *enganche* con el proceso terapéutico y la escala de *seguridad* en el contexto terapéutico.

El *enganche* del consultante en el proceso terapéutico (SOATIF) y las subescalas de *tareas*, *objetivos* y *teoría del cambio* del WATOCI, en la medida que indican el grado de involucración y acuerdo del consultante con las estrategias terapéuticas y las explicaciones que ofrecen los terapeutas, suponíamos que tendrían una relación negativa con *incomodidad con la cercanía* y con *temor al rechazo y abandono*. Las personas incómodas con la cercanía pueden no estar de acuerdo con la psicoterapia al trabajarse temas directamente relacionados con la expresión de los sentimientos negativos y las relaciones interpersonales. Y las personas con *temor al rechazo y abandono* pueden estar descontentas con la terapia que hacemos en la medida que esta suele centrarse más en la resolución práctica de problemas que en la ventilación emocional. Pero la hipótesis de una relación negativa entre las subescalas de *tareas*, *metas* y *teoría del cambio* del WATOCI y la subescala de *enganche* con el proceso terapéutico del SOATIF y las dimensiones de inseguridad en el apego sólo se ha confirmado para la *incomodidad con la cercanía* y el *concepto desfavorable del otro*. La *incomodidad con la cercanía* correlaciona negativamente con las subescalas de *tareas*, de *teoría del cambio* y de *enganche*; y tener un *concepto desfavorable del otro* en las relaciones cercanas correlaciona negativamente con *enganche*.

Las variables de apego, apoyo y cuidados se relacionan con el SOATIF total y la escala de *enganche* y un poco menos con la escala de *seguridad*, teniendo apenas relación con *conexión*.

Las personas incómodas con la cercanía o con un concepto negativo de los otros tienen dificultades para reconocer su propio sufrimiento, temen ser débiles o incapaces y desconfían de la ayuda de otros, por lo que les resultará difícil concordar con el terapeuta un problema personal en el que sientan involucrados y se mostrarán poco receptivos a las propuestas del terapeuta. Por tanto, habíamos hipotetizado que no tomarían la postura de *comprador*, sino la de *visitante* (si consideran que en realidad no tienen ningún problema) o *demandante* (si consideran que el problema es externo a ellos mismos). Y las personas con *temor al rechazo y abandono* o *concepto desfavorable de*

sí mismas, al desconfiar de su propia capacidad para afrontar los problemas, pensamos que tampoco adoptarían la postura de *comprador* y sí en cambio la de *demandante*, ya que expresarían su sufrimiento por la situación indeseable y esperarían que fueran factores externos los que la modificaran. Sin embargo, no hemos hallado correlaciones significativas entre las posturas de consultante y las dimensiones de inseguridad en el apego. Los estilos de apego no tienen relación con los juicios que los terapeutas hacen sobre el grado de colaboración de los consultantes con la terapia.

4.5.2.2. Alianza terapéutica. Análisis de Regresión

De las variables incluidas en el análisis de regresión sobre alianza terapéutica, las de mayor valor explicativo han sido las relativas a los cuidados y apoyos que las personas reciben por parte de otras personas importantes. Las variables que han resultado significativas en el Análisis de Regresión para alianza terapéutica se recogen en la Tabla 26.

La escala de *global* del SOATIF se asocia negativamente con la *incomodidad con la cercanía* en las relaciones con amigos y con recibir cuidados controladores por parte de la pareja. La subescala de *enganche* en el proceso terapéutico refleja el grado de acuerdo del consultante con los objetivos y tareas, su opinión favorable sobre la posible utilidad de la terapia y su grado de colaboración. Se relaciona positivamente con cuidados sensibles de la pareja y apoyo social emocional de los amigos. La subescala de *seguridad* en el contexto terapéutico recoge las sensaciones del consultante sobre la seguridad con que puede exponer su intimidad en terapia. Se relaciona negativamente con la *incomodidad con la cercanía* de amigos y positivamente con el apoyo social emocional del padre. La subescala de *conexión* se explica a partir de recibir cuidados sensibles de la pareja y de usar la *resolución de problemas* en el afrontamiento. La escala de *conexión* se refiere según los autores (Escudero y Friedlander, 2003) el grado en que el consultante considera importante al terapeuta en su vida y su confianza en él. Esta subescala se comporta de modo distinto a las demás de alianza terapéutica y las variables utilizadas apenas explican un 16.4% de su varianza. Es la única que se relaciona con las estrategias de afrontamiento. Los ítems incluidos en la escala de *conexión* del SOATIF se relacionan con expectativas de ayuda por parte del terapeuta (“Lo que hacemos en terapia puede solucionar nuestros problemas”; “el terapeuta está haciendo todo lo posible por ayudarme”; “al terapeuta le faltan conocimientos y capacidad para ayudarme” –este puntúa de modo inverso-) y con una valoración de la

importancia del terapeuta (“Considero que el terapeuta se ha convertido en una persona importante para mí”). Por tanto, puede pensarse que las personas confían en el terapeuta o esperan que les sea de ayuda si han tenido ya experiencias positivas de cuidado y si la terapia se centra en la *resolución de problemas*.

Las personas incómodas con la cercanía o con un concepto desfavorable de los otros son reticentes a solicitar y acoger el apoyo de los demás; y las personas con elevado *temor al rechazo y abandono* o un concepto desfavorable de sí mismas solicitan mucho apoyo y pueden ser vulnerables a cualquier muestra de desatención por parte del terapeuta y menos sensibles a las valoraciones positivas del terapeuta. Hemos podido confirmar nuestra hipótesis sobre la *incomodidad con la cercanía*, pero no sobre el *temor al rechazo y abandono*. Que la alianza terapéutica se vea perjudicada por la *incomodidad con la cercanía* pero no por el *temor al rechazo y abandono* es consistente con las propuestas de otros investigadores (Levy, Meehan, y Themes, 2012; Levy, Meehan, Weber, Reynoso, y Clarkin, 2005). En definitiva, la alianza terapéutica se ha podido explicar por la influencia de las expectativas y preferencias del consultante en las relaciones (en concreto por la *incomodidad con la cercanía* en relaciones de amistad), y por la calidad del apoyo y de los cuidados (caracterizados por elevada *sensibilidad* y bajo *control* en los cuidados y alto apoyo emocional) de otras personas importantes en su vida: pareja, padre y amigos.

4.5.3. Sobre resultados generales de la terapia

Hemos hallado una correlación positiva entre los afectos positivos al inicio y en el seguimiento y entre la *inadaptación* inicial y en el seguimiento, pero no entre los afectos negativos al inicio y en el seguimiento; además los índices *global* y de *distrés* del SA-45 y muchas de las variables de manifestaciones específicas de la primera evaluación correlacionan significativamente con las manifestaciones generales de disfunción evaluadas a los 10 meses. Por tanto, al nivel de las relaciones bivariadas hay una relación significativa entre las manifestaciones de disfunción al inicio de la terapia y las posteriores, de forma que a mayor disfunción inicial, mayor disfunción posterior.

Los análisis en los que se comparan los niveles de manifestaciones disfuncionales evaluados al inicio y los evaluados en el seguimiento sugieren que los consultantes experimentaron una mejoría significativa tanto en los afectos como en el grado de *inadaptación*.

Comparando nuestros resultados con los de Fernández et al. (2011) y de Luengo (2014), observamos la tasa de altas en el presente estudio ha sido inferior a la de esos dos estudios; la tasa de abandonos ha sido superior; y los porcentajes de sujetos que dijeron haber mejorado mucho o bastante y los de personas satisfechas con el tratamiento son sólo ligeramente superiores. Por último, las tasas de retornos son muy similares. La comparación sólo puede ser muy general, pues es posible que el estudio actual contara con una muestra más favorable que aquellos: son casos sólo de psicoterapia, mientras que en los estudios de comparación los casos eran asignados a los grupos al azar, de modo que se asignaron a los grupos de psicoterapia casos que podían no beneficiarse de ella. En todo caso, la psicoterapia en nuestro estudio ha sido tan efectiva como en los dos estudios mencionados.

4.5.4. Predicción de las manifestaciones de disfunción y el resultado clínico-administrativo en el seguimiento

Las variables que han resultado significativas para predecir las disfunciones en el seguimiento se muestran en la Tabla 37. Las variables más relevantes para explicar el estado clínico de los consultantes a los 8-10 meses han sido las relativas a las manifestaciones específicas de disfunción al inicio de la terapia, los acontecimientos estresantes en determinadas áreas y las de alianza terapéutica. Las puntuaciones en la subescala de *depresión* del SA-45 contribuyen a explicar todas las manifestaciones de disfunción. A mayores manifestaciones de *depresión* iniciales mayores niveles de disfunción posteriores.

En cuanto a los acontecimientos vitales, los relacionados con la familia tienen una relación positiva con el grado de *inadaptación* posterior. El estrés *global* y en el área familiar tuvo relación positiva con el abandono del tratamiento. El estrés en las áreas de trabajo y salud tuvo relación con menor probabilidad de retorno al año; y el estrés relacionado con el trabajo también con la probabilidad de seguir a tratamiento a los 2 años.

En cuanto al valor relativo de las opiniones del consultante y las del terapeuta, como esperábamos, las percepciones del consultante han tenido mayor valor predictivo que las del terapeuta en los resultados de la psicoterapia, pues el terapeuta sólo contesta según sus impresiones sobre el consultante y el propio sujeto sabe mejor lo que siente respecto al terapeuta. Pero relacionado con la alianza terapéutica tenemos un juicio del

terapeuta que ha estado asociado con mayores niveles de afectos negativos en el seguimiento: el grado en que el terapeuta consideró *demandante* al consultante, que se refiere a la medida en que el consultante se muestra dispuesto o capaz de emprender acciones para resolver el problema o aliviar sus malestares. En cuanto a la alianza terapéutica valorada por el consultante (SOATIF) hay dos variables significativas para su evolución clínica: el *enganche* en el proceso terapéutico, que predice mayor afecto positivo y menor *inadaptación*; y la *seguridad* del consultante en el contexto terapéutico, que tiene una relación negativa con los afectos negativos en el seguimiento.

Si atendemos a los resultados clínico-administrativos, la probabilidad de ser dado de alta tuvo relación con menores niveles de disfunción iniciales (*Inadaptación, global* del SA-45, *Depresión, Ansiedad y Obsesión* del SA-45), con el uso de la *expresión emocional* y no la *retirada social* en el afrontamiento y con puntuaciones elevadas en la subescala de *enganche* y la escala total del SOATIF en la versión contestada por los consultantes. El abandono tuvo relación con el estrés (el *global* y en el área familiar), con las subescalas de *psicoticismo* (relación positiva) y *somatización* (relación negativa) y con un afrontamiento caracterizado por la *retirada social*. La probabilidad de retornar al año se relacionó con el uso de la *reestructuración cognitiva* en el proceso de afrontamiento y con menor estrés en las áreas de trabajo y salud. Y el retorno a los dos años, con tener un *concepto desfavorable de sí mismo* en las relaciones cercanas. Seguir a tratamiento a los 2 años, ya sea por continuar en el mismo en ese plazo o por haber retornado, ha tenido relación con haber experimentado menos estrés relacionado con el trabajo, con presentar mayores niveles de *inadaptación* y *depresión* al inicio, con tener un concepto desfavorable de uno mismo en las relaciones cercanas y con percibir escaso apoyo social por parte de los amigos.

Resumiendo, podemos concluir que la evolución de los consultantes en el plazo de 8 a 10 meses está condicionada fundamentalmente por su estado inicial, en particular por sus niveles de *depresión*, y por el grado en que hayan podido establecer una buena alianza terapéutica con sus terapeutas. También resulta relevante la persistencia de eventos estresantes ya presentes antes de la terapia, en especial los relacionados con la familia. Los indicadores de resultado de tipo clínico-administrativo sugieren además que utilizar determinadas estrategias de afrontamiento (*expresión emocional, retirada social, reestructuración cognitiva*) y tener un *concepto desfavorable de uno mismo* en las relaciones cercanas pueden también importancia en la evolución clínica de los

consultantes.

4.5.5. Apego genérico y relaciones específicas

En la parte teórica hemos descrito una serie de estudios que sugieren una transferencia de las experiencias en una relación a las experiencias en otras: de los padres a los amigos en la adolescencia (Sánchez-Queija y Oliva, 2003; Zeifman y Hazan, 2008); del apego a los padres evaluado en la infancia o adolescencia a las parejas en la edad adulta (Dinero et al., 2008; Fraley et al., 2013; Martínez et al., 2014; Salvatore et al., 2011; Zayas et al., 2011); y de las relaciones con amigos en la adolescencia a las relaciones de pareja adultas (Fraley et al., 2013; Oriña et al., 2011; Simpson et al., 2007). Pero otros estudios apuntan a relaciones específicas: Las personas con apego inseguro (ansioso y/o evitativo) en la relación de pareja suelen percibir menos apoyo de sus parejas que las seguras (Collins y Feeney, 2004; Feeney y Thrush, 2010; Millings y Walsh, 2009); la inseguridad en el apego de un miembro de la pareja se asocia a inseguridad en el otro miembro (Molero et al., 2010); las disfunciones en la relación de pareja pueden disminuir la seguridad en el apego de sus miembros (Feeney et al., 1994; Ruvolo, Fabin y Ruvolo; 2001); y la seguridad en el apego puede variar de unas relaciones a otras (Fraley, 2007; Zayas et al., 2011).

Con el objetivo de contribuir a aclarar el concepto de apego nos propusimos comparar el valor explicativo de una concepción general y de una concepción específica del apego. La primera perspectiva considera el apego como una orientación general de la persona que influye en todas sus relaciones cercanas y que funciona entonces como un rasgo personal. La segunda entiende que el apego es una caracterización de relaciones y que por tanto está más asociado a las experiencias que ocurren en el curso de relaciones específicas. Formulamos la hipótesis de que en las relaciones de apego tiene más importancia la experiencia concreta con una persona que la experiencia con otras personas a las que se está o ha estado apegado. Para tratar este tema se han utilizado varios instrumentos que evalúan caracterizaciones del apego (Cuestionario de Relación, CR, y Cuestionario de Relaciones Interpersonales, CRI) y valoraciones de los cuidados (Cuestionario Breve de Apoyo Social, CBAS, y Escala de Cuidados) con versiones de distintos grados de generalidad, es decir, que evalúan relaciones más o menos concretas: la relación con la pareja actual, la relación con la madre, la relación con amigas y amigos y las relaciones cercanas en general. Un grupo de esas variables evalúa el *concepto de sí mismo* y el *concepto del otro* o el *temor al rechazo* y al

abandono y la *incomodidad con la cercanía*, y otro grupo evalúa el cuidado actual o pasado y el apoyo social proporcionado por las figuras de apego.

En primer lugar se calcularon las correlaciones entre las medidas de las mismas dimensiones de apego y cuidados en diferentes personas. De la revisión de la literatura al respecto (Fraley, 2007); cabía esperar que se hallara una correlación positiva significativa pero moderada en las dos dimensiones del apego entre la versión del *Cuestionario de Relaciones Interpersonales* (CRI) referida a la pareja y la versión referida a los amigos. Y que lo mismo ocurriría con las diferentes versiones del CR, hallando una correlación positiva significativa entre los conceptos de uno mismo en la relación con pareja, con madre, con padre y con otro significativo y entre los conceptos del otro en esas relaciones. En el Cuestionario de Relaciones Interpersonales (CRI), encontramos que la *incomodidad con la cercanía* de la pareja y de los amigos correlacionan positivamente entre sí de forma baja-moderada y que el *temor al rechazo* y *abandono* de la pareja y los amigos también correlacionan positivamente y de manera moderada-elevada, siendo ambas relaciones significativas. Pero la correlación es mayor entre las versiones que preguntan por las relaciones en general (a los amigos y a las parejas) que entre una versión general (la referida a los amigos) y una versión específica (la referida a la pareja actual). La consistencia de un tipo de relación a otra es mayor en temor al rechazo que en *incomodidad con la cercanía*. En cuanto a las dimensiones evaluadas por el CR, la de *concepto del otro* apenas correlaciona cuando se evalúa en distintas relaciones, mientras que el *concepto de sí mismo* en distintas relaciones tiene correlaciones bajas-moderadas. Así, la hipótesis de la especificidad se ha confirmado para la *incomodidad con la cercanía* y el *concepto del otro* en las relaciones cercanas. En cambio, el *temor al rechazo* y *abandono* muestra mayor consistencia entre distintos tipos de relaciones. Y el *concepto de sí mismo* si sitúa entre ambos extremos.

Una vez vistas las relaciones entre las dimensiones nos hemos planteado el significado empírico de un apego genérico. Nuestra hipótesis era que las contestaciones de los sujetos cuando se les pregunta por sus experiencias en las cercanas se basan en la elicitación del recuerdo de experiencias concretas con personas concretas. Si esto fuera así, las evaluaciones de relaciones más específicas podrían explicar la evaluación del apego genérico. Sin embargo, el análisis de regresión para predecir las dimensiones de *concepto de sí mismo* y de *concepto del otro* en las relaciones cercanas en general a partir de las mismas dimensiones en relaciones específicas no ha conseguido explicar

una parte importante de la varianza del apego genérico. Las relaciones específicas, en concreto el *temor al rechazo y abandono* y la *incomodidad con la cercanía* en las relaciones con amigos sólo explican respectivamente el 30.7% de la varianza del *concepto de sí mismo* y el 14.0% del *concepto del otro*, de manera que no se confirma nuestra hipótesis: al informar sobre sus relaciones con los demás en general las personas están incluyendo conocimientos y experiencias no basados sólo en sus experiencias en relaciones específicas actuales.

Planteando la cuestión en el sentido inverso, hemos tratado de comprobar si las preferencias y expectativas de las personas en relaciones específicas estaban más relacionadas con sus experiencias en otras relaciones y su estilo de apego genérico que por sus experiencias de cuidado y apoyo en esas relaciones específicas. Es decir, hasta qué punto las características de una relación específica de apego dependen de procesos específicos de esa relación o se ven influidas por experiencias del sujeto en otras relaciones o por su estilo de apego genérico.

La hipótesis de la especificidad de los apegos se ha cumplido claramente para la dimensión de *concepto de los otros*. También para las dimensiones de *concepto de uno mismo* e *incomodidad con la cercanía*, en las que además del cuidado y/o apoyo de las personas específicas también influyen las experiencias en otras relaciones. Tales resultados son coherentes con los de otros investigadores (Barry et al., 2007; Buist et al., 2004; Cook, 2000), de manera que el apego en relaciones específicas se explica más por las experiencias en cada relación que por un estilo de apego genérico.

En cambio, la especificidad no se confirma para la dimensión de *temor al rechazo y abandono*. En esta faceta del apego, lo que ocurre en determinadas relaciones influye en las expectativas y las preferencias en las interacciones con otras personas. Nuestros resultados son similares a los de Caron et al. (2012), que también encuentran relaciones significativas en el *temor al rechazo y abandono* y no en *incomodidad con la cercanía* entre las relaciones de amistad y de pareja. El *temor al rechazo y abandono* en una relación se transfiere a otras relaciones aunque el comportamiento de los otros pueda ser distinto. O tal vez el comportamiento del otro no sea distinto al de otras personas con quienes el sujeto se ha relacionado sino que confirme sus expectativas previas. Si esto fuera así se explicaría posiblemente por la influencia de experiencias previas en la elección de relaciones nuevas o por el efecto del propio comportamiento temeroso en la conducta del otro.

4.5.6. Relación entre las dimensiones de apego, las disfunciones psíquicas y la psicoterapia

4.5.6.1. Relaciones entre apego y disfunciones psíquicas iniciales

Esperábamos hallar en nuestra muestra mayores niveles de *temor al rechazo y abandono e incomodidad con la cercanía* que los encontrados en otras investigaciones con muestras comunitarias (Alonso-Arbiol et al., 2007; Gómez-Zapiain et al., 2011; Molero et al. 2010). La media en *incomodidad con la cercanía* de nuestro estudio es más elevada que las obtenidas en los tres estudios con muestras comunitarias, tanto para varones como para mujeres. En cuanto al *temor al rechazo y abandono* los participantes en nuestro estudio obtienen una puntuación similar a los del estudio Alonso-Arbiol et al. (2007), un poco superior a los del de Gómez-Zapiain et al. (2011) y bastante por encima de los de Molero et al. (2010). Al hallar la media ponderada de estos tres estudios resulta ser inferior a la de nuestra muestra. Así, nuestros datos, en consonancia con los de otros investigadores (Picardi et al., 2013; Marazziti, Dell'osso, Catena et al., 2007) indican que la población clínica presenta mayores niveles de inseguridad en el apego que la población sin problemas de salud mental.

En las hipótesis se postulaba una relación positiva entre la inseguridad en la caracterización del apego (CR, CRI) y las manifestaciones de disfunciones psíquicas. Al nivel de las correlaciones bivariadas hemos podido confirmar nuestras hipótesis (tabla 11). Las dos dimensiones del apego del CR (*concepto desfavorable de sí mismo y concepto desfavorable de los demás*) y del CRI (*temor al rechazo y abandono e incomodidad con la cercanía*) tanto en relaciones de pareja como de amistad tienen correlaciones significativas con las manifestaciones generales de disfunción evaluadas con los índices *global* y de *distrés* del SA-45, la escala de afectos negativos (PANAS) y la *Escala de Inadaptación*. Los conceptos favorables de uno mismo y de los demás se asocian negativamente con cuatro de los indicadores de disfunción, sin tener relación con el afecto positivo. La *incomodidad con la cercanía* y el *temor al rechazo y abandono* en las relaciones de pareja y de amistad están positivamente relacionados con las manifestaciones de disfunción y negativamente relacionados con los afectos positivos.

Sin embargo, los análisis de regresión matizan la importancia de algunas de estas relaciones.

El concepto desfavorable de los otros en general (el grado en que se la persona los considera poco dignos de confianza y disponibles para apoyarla), que correlacionaba positivamente con las manifestaciones generales de disfunciones psíquicas, ha resultado no tener valor explicativo en la regresión. Es posible que su influencia haya sido explicada mejor por la variable apoyo social percibido de familiares y amigos, que refleja justamente un juicio acerca de la disposición de los otros para ayudar (Cozzarelli et al., 2003). Esto no quiere decir que sean la misma variable, pues se trata de fenómenos diferentes: el concepto favorable de los otros resulta de combinación de puntuaciones en los cuatro prototipos de apego [(seguro + preocupado) - (desestimador + temeroso)] que consisten en estrategias de relación organizadas aquí en torno a la dimensión aproximación-evitación de los otros o concepto positivo-negativo de los otros; el apoyo social percibido se basaría en la experiencias de haber sido apoyado o no por los demás dando lugar a un concepto positivo o negativo de los demás como posibles fuentes de apoyo. Es decir, que el apoyo efectivo conduce al apoyo percibido y al *concepto del otro* y a determinadas estrategias de relación con esa persona y tal vez con otras. Así, Cozzarelli et al. (2003) hallaron que el aumento del apoyo social hacía aumentar la seguridad en apego en una muestra de mujeres que habían tenido que abortar. De todas maneras las correlaciones que hemos encontrado entre el concepto de los otros y el apoyo social percibido en las relaciones con familiares y amigos son significativas pero no muy elevadas ($\rho = .28$ y $.19$ respectivamente).

El *concepto desfavorable de sí mismo* (considerarse indigno de ser querido, valorado o ayudado) ha tenido en los análisis de regresión valor explicativo para la *Escala de Inadaptación*, los dos índices del SA-45 y las subescalas de *sensibilidad interpersonal*, *obsesiones*, *paranoia* y *psicoticismo*. La *sensibilidad interpersonal* se refiere a sentimientos de inadecuación e inferioridad personal que crean incomodidad en las relaciones sociales. Es comprensible que se relacione con tener un concepto desfavorable de uno mismo. Pero parece que el concepto negativo de uno mismo tiene también una relación importante con los fenómenos de tipo obsesivo-compulsivo y psicótico (*psicoticismo* y *paranoia*).

Basándonos en la literatura, suponíamos que encontraríamos menos relaciones y menos intensas entre la *incomodidad con la cercanía* y las manifestaciones generales de disfunciones psíquicas que entre el *temor al rechazo y abandono* y las manifestaciones de disfunción, ya que las personas incómodas con la cercanía tienden a negar o

minimizar sus expresiones de malestar emocional. En términos de correlaciones y sin tener en cuenta la escala de afectos positivos ni la de *inadaptación*, que no se refieren a la expresión de afectos negativos, encontramos que las correlaciones de la *incomodidad con la cercanía* de amigos y parejas con los dos índices del SA-45 y con la escala de afectos negativos son sólo ligeramente inferiores a las del *temor al rechazo y abandono*, aunque en el caso de la *incomodidad* hallamos cuatro relaciones significativas de seis posibles y en el caso del *temor* son significativas las seis.

Los análisis de regresión indican que tanto el *temor al rechazo y abandono* como la *incomodidad con la cercanía* se relacionan con psicopatología, pero la primera dimensión es más importante. En las relaciones de pareja el *temor al rechazo y abandono* predice significativamente la escala *global* del SA-45, los afectos positivos y los síntomas obsesivos; mientras que la *incomodidad con la cercanía* de la pareja sólo predice los afectos negativos. En las relaciones de amistad, el *temor al rechazo y abandono* predice los afectos negativos, *sensibilidad interpersonal, fobias, paranoia y ansiedad*; mientras que la *incomodidad con la cercanía* participa sólo en la explicación de la *sensibilidad interpersonal*. Así se confirma la hipótesis de una mayor relación del *temor al rechazo y abandono* que de la *incomodidad con la cercanía* con la sintomatología informada. Este resultado es coherente con los obtenidos por Tsagarakis et al. (2007), Pascuzo et al., (2015) y Kooiman et al. (2013) que hallaron mayor relación del *temor al rechazo y abandono* que de la *incomodidad con la cercanía* respectivamente con *ansiedad-rasgo* del STAI, con la sintomatología *global* del SCL-90-R y con la puntuación total del *Brief Symptom Inventory* (BSI, Derogatis, 1975, versión breve del SCL-90). En el estudio de Kooiman et al. (2013) tanto la *ansiedad* como la *evitación en el apego* evaluadas con el CRI-R correlacionaron significativamente con todas las subescalas del BSI, con la excepción de la de *quejas somáticas*. De modo que en su estudio la *incomodidad con la cercanía* tuvo más relaciones con las subescalas del BSI, pero en todo caso menores a las de la dimensión de *temor al rechazo y abandono*.

Además de por su distinta manera de expresar los sentimientos negativos, las diferencias entre *temor al rechazo y abandono* e *incomodidad con la cercanía* en relación con las manifestaciones de disfunción tal vez se explique también porque el *temor al rechazo y abandono* tiene un impacto directo en la psicopatología, mientras que la *incomodidad con la cercanía* sólo afecta a las disfunciones psíquicas a través de

otras variables: estrategias de afrontamiento y apoyo social.

El estilo de afrontamiento se ha podido relacionar con el apego en múltiples investigaciones (Aarts et al., 2014; Arslan, 2013; Gelinas, 2012; Kimball y Diddams, 2007; Liebman, 2014; Marriner et al., 2014; Meredith et al., 2005; Mikulincer et al., 2004, Poirier, 2014; Strong y Feeney, 2005; Wei et al., 2006), algunas de las cuales muestran además que el afrontamiento funciona como una variable mediadora en la relación entre apego y disfunciones psíquicas (por ejemplo, Aarts et al., 2014; Pow, 2014; Wei et al., 2006).

En cuanto al apoyo social, más que una variable relacionada con el apego, es de hecho un componente de las relaciones de apego (Feeney y Collins, 2014). Y más aún si tenemos en cuenta que el tipo de apoyo que ha resultado más relevante en el presente estudio es el emocional. El apego de las personas influye en sus disposición a pedir ayuda cuando lo necesitan (por ejemplo, Pietromaco y Barret, 2006; Vogel y Wei , 2005) y la clase de apoyo y cuidados que recibe la persona está relacionada con su seguridad en el apego (Campbell, 2005; Collins y Feeney, 2010; Feeney y Thrush, 2010; Millings y Walsh, 2009; Reizer et al., 2012).

En nuestro estudio, la *incomodidad con la cercanía* en relaciones de pareja y de amistad correlaciona con más *autocrítica*, menos *búsqueda de apoyo social* y más *retirada social* como estrategias de afrontamiento. Y también correlaciona negativamente con el apoyo social de la familia y los amigos. Es decir, que la *incomodidad con la cercanía* se relaciona con aquellas estrategias de afrontamiento que en el presente estudio resultan menos efectivas para conservar la salud mental y además se asocia a disponer de menos apoyo social, que también se relaciona directamente con mayores niveles de disfunción. Así, lo que ocurriría es que la *incomodidad con la cercanía* no se relaciona directamente con las disfunciones psíquicas sino sólo a través del afrontamiento y el apoyo social, mientras que el *temor al rechazo y abandono* sí tendría una relación directa con las manifestaciones de disfunciones psíquicas.

En el caso de los AVE hemos descrito varias investigaciones en la parte teórica que sugieren que las inseguridades en el apego hacen a los sujetos más vulnerables a presentar alteraciones emocionales y a desarrollar de disfunciones psíquicas (de estrés postraumático y otras) en circunstancias estresantes (Bifulco et al., 2006; Chow y Ruhl, 2014; Ein-Dor et al., 2010; Gentzler et al., 2010; Kokkonen et al., 2014; Monin et al., 2014; Pow, 2014; Quinn et al., 2015). Dado que los AVE se han evaluado según el nivel

de estrés experimentado las puntuaciones deben entenderse como fruto de la interacción entre la gravedad del acontecimiento vital y los recursos y estrategias de afrontamiento de los sujetos. De esta manera, es posible que en la influencia de los AVE estén además influyendo el apego y el apoyo social como recursos de afrontamiento.

4.5.6.2. Relaciones entre apego y disfunciones psíquicas específicas

Habíamos hipotetizado que determinadas dimensiones del apego tendrían mayor relación que otras son aquellas manifestaciones específicas de disfunción más asociadas a las relaciones interpersonales. Como se esperaba, la *sensibilidad interpersonal* del SA-45 tiene correlaciones significativas con el *temor al rechazo y abandono* y/o con un *concepto desfavorable de sí mismo*, pero también las tiene, aunque inferiores, con la *incomodidad con la cercanía* y con el concepto negativo de uno mismo en las relaciones cercanas. También plateábamos que la *incomodidad con la cercanía* y el concepto negativo de otros tendrían más relación con *hostilidad y paranoidismo* del SA-45. Nuestros datos confirman parcialmente lo esperado sobre la *hostilidad*, pues también aparece relacionada con el *temor al rechazo y abandono* en las relaciones de pareja. No se confirma la hipótesis sobre *paranoia*: tiene de hecho más relación con el *concepto de sí mismo* y el *temor al rechazo y abandono* que con el concepto de los otros y la *incomodidad con la cercanía*.

Resulta significativo que la subescala de *paranoia* tenga relación con el concepto negativo de sí mismo y el *temor al rechazo y abandono* y no con el concepto negativo de los otros y la *incomodidad con la cercanía*. Nuestros resultados confirman además los de Ghobari y Akbar (2011): la *paranoia* evaluada con el SCL-90-R se explicaba por *temor al rechazo y abandono* y por *incomodidad con la dependencia*, pero no por *incomodidad con la cercanía*. Se puede pensar entonces que las ideas paranoides (que en el SA-45 se evalúan con preguntas relativas a la confianza en los demás o suspicacia) dependen más de la opinión que el sujeto tiene de sí mismo como digno de aprecio y valoración que de su opinión sobre los demás.

En el caso de la subescala de *somatización*, obtenemos resultados distintos a los de Ghobari y Akbar (2011) y parecidos a los Kooiman et al. (2015). En el trabajo de Ghobari y Akbar (2011) la *somatización* evaluada con el SCL-90-R (Derogatis et al., 1973) se explicaba por *temor al rechazo y abandono* en el apego y por *incomodidad con la dependencia*, pero no por *incomodidad con la cercanía*. En nuestro caso, la

somatización correlaciona negativamente sólo con el *concepto favorable de sí mismo* en las relaciones cercanas (CR), pero no se asocia significativamente con *temor al rechazo y abandono* ni con *incomodidad con la cercanía* en relaciones de pareja y de amistad.

Hay tres subescalas del SA-45 que en el nivel de las correlaciones tienen más relación con el *concepto desfavorable de sí mismo* y el *temor al rechazo y abandono* que con el *concepto desfavorable del otro* y la *incomodidad con la cercanía: ansiedad, fobias y paranoia*. Sólo *hostilidad* apunta al patrón inverso. Por último, en las correlaciones bivariadas se observa que las subescalas del SA-45 que más relación tienen con las cuatro dimensiones de apego son la *sensibilidad interpersonal*, la de *psicoticismo* y la de *obsesión*.

4.5.7. Relaciones entre apego y disfunciones psíquicas en el seguimiento

De las variables que caracterizan los apegos, sólo dos han tenido relación con la evolución de las personas a largo plazo: la *incomodidad con la cercanía* en las relaciones de amistad, que participa en la explicación de menores niveles de afecto positivo; y tener un *concepto desfavorable de sí mismo*, que aumenta la probabilidad de retornar y de seguir a tratamiento a los dos años. En la parte teórica hemos revisado una serie de estudios que, con un diseño prospectivo, muestran la influencia del apego inseguro en la probabilidad de desarrollar disfunciones psíquicas (Cozzarelli et al., 2003; Crawford et al., 2006; Hankin et al., 2005; Wei et al., 2006) o en que estas tengan una peor evolución (Conradi y de Jonge, 2009; Picardi et al., 2005; Whiffen, 2005). Tal vez el efecto del apego en la psicopatología posterior se haya diluido en los análisis porque otras variables implicadas en los análisis de regresión tienen por un lado relación con el apego y por otro una relación más directa con el curso de las disfunciones psíquicas que el apego. Sería el caso, creemos, de las propias disfunciones psíquicas, que como hemos visto se relacionan directamente con el *temor al rechazo y abandono*, y de la alianza terapéutica, que se relaciona con la *incomodidad con la cercanía*.

4.5.7.1. Relaciones entre apego y alianza terapéutica

El *concepto de sí mismo*, el *concepto del otro* y el *temor al rechazo y abandono* no han tenido valor explicativo para la alianza terapéutica. Sólo la *incomodidad con la cercanía* ha resultado relevante, al relacionarse negativamente con la escala *global* y la subescala de *seguridad* del SOATIF. La *incomodidad con la cercanía* tendría una influencia negativa en la relación terapéutica debido a que las personas incómodas con

la cercanía son reacias a pedir y aceptar ayuda. La incomodidad con amigos está más asociada a la alianza terapéutica que la incomodidad con parejas porque la relación terapéutica se parece más a las relaciones de amistad que a las de pareja. Y la de pareja se parece más que la relación con los padres, que apenas tiene impacto en la alianza.

Suponíamos que las medidas de inseguridad en el apego y los cuidados tendrán una relación mayor aún con los componentes de la alianza terapéutica más centrados en el vínculo afectivo entre terapeuta y consultante: *vínculo* en el WATOCI y *conexión* y *seguridad* en SOATIF. Lo que ocurre en cambio es que las variables de apego, apoyo y cuidados se relacionan más con el SOATIF total y la escala de *enganche* y un poco menos con la escala de *seguridad*, teniendo apenas relación con *conexión* (sólo dos variables: los cuidados sensibles de la pareja y el apoyo social de la familia). Los ítems incluidos en la escala de *conexión* del SOATIF se relacionan con expectativas de ayuda por parte del terapeuta (“Lo que hacemos en terapia puede solucionar nuestros problemas”; “el terapeuta está haciendo todo lo posible por ayudarme”; “al terapeuta le faltan conocimientos y capacidad para ayudarme” –este puntúa de modo inverso-) y con una valoración de la importancia del terapeuta (“Considero que el terapeuta se ha convertido en una persona importante para mí”). Aparte de las dos variables de cuidados y apoyo ya señaladas, la escala de *conexión* se ha asociado significativamente con tres tipos de estrategias de afrontamiento: *resolución de problemas*, *búsqueda de apoyo social* y *no evitar los problemas*.

Como conclusión, se puede decir que hallamos muchas pruebas de una relación positiva entre las dimensiones de *temor al rechazo y abandono* y *concepto desfavorable de uno mismo* y el desarrollo de disfunciones psíquicas. En cambio, hay menos indicios de una relación directa de las disfunciones psíquicas con la *incomodidad con la cercanía* y con tener un *concepto desfavorable de los otros*. Es posible que la inseguridad en el apego en estas dimensiones al incidir directamente en la disposición de las personas a buscar y recibir ayuda en caso de necesidad repercutan indirectamente en las disfunciones psíquicas al beneficiarse menos del apoyo social y de la psicoterapia.

4.5.8. Relación del apoyo social y de los cuidados en las relaciones cercanas con las disfunciones psíquicas y la psicoterapia

Esperábamos hallar una relación negativa entre el grado de apoyo social (CBAS) y las manifestaciones de disfunciones psíquicas. Empezando con correlaciones, confirmamos parcialmente nuestra hipótesis. El apoyo social de todas las fuentes de apoyo tiene una relación negativa con las manifestaciones de disfunción evaluadas mediante la Escala *Global* del SA-45 y la Escala de *Inadaptación*. Encontramos menos correlaciones significativas para la escala de *Distrés* del SA-45 y las dos escalas de afectos. La primera tiene una asociación significativa –negativa- con el apoyo de la familia, los amigos y la pareja. La Escala de Afectos Negativos correlaciona negativamente con el apoyo social de la familia y de la madre. Y los afectos positivos correlacionan con el apoyo de los amigos, el de la familia, el de la pareja y el de la madre.

En el Análisis de Regresión, el apoyo social de los familiares ha explicado una parte significativa de la varianza de la escala de *inadaptación* y de las escalas *global*, de *depresión* y de obsesiones del SA-45. Y el apoyo social de los amigos ha contribuido a explicar los afectos positivos iniciales.

Aunque la Escala de Cuidados no se incluyó en los análisis de regresión debido a que su influencia quedaba ya recogida por el apoyo social que además contaba con mayor número de casos, las correlaciones bivariadas con las manifestaciones de disfunciones psíquicas nos pueden dar una idea de las repercusiones de cada tipo de cuidados sobre la salud mental. Como se puede observar en la Tabla 14, la *proximidad* y *sensibilidad* en los cuidados de la pareja u otra persona seleccionada por el sujeto tienen una relación negativa con las manifestaciones de disfunción evaluadas mediante la Escala *Global* del SA-45 y la Escala de *Inadaptación*. El cuidado controlador, por su parte, también tiene relaciones significativas con esos indicadores, pero positivas. Los cuidados compulsivos sólo se han relacionado con el nivel de afectos negativos, siendo la relación entre ambas variables es negativa, de modo que a más cuidados compulsivos menos afectos negativos. En nuestras hipótesis planteamos que los cuidados controladores y los cuidados compulsivos, al estar relacionados con inseguridades en el apego (Kunze y Shaver, 1994), tendrían una relación positiva con indicadores de disfunción. Esa hipótesis se cumple para los cuidados controladores, pero no para los compulsivos, que no aparecen relacionados con manifestaciones de disfunción y cuando

se relacionan lo hacen en el sentido de asociarse a menor disfunción.

De hecho, considerando las correlaciones entre la Escala de Cuidados y el Cuestionario Breve de Apoyo Social hemos observado que la *proximidad* y *sensibilidad* en los cuidados tienen relación con sentirse apoyado mientras que los cuidados controladores se relacionan con no sentirse apoyado. Los cuidados compulsivos tienen relaciones menos significativas, pero en todo caso apuntan a una relación positiva con el apoyo social percibido. Estos resultados son coherentes con los de Melero (2008), que encuentra relaciones positivas significativas entre la *proximidad*, *sensibilidad* y cooperación (vs. *control*) y las cuatro dimensiones de la Escala de Ajuste Diádico (DAS); en cambio, los cuidados compulsivos sólo correlacionaron, positivamente, con la variable cohesión.

El apoyo social no tuvo relación con las manifestaciones generales de disfunción en el seguimiento, con ser dado de alta, abandonar o retornar, pero sí con seguir a tratamiento a los dos años, asociado a tener poco apoyo de los amigos.

Las variables relacionadas con los cuidados y apoyos del consultante han sido las más relevantes para explicar la alianza terapéutica. Los cuidados sensibles de la pareja actual se han relacionado positivamente con las escalas de *enganche* y de *conexión* y los cuidados controladores de la pareja con la escala total del SOATIF. El apoyo social de tipo emocional de los amigos y del padre explican una parte de la varianza de la escala de *conexión* y de la escala de *seguridad* respectivamente. En las correlaciones veíamos que todas las medidas de apoyo social se asociaban positivamente con la alianza. Así que parece que las personas mejor cuidadas y apoyadas tienen más facilidad para relacionarse con sus terapeutas y que son el apoyo emocional y el tipo de cuidados de las personas más cercanas los que más influencia tienen.

En definitiva, el apoyo social y los cuidados de las personas cercanas se han mostrado como factores importantes para condicionar tanto las disfunciones psíquicas como la seguridad de las personas en sus relaciones de apego.

4.5.9. Relación entre acontecimientos vitales estresantes y disfunciones psíquicas

El estrés total experimentado en el último año explica una parte de la varianza de los afectos negativos, de la escala *global* del SA-45 y de las subescalas de *hostilidad*, *sensibilidad interpersonal*, *psicoticismo* y *paranoia*. De hecho, todas las subescalas del

CSV tienen una correlación significativa con SA total y afectos negativos (excepto la de trabajo, académica y residencia) y la mayoría de ellas correlacionan también con manifestaciones específicas de disfunción. La excepción con los AVE relacionados con cambios de residencia, que no se relacionan con el SA-45 *global* ni con ninguna de sus subescalas.

Los AVE en el área de la salud tienen relación con la presencia de somatizaciones y *fobias*. Los AVE relacionados con cuestiones académicas tienen una correlación negativa con *somatización*. Los AVE en el área familiar se asocian a la subescala de *ansiedad* del SA-45. Los acontecimientos estresantes relacionados con la vida social (cambios en las costumbres personales, períodos de fiestas y problemas con vecinos o familiares con los que no se convive) explican en parte la *inadaptación* y de las subescalas de *ansiedad* y de obsesiones.

En definitiva, los AVE experimentados en el año anterior a la primera evaluación tienen un papel importante en la explicación de las disfunciones psíquicas iniciales, destacando las áreas de salud, familiar y de vida social.

En cuanto a la influencia de los acontecimientos vitales en la evolución de los consultantes, los AVE relacionados con la familia tienen una relación positiva con el grado de *inadaptación* posterior. Los AVE no tuvieron relación con la posibilidad de alta, pero sí con el abandono: que tuvo una relación positiva con el estrés *global* y el estrés en el área familiar. El estrés en las áreas de trabajo y salud tuvo relación con menor probabilidad de retorno al año; y el estrés relacionado con el trabajo también con menor probabilidad de seguir a tratamiento a los 2 años. Entendemos entonces que la persistencia acontecimientos vitales estresantes, en especial los relacionados con la familia, puede ser un factor mantenedor de disfunciones psíquicas.

4.5.10. Relación de las estrategias de afrontamiento con las disfunciones psíquicas y la psicoterapia

De acuerdo con nuestra revisión sobre apego, afrontamiento y psicopatología (Aarts et al., 2014; Ein-Dor et al., 2010), se esperaba que algunas estrategias de afrontamiento tengan influencia en las manifestaciones de disfunciones psíquicas.

En nuestras hipótesis planteábamos que las estrategias de afrontamiento de *búsqueda de apoyo social* y de *retirada social* correlacionarán negativa y positivamente con las manifestaciones de disfunciones psíquicas. Las correlaciones bivariadas

confirman la hipótesis sobre la *retirada social*, pero no sobre la *búsqueda de apoyo social*, que sólo tiene una relación negativa con la escala de *inadaptación*. Suponíamos también que la *resolución de problemas* y la evitación de los problemas tendrán respectivamente una relación negativa y positiva con las manifestaciones de disfunción. Así ha sido en el caso de la *resolución de problemas* con el la Escala *Global* del SA-45 y la escala de *inadaptación*; pero la *evitación de problemas* no ha mostrado ninguna correlación significativa con las manifestaciones generales de psicopatología. En el apartado referido al seguimiento prospectivo hemos visto además que la evitación no tiene relación con disfunciones a largo plazo. Habíamos considerado que el *pensamiento desiderativo* podrían relacionarse positivamente con disfunciones psíquicas, y así ha sido.

De las estrategias de afrontamiento del CSI, las de *resolución de problemas*, *reestructuración cognitiva*, *búsqueda de apoyo social* y *expresión emocional* se consideran como estrategias de afrontamiento activo del estrés o dirigidas a las acción, mientras que las de *pensamiento desiderativo*, *evitación de problemas*, *autocrítica* y *retirada social* se consideras estrategias de afrontamiento pasivo o no dirigidas a la acción. Y desde el punto de vista de la distinción entre estrategias centradas en el problema y estrategias centradas en la emoción, entre las primeras estarían *resolución de problemas*, *reestructuración cognitiva*, *pensamiento desiderativo* y *evitación de problemas*. Y entre las segundas, *búsqueda de apoyo social*, *expresión emocional*, *autocrítica* y *retirada social* (Tobin et al., 1989).

En nuestro estudio, las estrategias de afrontamiento que han resultado ser más influyentes en las manifestaciones de disfunción concurrentes han sido las de *reestructuración cognitiva* (para manifestaciones generales de disfunciones psíquicas y para *hostilidad ansiedad*, obsesiones y *somatización*), *retirada social* (para manifestaciones generales de disfunción y para *depresión*, *fobias* y obsesiones en particular), *pensamiento desiderativo* (para el afecto negativo y *paranoia*) y *autocrítica* (para la *sensibilidad interpersonal*, *ansiedad*, *psicoticismo*). Las tres que resultan positivamente relacionadas con disfunciones son estrategias de afrontamiento pasivas, mientras que la *reestructuración cognitiva*, que es una estrategia activa centrada en el problema, se relaciona negativamente con disfunciones.

Por tanto, tratar de reinterpretar las situaciones estresantes de una manera más favorable (pensar en el problema y al final ver una salida, cambiar la forma de ver la

situación, tratar de ver el lado positivo,...) se relaciona con menores niveles de disfunción. En cambio, evitar el contacto social, pasar tiempo solo, ocultar los pensamientos y sentimientos o desear pasivamente que las situaciones estresantes no ocurrieran y criticarse a uno mismo se asocian a mayores niveles de disfunción.

Ha habido cuatro estrategias de afrontamiento que no han resultado relevantes ni para las manifestaciones generales de disfunciones psíquicas ni para perfiles sintomatológicos específicos: las de *resolución de problemas*, las de *expresión emocional*, la *búsqueda de apoyo social* y la *evitación de problemas*. El caso de la *búsqueda de apoyo social* se puede explicar por su elevada correlación con otra estrategia de afrontamiento: la *retirada social*, que sí ha tenido un papel significativo. La *resolución de problemas* y la *evitación de problemas* deberían ser más significativas a tenor de la literatura. El caso de la *expresión emocional* es consistente con el estudio de Pascuzo et al. (2015), en el que la expresividad emocional no tuvo relación con la escala *global* de SCL-90-R.

Pero todas las estrategias de afrontamiento pierden su valor predictivo a largo plazo, no apareciendo como predictores significativos de las manifestaciones generales de disfunción en el seguimiento. Aunque la *expresión emocional* tuvo relación con mayor probabilidad de alta y la *retirada social* con menor probabilidad de alta y más probabilidad de abandonar la terapia. Tal vez su contribución sea mejor explicada por el propio estrés debido a AVE. En el estudio de Seiffge-Krenke (2006), la inseguridad en el apego y la estrategia de afrontamiento de *retirada social* explicaban una parte de la varianza de la psicopatología en el análisis de regresión, pero la mayor parte se explicaba por experimentar estresores de tipo interpersonal. De todas maneras, los AVE no explican ellos solos este efecto pues también se incluyeron en el análisis transversal y eso no impidió que algunas estrategias de afrontamiento tuvieran valor explicativo para las disfunciones psíquicas iniciales.

Aunque algunas de las estrategias de afrontamiento (*resolución de problemas*, *búsqueda de apoyo social*, *expresión emocional*) presentan correlaciones significativas y positivas con el SOATIF del consultante, sólo la *resolución de problemas* resulta ser un factor significativo en el modelo de regresión sobre la alianza terapéutica, al relacionarse positivamente con la escala de *conexión*.

4.5.11. Relación entre la alianza terapéutica y la evolución de las disfunciones psíquicas

El grado en que el terapeuta consideró *demandante* al consultante explicó una parte significativa de la escala de afectos negativos en el seguimiento. En consonancia con la mayoría de investigaciones (Horvath et al., 2011), el juicio de consultante tienen mayor valor predictivo que el del terapeuta. El *enganche* del consultante en el proceso terapéutico (SOATIF contestado por el consultante) refleja aspectos de alianza relativos a la colaboración en la construcción de los objetivos y tareas de la terapia. Contribuyó a la explicación de los afectos positivos iniciales y del cambio favorable en los afectos positivos. La seguridad del consultante en el SOATIF valora el grado en que percibe la terapia como un contexto seguro para la apertura emocional y psicológica. Tuvo una relación negativa con los afectos negativos en el seguimiento.

Las variables de alianza terapéutica no se asociaron a los retornos o a seguir a tratamiento a los 2 años. Las puntuaciones elevadas en la escala *global* y en la de *enganche* del SOATIF tuvieron relación con ser dados de alta.

Resulta significativo que el abandono no estuviera asociado con variables de relación terapéutica, a diferencia de lo que se encuentra en otros estudios (Botella y Corbella, 2011). Puede deberse a que tales variables se evaluaron tras la tercera sesión de forma que las personas que abandonaron tras la primera o segunda no fueron evaluadas en relación terapéutica.

En resumen, nuestros resultados confirman de nuevo el papel de la alianza terapéutica en la evolución clínica de los consultantes, además con un instrumento, el SOATIF, que evalúa aspectos de la alianza terapéutica algo distintos de los evaluados por el WATOCL.

4.5.12. Interpretación de la dinámica de interacciones entre las variables

Ensayamos a continuación una posible explicación de cómo se desarrollan las disfunciones psíquicas según los resultados obtenidos en el presente estudio.

Nuestra interpretación sobre las vías de influencia de estas variables es la siguiente: las circunstancias estresantes, ya sean agudas e intensas o duraderas suponen cierto sufrimiento o malestar a las personas (estrés). En tal situación las personas ponen

en marcha estrategias de afrontamiento tanto de la circunstancia estresante como de los sentimientos de malestar. El uso de unas estrategias u otras estará condicionado por las habilidades y expectativas aprendidas en el pasado y por el contexto interpersonal actual del sujeto. El estilo de apego refleja las habilidades de regulación emocional y de relación interpersonal aprendidas en la interacción con personas significativas y se explica en gran parte por los apoyos y cuidados efectivos que tales personas han proporcionado. Así algunas personas que han aprendido a confiar en los otros recurrirán ellos en busca de ayuda y también tendrán confianza en sí mismas de cara al afrontamiento del problema, poniendo en marcha estrategias más activas. Las personas inseguras en el apego, no recurrirán al apoyo de otros (por temor al rechazo, por *incomodidad con la cercanía*) y/o recibirán un apoyo de baja calidad, sintiéndose impotentes para afrontar la situación estresante; en muchos casos usarán estrategias pasivas (*pensamiento desiderativo*) y centradas en las emociones (*autocrítica*). Poner en práctica determinadas estrategias de afrontamiento podrá ser exitoso o no dependiendo entre otras cosas de la respuesta de los demás, de forma que el apoyo y los cuidados aparecen de nuevo, esta vez influyendo directamente en la regulación emocional y confirmando o desmintiendo las experiencias previas del sujeto en cuanto al apego. Si el afrontamiento es efectivo, la persona podrá seguir funcionando en sus diferentes áreas vitales. Si no lo es, alcanzará un estado de desmoralización (en el sentido de Frank) ante el que tal vez solicite ayuda profesional (la facilidad para pedir ayuda profesional o no también puede depender del estilo de apego).

Al acudir a consulta, las experiencias pasadas en momentos de sufrimiento con otras personas y la conducta del terapeuta hacia ella influirán en la facilidad de la persona para establecer una relación terapéutica y beneficiarse así de la psicoterapia. En nuestro estudio la influencia de las experiencias pasadas con otras personas se refleja en el impacto negativo que la *incomodidad con la cercanía* con los amigos y los cuidados controladores de la pareja tienen en la alianza terapéutica. Y también se observa en la influencia positiva que tienen el apoyo social emocional de los amigos y del padre y los cuidados sensibles de la pareja en la alianza terapéutica. El tipo de afrontamiento preferido por algunas personas también influiría en la relación terapéutica al concordar o no con el tipo de estrategias que plantee la terapeuta. Eso indica nuestro hallazgo de una influencia de la *resolución de problemas* en la *conexión* del consultante con el proceso terapéutico.

Siguiendo con el curso del proceso, la intensidad y gravedad de las disfunciones psíquicas al inicio influye también en la efectividad de la psicoterapia. Y las variables ya descritas siguen en juego: los acontecimientos estresantes que persistan (así se entiende que los AVE relacionados con la familia tengan influencia en la disfunciones en el seguimiento) u otros nuevos, el estilo de apego, las estrategias de afrontamiento y el apoyo social y los cuidados. Pero en nuestro estudio el papel del apego, de los apoyos y cuidados y de las estrategias de afrontamiento no han aparecido como significativos en los análisis de regresión sobre disfunciones psíquicas en el seguimiento. Estas variables parecen haber perdido su papel explicativo (que lo tienen, como se ha visto en el análisis transversal) en favor de la alianza terapéutica y de las propias manifestaciones de psicopatología. La intensidad de las disfunciones psíquicas al inicio de la terapia, y en particular la sintomatología de tipo depresivo, tiene una influencia relevante en los niveles de disfunción posteriores, aun cuando parece que los consultantes han conseguido una mejoría significativa. La alianza terapéutica ha tenido un impacto significativo en la evolución clínica de los consultantes. Esto señala, por un lado, la importancia de las variables de apego y cuidado que, como hemos visto, influyen en la relación terapéutica; y por otro lado, la efectividad de la psicoterapia en la disminución de las disfunciones psíquicas. Si la alianza se relaciona con buenos resultados será porque la psicoterapia puede constituir una experiencia de apego y cuidados favorable, pero también porque la alianza posibilita que las estrategias terapéuticas sean eficaces.

4.6. Conclusiones

De los resultados obtenidos en el presente estudio podemos extraer las siguientes conclusiones finales:

1. Las variables con valor predictivo de las manifestaciones generales de disfunciones psíquicas iniciales han resultado ser el estrés relacionado con acontecimientos vitales experimentado en el año anterior, el uso de determinadas estrategias de afrontamiento (*reestructuración cognitiva, retirada social y pensamiento desiderativo*), las caracterizaciones del apego (*concepto desfavorable de uno mismo, temor al rechazo y abandono* y, en menor medida, *incomodidad con la cercanía*) y las valoraciones de los apoyos de familiares y amigos.
2. La alianza terapéutica se ha podido explicar por la influencia de las expectativas y

preferencias del consultante en las relaciones (en concreto por la *incomodidad con la cercanía* en relaciones de amistad), y por la calidad del apoyo y de los cuidados (caracterizados por elevada *sensibilidad* y bajo *control* en los cuidados y alto apoyo emocional) de personas importantes para los consultantes: pareja, padre y amigos.

3. La psicoterapia en nuestro estudio ha sido efectiva para disminuir significativamente las manifestaciones de disfunciones psíquicas, obteniendo resultados similares a los de otros estudios realizados en los servicios públicos de salud mental de Asturias.
4. La evolución de los consultantes en el plazo de 8 a 10 meses está condicionada fundamentalmente por su estado inicial, en particular por sus niveles de depresión, y por el grado en que hayan podido establecer una buena alianza terapéutica con sus terapeutas. También resulta relevante la persistencia de eventos estresantes ya presentes antes de la terapia, en especial en el área familiar. Los indicadores de resultado de tipo clínico-administrativo sugieren además que utilizar determinadas estrategias de afrontamiento (*expresión emocional, retirada social, reestructuración cognitiva*) y tener un *concepto desfavorable de uno mismo* en las relaciones cercanas pueden también tener importancia en la evolución clínica de los consultantes.
5. La hipótesis de la especificidad de los apegos se ha cumplido claramente para la dimensión de *concepto de los otros*. También para las dimensiones de *concepto de uno mismo e incomodidad con la cercanía*, en las que además del cuidado y/o apoyo de las personas específicas también influyen las experiencias en otras relaciones. De manera que la inseguridad del apego relacionado con esas tres dimensiones en relaciones específicas se explica más por las experiencias en cada relación que por un estilo de apego genérico. En cambio, la especificidad no se confirma para la dimensión de *temor al rechazo y abandono*. En esta faceta del apego, las experiencias en determinadas relaciones influyen en las expectativas y las preferencias del sujeto cuando se relaciona con otras personas.
6. Tanto el *temor al rechazo y abandono* como la *incomodidad con la cercanía* se relacionan con psicopatología, pero la primera dimensión es más importante. Existe una relación positiva entre las dimensiones de *temor al rechazo y abandono y concepto desfavorable de uno mismo* y el desarrollo de disfunciones psíquicas. En cambio, hay menos indicios de una relación directa de las disfunciones psíquicas con la *incomodidad con la cercanía* y con tener un *concepto desfavorable del otro* en las relaciones cercanas.
7. De las variables que caracterizan los apegos, sólo dos han tenido relación con la evolución de las personas a largo plazo: la *incomodidad con la cercanía* en las relaciones de amistad, que influye en los afectos positivos a los 8 – 10 meses; y tener un *concepto desfavorable de sí mismo*, que aumenta la probabilidad de retornar y de seguir a tratamiento a los dos años.

Tal vez el efecto del apego en la psicopatología posterior se haya diluido porque otras variables tienen por un lado relación con el apego y por otro una relación más directa con el curso de las disfunciones psíquicas que el apego. Sería el caso de las propias disfunciones psíquicas (que están relacionadas con el *temor al rechazo y al abandono*) y de la alianza terapéutica (relacionada con la *incomodidad con la cercanía*).

8. El *concepto de sí mismo*, el *concepto del otro* y el *temor al rechazo y abandono* no han tenido valor explicativo para la alianza terapéutica. En cambio, la *incomodidad con la cercanía* tiene una influencia negativa en la alianza terapéutica debido probablemente a que las personas con elevada incomodidad con la cercanía suelen mostrarse reacias a pedir y aceptar ayuda.
9. El apoyo social de los familiares y el apoyo social de los amigos son factores relevantes para explicar el desarrollo de disfunciones psíquicas. La *proximidad* y *sensibilidad* en los cuidados por parte de personas cercanas tienen relación con sentirse apoyado y con presentar menores disfunciones psíquicas mientras que los cuidados controladores se relacionan con no sentirse apoyado y con mayores niveles de disfunción. El apoyo social no tuvo relación con las manifestaciones generales de disfunción en el seguimiento, pero sí con la probabilidad de seguir a tratamiento a los 2 años, asociado a tener poco apoyo de los amigos.
10. Las variables relacionadas con los cuidados y apoyos del consultante han sido las más relevantes para explicar la alianza terapéutica. De los cuidados destaca la sensibilidad de la pareja como factor favorable y los cuidados controladores como factor desfavorable. Y del apoyo social, el tipo de apoyo más favorable para la alianza terapéutica es el apoyo emocional proporcionado por los amigos y el padre. Así que parece que las personas mejor cuidadas y apoyadas por personas cercanas tienen más facilidad para relacionarse con sus terapeutas.
11. Los AVE experimentados en el año anterior a la primera evaluación tienen un papel importante en la explicación de las disfunciones psíquicas iniciales, destacando las áreas de salud, familiar y de vida social. Y la persistencia de acontecimientos vitales estresantes contribuye a mantener las disfunciones psíquicas, siendo los más relevantes los que ocurren en el área familiar.
12. Las estrategias de afrontamiento que han resultado ser más influyentes en las manifestaciones de disfunción concurrentes han sido las de *reestructuración cognitiva*, *retirada social*, *pensamiento desiderativo* y *autocrítica*. Pero todas las estrategias de afrontamiento pierden su valor predictivo a largo plazo, no apareciendo como predictores significativos de las manifestaciones generales de disfunción en el seguimiento. Sin

embargo, la *expresión emocional* sí parece aumentar la probabilidad de alta, y la *retirada social*, disminuir la probabilidad de alta y aumentar la de que la persona abandone la psicoterapia. El uso de la *resolución de problemas* como estrategia de afrontamiento influye en algunas facetas de la alianza terapéutica relacionadas con la valoración que el consultante de la utilidad de la terapia.

5. Referencias bibliográficas

- Aarts, F., Hinnen, C., Gerdes, V.E.A., Acherman, Y. y Brandjes, D.P.M. (2014). Coping style as a mediator between attachment and mental and physical health in patients suffering from morbid obesity. *J. Psychiatry in Medicine*, 47(1), 75-91.
- Adler, N. y Matthews, K. (1994). Health Psychology: Why do some people get sick and some stay well. *Annual Review of Psychology*, 45, 229-259.
- Aikens, J. W., Howes, C., y Hamilton, C. (2009). Attachment stability and the emergence of unresolved representations during adolescence. *Attachment and Human Development*, 11(5), 491-512. Doi: 10.1080/1461673903017019.
- Ainsworth, M. D. S. (1989). Attachments beyond infancy. *American Psychologist*, 44, 709-716.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E. y Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, N.J.: Erlbaum.
- Alexander, R., Feeney, J., Hohaus, L. y Noller, P. (2001). Attachment style and coping resources as predictors of coping strategies in the transition to parenthood. *Personal Relationships*, 8, 137-152.
- Allen J. P, Marsh P., McFarland, C., McElhaney K. B., Land, D. J., Jodl, K. M. y Peck, S. (2002). Attachment and autonomy as predictors of the development of social skills and delinquency during midadolescence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(1), 55-66.
- Allen, J.P., Porter, M., McFarland, C., McElhaney, K.B. y Marsh, P. (2007). The relation of attachment security to adolescent' paternal and peer relationships, depression, and externalizing behaviour. *Child Development*, 78(4), 1222-1239.

- Alonso-Arbiol, I. (2000). *Atxikimendu insegurua eta genero rola pertsonarteko mendekotasunaren korrelatu gisa*. Tesis doctoral no publicada. Universidad del País Vasco, San Sebastián.
- Alonso-Arbiol, I., Balluerka, N., Shaver, P.R. y Gillath, O. (2008). Psychometric Properties of the Spanish and American Versions of the ECR Adult Attachment Questionnaire. A Comparative Study. *European Journal of Psychological Assessment*, 24(1): 9–13.
- Alonso-Arbiol, I., Shaver, P. R. y Yáñez, S. (2002). Insecure attachment, gender roles and interpersonal dependence in the Basque Country. *Personal Relationships*, 9, 479-490.
- Aneshensel, C. S. (1992). Social stress: Theory and research. *Annual Review of Sociology*, 18, 15-38.
- Arslan, E., Arslan, C. y Ari, R. (2012). An Investigation of Interpersonal Problem Solving Approaches With Respect To Attachment Styles. *Educational Sciences: Theory y Practice*. 12(1), 15-23.
- Atkinson, L. y Goldberg, S. (eds.) (2004). *Attachment issues in psychopathology and intervention*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Bakermans-Kranenburg, M. J. y van IJzendoorn, M. H. (2009). The first 10,000 Adult Attachment Interviews: Distributions of adult attachment representations in clinical and non-clinical groups. *Attachment y Human Development*, 11(3), 223-263.
- Bakermans-Kranenburg, M.J., Van IJzendoorn, M.H. y Juffer, F. (2005). Disorganized infant attachment and preventive interventions: A review and meta-analysis. *Infant Mental Health Journal*, 26, 191-216. Doi: 10.1002/imhj.20046
- Baldwin, M. W. y Fehr, B. (1995). On the instability of attachment style ratings. *Personal Relationships*, 2, 247–261. Doi:10.1111/j.1475- 6811.1995.tb00090.x
- Baldwin, M. W., Keelan, J. P. R., Fehr, B., Enns, V. y Koh-Rangarajoo, E. (1996). Social cognitive conceptualization of attachment working models: Availability

and accessibility effects. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 94–109. Doi:10.1037/0022-3514.71.1.94

Bandelow, B., Spath, C., Tichauer, G. A., Broocks, A., Hajak, G. y Ruther, E. (2002). Early traumatic life events, parental attitudes, family history, and birth risk factors in patients with panic disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 43, 269–278.

Bandelow, B., Torrente, A. C., Wedekind, D., Broocks, A., Hajak, G. y Ruther, E. (2004). Early traumatic life events, parental rearing styles family history of mental disorders, and birth risk factors in patients with social anxiety disorder. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 254, 397–405.

Barry, R., Lakey, B. y Orehek, E. (2007). Links among attachment dimensions, affect, the self, and perceived support for broadly generalized attachment styles and specific bonds. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 33, 340–353. Doi:10.1177/0146167206296102

Bartholomew, K. (1994). Assessment of individual differences in adult attachment. *Psychological Inquiry*, 5(1), 23-27.

Bartholomew, K. y Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four category model. *Journal of personality and Social Psychology*, 61 (2), 226–244.

Belsky, J. y Fearon, R.M.P. (2002). Early Attachment Security, Subsequent Maternal Sensitivity, and Later Child Development: Does Continuity in Development Depend Upon Continuity of Caregiving? *Attachment and Human Development*, 3, 361-387.

Belsky, J. y Fearon, R. M. P. (2008). Precursors of attachment security. En J. Cassidy y P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of Attachment. Theory, Research and Clinical Applications*, 2ª ed. (pp. 295-316). New York: The Guilford Press.

Bernecker, S. L., Levy, K. N. y Ellison, W. D. (2014). A meta-analysis of the relation between patient adult attachment style and the working alliance. *Psychotherapy Research*, 24(1), 12-24.

- Berant, E., Mikulincer, M. y Florian, V. (2001). Attachment style and mental health: A 1-year follow-up study of mothers of infants with congenital heart disease. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 27, 956–968.
- Berant, E., Mikulincer, M. y Shaver, P. R. (2008). Mothers' attachment style, their mental health, and their children's emotional vulnerabilities: A 7-year study of mothers of children with congenital heart disease. *Journal of Personality*, 76, 31– 66. Doi:10.1111/j.1467-6494.2007.00479.
- Berg, I. K. y Miller, S. D. (1996). *Working with the problem drinker. A solution focused approach*. New York: W. W. Norton.
- Berlin, L. J., Cassidy, J. y Appleyard, K. (2008). The influence of early attachments on other relationships. En J. Cassidy y P. R. Shaver (eds.), *Handbook of Attachment. Theory, Research and Clinical Applications*, 2ª ed. (pp. 333-347). New York: The Guilford Press.
- Beyebach, M. y de Vega, M. H. (2010). *200 tareas en terapia breve: individual, familiar y de pareja*. Editorial Herder.
- Bifulco, A., Kwon, J., Jacobs, C., Moran, P. M., Bunn, A. y Beer, N. (2006). Adult attachment style as mediator between childhood neglect/abuse and adult depression and anxiety. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41, 796–805.
- Bifulco, A., Moran, P. M., Ball, C., Bernazzani, O. (2002) Adult attachment style. I: its relationship to clinical depression. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37, 50–59
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16, 252-260.
- Botella, L. y Corbella, S. (2011). Alianza terapéutica evaluada por el paciente y mejora sintomática a lo largo del proceso terapéutico. *Boletín de Psicología*, 101, 21-33.
- Bottonari, K. A., Roberts, J. E., Kelly, M. A. R., Kashdan, T. B. y Ciesla, J. A. (2007). A prospective investigation of the impact of attachment style on stress

- generation among clinically depressed individuals. *Behavior Research and Therapy*, 45, 179–188.
- Bowlby, J. (1951). *Maternal care and mental health*. WHO. Monograph Series, 2. Geneva: WHO.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss, Vol. 2. Separation: Anxiety and anger*. New York: Basic Books. (Trad. Cast.: *El apego y la pérdida 2. La separación*. Barcelona: Paidós, 1985)
- Bowlby, J. (1979). *The making and breaking of affectional bonds*. Tavistock Publications. (vers. Española: *Vínculos afectivos: Formación, desarrollo y pérdida*. Madrid: Morata, 5ª ed., 2006)
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Vol. 3, Sadness and depression*. New York: Basic Books. (Trad. Cast.: *El apego y la pérdida 3. La pérdida*. Barcelona: Paidós, 1983)
- Bowlby, J. (1982). *Attachment and loss, Vol. 1: Attachment (2nd ed.)*. New York: Basic Books. (Trad. Cast.: *El apego y la pérdida 1. El apego*. Barcelona: Paidós, 1998)
- Bowlby, J. (1982). Attachment and loss: Retrospect and prospect. *American Journal of Orthopsychiatry*, 52(4), 664–678. Doi:10.1111/j.1939-0025.1982.tb01456.x.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base. Clinical applications of attachment theory*. London: Routledge y Kegan Paul. (Trad. cast.: *Una base segura. Aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. Barcelona: Paidós, 1996)
- Brennan, K. A., Clark, C. L. y Shaver, P. R. (1998). Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview. En J. A. Simpson y W. S. Rholes (dirs.), *Attachment theory and close relationships* (pp. 46-76). Nueva York: Guilford.
- Brown, G. W. y Harris, T. O. (1993). Aetiology of anxiety and depressive disorders in a inner-city population: I. Early adversity. *Psychological Medicine*, 23, 143-154.
- Brumbaugh, C. C. y Fraley, R. C. (2006). Transference and attachment: How do attachment patterns get carried forward from one relationship to the next?

Personality and Social Psychology Bulletin, 32, 552-560.

- Buelow, S. A., Lyddon, W.J. y Johnson, J.T. (2002). Client attachment and coping resources. *Counselling Psychology Quarterly*, 15(2), 145-152.
- Buist, K. L., Dekovic, M., Meeus, W. H. y van Aken, M. A. G. (2004). Attachment in adolescence: A social relations model analysis. *Journal of Adolescent Research*, 19, 826-850.
- Butler, M.H., Harper, J.M. y Mitchell, C.B. (2011). A comparison of attachment outcomes in Enactment-Based versus Therapist-Centered therapy process modalities in couple therapy. *Family Process*, 50(2), 203-220.
- Cáceres, J. (1996). *Manual de Terapia de Pareja e intervención en familias*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Campbell, L., Simpson, J. A., Boldry, J. y Kashy, D. A. (2005). Perceptions of conflict and support in romantic relationships: The role of attachment anxiety. *Journal of Personality and Social Psychology*, 88, 510-531. Doi:10.1037/0022-3514.88.3.510
- Cano, F. J., Rodríguez, L. y García, J. (2007). Adaptación española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 35(1), 29-39
- Carlson, E. (1998). A prospective longitudinal study of attachment disorganization/disorientation. *Child Development*, 69, 1107-1128
- Carlson, E. A., Egeland, B. y Sroufe, L. A. (2009). A prospective investigation of the development of borderline personality symptoms. *Development and Psychopathology*, 21. 1311-1334.
- Caron, A., Lafontaine, M. F., Bureau, J. F., Levesque, C. y Johnson, S. M. (2012). Comparisons of Close Relationships: An Evaluation of Relationship Quality and Patterns of Attachment to Parents, Friends, and Romantic Partners in Young Adults. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*. Advance online publication. Doi: 10.1037/a0028013

- Caspers, K. M., Cadoret, R. J., Langbehn, D., Yucuis, R. y Troutman, B. (2005). Contributions of attachment style and perceived social support to lifetime use of illicit substances. *Addictive Behaviors*, *30*(5):1007-11.
- Cassidy, J. (2008). The nature of the child's ties. En J. Cassidy y P. R. Shaver (eds.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (2ª ed.) (pp. 3-22). Nueva York: Guilford.
- Cassidy, J., Jones, J. D. y Shaver, P. R. (2013). Contributions of attachment theory and research: A framework for future research, translation, and policy. *Development and Psychopathology* *25*, 1415–34.
- Cassidy, J. y Shaver, P. R. (2008). *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (2ª ed.). Nueva York: Guilford.
- Cassidy, J. (1995). Attachment and Generalized Anxiety Disorder. En D. Cicchetti y S. L. Toth (eds.), *Emotion, cognition and representation* (pp. 343-370). Rochester, NY: University of Rochester Press.
- Castonguay, L. G., Constantino, M. J. y Holtforth, M. G. (2006). The working alliance: Where are we and where should we go? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, *43*(3), 271-219.
- Catanzaro, A. y Wei, M. (2010). Adult attachment, dependence, self-criticism, and depressive symptoms: A test of a mediational model. *Journal of Personality*, *78*, 1135-62.
- Chen, F. S. y Johnson, S. C. (2012). An oxytocin receptor gene variant predicts attachment anxiety in females and autism-spectrum traits in males. *Social Psychological and Personality Science*, *3*, 93–99.
- Chow, C. M. y Ruhl, H. (2014). Friendship and Romantic Stressors and Depression in Emerging Adulthood: Mediating and Moderating Roles of Attachment Representations. *Journal of Adult Development*, *21*, 106–115.
- Clarkin, J. F. y Levy, K. N. (2004). The influence of client variables on psychotherapy. In M. Lambert (Ed.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed.,

pp. 194-226). New York, NY: Wiley & Sons.

Colle, L. y Del Giudice, M. (2011). Patterns of attachment and emotional competence in middle childhood. *Social Development, 20*, 51-72.

Collins, N. L. y Feeney, B. C. (2000). A safe haven: An attachment theoretical perspective on support seeking and caregiving in intimate relationships. *Journal of Personality and Social Psychology, 78*, 1053-1073.

Collins, N. L. y Feeney, B. C. (2004). Working models of attachment shape perceptions of social support: Evidence from experimental and observational studies. *Journal of Personality and Social Psychology, 87*(3), 363-383.

Collins, N. L. y Feeney, B. C. (2010). An attachment theoretical perspective on social support dynamics in couples: Normative processes and individual differences. En K. Sullivan y J. Davila (Eds.), *Support processes in intimate relationships* (pp. 89–120). New York: Oxford University Press.

Collins, N. L., Cooper, M. L., Albino, A. y Allard, L. (2002). Psychosocial vulnerability from adolescence to adulthood: A prospective study of attachment style differences in relationship functioning and partner choice. *Journal of Personality, 70*, 965–1008.

Collins, N. L. y Ford, M. B., (2010). Responding to the needs of others: The caregiving behavioral system in intimate relationships. *Journal of Social and Personal Relationships, 27*, 235-244.

Collins, N. L., Ford, M. B., Guichard, A. C., Kane, H. S. y Feeney, B. C. (2010). Responding to need in intimate relationships: Social support and caregiving processes in couples. En M. Mikulincer y P. R. Shaver (Eds.), *Prosocial motives, emotions, and behavior: The better angels of our nature* (pp. 367-389). Washington, DC: American Psychological Association.

Collins, N. y Read, S. (1994). Cognitive representations of attachment: The structure and function of working models. En K. Bartholomew y D. Perlman (Eds.), *Attachment processes in adulthood: Advances in personal relationships* (Vol. 5,

pp. 53–90). London: Kingsley.

- Collins, W. A., Welsh, D. P., y Furman, W. (2009). Adolescent romantic relationships. *Annual Review of Psychology*, *60*, 631-652. DOI: 10.1146/annurev.psych.60.110707.163459.
- Conradi, H.J. y deJonge, P. (2009). Recurrent depression and the role of adult attachment: a prospective and a retrospective study. *Journal of Affective Disorders*, *116*, 93–99.
- Cook, W. L. (2000). Understanding attachment security in family context. *Journal of Personality and Social Psychology*, *78*, 285-294.
- Corbella, S. y Botella, L. (2004). Psychometric properties of the Spanish version of the Working Alliance Theory of Change Inventory (WATOCI). *Psicothema*, *16*(4), 702-705.
- Corbella, S. y Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de Psicología*, *19*(2), 205-221.
- Cozzarelli, C., Hoekstra, S. J. y Bylsma, W. H. (2000). General versus specific mental models of attachment: Are they associated with different outcomes? *Personality and Social Psychology Bulletin*, *26*, 605–618. Doi:10.1177/0146167200267008
- Cozzarelli, C., Karafa, J. A., Collins, N. L. y Tagler, M. J. (2003). Stability and change in adult attachment styles: associations with personal vulnerabilities, life events, and global construals of self and others. *Journal of Social and Clinical Psychology*, *22*(3), 315-416.
- Crawford, T. N., Shaver, P. R., Cohen, P., Pilkonis, P. A., Gillath, O. y Kasen, S. (2006). Selfreported attachment, interpersonal aggression, and personality disorder in a prospective community sample of adolescents and adults. *Journal of Personality Disorders*, *20*, 331– 351.
- Cuenca, J. (2013). Self-harm in relation to attachment theory and the cry of pain model: Attachment Insecurities and feelings of entrapment as vulnerability factors. Tesis no publicada. University of Nottingham.

- Cummings, E. M. y Cicchetti, D. (1990). Toward a transactional model of relations between attachment and depression. En M. T. Greenberg, D. Cicchetti y E. M. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years: Theory, research and intervention* (pp. 339-372). Chicago: University of Chicago Press.
- Dattilio, F.M. y Hanna, M.A. (2012). Collaboration in Cognitive-Behavioral Therapy. *Journal of Clinical Psychology: In session*, 68(2), 146–158.
- Daniel, S. I. (2006). Adult attachment patterns and individual psychotherapy: A review. *Clinical Psychology Review*, 26(8), 968-984. Doi: 10.1016/j.cpr.2006.02.001
- Davila, J. y Cobb, R. J. (2004). Predictors of change in attachment security during adulthood. In W. S. Rholes y J. A. Simpson (Eds.), *Adult attachment: Theory, research, and clinical implications* (pp. 133–156). New York: Guilford Press.
- Davila, J., Karney, B. R., Bradbury, T. N. (1999), Attachment change processes in the early years of marriage. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76:783–802.
- Davila, J. y Sargent, E. (2003). The meaning of life (events) predicts change in attachment security. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 29, 1383-1395.
- Davison, M. K., Bershadsky, B., Bieber, J., Silversmith, D., Maruish, M. E. y Kane, R. L. (1997). Development of a brief, multidimensional, selfreport instrument for treatment outcomes assessment in psychiatric settings: Preliminary findings. *Assessment*, 4, 259-276.
- Dawson, A.E., Allen, J., Marston, E.G., Hafen, C.A. y Schad, M.M. (2014). Adolescent insecure attachment as a predictor of maladaptive coping and externalizing behaviors in emerging adulthood. *Attachment y Human Development*, 16(5), 462-478.
- Del Giudice, M. (2011). Sex Differences in Romantic Attachment: A Meta-Analysis. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 37(2), 193–214.
- De Shazer, S. (1985). *Keys to solution in brief therapy*. New York: Norton (Trad. cast.: *Claves para la solución en terapia breve*. Buenos Aires: Paidós, 1986).

- De Wolff, M. S. y van IJzendoorn, M. H. (1997). Sensitivity and attachment: A meta-analysis on parental antecedents of infant attachment. *Child Development*, 68, 571–591. Doi:10.2307/1132107
- Diamond, G. S. y Stern, R. S. (2003). Attachment based family therapy for depressed adolescents. Reaping attachment failures. En S. M. Johnson y V. E. Whiffen (Eds.), *Attachment processes in couple and family therapy* (pp. 191-212). New York: Guilford Press.
- Diener, M. J., Hilsenroth, M. J. y Weinberger, J. (2009). A primer on meta-analysis of correlation coefficients: The relationship between patient-reported therapeutic alliance and adult attachment style as an illustration. *Psychotherapy Research*, 19, 519-526.
- Diener, M. J. y Monroe, J. M. (2011). The relationship between adult attachment style and therapeutic alliance in individual psychotherapy: a meta-analytic review. *Psychotherapy*, 48(3), 237- 248. Doi:10.1037/a0022425
- Dinero, R. E., Conger, R. D., Shaver, P. R., Widaman, K. F. y Larsen-Rife, D. (2008). Influence of family of origin and adult romantic partners on romantic attachment security. *Journal of Family Psychology*, 22, 622–632. Doi:10.1037/a0012506
- Dolan, R. T., Arnkoff, D. B. y Glass, C. R. (1993). Client attachment style and the psychotherapist's interpersonal stance. *Psychotherapy*, 30, 408-412.
- Dozier, M. (1990). Attachment organization and treatment use for adults with serious psychopathological disorders. *Development and Psychopathology*, 2(01), 47-60. Doi: 10.1017/S0954579400000584
- Dozier, M., Lomax, L., Tyrrell, C. L. y Lee, S. W. (2001). The challenge of treatment for clients with dismissing states of mind. *Attachment y Human Development*, 3(1), 62-76.
- Dozier, M., Stovall-McClough, K. C. y Albus, K. E. (2008). Attachment and psychopathology in adulthood. En J. Cassidy y P. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications*, 2ª ed. (pp. 718-744).

New York: Guilford Press.

- Duggal, S., Carlson, E. A., Sroufe, L. A. y Egeland, B. (2001). Depressive symptomatology in childhood and adolescence. *Development and Psychopathology*, 13, 143–164.
- Duncan, B. L. y Miller, S. D. (1999). *Working Alliance Theory of Change Inventory (WATOCI)*. Recuperado el 5 de Enero de 2010, de The Institute for the Study of Therapeutic Change (ISTC), Web site: <http://www.talkingcure.com/>
- Eagle, M. y Wolitzky, D. L. (2009). Adult psychotherapy from the perspectives of attachment theory and psychoanalysis. En J. H. Obegi y E Berant (Eds.), *Attachment theory and research in clinical work with adults*, (pp. 351-378). Nueva York: Guilford Press.
- Echeburúa, E., Corral, P. y Fernández-Montalvo, J. (2000). Escala de inadaptación (EI): Propiedades psicométricas en contextos clínicos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 26, 325-340.
- Ein-Dor, T. y Doron, G. (2015). Psychopathology and attachment. En J. Simpson y W. S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and research: New directions and emerging themes* (pp. 346-373). New York, NY, US: Guilford Press.
- Ein-Dor, T., Doron, G., Solomon, Z., Mikulincer, M. y Shaver, P. R. (2010). Together in pain: Attachment-related dyadic processes and posttraumatic stress disorder. *Journal of Counseling Psychology*, 57(3), 317–327.
- Elliott, R., Bohart, A.C., Watson, J. C. y Greenberg, L. S. (2011). Empathy. *Psychotherapy*, 48(1), 43-49.
- Enns, M. W., Cox, B. J. y Clara, I. (2002). Parental bonding and adult psychopathology: Results from the US national comorbidity survey. *Psychological Medicine*, 32, 997-1008.
- Escudero, V. y Friedlander, M. (2003). El sistema de Observación de la Alianza Terapéutica en Intervención Familiar (SOATIF): Desarrollo trans-cultural, fiabilidad, y aplicaciones del instrumento. *Mosaico*, 3(25), 32-36.

- Escudero, V., Boogmans, E., Loots, G. y Friedlander, M. (2012). Alliance rupture and repair in conjoint family therapy: An exploratory study. *Psychotherapy, 49*(1), 26-37.
- Ezama, E. (2012). *Disfunciones Psíquicas, Tareas Terapéuticas y Efectividad de la Psicoterapia*. Tesis Doctoral. Universidad de Oviedo.
- Ezama, E., Alonso, Y. y Fontanil, Y. (2010). Pacientes, síntomas, trastornos, organicidad y psicopatología. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 10*, 293-314.
- Ezama, E., Alonso, Y., González, S., Galván, S. y Fontanil, Y. (2011). Tareas terapéuticas: ¿qué clase de ayuda se busca en las consultas de psicoterapia? *Psicothema, 23*, 566-572.
- Ezama, E., Fontanil, Y. y Alonso, Y. (2012). Calidad de la sesión, ajuste en las tareas y efectividad de las sesiones psicoterapéuticas. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 12*(2), 245-260.
- Ezama, E., Fontanil, Y., Galván, S., Rodríguez, C. y Toribios, A. (2000). Nuevas puertas en entrevistas de psicoterapia: exploración sobre las etapas delegadas en la búsqueda de soluciones. *Psicothema, 12*(4), 682-694.
- Fan, A. P., Buka, S. L., Kosik, R. O., Chen, Y. S., Wang, S. J., Su, T. P. y Eaton, W. W. (2014). Association between maternal behavior in infancy and adult mental health: a 30-year prospective study. *Compr Psychiatry, 55*, 283-9.
- Faravelli, C., Webb, T., Ambronetti, A., Fonnesu, F. y Sesarego, A. (1985). Prevalence of traumatic early life events in 31 agoraphobic patients with panic attacks. *American Journal of Psychiatry, 142*, 1493-1494.
- Farber, B. A. y Metzger, J. A. (2009). The therapist as secure base. En J. H. Obegi y E Berant (Eds.), *Attachment theory and research in clinical work with adults*, (pp. 46-70). Nueva York: Guilford Press.
- Fearon, R., Bakermans-Kranenburg, M. J., van IJzendoorn, M. H., Lapsley, A. y Roisman, G. I. (2010). The significance of insecure attachment and

disorganization in the development of children's externalizing behavior: A meta-analytic study. *Child Development*, 81, 435–456.

Feeney, J. A. (2008). Adult romantic attachment: Developments in the study of couple relationships. En J. Cassidy y P. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (pp. 456-481). New York: Guilford Press.

Feeney, B. C. (2004). A secure base: Responsive support of goal strivings and exploration in adult intimate relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 87, 631-648.

Feeney, B. C. (2007). The dependency paradox in close relationships: Accepting dependence promotes independence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92, 268-285.

Feeney, B. C. y Cassidy, J. (2003). Reconstructive memory related to adolescent-parent conflict interactions: The influence of attachment-related representations on immediate perceptions and changes in perceptions over time. *Journal of Personality y Social Psychology*, 85, 945-955.

Feeney, B. C. y Collins, N. L. (2001). Predictors of caregiving in adult intimate relationships: An attachment theoretical perspective. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80, 972-994.

Feeney, B. C. y Collins, N. L. (2003). Motivations for caregiving in adult intimate relationships: Influences on caregiving behavior and relationship functioning. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 29, 950-968.

Feeney, B. C. y Collins, N. L. (2014). A new look at social support: A theoretical perspective on thriving through relationships. *Personality and Social Psychology Review*, 1-35.

Feeney, J.A. y Hohaus, L. (2001). Attachment and spousal caregiving. *Personal Relationships*, 8, 21-39.

Feeney, J. A. y Noller, P. (1996). *Adult attachment*. Thousand Oaks: Sage. (Trad. Cast.:

Apego adulto. Bilbao: DDB, 2001)

- Feeney, J. A., Noller, P. y Callan, V. J. (1994). Attachment style, communication and satisfaction in the early years of marriage. En K. Bartholomew y D. Perlman (Eds), *Advances in personal relationships: Vol. 5. Attachment processes in adulthood* (pp. 269- 308). London: Jessica Kingsley.
- Feeney, B. C. y Thrush, R. L. (2010). Relationship influences on exploration in adulthood: The characteristics and function of a secure base. *Journal of Personality and Social Psychology*, 98, 57-76.
- Felder, J. N., Dimidjian, S. y Segal, Z. (2012). Collaboration in Mindfulness-Based Cognitive Therapy. *Journal of Clinical Psychology: In session*, 68(2), 179–186 (2012)
- Fernández-Méndez, J., Luengo, M.A., García-Haro, J., Cabero, A., González-Díaz, M.D., Braña, B., Cuesta, M., Caunedo, P.J. (2010). Efectividad de la psicoterapia breve en los Centros de Salud Mental I: Diseño, tratamientos y procedimiento. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 30(108), 563-580.
- Fisch, R., Weakland, J. H. y Segal, L. (1982): *The tactics of change*. San Francisco: Jossey Bass Pubs. (Trad. Cast.: *La táctica del cambio*. Barcelona. Herder. 1994).
- Fontanil, Y., Ezama, E. y Alonso, Y. (2013). Validation of the Scale of Preferences and Expectations in Close Interpersonal Relationships (EPERIC). *Psicothema* 25(2), 275-281.
- Fontanil, Y., Ezama, E. y Toribios, A. (2004). Terapia y colaboración. *Mosaico*, 28, 36-43.
- Fortuna, K. y Roisman, G. I. (2008). Insecurity, stress, and symptoms of psychopathology: Contrasting results from self-reports versus interviews of adult attachment. *Attachment y human development*, 10(1), 11-28.
- Fraley, R. C. (1999). Types or dimensions of relating: Taxometrics as a tool for the study of personal relationships. *ISSPR Bulletin*, 16(1): 3-4.

- Fraley, R. C. (2002). Attachment stability from infancy to adulthood: Meta-analysis and dynamic modeling of developmental mechanisms. *Personality and Social Psychology Review*, 6, 123-151.
- Fraley, R. C. (2007). A Connectionist Approach to the Organization and Continuity of Working Models of Attachment. *Journal of Personality*, 75 (6), 1157-1180.
- Fraley, R. C. y Brumbaugh, C. C. (2004). A dynamical systems approach to conceptualizing and studying stability and change in attachment security. En W.S. Rholes y J. A. Simpson (Eds.), *Adult attachment: Theory, research, and clinical implications* (pp. 86–132). New York: Guilford Press.
- Fraley, R. y Davis, C. (1997). Attachment formation and transfer in young adults close relationships and romance. *Personal Relationships*, 3, 131-144.
- Fraley, R. C. y Phillips, R. L. (2009). Self-report measures of adult attachment in clinical practice. En J. H. Obegi y E. Berant (eds.), *Attachment theory and research in clinical work with adults* (pp. 153-180). New York: The Guilford Press.
- Frei, J. R. y Shaver, P. R. (2002). Respect in close relationships: Prototype definition, self-report assessment, and initial correlates. *Personal Relationships*, 9, 121–139. Doi:10.1111/1475-6811.00008
- Fraley, R. C., Roisman, G. I., Booth-LaForce, C., Owen, M. T. y Holland, A. S. (2013). Interpersonal and Genetic Origins of Adult Attachment Styles: A Longitudinal Study From Infancy to Early Adulthood. *Journal of Personality and Social Psychology*. Advance online publication. Doi: 10.1037/a0031435
- Fraley, R. C., Roisman, G. I. y Haltigan, J. D. (2013). The legacy of early experiences in development: Formalizing alternative models of how early experiences are carried forward over time. *Developmental Psychology*, 49, 109–125. Doi:10.1037/a0027852
- Fraley, R. C. y Waller, N. G. (1998). Adult attachment patterns: a test of the typological model. En J. A. Simpson y W. S. Rholes (dirs.), *Attachment theory and close*

- relationships* (pp. 77-114). Nueva York: Guilford.
- Fraley, R. C., Waller, N. G. y Brennan, K. A. (2000). An item response theory analysis of self-report measures of adult attachment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78, 350-365.
- Friedlander, M., Escudero, V. y Heatherington, L. (2009). *La alianza terapéutica en la terapia familiar y de pareja*. Barcelona: Paidós.
- Friedlander, M.L., Escudero, V., Heatherington, L. y Diamond, G. M. (2011). Alliance in couple and family therapy. *Psychotherapy*, 48(1), 25-33.
- Furman, W. (1999). Friends and lovers: The role of peer relationships in adolescent romantic relationships. En W. A. Collins y B. Laursen (Eds.), *Relationships as developmental contexts: The 30th Minnesota symposia on child development* (pp. 133–154). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Furman, W., Simon, V. A., Shaffer, L. y Bouchey, H. A. (2002). Adolescents' working models and styles for relationships with parents, friends, and romantic partners. *Child Development*, 73, 241–255. Doi: 10.1111/1467-8624.00403
- García-Portilla, M. P., Bascarán, M. T., Sáiz, P. A., Parellada, M., Bousoño, M. y Bobes, J. (2008). *Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica*, 5ª edición. Barcelona: Grupo Ars XXI de Comunicación, SL.
- Gelinas, B. L. (2008). Attachment orientation, affect regulation, and coping styles in young adults with persistent, transient, or absent history of deliberate self-harm. Tesis doctoral. University of Regina.
- Gentzler, A.L., Kerns, K.A. y Keener, E. (2010). Emotional reactions and regulatory responses to negative and positive events: Associations with attachment and gender. *Motiv Emot*, 34, 78–92.
- George, C., Kaplan, N. y Main, M. (1985). *Adult Attachment Interview*. Manuscrito no publicado, Department of Psychology, University of California, Berkeley.
- Ghobari, B. y Akbar, A. (2011). Relation among quality of attachment, paranoid

- ideation and somatization in college students. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 30: 207– 211.
- Gillath, O., Shaver, P. R., Baek, J. y Chun, D. S. (2008). Genetic correlates of adult attachment style. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 34, 1396-1405.
- Givertz, M., Woszidlo, A., Segrin, C. y Knutson, K. (2013). Direct and indirect effects of attachment orientation on relationship quality and loneliness in married couples. *Journal of Social and Personal Relationships*, 30, 1096-1120. Doi:10.1177/0265407513482445
- Goldman, G. A. y Anderson, T. (2007). Quality of object relations and security of attachment as predictors of early therapeutic alliance. *Journal of Counseling Psychology*, 54, 111-117.
- Gómez-Zapiain, J., Ortiz, M. J. y Gómez-Lope, J. (2011). Experiencia sexual, estilos de apego y tipos de cuidados en las relaciones de pareja. *Anales de Psicología*, 27(2), 447-456.
- Griffin, D. y Bartholomew, K. (1994). Models of the self and other: Fundamental dimensions underlying measures of adult attachment. *Journal of personality and social psychology*, 67(3), 430-445.
- Groh, A. M., Roisman, G. I., van IJzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J. y Fearon, R. (2012). The significance of insecure and disorganized attachment for children's internalizing symptoms: A meta-analytic study. *Child Development*, 83, 591–610.
- Guerrero, L. K. y Jones, S.M. (2003). Differences in one's own and one's partner's perceptions of social skills as a function of attachment style. *Communication Quarterly*, 51(3), 277-282.
- Gumley, A. I., Taylor, H. E., Schwannauer, M. y Macbeth, A. (2013). A systematic review of attachment and psychosis: measurement, construct validity and outcomes. *Acta Psychiatr Scand*, 3,1–18.
- Guy, W. (1976). *Early Clinical Drug Evaluation (ECDEU) Assessment Manual*.

Rockville, National Institute Mental Health.

- Guzmán, M. y Contreras, P. (2012). Estilos de Apego en Relaciones de Pareja y su Asociación con la Satisfacción Marital. *Psyche*, 21(1), 69-82.
- Haley, J. (1976). *Problem-solving Therapy*. San Francisco: Jossey Bass. (Trad. Cast.: *Terapia para resolver problemas*. Buenos Aires: Amorrortu, 1990)
- Hammond, J. R. y Fletcher, G. J. O. (1991). Attachment styles and relationship satisfaction in the development of close relationships. *New Zealand Journal of Psychology*, 20, 56–62.
- Hankin, B. L., Kassel, J. D. y Abela, J. R. (2005). Adult attachment dimensions and specificity of emotional distress symptoms: Prospective investigations of cognitive risk and interpersonal stress generation as mediating mechanisms. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 31, 136–151. <http://dx.Doi.org/10.1177/0146167204271324>.
- Harlow, H. F. (1959). Love in infant monkeys. *Scientific American*, 200, 68-86
- Harris, T. O., Brown, G. W. y Bifulco, A. (1986). Loss of parent in childhood and adult psychiatric disorder: The Walthamstow study: 1. The role of lack of adequate parental care. *Psychological Medicine*, 16, 641-659.
- Harris, T. O., Brown, G. W. y Bifulco, A. (1990). Depression and situational helplessness/mastery in a sample selected to study childhood parental loss. *Journal of Affective Disorders*, 20, 27-41.
- Hatcher, R. (1999). Therapists' views of treatment Alliance and collaboration in Therapy. *Psychotherapy Research*, 4, 405-423.
- Hazan, C. y Shaver, P. R. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 511-524.
- Herrero, J. y Musitu, G. (1998). Apoyo social, estrés y depresión: un análisis causal del efecto supresor. *Revista de Psicología Social*, 13, 195-203.

- Hobson, C. J., J. Kamen, J. Szostek, C. M. Nethercut, J. W. Tidemann y S. Wojnarowicz (1998). Stressful Life Events: A Revision and Update of the Social Readjustment Rating Scale. *International Journal of Stress Management*, 5(11), 1-23.
- Hoffman, K., Marvin, R., Cooper, G. y Powell, B. (2006). Changing toddlers' and preschoolers' attachment classifications: The Circle of Security Intervention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 1017-1026.
- Holland, A. S., Fraley, R. C. y Roisman, G. I. (2012). Attachment styles in dating couples: Predicting relationship functioning over time. *Personal Relationships*, 19, 234–246. DOI: 10.1111/j.1475-6811.2011.01350.x.
- Holmes, J. (2001). *The search for the secure base: Attachment theory and psychotherapy*. Psychology Press.
- Holmes, B. M. y Johnson, K. R. (2009). Adult attachment and romantic partner preference: A review. *Journal of Social and Personal Relationships*, 26, 833–852.
- Holmes, T.H. y Rahe, R.H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218.
- Hontoria Tuerk, E., McCart, M. R. y Henggeler, S. W. (2012). Collaboration in Family Therapy. *Journal of Clinical Psychology: In session*, 68(2), 168–178.
- Horvath, A. O. y Greenberg, L. S. (1989): Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36, 223-233.
- Horvath, A. O., Del Re, A.C., Flückiger, C. y Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 48(1), 9-16. Doi: 10.1037/a0022186
- Horvath, A. O. y Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 561–573. Doi: 10.1037/0022-006X.61.4.561
- Howard, M. S. y Medway, F.J. (2004). Adolescents' attachment and coping with stress.

Psychology in the Schools, 41(3), 391-402.

- Illing, V., Tasca, G. A., Balfour, L. y Bissada, H. (2010). Attachment insecurity predicts eating disorder symptoms and treatment outcomes in a clinical sample of women. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 198, 653–659.
- Janzen, J., Fitzpatrick, M. y Drapeau, M. (2008). Processes involved in client-nominated relationship building incidents: Client attachment, attachment to therapist, and session impact. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 45(3), 377-390.
- Johnson, S. M. (2003). Attachment theory: A guide for couple therapy. En S. M. Johnson y V. E. Whiffen (Eds.), *Attachment processes in couple and family therapy* (pp. 103-123). New York: Guilford Press.
- Jones, J. D., Cassidy, J. y Shaver, P. R. (2015). Parents' self-reported attachment styles: A review of links with parenting behaviors, emotions, and cognitions. *Personality and Social Psychology Review*, 19, 44-76. Doi:10.1177/1088868314541858
- Joyce, A. S., Piper, W. E., Ogrodniczuk, J. S. y Klien, R. H. (2007). *Termination in psychotherapy: A psychodynamic model of processes and outcomes*. American Psychological Association.
- Kane, H. S., Jaremba, L. M., Guidarch, A.C. Ford, M. B., Collins, N.L., y Feeney, B.C. (2007). Feeling supported and feeling satisfied: How one partner's attachment style predicts the other partner's relationship experiences. *Journal of Social and Personal Relationships*, 24(4), 535-555. DOI: 10.1177/0265407507079245.
- Kilmann, P. R., Laughlin, J. E., Carranza, L. V., Downer, J. T., Major, S. y Parnell, M. M. (1999). Effects of an attachment-focused group preventive intervention on insecure women. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 3(2), 138-147. Doi:10.1037/1089-2699.3.2.138
- Kinsler, P. J., Courtois, C. A. y Frankel, A. S. (2009). Therapeutic alliance and risk management. En C. A. Courtois y J. D. Ford (eds.). *Treating Complex Traumatic*

Stress Disorders. New York: The Guilford Press.

- Kirchmann, H., Steyer, R., Mayer, A., Joraschky, P., Schreiber-Willnow, K. y Strauss, B. (2012). Effects of adult inpatient group psychotherapy on attachment characteristics: An observational study comparing routine care to an untreated comparison group. *Psychotherapy Research*, 22(1), 95-114. Doi:10.1080/10503307.2011.626807
- Kirkpatrick, L. A. y Hazan, C. (1994). Attachment styles and close relationships: A four-year prospective study. *Personal Relationships*, 1:123–142.
- Klohnen, E. V., Weller, J. A., Luo, S. y Choe, M. (2005). Organization and predictive power of general and relationship-specific attachment models: One for all, and all for one? *Personality and Social Psychology Bulletin*, 31, 1665–1682.
- Kokkonen, T. M., Cheston, R., Dallos, R. y Smart, C. (2014) Attachment and coping of dementia care staff: The role of staff attachment style, geriatric nursing self-efficacy, and approaches to dementia in burnout. *Dementia*, 13(4), 544-568. ISSN 1471-3012 Available from: <http://eprints.uwe.ac.uk/18025>
- Kooiman, C. G., Klaassens, E. R., van Heloma Lugt, J. Q. y Kamperman, A. M. (2013). Psychometrics and Validity of the Dutch Experiences in Close Relationships–Revised (ECR–r) in an Outpatient Mental Health Sample. *Journal of Personality Assessment*, 95(2): 217–224.
- Korfmacher, J., Adam, E., Ogawa, J. y Egeland, B. (1997). Adult attachment: Implications for the therapeutic process in a home visitation intervention. *Applied Developmental Science*, 1(1), 43-52. Doi:10.1207/s1532480xads0101_5
- Kring, A. M., Smith, D. A. y Neale, J. M. (1994). Individual differences in dispositional expressiveness: The development and validation of the Emotional Expressivity Scale. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 934-949.
- Kunce, L. J. y Shaver, P. R. (1994). An attachment-theoretical approach to caregiving in romantic relationships. En K. Bartholomew y D. Perlman (Eds.), *Attachment processes in adulthood (Advances in personal relationships)* (Vol. 5, pp. 205–

237). London: Jessica Kingsley.

Lambert, M.J. y Cattani, K. (2012). Practice-friendly research review: Collaboration in routine care. *Journal of Clinical Psychology: In session*, 68(2), 209–220.

Larose, S., Guay, F. y Boivin, M. (2002). Attachment, social support, and loneliness in young adulthood: a test of two models. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 28(5), 684-693.

Lazarus R. S. (1999). *Stress and emotion: A new synthesis*. New York: Springer. (Trad. Cast.: *Estrés y emoción. Manejo e implicaciones en nuestra salud*. Bilbao: Descleé de Brower, 2000).

Lecannelier, F., Ascanio, L.; Flores, F. y Hoffmann, M. (2011). Apego y psicopatología: Una revisión actualizada sobre los modelos etiológicos parentales del apego desorganizado. *Terapia Psicológica*, 29(1), 107-116.

Leerkes, E. M., Parade, S. H. y Gudmundson, J. A. (2011). Mothers' emotional reactions to crying pose risk for subsequent attachment insecurity. *Journal of Family Psychology*, 25, 635–643.

Leerkes, E.M., Weaver, J.M. y O'Brien, M. (2012). Differentiating maternal sensitivity to infant distress and non-distress. *Parenting: Science y Practice*, 12(2-3), 175-184. Doi:10.1080/15295192.2012.683353

Leible, T. L. y Snell, Jr., W. E. (2004). Borderline personality disorder and multiple aspects of emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*, 37, 393-404.

LeRoy, D. (2008). *Factors that influence the association between adult attachment and marital satisfaction*. Tesis doctoral. Utah State University, Logan, UT, Estados Unidos.

Levy, K. N., Ellison, W. D., Scott, L. N. y Bernecker, S. L. (2011). Attachment style. *Journal of clinical psychology*, 67(2), 193-203.

Levy, K. N. y Kelly, K. M. (2009). Using interviews to assess adult attachment. En J. H.

- Obegi y E. Berant (eds.), *Attachment theory and research in clinical work with adults* (pp. 121-152). New York: The Guilford Press.
- Levy, K. N., Meehan, K. B., Kelly, K. M., Reynoso, J. S., Weber, M., Clarkin, J. F. y Kernberg, O. F. (2006). Change in attachment patterns and reflective function in a randomized control trial of transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*(6), 1027-1040. Doi:10.1037/0022-006X.74.6.1027
- Levy, K. N., Meehan, K. B., Temes, C. M. y Yeomans, F. E. (2012). Attachment theory and research: implications for psychodynamic psychotherapy. En R. A Levy, J. S. Ablon, y H. Kächele (2011). *Psychodynamic psychotherapy research: evidence-based practice and practice-based evidence*, (pp. 401-416). Springer. Doi: 10.1007/978-1-60761-792-1_24
- Levy, T. M. y Orlans, M. (1988). Attachment, trauma, and healing: Understanding and treating attachment disorder in children and families. Washington D.C.: Child Welfare League of America Press.
- Liebman, K. E. (2014). Attachment and coping with two kinds of relationship stressors. Tesis doctoral. Paper 281 http://digitalcommons.bucknell.edu/honors_theses/281
- Litman-Ovadia, H. (2004). An attachment perspective on the career counseling process and career exploration. Tesis doctoral. Bar-Ilan University, Ramat Gan, Israel.
- López, F. y Ortiz, M. J. (2000). El desarrollo del apego durante la infancia. En F. López, I. Etxebarria, M. J. Fuentes y M. J. Ortiz (coords.), *Desarrollo afectivo y social* (pp. 41-65). Madrid: Pirámide.
- Lopez, F. G. y Gormley, B. (2002). Stability and change in adult attachment style over the first-year college transition: relations to self-confidence, coping, and distress patterns. *Journal of Counseling Psychology, 49*(3), 355-364.
- Lopez, F.G., Mauricio, A.M., Gormley, B., Simko, T. y Berger, E. (2001) Adult attachment orientations and college student distress: the mediating role of problem coping styles. *Journal of Counseling and Development, 79*(4), 459-464

- Lucassen, N., Tharner, A., Van IJzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., Volling, B. L., Verhulst, F. C. y ... Tiemeier, H. (2011). The association between paternal sensitivity and infant–father attachment security: A meta-analysis of three decades of research. *Journal Of Family Psychology*, 25(6), 986-992. Doi:10.1037/a0025855
- Luengo, M. A. (2014). Efectividad de la psicoterapia breve en el tratamiento de los trastornos mentales comunes en los servicios públicos de salud mental. Ensayo clínico con diseño de dos grupos aleatorizados con evaluación pre y postratamiento. Tesis Doctoral. Universidad de Almería.
- Lyons-Ruth, K. y Jacobitz, D. (2008). Attachment disorganization. Genetic factors, parenting contexts, and developmental transformation from infancy and adulthood. En J. Cassidy, J y P. Shaver (Eds.), *Handbook of Attachment. Theory, Research and Clinical Applications* (pp.666-697). 2nd. New York: Guilford Press.
- Lyons-Ruth, K., Melnick., S., Patrick, M. y Hobson, R.P. (2007). A controlled study of hostile-helpless states of mind among borderline and dysthymic women. *Attachment and Human Development*, 9, 1-6.
- MacDonald, K., Berlow, R. y Thomas, M. L. (2013). Attachment, affective temperament, and personality disorders: A study of their relationships in psychiatric outpatients. *Journal of Affective Disorders*, 151: 932–941
- Madigan, S., Pederson, D. y Moran, G. (2006). Unresolved states of mind, disorganized attachment relationships, and disrupted mother-infant interactions of adolescent mothers and their infants. *Developmental Psychology*, 42, 293-304.
- Main, M., Hesse, E. y Kaplan, N. (2005). Predictability of attachment behavior and representational processes at 1, 6, and 19 years of age: The Berkeley longitudinal study. En K. E. Grossmann, K. Grossmann y E. Waters (Eds.). *Attachment from Infancy to Adulthood: Lessons from the Longitudinal Studies*. New York: Guilford Press.
- Mallinckrodt, B. (1991). Clients' representations of childhood emotional bonds with

- parents, social support, and formation of the working alliance. *Journal of Counseling Psychology*, 38(4), 401-409.
- Mallinckrodt, B. (2010). The psychotherapy relationship as attachment: Evidence and implications. *Journal of Social and Personal Relationships*, 27(2), 262-270.
- Mallinckrodt, B., Coble, H. M. y Gantt, D. L. (1995). Working alliance, attachment memories, and social competencies of women in brief therapy. *Journal of Counseling Psychology*, 42, 79-84.
- Mallinckrodt, B., Gantt, D. L. y Coble, H. M. (1995). Attachment patterns in the psychotherapy relationship: Development of the Client Attachment to Therapist Scale. *Journal of Counseling Psychology*, 42, 307–317. Doi:10.1037/0022-0167.42.3.307
- Mallinckrodt, B. y Jeong, J. (2015). Meta-analysis of client attachment to therapist: Associations with working alliance and client pretherapy attachment. *Psychotherapy*, 52(1), 134-139.
- Mallinckrodt, B., King, J. L., Coble, H. M. (1998). Family dysfunction, alexithymia, and client attachment to therapist. *Journal of Counseling Psychology*, 45, 497-504.
- Mallinckrodt, B., Porter, M. J. y Kivlighan Jr, D. M. (2005). Client Attachment to Therapist, Depth of In-Session Exploration, and Object Relations in Brief Psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42(1), 85-100.
- Mallinckrodt, B., y Wei, M. (2005). Attachment, social competencies, social support, and psychological distress. *Journal of Counseling Psychology*, 52, 358-367.
- Marazziti, D., Dell'osso, B., Catena Dell'Osso, M., et al. (2007). Romantic attachment in patients with mood and anxiety disorders. *CNS Spectr.*, 12(10): 751-6.
- Marganska, A., Gallagher, M. y Miranda, R. (2013). Adult attachment, emotion dysregulation, and symptoms of depression and generalized anxiety disorder. *American Journal of Orthopsychiatry*, 83, 131–141.

- Marriner, P., Cacioli, J-P. y Moore, K.A. (2014). The Relationship of Attachment to Resilience and their Impact on Stress. In K. Kaniasty, K.A. Moore, S. Howard y P. Buchwald (Eds). (pp. 73-82). *Stress and Anxiety: Applications to Social and Environmental Threats, Psychological Well-Being, Occupational Challenges, and Developmental Psychology*. Berlin: Logos Publishers.
- Martínez, J. L., Fuentes, A., Orgaz, B., Vicario, I. y González, E. (2014). Vínculos afectivos en la infancia y calidad en las relaciones de pareja de jóvenes adultos: el efecto mediador del apego actual. *Anales de Psicología*, 30(1), 211-220.
- Martínez, E., Piqueras, J. A., Ramos, V. y Oblitas, L. A. (2009). Implicaciones de la Inteligencia Emocional en la salud y el bienestar emocional. *Av. Psicol.*, 17(1), 101-115.
- Maunder, R. G., Lancee, W. J., Hunter, J. J., Greenberg, G. R. y Steinhart, A. H. (2005). Attachment insecurity moderates the relationship between disease activity and depressive symptoms in ulcerative colitis. *Inflammatory Bowel Diseases*, 11, 919–926.
- McElhaney, K. B., Immele, A., Smith, F. D. y Allen, J. P. (2006). Attachment organization as a moderator of the link between friendship quality and adolescent delinquency. *Attachment and Human Development*. 8(1), 33-46.
- McElwain, N. L. y Booth-LaForce, C. (2006). Maternal sensitivity to infant distress and nondistress as predictors of infant–mother attachment security. *Journal of Family Psychology*, 20, 247–255.
- McElwain, N. L., Holland, A. S., Engle, J. M., Wong, M. S. y Emery, H. (2015). Infant and Child Development (Online) 24.4 (Jul/Aug 2015): 414-434.
- Melero, R. (2008). *La relación de pareja. Apego, dinámicas de interacción y actitudes amorosas: Consecuencias sobre la calidad de la relación*. Universitat de València. Servei de Publicacions.
- Mickelson, K. D., Kessler, R. C. y Shaver, P. R. (1997). Adult attachment in a nationally representative sample. *Journal of Personality and Social Psychology*,

73(5), 1092-1106.

Mikulincer, M., Hirschberger, G., Nachmias, O. *et al.* (2001). The affective component of the secure base schema: affective priming with representations of attachment security. *J Pers Soc Psychol*, 81, 305-21.

Mikulincer, M. y Shaver, P.R. (2001). Attachment theory and intergroup bias: evidence that priming the secure base schema attenuates negative reactions to out-groups. *J Pers Soc Psychol* 2001;81:97-115.

Mikulincer, M. y Shaver, P. (2007). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics and change*. New York: Guilford Press.

Mikulincer, M. y Shaver, P. (2008). Adult attachment and affect regulation. En J. Cassidy y P. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications*, 2ª ed. (pp. 503-531). New York: Guilford Press.

Mikulincer, M., Shaver, P. R. y Berant, E. (2013). An attachment perspective on therapeutic processes and outcomes. *Journal of Personality*, 81, 606-616.

Mikulincer, M., Shaver, P. R., Cassidy, J. y Berant, E. (2009). Attachment-related defensive processes. En J. H. Obegi y E. Berant (eds.), *Attachment theory and research in clinical work with adults* (pp. 293-327). New York: The Guilford Press.

Mikulincer, M., Shaver, P.R. y Horesh, N. (2006). Attachment bases of emotion regulation and posttraumatic adjustment. En D. K. Snyder, J. A. Simpson y J. N. Hughes (eds). *Emotion regulation in families: pathways to dysfunction and health* (pp. 77-99). Washington: American Psychological Association.

Millings, A. y Walsh, J. (2009). A dyadic exploration of attachment and caregiving in long-term couples. *Personal Relationships*, 16, 437-453.

Molero, F., Shaver, P. R., Ferrer, E., Cuadrado, I. y Alonso-Arbiol, I. (2011). Attachment Insecurities and Interpersonal Processes in Spanish Couples: A Dyadic Approach. *Personal Relationships*, 18: 617-629. Doi: 10.1111/j.1475-6811.2010.01325.x

- Monin, J. K., Zhou, L. y Kershaw, T. (2014). Attachment and psychological health of older couples coping with pain. *Geropsych: The Journal of Gerontopsychology and Geriatric Psychiatry*, 27(3), 115-127.
- Moral de la Rubia, J. y Retamales, R. (2000). Estudio de validación de la escala de alexitimia de Toronto (TAS-20) en muestra española. *Psiquiatría.com*, 4(2), 1-10.
- Moré, M. A. y Muñoz, P. E. (2000). Satisfacción de los usuarios de un servicio de salud mental. *Archivos de Psiquiatría*, 63, 139-158.
- Moss, E., Cyr, C., Bureau, J. F., Tarabulsy, G. M. y Dubois-Comtois, K. (2005). Stability of attachment during the preschool period. *Developmental Psychology*, 41, 773-783.
- Muller, R. T. y Rosenkranz, S. E. (2009). Attachment and treatment response among adults in inpatient treatment for posttraumatic stress disorder. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 46(1), 82- 96. Doi:10.1037/a0015137
- Nievar, M. A. y Becker, B. J. (2004). Sensitivity as a Privileged Predictor of Attachment: A Second Perspective of De Wolff and van IJzendoorn's Meta-Analysis. 14th Biennial International Conference on Infant Studies May 2004, Chicago, Illinois.
- Noftle, E. E. y Shaver, P. R. (2006). Attachment dimensions and the Big Five personality traits: Associations and comparative ability to predict relationship quality. *Journal of Research in Personality*, 40, 179-208.
- Norcross, J. C. (2011). Conclusions and Recommendations of the Interdivisional (APA Divisions 12 y 29). *Task Force on Evidence-Based Therapy Relationships*, APA.
- Obegi, J.H. y Berant, E. (2009). *Attachment theory and research in clinical work with adults*. Nueva York: Guilford Press.
- Ogilvie, C.A., Newman, E., Todd, L. y Peck, D. (2014). Attachment & violent offending: a meta-analysis. *Aggression and Violent Behavior*, 19, 322-339.

- Oriña, M. M., Collins, W. A., Simpson, J. A., Salvatore, J. E., Haydon, K. C., y Kim, J. S. (2011). Developmental and dyadic perspectives on commitment in adult romantic relationships. *Psychological Science*. doi:10.1177/0956797611410573
- Ortiz, M. J. (2000). El desarrollo emocional. En F. López, I. Etxebarria, M. J. Fuentes y M. J. Ortiz (coords.), *Desarrollo afectivo y social* (pp. 95-124). Madrid: Pirámide.
- Parish, M. y Eagle, M. N. (2003). Attachment to the therapist. *Psychoanalytic Psychology*, 20(2), 271- 286.
- Parker, G., Tupling, H. y Brown, L. (1979). A parental bonding instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 52, 1-10.
- Parker, M. L., Tambling, R. B. y Campbell, K. (2013). Dyadic Adjustment and Depressive Symptoms: The Mediating Role of Attachment. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families*, 21(1) 28-34
- Pascuzo, K., Moss, E. y Chantal, C. (2015). Attachment and Emotion Regulation Strategies in Predicting Adult Psychopathology. Sage open. (<https://us.sagepub.com/en-us/nam/open-access-at-sage>) [descargado el 27 de septiembre de 2015] DOI: 10.1177/2158244015604695
- Paykel, E. S. (1994). Life events, social support and depression. *Acta Psychiatr Scand Suppl*; 377:50-8.
- Pervin, L.A. (1996). *Psicología de la Personalidad*. Madrid: McGraw Hill.
- Picardi, A., Caroppo, E., Fabi, E., Proietti, S., Di Genaro, G., Meldolesi, G. N. y Matinotti, G. (2013). Attachment and Parenting in Adult Patients with Anxiety Disorders. *Clinical Practice y Epidemiology in Mental Health*, 9, 157-163.
- Pietromonaco, P. R. y Barrett, L. F. (2006). What can you do for me? Attachment style and motives underlying esteem for partners. *Journal of Research in Personality*, 40, 313-338.
- Pow, A. M. (2014). Coping with Catastrophe: Emotion Regulation, Adult Attachment

Security, and Mindfulness as Predictors of Posttraumatic Stress Among Mental Health Disaster Responders. Tesis doctoral. University of North Carolina at Greensboro.

Quinn, K., Spiby, H. y Slade, P. (2015). A longitudinal study exploring the role of adult attachment in relation to perceptions of pain in labour, childbirth memory and acute traumatic stress responses. *J. of reproductive and infant psychology*, 33(3), 256-267.

Raby, K. L., Cicchetti, D., Carlson, E. A., Cutuli, J. J. y Egeland, B. (2012). Genetic and caregiving contributions to individual differences in infant attachment: Unique pathways to attachment security and distress reactivity. *Psychological Science* 23(9), 1016–1023 DOI: 10.1177/0956797612438265

Raby, K. L., Roisman, G. I. y Booth-LaForce, C. (2015, September 21). Genetic Moderation of Stability in Attachment Security From Early Childhood to Age 18 Years: A Replication Study. *Developmental Psychology*. Advance online publication. <http://dx.Doi.org/10.1037/dev0000053>

Renaud, E. F. (2008). The attachment characteristics of combat veterans with PTSD. *Traumatology*, 14(3), 1-12.

Rodríguez-Arias, J. L. y Venero, M. (2006). *Terapia familiar breve. Guía para sistematizar el tratamiento psicoterapéutico*. Madrid: Editorial CCS.

Roisman, G. I. y Fraley, R. C. (2008). A behavior-genetic study of parenting quality, infant attachment security, and their covariation in a nationally representative sample. *Developmental Psychology*, 44, 831-839.

Roisman, G. I. y Fraley, R. C. (2013). Developmental Mechanisms Underlying the Legacy of Childhood Experiences. *Child Development Perspectives*, 7(3), 149–154.

Roisman, G.I., Holland, A., Fortuna, K., Fraley, R.C., Clausell, E. y Clarke, A. (2007). The Adult Attachment Interview and self-reports of attachment style: An empirical rapprochement. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92,

678-697.

- Romano, V., Fitzpatrick, M. y Janzen, J. (2008). The secure-base hypothesis: Global attachment, attachment to counselor, and session exploration in psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology*, 55(4), 495-504.
- Ross, L. R. y Spinner, B. (2001). General and specific attachment representations in adulthood: Is there a relationship? *Journal of Social and Personal Relationships*, 18, 747–766. Doi:10.1177/0265407501186001
- Rude, S. S. y McCarthy, C. T. (2003). Emotional functioning in depressed and depression-vulnerable college students. *Cognition and Emotion*, 17, 799-806.
- Ruvolo, A. P., Fabin, L. A. y Ruvolo, C. M. (2001). Relationship experiences and change in attachment characteristics of young adults: The role of relationship breakups and conflict avoidance. *Personal Relationships*, 8(3), 265-281.
- Saatsi, S, Hardy, G.E y Cahill, J. (2007) Predictors of outcome and completion status in cognitive therapy for depression. *Psychotherapy Research*, 17(2), 189-200.
- Safford, S. M., Alloy, L. B., Crossfield, A. G., Morocco, A. M. y Wang, J. C. (2004). The relationship of cognitive style and attachment style to depression and anxiety in young adults. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 18, 25-41.
- Safran, J. D. y Muran, J. C. (2006). Has the concept of the therapeutic alliance outlived its usefulness? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43(3), 286.
- Salo, J., Jokela, M., Lehtimäki, T. y Keltikangas-Järvinen, L. (2011). Serotonin receptor 2A gene moderates the effect of childhood maternal nurturance on adulthood social attachment. *Genes, Brain and Behavior*, 10, 702–709. Doi:10.1111/j.1601-183X.2011.00708.x
- Salvatore, J.E., Kuo, S.I., Steele, R.D., Simpson, J.A. y Collins, W.A. (2011). Recovering from conflict in romantic relationships: A developmental perspective. *Psychological Science*; 22:376–383. 10.1177/0956797610397055 [PubMed: 21245491]

- Sánchez-Cánovas, J. y Sánchez López, M. P. (1994). *Psicología diferencial: diversidad e individualidad humanas*. Madrid: Ramón Areces.
- Sánchez-Queija, I. y Oliva, A. (2003). Vínculos de apego con los padres y relaciones con los iguales durante la adolescencia. *Revista de Psicología Social*, 18(1), 71-86.
- Sandín, B. (1995): El estrés. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos, *Manual de Psicopatología*, Vol I. Madrid. McGraw Hill.
- Sandín, B. (2003). El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3, 141-157.
- Sandín, B. (2006). *Cuestionario Breve de Apoyo Social (CBAS)*. Madrid: UNED (policopiado)
- Sandín, B. (2008). *El estrés psicosocial: concepto y consecuencias clínicas*. 2ª ed. Madrid: Klinik.
- Sandín, B. y Chorot, P. (1987). *Cuestionario de Sucesos Vitales (CSV)*. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED).
- Sandín, B., Valiente, R. M., Chorot, P., Santed, M.A. y Lostao, L. (2008). SA-45: forma abreviada del SCL-90. *Psicothema*, 20(2), 290-296
- Sauer, E. M., Lopez, F. G. y Gormley, B. (2003). Respective contributions of therapist and client adult attachment orientations to the development of the early working alliance: A preliminary growth modeling study. *Psychotherapy Research*, 13(3), 371-382.
- Scharfe, E. y Bartholomew, K. (1994). Reliability and stability of adult attachment patterns. *Personal relationships*, 1, 23-43.
- Schmidt, S., Nachtigall, C., Wuethrich-Martone, O. y Strauss, B. (2002). Attachment and coping with chronic disease. *Journal of Psychosomatic Research*, 53(3), 763-777.

- Seiffge-Krenke, I. (2006). Coping with relationship stressors: The impact of different working models of attachment and links to adaptation. *Journal of Youth and Adolescence*, 35, 25-39.
- Seiffge-Krenke, I. (2011). Coping with relationship stressors: A decade review. *Journal of research on adolescence*, 21, 196-210. Doi: 10.1111/j.1532-7795.2010.00723.x
- Shaver, P. R., Belsky, J. y Brennan, K. A. (2000). The adult attachment interview and self-reports of romantic attachment: Associations across domains and methods. *Personal Relationships*, 7, 25–43. Doi:10.1111/j.1475-6811.2000.tb00002.x
- Shaver, P.R. y Mikulincer, M. (2009). An overview of Adult Attachment Theory. En J. H. Obegi y E. Berant (eds.), *Attachment theory and research in clinical work with adults* (pp. 17-45). New York: The Guilford Press.
- Shaver, P. R., Schachner, D. A. y Mikulincer, M. (2005). Attachment style, excessive reassurance seeking, relationship processes, and depression. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 31(3), 343-359.
- Sherman, L. J., Stupica, B., Dykas, M. J., Ramos-Marcuse, F. y Cassidy, J. (2013). The development of negative reactivity in irritable newborns as a function of attachment. *Infant Behavior and Development*, 36, 139– 146.
- Simpson, J. A., Collins, W. A. y Salvatore, J. E. (2011). The Impact of Early Interpersonal Experience on Adult Romantic Relationship Functioning: Recent Findings from the Minnesota Longitudinal Study of Risk and Adaptation. *Curr Dir Psychol Sci*. 20(6): 355–359. Doi:10.1177/0963721411418468.
- Simpson, J.A., Collins, W. A., Tran, S. y Haydon, K. C. (2007) Attachment and the experience and expression of emotions in adult romantic relationships: A developmental perspective. *Journal of Personality and Social Psychology*; 92:355–367. 10.1037/0022-3514.92.2.355 [PubMed: 17279854]
- Simpson, J. A. y Overall, N. C. (2014). Partner buffering of attachment insecurity. *Current Directions in Psychological Science*, 23, 54-59.

- Simpson, J. A., Rholes, W. S., Oriña, M. M. y Grich, J. (2002). Working models of attachment, support giving, and support seeking in a stressful situation. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 28(5), 598-608.
- Simpson, J. A., Winterheld, H. A., Rholes, W. S. y Oriña, M. M. (2007). Working models of attachment and reactions to different forms of caregiving from romantic partners. *Journal of Personality and Social Psychology*, 93, 466-477. Doi:10.1037/0022-3514.93.3.466
- Slade, A. (2008). The implications of attachment theory and research for adult psychotherapy: Research and clinical perspectives. In J. Cassidy y P.R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment theory: Theory, research, and clinical applications* (2nd ed., pp. 762-782). New York, NY: Guilford Press.
- Soares, I. y Dias, P. (2007). Apego y psicopatología en jóvenes y adultos: Contribuciones recientes de la investigación. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(1), 177-195.
- Sochos, A. y Tsalta, A. (2008). Depressiogenic Cognition and Insecure Attachment: A Motivational Hypothesis. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 8 (2), 157-170.
- Spanier, G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family*, 38, 15-28.
- Sroufe, L. A., Coffino, B., Carlson, E. A. (2010). Conceptualizing the role of early experience: Lessons from the Minnesota Longitudinal Study. *Developmental Review*, 30(1), 36-51.
- Sroufe, L. A., Egeland, B., Carlson, E. A. y Collins, A. W. (2005). *The development of the person: The Minnesota study of risk and adaptation from birth to adulthood*. New York: Guilford Press.
- Stanton, S. C. E. y Campbell, L. (2014) Perceived Social Support Moderates the Link between Attachment Anxiety and Health Outcomes. *PLoS ONE* 9(4): e95358.

doi:10.1371/journal.pone.0095358

- Sternberg, K. J., Lamb, M. E., Guterman, E., Abbott, C. B. y Dawud-Noursi, S. (2005). Adolescents' perceptions of attachments to their mothers and fathers in families with histories of intimate partner violence: A longitudinal perspective. *Child Abuse and Neglect*, 29, 853–869.
- Stiles, W. B., Agnew-Davies, R., Hardy, G. E., Barkham, M. y Shapiro, D. A. (1998). Relations of the alliance with psychotherapy outcome: Findings in the second Sheffield Psychotherapy Project. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(5), 791-802.
- Stovall-McClough, K. C. y Cloitre, M. (2003). Reorganization of unresolved childhood traumatic memories following exposure therapy. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1008(1), 297-299.. Doi:10.1196/annals.1301.036
- Strauss, B. y Schwark, B. (2007). Attachment theory and its relevance for psychotherapy: Ten years later. *Psychotherapeut*, 52(6), 405-425.
- Strauss, B. M., Mestel, R. y Kirchmann, H. A. (2011). Changes of attachment status among women with personality disorders undergoing inpatient treatment. *Counselling and Psychotherapy Research*, 11(4), 275-283.
- Takeuchi, H., Hiroe, T., Kanai, T., Morinobu, S., Kitamura, T., Takahashi, K., *et al.*. (2003). Childhood parental separation experiences and depressive symptomatology in acute major depression. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 57(2), 215–219.
- Tasca, G.A., Szadkowski, L., Illing, V., Trinneer, A. Grenon, R., Demidenko, N., Kryszanski, V., Balfour, L. y Bissada, A. (2009). Adult attachment, depression, and eating disorder symptoms: The mediating role of affect regulation strategies. *Personality and Individual Differences*, 47, 662–667.
- Peter, T., Rietzschel, J., Danquah, A. y Berry, K. (2014). Changes in attachment representations during psychological therapy. *Psychotherapy research: journal of the Society for Psychotherapy Research*.

Doi:10.1080/10503307.2014.886791.

- Taylor, S. E. (2007). Social support. En H. S. Friedman y R. C. Silver (eds.), *Foundations of Health Psychology*, (pp. 145–71). New York: Oxford Univ. Press
- Taylor, S. E. y Stanton, A. L. (2007). Coping resources, coping processes, and mental health. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 377-401.
Doi:10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091520
- Thompson, R.A. (2008). Early attachment and later development: Familiar questions, new answers. En J. Cassidy y P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of Attachment. Theory, Research and Clinical Applications*, 2^a ed. (pp. 348-365). New York: The Guilford Press.
- Tobin, D. L., Holroyd, K. A., Reynolds, R. V. y Kigal, J. K. (1989). The hierarchical factor structure of the Coping Strategies Inventory. *Cognitive Therapy and Research*, 13, 343-61.
- Travis, L. A., Bliwise, N. G., Binder, J. L. y Horne-Moyer, H. L. (2001). Changes in clients' attachment styles over the course of time-limited dynamic psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(2), 149-159. Doi:10.1037/0033-3204.38.2.149
- Tryon, G.S. y Winograd, G. (2011). Goal consensus and collaboration. *Psychotherapy*, 48(1), Mar 2011, 50-57.
- Tsagarakis, M., Kafetsios, K. y Stalikas, A. (2007). Reliability and Validity of the Greek Version of the Revised Experiences in Close Relationships Measure of Adult Attachment *European Journal of Psychological Assessment*, 23(1):47–55
- Van Ijzendoorn, M. y Bakermans-Kranenburg, M. (1996). Attachment representations in mothers, fathers, adolescents, and clinical groups. A meta-analytic search for normative data. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 8-21.
- Van IJzendoorn, M. H., Schuengel, C. y Bakermans-Kranenburg, M. J. (1999). Disorganized attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors,

- concomitants, and sequelae. *Development and Psychopathology*, 11, 225-249.
- Van IJzendoorn, M. H., Vereijken, C. M. J. L., Bakermans-Kranenburg, M. J. y Riksen-Walraven, J. M. (2004). Assessing attachment security with the attachment q sort: Meta-analytic evidence for the validity of the observer aqs. *Child development*, 75(4), 1188-1213.
- Varga, C. M., Nettles, C. D., Whitesel, A. L., Howe, G. W. y Weihs, K. L. (2014). The interplay of stress and attachment in individuals weathering loss of employment. *Journal of Research in Personality*, 50, 23-32.
- Vaughn, B. E., Bost, K. K. y Van IJzendoorn, M. H. (2008). Attachment and temperament. Additive and interactive influences on behavior, affect and cognition during infancy and childhood. En J. Cassidy y P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 192–216). New York: Guilford Press.
- Vázquez, C., Crespo, M. y Ring, J. (2000). Estrategias de afrontamiento. En A. Bulbena, G. Berrios y P. Fernández de Larrinoa (Eds.), *Medición clínica en Psiquiatría y Psicología* (pp. 425-446). Barcelona: Masson.
- Vetere, A. y Dallos, R. (2012). *Apego y terapia narrativa. Un modelo integrador*. Madrid: Morata.
- Vetere, A. y Myers, L.B. (2002). Repressive coping style and adult attachment style: is there a relationship? *Personality and Individual Differences*, 32(5), 799-807.
- Vogel, D. L., y Wei, M. (2005). Adult attachment and help-seeking intent: The mediating roles of psychological distress and perceived social support. *Journal of Counseling Psychology*, 52, 347-357.
- Wachtel, P. L. (1988). Terapia psicodinámica integradora. En S. J. Linn y J. P. Garske (Eds.), *Psicoterapias contemporáneas. Modelos y métodos*, 4ª ed. Bilbao: DDB.
- Wallin, D. J. (2007). *Attachment in psychotherapy*. Guilford Press.
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and*

findings. Mahwah, NJ: Erlbaum.

- Warren, Huston, Egeland y Sroufe (1997). Child and Adolescent Anxiety Disorders and Early Attachment *Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 1997, 36(5):637–644.
- Waters, E., Merrick, S. K., Treboux, D., Crowell, J. y Albersheim, L. (2000). Attachment security from infancy to early adulthood: A twenty-year longitudinal study. *Child Development*, 71(3), 684–689.
- Watson, D., Clark, L.A. y Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of Positive and Negative Affect: The PANAS Scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1063-1070.
- Wei, M., Heppner, P. P. y Mallinckrodt, B. (2003). Perceived coping as a mediator between attachment and psychological distress: A structural equation modeling approach. *Journal of Counseling Psychology*, 50(4): 438-447.
- Wei, M., Heppner, P. P., Russell, D. W. y Young, S. K., (2006). Maladaptive perfectionism and ineffective coping as mediators between attachment and subsequent depression: A prospective analyses. *J. Couns. Psychol*, 53, 67-79.
- Wei, M., Mallinckrodt, B., Larson, L. M. y Zakalik, R. A. (2005). Adult attachment, depressive symptoms, and validation from self versus others. *Journal of Counseling Psychology*, 52, 368–377.
- Wei, M., Mallinckrodt, B., Russell, D. W. y Abraham, W. T. (2004). Maladaptive perfectionism as a mediator and moderator between adult attachment and depressive mood. *Journal of Counseling Psychology*, 51, 201–212.
- Wei, M., Shaffer, P. A., Young, S. K. y Zakalik, R. A. (2005). Adult attachment, shame, depression, and loneliness: The mediation role of basic psychological needs satisfaction. *Journal of Counseling Psychology*, 52, 591–601.
- Weich, S., Patterson, J., Shaw, R. y Stewart-Brown, S. (2009). Family relationships in childhood and common psychiatric disorders in later life: systematic review of prospective studies. *Br J Psychiatry*, 194, 392-8. <http://dx.Doi.org/10.1192/bjp.bp.107.042515>.

- Whifen, V. E. (2005). The role of partner characteristics in attachment insecurity and depressive symptoms. *Personal Relationships*, *12*, 407–423.
- Wiseman, H.; Tishby, O. y Barber, J.P. (2012). Collaboration in Psychodynamic Psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology: In session*, *68*(2),136–145.
- Woodhouse, S., Ayers, S. y y Field, A.P. (2015). The relationship between adult attachment style and post-traumatic stress symptoms: A meta-analysis. *J. Anxiety Disord*, *35*, 103-117.
- Yárnoz, S., Alonso Arbiol, I., Plazaola, M. y Sanz de Murieta, L. M. (2001). Apego en adultos y percepción de los otros. *Anales de Psicología*, *17*, 159-170.
- Zayas, V., Mischel, W., Shoda, Y. y Aber, J. L. (2011). Roots of adult attachment: Maternal caregiving at 18 months predicts adult peer and partner attachment. *Social Psychological and Personality Science*, *2*, 289–297.
Doi:10.1177/1948550610389822
- Zeifman, D. y Hazan, C. (2008). Pair bonds as attachments: Reevaluating the evidence. En J. Cassidy y P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (2nd ed.), (pp. 436– 455). New York, NY: Guilford Press.

6. Anexos.

ANEXO 1.

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN LA INVESTIGACIÓN: “EL PAPEL DE LOS VÍNCULOS AFECTIVOS EN LOS PROBLEMAS PSICOLÓGICOS”

IDENTIFICACIÓN.

Nombre del paciente:

Nombre del profesional que informa:

Centro de Salud Mental:

Area Sanitaria:

INFORMACIÓN SOBRE LA INVESTIGACIÓN.

La finalidad general de la investigación es analizar la relación entre las relaciones afectivas de las personas, su manera de manejar los problemas y las emociones y los problemas psicológicos.

Para llevarla a cabo necesitamos su colaboración contestando a una serie de tests psicológicos sobre diferentes aspectos de su vida: Síntomas y problemas que le afectan actualmente; su manera de relacionarse con personas importantes para usted y la manera en que le tratan ellas; y su manera de manejar los problemas y las emociones.

Además, para comprobar la utilidad del tratamiento para usted se le preguntará durante el tratamiento: cómo valora su estado y la relación con el profesional que le atiende. Y al cabo de seis-ocho meses: cómo se encuentra respecto a los síntomas y problemas que le afectaban inicialmente y su valoración de la atención recibida en el CSM. Para recabar esta información, una persona del CSM (estudiante de psicología en prácticas o psicólogo interno residente) le llamará por teléfono y le hará las preguntas pertinentes.

Toda la información que sobre los pacientes se recoja para la investigación será estrictamente confidencial, no teniendo acceso a la misma nadie más que el personal de los Servicios de Salud Mental, sujetos al secreto profesional. Los datos serán tratados estadísticamente de forma grupal, y en caso de publicación no aparecerá identificación personal alguna, asegurándose el anonimato de los pacientes participantes y sus familiares.

En todo caso, si usted no desea participar en la investigación, será atendido igualmente y con la misma calidad que cualquier usuario. Además, usted puede revocar su consentimiento en cualquier momento, sin que de ello se derive ningún perjuicio.

DECLARO.

Que he leído y entendido el presente formulario y que he podido formular todas las preguntas que he creído oportunas.

Que doy mi consentimiento para participar en la investigación.

En, a de de

Firma:

ANEXO 2. Pruebas de normalidad de las variables de investigación.

Tabla 40 Pruebas de normalidad de las variables referidas a manifestaciones generales de disfunciones psíquicas.

Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra. Contraste con la distribución Normal								
	N	Parámetros normales ^{a,b}		Diferencias más extremas			Z de Kolmogorov-Smirnov	Sig. asintót. (bilateral)
		Media	Desviación típica	Absoluta	Positiva	Negativa		
Manifestaciones de Disfunción evaluadas mediante la Escala de Afectos Positivo	129	2,2722	,78738	,085	,085	-,053	,963	,311
Manifestaciones de Disfunción evaluadas mediante la Escala de Afectos Negativos	129	2,8882	1,00872	,090	,090	-,058	1,020	,249
Manifestaciones de Disfunción evaluadas mediante la Escala de Inadaptación	191	2,5725	1,22268	,052	,046	-,052	,715	,687
Manifestaciones de Disfunción evaluadas mediante la Escala Global del SA45	196	1,4078	,69775	,058	,058	-,039	,807	,533

Tabla 41 Pruebas de normalidad de las variables referidas a manifestaciones específicas de disfunciones psíquicas.

Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra. Contraste con la distribución Normal								
	N	Parámetros normales ^{a,b}		Diferencias más extremas			Z de Kolmogorov-Smirnov	Sig. asintót. (bilateral)
		Media	Desviación típica	Absoluta	Positiva	Negativa		
SA45DistrésPRE	194	2,2752	1,74407	,266	,266	-,227	3,705	,000
SA45Depresión	196	2,1003	1,07213	,095	,095	-,079	1,336	,056
SA45Hostilidad	196	,9110	,91891	,173	,173	-,161	2,426	,000
SA45Sensibilidad	196	1,5905	1,07587	,106	,106	-,076	1,490	,024
SA45Somatización	196	1,6199	1,08286	,104	,104	-,067	1,460	,028
SA45Ansiedad	196	1,8809	,97458	,075	,075	-,053	1,057	,214
SA45Psicoticismo	196	,5946	,61942	,179	,179	-,169	2,512	,000
SA45Obsesión	196	1,7079	,90636	,069	,068	-,069	,961	,314
SA45Fobia	196	,8054	,94976	,198	,196	-,198	2,775	,000
SA45Paranoia	196	1,4763	,85955	,101	,101	-,060	1,408	,038

Tabla 42 Pruebas de normalidad de la escala total y las subescalas del Cuestionario de Sucesos Vitales

Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra. Contraste con la distribución Normal								
	N	Parámetros normales ^{a,b}		Diferencias más extremas			Z de Kolmogorov-Smirnov	Sig. asintót. (bilateral)
		Media	Desviación típica	Absoluta	Positiva	Negativa		
Estrés percibido según CSV	150	27,8667	20,35348	,142	,142	-,108	1,739	,005

N° de sucesos vitales en CSV	146	10,3014	6,58982	,148	,148	-,097	1,793	,003
CSVtrabajo	145	4,5724	4,92689	,177	,163	-,177	2,128	,000
CSVacadémico	145	1,3034	2,71141	,429	,429	-,315	5,172	,000
CSVsalud	145	2,9793	3,62757	,206	,183	-,206	2,477	,000
CSVamorpereja	145	4,4276	5,32257	,203	,173	-,203	2,441	,000
CSVfamiliahijos	145	4,4828	4,65639	,190	,190	-,168	2,283	,000
CSVsocial	145	3,6069	3,71987	,166	,158	-,166	2,000	,001
CSVlegal	145	1,7724	3,03394	,320	,320	-,280	3,859	,000
CSVfinanzas	145	2,3172	2,78813	,238	,238	-,203	2,871	,000
CSVresidencia	145	1,0414	2,00304	,361	,361	-,302	4,341	,000
Otros AVE agregados por el paciente	150	1,55	3,117	,437	,437	-,310	5,350	,000

Tabla 43 Pruebas de normalidad de las subescalas del Inventario de estrategias de afrontamiento

Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra. Contraste con la distribución Normal								
	N	Parámetros normales ^{a,b}		Diferencias más extremas			Z de Kolmogorov-Smirnov	Sig. asintót. (bilateral)
		Media	Desviación típica	Absoluta	Positiva	Negativa		
Resolución de problemas	152	11,6316	5,37185	,087	,063	-,087	1,077	,196
Autocrítica	152	8,5921	6,19908	,083	,080	-,083	1,022	,247
Expresión emocional	152	9,7632	5,61424	,078	,078	-,060	,957	,319
Pensamiento desiderativo	152	15,2500	4,50937	,191	,146	-,191	2,355	,000
Apoyo Social	152	9,5461	6,10378	,100	,076	-,100	1,227	,098
Reestructuración cognitiva	152	6,9408	4,52108	,096	,096	-,062	1,178	,124
Evitación de problemas	152	4,6776	3,57253	,109	,109	-,095	1,341	,055
Retirada Social	152	7,8026	5,18919	,090	,090	-,066	1,111	,169

Tabla 44 Pruebas de normalidad de las dimensiones de apego (CR y CRI) y apoyo social (CBAS) evaluadas en relaciones generales

Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra. Contraste con la distribución Normal								
	N	Parámetros normales ^{a,b}		Diferencias más extremas			Z de Kolmogorov-Smirnov	Sig. asintót. (bilateral)
		Media	Desviación típica	Absoluta	Positiva	Negativa		
Concepto de Sí en relaciones cercanas	172	-,1279	4,75431	,072	,072	-,057	,941	,339
Concepto del Otro en relac. Cercanas	172	,1512	3,62260	,115	,115	-,079	1,514	,020
CRI: Evitación CRI pareja actual o general	171	3,0313	1,11973	,056	,056	-,041	,734	,655
CRI: Ansiedad CRI pareja actual o general	171	4,2709	1,22177	,068	,039	-,068	,887	,411
Apoyo Social de Familia	163	33,23	12,363	,116	,116	-,086	1,482	,025
Apoyo Social de Amigos	163	29,75	13,043	,081	,081	-,070	1,033	,236

Tabla 45 Pruebas de normalidad de las diferentes subescalas del Cuestionario de Realación en relaciones específicas.

Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra. Contraste con la distribución Normal								
	N	Parámetros normales ^{a,b}		Diferencias más extremas			Z de Kolmogorov-Smirnov	Sig. asintót. (bilateral)
		Media	Desviación típica	Absoluta	Positiva	Negativa		
Concepto de Sí en la relación de PAREJA	111	2,1802	5,34993	,078	,077	-,078	,819	,514
Concepto del Otro en relación de PAREJA	111	,8829	3,27730	,092	,080	-,092	,971	,302
Concepto de Sí en la relación con la MADRE	102	2,6275	5,17021	,126	,126	-,076	1,270	,080
Concepto del Otro en relación con la MADRE	102	-,3137	3,16847	,147	,098	-,147	1,487	,024
Concepto de Sí en la relación con la PADRE	79	2,2405	4,46989	,116	,116	-,073	1,035	,235
Concepto del Otro en relación con el PADRE	79	-1,3797	4,24960	,134	,074	-,134	1,188	,119
Concepto de Sí en relación con otro significativo	103	2,5437	4,83406	,105	,062	-,105	1,068	,204
Concepto del Otro en relación con otro signific.	103	,9515	3,63096	,115	,102	-,115	1,168	,131
Desestimación en relaciones cercanas	172	3,81	1,983	,139	,139	-,133	1,820	,003
Preocupación en relaciones cercanas	172	3,95	1,846	,152	,128	-,152	1,990	,001
Temerosidad en relaciones cercanas	172	4,00	1,991	,186	,151	-,186	2,445	,000
Seguridad referida a la relación de pareja	111	4,61	2,107	,204	,129	-,204	2,153	,000
Desestimación referida a pareja	111	4,41	1,870	,154	,083	-,154	1,627	,010
Preocupación referida a pareja	111	3,76	2,120	,184	,184	-,152	1,936	,001
Temeroso referida a pareja	111	3,08	2,005	,201	,201	-,150	2,113	,000
Seguridad referida al padre	79	3,96	2,239	,185	,151	-,185	1,643	,009
Alejamiento referida al padre	79	5,19	1,909	,221	,171	-,221	1,967	,001
Preocupado referida al padre	79	3,38	1,996	,173	,173	-,117	1,538	,018
Temeroso referida al padre	79	3,53	2,099	,165	,165	-,120	1,463	,028
Seguridad referida a madre	103	4,42	2,140	,219	,133	-,219	2,222	,000
Alejamiento referida a madre	102	4,92	1,745	,212	,117	-,212	2,143	,000
Preocupado referida a madre	103	3,46	2,118	,181	,181	-,123	1,840	,002

Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra. Contraste con la distribución Normal								
	N	Parámetros normales ^{a,b}		Diferencias más extremas			Z de Kolmogorov-Smirnov	Sig. asintót. (bilateral)
		Media	Desviación típica	Absoluta	Positiva	Negativa		
Temeroso referida a madre	103	3,25	2,132	,197	,197	-,145	2,003	,001
Seguridad referida otro/a	103	4,88	2,016	,225	,147	-,225	2,280	,000
Alejamiento referida a otro	103	4,53	1,702	,157	,157	-,155	1,594	,012
Preocupado referida a otro	103	3,74	2,053	,170	,170	-,109	1,728	,005
Temeroso referida a otro	103	3,14	2,049	,225	,225	-,149	2,283	,000
Perspectiva del Terapeuta: Puntuación seguro general según terapeuta	188	3,19	1,621	,194	,194	-,144	2,666	,000
Alejado general según terapeuta	188	3,45	1,830	,190	,190	-,163	2,611	,000
Temeroso general según terapeuta	188	4,24	1,735	,200	,115	-,200	2,746	,000
Preocupado general según terapeuta	188	4,52	1,567	,211	,140	-,211	2,896	,000
Perspectiva del Terapeuta: Concepto general de Sí mismo del Consultante	188	-2,1170	4,67410	,133	,133	-,065	1,829	,002
Perspectiva del Terapeuta: Concepto general del Otro del Consultante	188	,0106	3,83342	,097	,070	-,097	1,323	,060

Tabla 46 Pruebas de normalidad de las subescalas del Cuestionario de Apego Parental, de la Escala de Cuidados y del Cuestionario Breve de Apoyo Social

Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra. Contraste con la distribución Normal								
	N	Parámetros normales ^{a,b}		Diferencias más extremas			Z de Kolmogorov-Smirnov	Sig. asintót. (bilateral)
		Media	Desviación típica	Absoluta	Positiva	Negativa		
CAPmadreCuidado	176	1,8206	,67921	,085	,041	-,085	1,123	,160
CAPmadreControl	176	1,4259	,61127	,084	,084	-,037	1,111	,169
CAPpadreCuidado	166	1,6575	,69175	,099	,052	-,099	1,281	,075
CAPpadreControl	166	1,2697	,63110	,069	,069	-,043	,890	,407
CUIproximidad pareja u otro sig.	145	4,4439	1,24978	,107	,107	-,106	1,283	,074
CUIsensibilidad pareja u otro sig.	145	3,7878	1,29551	,074	,044	-,074	,894	,401
CUIcontrol pareja u otro sig.	145	2,9940	1,17955	,069	,069	-,062	,834	,490
CUIcompul pareja u otro sig.	145	3,3319	,88407	,083	,083	-,062	,996	,274
CUIproxiPareja	99	4,4487	1,28845	,127	,114	-,127	1,263	,082
CUIsensiPareja	99	3,69823	1,341042	,068	,055	-,068	,680	,744
CUIcontrolPareja	99	3,0391	1,19451	,092	,081	-,092	,917	,370
CUIcompulPareja	99	3,3510	,85971	,081	,081	-,072	,806	,535
CUIproxiOtro	60	4,4924	1,21307	,107	,107	-,104	,829	,498
CUIsensiOtro	60	4,1057	1,19951	,129	,060	-,129	,998	,272
CUIcontrolOtro	60	2,8711	1,20798	,096	,096	-,061	,747	,632
CUIcompulOtro	60	3,4619	,92936	,116	,083	-,116	,901	,391

Apoyo Social de Familia	163	33,23	12,363	,116	,116	-,086	1,482	,025
Apoyo Social de Amigos	163	29,75	13,043	,081	,081	-,070	1,033	,236
Apoyo Social de la Pareja	123	35,81	12,926	,173	,173	-,168	1,917	,001
Apoyo Social del Padre	111	28,50	15,174	,118	,099	-,118	1,241	,092
Apoyo Social de la Madre	141	32,41	13,943	,154	,132	-,154	1,825	,003
Apoyo Social de Otro Significativo	65	37,88	11,488	,189	,189	-,163	1,525	,019

Tabla 47 Pruebas de normalidad para las variables de alianza terapéutica

Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra

	N	Parámetros normales ^{a,b}		Diferencias más extremas			Z de Kolmogorov-Smirnov	Sig. asintót. (bilateral)
		Media	Desviación típica	Absoluta	Positiva	Negativa		
Comprador	161	6,12	1,629	,192	,102	-,192	2,431	,000
Visitante	161	2,99	2,514	,264	,264	-,177	3,355	,000
DemandanteTOS	161	4,56	1,826	,130	,101	-,130	1,644	,009
WATOtareas	117	5,8397	1,01150	,153	,126	-,153	1,652	,009
WATOmetas	117	5,6417	1,02777	,133	,093	-,133	1,442	,031
WATOcambio	117	5,8329	,88369	,098	,093	-,098	1,065	,207
ConSOATIFglobal	132	4,3016	,51368	,110	,087	-,110	1,262	,083
ConSOATIFenganche	132	4,1875	,61963	,117	,095	-,117	1,347	,053
ConSOATIFconexión	132	4,4242	,49225	,178	,121	-,178	2,042	,000
ConSOATIFseguridad	132	4,2917	,64955	,161	,138	-,161	1,853	,002
TeraSOATIFglobal	167	3,7101	,51774	,115	,059	-,115	1,487	,024
TeraSOATIFenganche	167	3,6302	,66021	,135	,084	-,135	1,743	,005
TeraSOATIFconexión	167	3,6347	,43192	,162	,131	-,162	2,095	,000
TeraSOATIFseguridad	167	3,8653	,71649	,143	,096	-,143	1,854	,002
HOPEcariño	89	3,94	,803	,269	,225	-,269	2,542	,000
HOPEautorevelación	88	3,51	,935	,208	,208	-,199	1,950	,001
HOPEvalorpositiva	88	4,17	,761	,241	,225	-,241	2,261	,000
HOPEvalornegativa	85	1,58	,918	,382	,382	-,265	3,523	,000
HOPEdirectividad	88	4,15	,781	,232	,211	-,232	2,175	,000
HOPEconcretar	88	4,20	,550	,372	,372	-,287	3,492	,000
Ajustarcariño	88	,11	,353	,524	,524	-,374	4,914	,000
Ajustarreveleación	87	,15	,390	,511	,511	-,351	4,770	,000
Ajustarvalorpositiva	87	,07	,426	,472	,472	-,413	4,406	,000
Ajustarvalornegativa	83	,06	,286	,535	,535	-,417	4,877	,000
Ajustardirectividad	87	,02	,431	,441	,441	-,410	4,112	,000
Ajustarconcreción	87	,08	,410	,486	,486	-,411	4,532	,000
HOPEayudasesión	85	2,91	,701	,306	,270	-,306	2,825	,000
HOPEsatisfac	85	2,96	,680	,297	,279	-,297	2,740	,000
SatisPreg7	102	2,41	,603	,296	,292	-,296	2,991	,000
SatisPreg10	102	2,31	,545	,365	,365	-,249	3,684	,000
AyudaSesiones	74	7,08	2,256	,145	,098	-,145	1,244	,091
AprendióTerapia	67	3,91	4,935	,293	,293	-,214	2,402	,000

a. La distribución de contraste es la Normal.

b. Se han calculado a partir de los datos.