

**Evaluación del estilo de apego de jóvenes adultos que han sufrido maltrato
intrafamiliar y su sintomatología psicopatológica**

Elena Aragonés Anglada

Tutor: Ignasi Cifre León

Trabajo final de grado

2014 – 2015

Evaluación del estilo de apego de jóvenes adultos que han sufrido maltrato intrafamiliar y su sintomatología psicopatológica

Resumen

El apego es la conducta instintiva que busca la protección y el cuidado de las personas significativas. Depende de la interacción que establecemos con nuestros cuidadores y de factores externos. El estilo de apego que presentamos muestra a los otros y a nosotros mismos la estrategia que usamos para organizar y regular las emociones y las cogniciones. El presente estudio evalúa el estilo de apego y las dimensiones de ansiedad-evitación de una muestra de 37 jóvenes adultos que han sufrido maltrato intrafamiliar. Utilizamos el Perfil Clínico de Apego (PCA-n), comparándolo con el cuestionario de relación (CR) y de este modo establecemos si es posible predecir la sintomatología psicopatológica del SCL-90-R y eso lo realizamos a partir de las puntuaciones obtenidas en las dimensiones de ansiedad-evitación. Los resultados nos indican que la dimensión ansiedad del PCA-n tiene relación con el total de síntomas obtenidos en el SCL-90-R pero no podemos determinar qué dimensiones psicopatológicas están más presentes.

Palabras clave: apego, maltrato, análisis de narrativa, psicopatología

Abstract

Attachment is the instinctive behaviour that seeks protection and care for attachment figures. It depends on the interaction we have with our caregivers and external factors. Attachment style that we have shows to others and to ourselves the strategy we use to organize and regulate emotions and cognitions. This study evaluates the style of attachment and anxiety-avoidance's dimensions of a sample of 37 young adults who have experienced domestic maltreatment. We use the Clinical Profile of Attachment (PCA-n), comparing it with the Relationship Questionnaire (RQ) and thus establish whether it is possible to predict the psychopathological symptoms of SCL-90-R, from the scores obtained in the dimensions of anxiety-avoidance. The results indicate that anxiety dimension of PCA-n is related to the total of symptoms obtained on the SCL-90-R but we cannot determine which psychopathological dimensions are more present.

Key words: attachment, maltreatment, narrative analysis, psychopathology

Introducción

Desde el momento en que nacemos empezamos a establecer un vínculo afectivo con nuestros cuidadores. Este lazo emocional nos permite ir aprendiendo a regular nuestro sistema emocional y se caracteriza por la necesidad de ser cuidado y protegido, lo que genera que vayamos estableciendo un estilo de relación con esos cuidadores según cómo sea ese vínculo. A esta necesidad de cuidado y protección lo denominamos apego y según Bowlby (1969), es una conducta instintiva, activada y modulada en la interacción con las personas significativas a lo largo del tiempo. Esta conducta instintiva depende en gran parte de la interacción que vamos estableciendo con nuestros cuidadores y está también influenciada por factores exógenos, por ejemplo, si hay una situación peligrosa o amenazante (Mesa, Estrada, Bahamón & Perea, 2009). Sin embargo, es común que siempre esté caracterizada por la búsqueda de proximidad y contacto con la persona significativa. Durante nuestra adolescencia desplazamos nuestra atención hacia otras personas, como los amigos o primeras parejas. Así pues el estilo de apego refleja una estrategia para organizar y regular las emociones y las cogniciones sobre uno mismo y los otros (Yárnoz-Yaben & Comino, 2011) y según Ainsworth y Bowlby (como se citó en Yárnoz, Alonso-Arbiol, Plazaola & Sainz de Murieta, 2001) se mantiene activo a lo largo de todo el ciclo vital. El niño, a lo largo de las experiencias de apego, va construyéndose unos modelos de relación con los demás que están condicionados en gran parte por el estilo de apego que ha tenido en la infancia.

Es importante encontrar una manera de evaluar el estilo de apego y de este modo poder obtener información sobre el tipo de conducta que se genera con la interacción con los demás. De esta manera Ainsworth, en 1969 propuso una clasificación del apego en niños, después de realizar un experimento que estudiaba la relación que se establecía

entre la madre y el niño durante el primer año de vida de éste. Las primeras clasificaciones del estilo de apego son las siguientes: apego seguro, evitativo y ambivalente o resistente. Más adelante se añadiría a esta primera clasificación otro grupo denominado desorganizado o desorientado (Main & Salomon, 1990).

Bartholomew y Horowitz (1991), por su parte, elaboraron una clasificación de los estilos de apego basados en la percepción que la persona tiene de sí misma (*self*) y de los otros. Esta clasificación proporciona una información bidimensional ya que tiene en cuenta estas dos dimensiones (*self* y otros). De la combinación de una visión positiva o negativa de uno mismo y de los demás, llegamos a cuatro estilos de apego diferentes (ver Tabla 1): seguro, evitativo, preocupado y temeroso.

Tabla 1.

Clasificación de los estilos de apego de Bartholomew

		(+) ----- Percepción de los demás----- (-)	(-) ----- Evitación ----- (+)
		Seguro	Evitativo
(+) ----- Percepción del <i>self</i> ----- (-) ----- (+) ----- Ansiedad ----- (-) -----	Comodidad con la intimidad, autonomía, facilidad para las relaciones interpersonales. Confianza básica	Desactivación del sistema de apego, se evitan las relaciones íntimas. Desconfianza distante	
	Preocupado	Temeroso	
	Dependencia, deseo de aprobación, miedo al abandono. Confianza <i>ciega</i> .	Miedo al rechazo, experiencia de frustración en las relaciones. Desconfianza temerosa	

Fuente: Bartholomew, K. (1990). Avoidance of intimacy: An attachment perspective. *Journal of Social and Personal Relationships*, 7, 147-178; Bartholomew, K. & Horowitz, L. (1991). «Attachment styles among young adults: a test of a four-category model». *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(2), 226-244. Nota fuente: adaptado de Castillo, J.A. & Medina, P. (2007). Maltrato en la relación de pareja: apego, intimidad y cambios sociales. En A. Talam (Comp.), *Globalización y salud mental* (pp. 393-416). Barcelona: Herder.

Según Bowlby (1973), el estilo de apego seguro se caracteriza por tener una visión positiva del *self* y de los otros, lo que hace que la persona vea generalmente a los demás como confiables. Las personas con apego seguro tienen entonces una capacidad de tener relaciones interpersonales satisfactorias; además, son personas que están cómodas con la intimidad y la autonomía. Las personas que presentan un estilo de apego preocupado tienen una visión negativa del *self* y positiva de los otros, lo que genera que valoren en exceso a los demás, infravalorándose a ellos mismos; suelen mostrarse enfadadas, confusas y miedosas a que los otros no las acepten. Estas personas, por consiguiente, están constantemente preocupadas por las relaciones interpersonales. Por otro lado, el estilo de apego temeroso se caracteriza por una visión negativa del *self* y de los otros. Las personas con este estilo de apego no confían en los demás ni en ellos mismos; se infravaloran a ellos y a los demás y evitan las relaciones cercanas con las personas que les rodean, lo que les protege del rechazo que consideran que van a recibir, son personas, por tanto, que tienen miedo a la intimidad y a las relaciones interpersonales. El estilo de apego evitativo presenta una visión del *self* positiva y una visión negativa de los otros, las personas con este tipo de apego suelen infravalorar a los demás pero no a ellos mismos, se protegen evitando las relaciones interpersonales y manteniendo un alto grado de independencia y autonomía.

A medida que el niño crece y se desarrolla, establece numerosos contactos con el mundo, percibe la capacidad de disponibilidad de las figuras de apego y construye unos modelos de relación según lo que ve y aprende. Estas representaciones del mundo y de las personas significativas que construye se denominan Modelos Operativos Internos o *Internal Working Models* (Yáñez-Yaben & Comino, 2011) y se vuelven más complejos según avanza el desarrollo del niño. Estos modelos operativos internos, una vez

organizados, tienen tendencia a operar de forma automática, es decir, fuera de la conciencia. Por lo tanto, los modelos a partir de los cuales nos relacionamos con los otros se mantienen con una relativa estabilidad a lo largo de la vida, aunque pueden modificarse ante circunstancias vitales determinadas.

Existen diversos instrumentos para evaluar el apego, George, Caplan y Main (como se citó en Oliva, 2004) expusieron la Entrevista de Apego Adulto o *Adult Attachment Interview* (AAI), una entrevista semiestructurada que evalúa la narrativa del paciente sobre las experiencias de apego a lo largo de su infancia, al mismo tiempo que la valoración de las experiencias de apego que hace el sujeto. Un estudio de Melero y Cantero (como se citó en Lucena, Cifre, Castillo & Aragonés, 2015) presenta el Cuestionario de Apego Adulto (CAA), un autoinforme que consta de 40 ítems y proporciona información sobre los diferentes tipos de apego. El Cuestionario de Relación-CR o *Relationship Questionnaire-RQ* de Bartholomew y Horowitz (1991) evalúa sobre una escala de 7 puntos la medida en que los sujetos se identifican con las diferentes descripciones sobre cada estilo de apego. El CR, además, proporciona información sobre la percepción de uno mismo (*self*) y de los otros y sobre dos dimensiones: ansiedad y evitación.

Los instrumentos anteriormente expuestos que evalúan el estilo de apego presentan algunas limitaciones. En primer lugar, tal y como señalan Lucena et al., (2015), la Entrevista de Apego Adulto (AAI) implica modificar el proceso de evaluación psicológica clínica para introducir en él la entrevista semiestructurada. Además la administración de la Entrevista de Apego Adulto (AAI) requiere una formación específica. Los otros instrumentos antes mencionados se basan en la perspectiva del paciente, lo que nos pueden proporcionar unos resultados alterados por

la subjetividad, deseabilidad social o autoconocimiento. Se ha visto la necesidad de elaborar un instrumento para la evaluación del apego que subsane algunas de las limitaciones que los otros instrumentos presentan. El Perfil Clínico de Apego (PCA-n) se basa en el modelo de apego adulto de Bartholomew (1990) y es un sistema de categorías que evalúa el estilo de apego a partir de las narrativas que el paciente hace sobre sí mismo y sobre los demás a lo largo de las entrevistas clínicas (Lucena et al., 2015). Además, obtenemos información sobre las dimensiones de ansiedad y evitación. Los diferentes tipos de apego se pueden relacionar con estas dimensiones. Según Yáñez-Yaben y Comino (2011), la dimensión de ansiedad nos ofrece información sobre el nivel en el que una persona está vigilante ante temas relacionados con el apego; por ejemplo, una persona con una alta puntuación en ansiedad se mostrará preocupada sobre si su figura de apego no se encuentra disponible o no responde a sus necesidades de manera adecuada. Por lo contrario, una persona que tenga una puntuación más baja, se sentirá más tranquila y segura ante temas relacionados con el apego. La segunda dimensión, evitación, se refiere a la tendencia que tiene una persona a usar estrategias de evitación en lugar de estrategias de búsqueda de proximidad para regular las conductas, pensamientos y sentimientos relacionados con el apego. De esta manera, una persona con una alta puntuación en esta dimensión tenderá a desconectar y evitar las relaciones interpersonales, pero una persona con baja puntuación se sentirá más cómoda y segura confiando en otras personas. Estudios recientes se centran más en evaluar las dimensiones de ansiedad y evitación que en determinar el estilo de apego que presenta una persona. De esta manera, Lucena et al. (2015) señalan que los diferentes estilos de apego pueden corresponderse a distintas combinaciones de la dimensión de ansiedad y evitación. Las personas que tienen estilos de apego preocupado y temeroso tienen

mayor puntuación en la dimensión de ansiedad y los que presentan estilos de apego seguro y evitativo muestran una menor puntuación en esta dimensión. Por otro lado, en un estudio de Yárnoz-Yaben (como se citó en Lucena et al., 2015), los sujetos con estilos de apego evitativo y temeroso presentan puntuaciones altas en la dimensión de evitación, mientras que los estilos de apego seguro y preocupado se corresponden a puntuaciones menores en esta dimensión (véase Tabla 1).

Algunos estudios se han basado en el modelo de Bartholomew y Horowitz (1991) para evaluar el estilo de apego que presentan los individuos que han sufrido maltrato. En esta línea, Camps-Pons, Castillo-Garayoa y Cifre (2014) elaboraron un estudio para relacionar el estilo de apego y la psicopatología, mediante la adaptación española del SCL-90-R de Derogatis (González de Rivera, De las Cuevas, Rodríguez & Rodríguez, 2002) en 40 adolescentes que sufrieron maltrato. Los resultados obtenidos demostraron que el 32.5% del total de individuos estudiados tenían un estilo de apego seguro, el 67.5% del total de 40 presentaban un apego inseguro, de los cuales el 37.5% de estos tenían apego evitativo, el 20.0% apego preocupado y el 10.0% apego temeroso. Esto nos indica que los sujetos que han sufrido maltrato tienden a establecer relaciones de apego inseguras. Sin embargo es importante añadir que el hecho de haber sufrido maltrato no implica necesariamente presentar un apego inseguro (Camps-Pons et al., 2014). Las correlaciones encontradas entre el estilo de apego y la sintomatología patológica en el estudio anteriormente mencionado señalan que el estilo de apego preocupado se correlaciona significativamente con la sintomatología ansiosa, fóbica y paranoide, el apego temeroso presenta, por su lado, correlaciones significativas con la sintomatología de somatización, depresión, ansiedad e ideación paranoide (Camps-Pons et al., 2014).

Este trabajo se centrará en evaluar la relación entre el estilo de apego obtenido a partir del PCA-n y la sintomatología patológica obtenida a partir del SCL-90-R que presentan 37 jóvenes adultos que han sufrido maltrato intrafamiliar. Las hipótesis que se plantean en el presente trabajo son las siguientes: 1) la puntuación en las dimensiones de ansiedad y evitación (tanto en el CR como en el PCA-n) están relacionadas con el número e intensidad de síntomas del SCL-90-R (índice global de síntomas, GSI), 2) la puntuación de las dimensiones de ansiedad y evitación, en el CR y en el PCA-n tienen relación con la sintomatología patológica del SCL-90-R y 3) las dimensiones de ansiedad y evitación están relacionadas con el número de visitas.

Método

Participantes

La muestra está formada por 37 sujetos (27 mujeres y 10 hombres) que han sufrido maltrato intrafamiliar, con edades comprendidas entre los 17 y 20 años (\bar{X} = 18.05 años; DT = 0.705) que residen en pisos asistidos financiados por la *Generalitat de Catalunya* bajo la supervisión de un equipo educativo y consultan a un servicio de atención psicológica. En la Tabla 2 se muestran los datos sociodemográficos de la muestra.

Tabla 2.

Datos sociodemográficos de la muestra

	n/ \bar{X} (DT)
Sexo	
Hombre	10
Mujer	27
Edad	18.05 (0.705)
Nº visitas	14.16 (15.209)
Nacionalidad	
España	28
Otros	9
GSI	1.181 (0.724)
SCL-90-R	
Somatización (SOM)	0.956 (0.81)
Obs-compulsión (OBS)	1.484 (0.864)
Sens. Interpersonal (INT)	1.233 (0.909)
Depresión (DEP)	1.521 (0.957)
Ansiedad (ANS)	1.15 (0.921)
Hostilidad (HOS)	1.118 (0.96)
Fobia (FOB)	0.66 (0.787)
Paranoia (PAR)	1.324 (1.073)
Psicoticismo (PSI)	0.703 (0.657)
RQ	
Seguro	3.84 (2.007)
Preocupado	3.62 (2.032)
Temeroso	3.92 (2.361)
Evitativo	4.19 (1.823)

Instrumentos

Todos los participantes han completado el Cuestionario de Relación-CR o *Relationship Questionnaire, RQ* de Bartholomew y Horowitz (1991) en la adaptación española de Alonso-Arbiol (en Yárnoz, 2008) y la adaptación española del SCL-90-R (*Symptom Checklist 90 Revised*) de Derogatis (González de Rivera, De las Cuevas, Rodríguez & Rodríguez, 2002). El Cuestionario de Relación-CR evalúa la medida en la que un sujeto se ve a sí mismo reflejado según los cuatro tipos de apego: seguro, preocupado, evitativo y temeroso. También nos da información sobre las dimensiones

de ansiedad y evitación (Yáñez-Yaben, S. & Comino, P., 2011). Por otro lado, el SCL-90-R es un cuestionario de 90 ítems que explora las características psicopatológicas en nueve dimensiones: Somatización, Obsesión-compulsión, Sensibilidad interpersonal, Depresión, Ansiedad, Hostilidad, Ansiedad fóbica, Ideación, Psicoticismo, tiene también una escala adicional de depresión melancólica. Además, se obtienen tres índices globales: Índice sintomático general (GSI), el Total de Síntomas Positivos (PST) y el Índice de Distrés de Síntomas Positivos (PSDI) (González, Ysern, Martorell, Mateu & Barreto, 2011). Los participantes también han realizado entrevistas psicológicas anamnésticas o biográficas de tipo semiestructurado, en las que se exploran diferentes aspectos de la biografía del/a paciente realizadas por el mismo psicólogo clínico. A partir de ese momento en el trabajo aquí presente hemos realizado el Perfil Clínico de Apego (PCA-n) de Lucena et. al., (2015) que se describe a continuación.

Perfil Clínico de Apego (PCA-n): es un sistema de categorías que evalúa el estilo de apego a partir de las narrativas que el paciente hace sobre sí mismo y sobre los demás a lo largo de las entrevistas clínicas. Según Lucena et al. (2015), este instrumento nos proporciona información sobre el estilo de apego que tiene el paciente, así como también nos ofrece conocimiento sobre el grado de ansiedad- evitación del sujeto. Según la transcripción de la entrevista anamnéstica, se procede a seleccionar las unidades de análisis (las narrativas en las que el paciente hace referencia a aspectos de sí mismo, *self* y de los otros) y posteriormente se determina a qué categoría pertenece cada unidad. Las cuatro categorías son las siguientes: 1. Disponibilidad, confianza (grado en el que el sujeto se considera fiable a él mismo y a los demás y reconoce sus virtudes y capacidades), 2. Autonomía en la relación (grado en el que el sujeto es autónomo en las relaciones que establece), 3. Regulación de las emociones (manera por

la cual el sujeto es capaz de regular sus emociones) y 4. Autorrevelación adecuada de las emociones (grado en el que el sujeto revela adecuadamente sus emociones en sus relaciones). Después se contabilizan las frecuencias de cada categoría. Cada una de las categorías va asociada a la presencia o ausencia de ansiedad/evitación y de este modo se obtienen puntuaciones de estas dimensiones así como también información sobre el estilo de apego predominante en ese sujeto. En anexos se muestra un ejemplo de la plantilla del PCA-n completada así como también una plantilla que de cómo se obtienen las puntuaciones de las dimensiones de ansiedad y evitación.

Procedimiento

Dos observadores realizaron el PCA-n en el 10% de los sujetos, obteniendo una fiabilidad interjueces de (67% máx. y 62.25% medio). A continuación se realizó el PCA-n a los restantes casos y finalmente se analizaron los datos. El PCA-n se realiza de la siguiente manera: a partir de la transcripción de las entrevistas anamnésticas, se separan las narrativas del paciente en unidades temáticas según hable del primer recuerdo, embarazo, primeros desarrollos... Una vez tenemos las unidades temáticas nos disponemos a señalar las que hacen referencia a aspectos relacionales y de uno mismo y de esta manera codificar las unidades a partir de las instrucciones de la plantilla (véase anexo 1).

Análisis de datos

El análisis de los datos obtenidos se realizó mediante el programa IBM® SPSS® Statistics versión 22.0.0.

Resultados

Respecto a la hipótesis 1: la puntuación en las dimensiones de ansiedad y evitación (tanto en el CR como en el PCA-n) tienen relación con el número e intensidad de síntomas del SCL-90-R (índice global de síntomas, GSI); se ha aplicado la correlación Pearson a la variable Ansiedad del CR (CR-ANS) y del PCA-n (PCA-ANS), a la variable Evitación del CR (CR-EVIT) y del PCA-n (PCA-EVIT) y a la variable GSI. Podemos observar que hay una correlación positiva significativa entre las variables CR-ANS y PCA-ANS ($r=0.351$; $p=0.033$), así como también existe una correlación positiva significativa entre las variables CR-ANS y GSI ($r=0.403$; $p=0.013$). Sin embargo no encontramos una correlación significativa entre la dimensión de evitación del CR (CR-EVIT) y la del PCA-n (PCA-EVIT) y el GSI ($p>0.005$). Podemos ver los resultados obtenidos en la Tabla 3.

Tabla 3.

Correlaciones entre dimensiones de ansiedad-evitación del CR y PCA-n y el GSI.

	CR-ANS	CR-EVIT	PCA-ANS	PCA-EVIT
CR-ANS				
CR-EVIT	.268			
PCA-ANS	.351*	.101		
PCA-EVIT	.067	.134	.126	
GSI	.403*	.106	.216	.252

Nota: (*) * $p < .05$

Respecto a la hipótesis 2: las puntuaciones de las dimensiones de ansiedad y evitación, tanto en el CR como en el PCA-n tienen relación con la sintomatología patológica del SCL-90-R; se ha realizado una correlación de Pearson en las variables de ansiedad y evitación del CR y PCA-n y las 9 dimensiones psicopatológicas del SCL-90-R. Los resultados obtenidos nos muestran que existe una correlación significativa entre la ansiedad del CR (CR-ANS) y las dimensiones psicopatológicas del SCL-90-R:

sensibilidad interpersonal ($r= 0.460$; $p=0.004$) y depresión ($r= 0.440$; $p= 0.006$). Se muestran los resultados obtenidos en la Tabla 4.

Tabla 4.

Correlaciones entre las dimensiones de ansiedad-evitación del CR y PCA-n y la sintomatología psicopatológica del SCL-90-R.

	CR-ANS	CR-EVIT	PCA-ANS	PCA-EVIT
Somatización (SOM)	.165	.079	.048	.058
Obs-compulsión (OBS)	.297	.047	.151	.218
Sens. Interpers. (INT)	.460**	.119	.131	.250
Depresión (DEP)	.440**	.199	.312	.220
Ansiedad (ANS)	.306	.092	.167	.139
Hostilidad (HOS)	.263	.173	.073	.116
Fobia (FOB)	.344*	.151	.238	.125
Paranoia (PAR)	.331*	.139	.024	.193
Psicoticismo (PSI)	.231	.026	.028	.207

Nota: (*) $*p < .05$. ** $p < .01$.

Por último, respecto a la hipótesis 3: las dimensiones de ansiedad y evitación están relacionadas con el número de visitas, se ha realizado la correlación de Pearson a la variable ansiedad del CR y PCA-n y la variable evitación del CR y PCA-n con el número de visitas a las que han acudido los sujetos. Los resultados obtenidos nos muestran que no existe una correlación significativa entre estas variables ($p>0.05$).

Discusión

En el reciente estudio de Lucena et al. (2015) se expone el Perfil Clínico de Apego (PCA-n), un sistema de categorías que evalúa el estilo de apego de un sujeto a partir de las narrativas de la entrevista anamnéstica y mediante el cual obtenemos puntuaciones de las dimensiones de ansiedad y evitación. La primera hipótesis del presente trabajo se ha centrado en establecer una relación entre la dimensión de ansiedad y evitación del CR y PCA-n con la variable índice global de síntomas (GSI) del SCL-90-R. Los resultados obtenidos nos indican que existe una correlación positiva

significativa entre la dimensión de ansiedad del CR (CR-ANS) con la del PCA-n (PCA-ANS), por lo que podemos decir que el PCA-n nos proporciona una información adecuada de la dimensión de ansiedad. No ocurre lo mismo con la dimensión de evitación, ya que no se ha encontrado una correlación positiva entre las variables de la dimensión evitación del CR (CR-EVIT) y PCA-n (PCA-EVIT). Por otro lado, la dimensión evitación en el CR (CR-EVIT) correlaciona positivamente con el GSI, lo que nos señala que esta dimensión del CR predice mejor el número y la intensidad de síntomas psicopatológicos que la del PCA-n, corroborando el estudio de Camps-Pons et al. (2014). Sin embargo, es interesante preguntarnos si con estos instrumentos de evaluación (CR y PCA-n) buscamos predecir los síntomas psicopatológicos o el estilo de apego que presentan los sujetos.

Respecto a la segunda hipótesis, los resultados obtenidos nos indican que la dimensión ansiedad del CR (CR-ANS) correlaciona positivamente con las dimensiones de sensibilidad interpersonal (INT) y depresión (DEP). Según el estudio de Yáñez-Yaben (como se citó en Lucena et al., 2015), los individuos con alta puntuación en la dimensión de ansiedad presentan estilos de apego preocupado y temeroso; y en el caso del estilo de apego preocupado, la sintomatología predominante es la ansiosa, fóbica y paranoide, mientras que el estilo de apego temeroso correlaciona significativamente con la sintomatología de somatización, depresión, ansiedad e ideación paranoide (Camps-Pons et al., 2014). Los resultados obtenidos en el presente estudio coinciden con los anteriores estudios expuestos en que la dimensión ansiedad está correlacionada significativamente con la sintomatología depresiva; sin embargo, es importante resaltar que es la dimensión ansiedad del CR es la que correlaciona con la sintomatología patológica y no la dimensión ansiedad del PCA-n.

Por último, se quiso estudiar si existía algún tipo de relación entre la ansiedad y evitación de los sujetos con el número de visitas psicológicas a las que acudían, ya que se pensó que los individuos con puntuaciones elevadas en la dimensión de evitación tenderían a acudir a un menor número de visitas. Los resultados obtenidos nos muestran que no existe una correlación entre el número de visitas y la dimensión de ansiedad-evitación tanto en el CR como en el PCA-n; por lo que podemos refutar la hipótesis formulada.

Las limitaciones de este estudio han sido diversas, en primer lugar el CR es un cuestionario mediante el cual obtenemos el estilo de apego del individuo con el que el sujeto se siente más identificado, por lo que es fácil obtener resultados alterados por la subjetividad, deseabilidad social o el autoconocimiento (Lucena et al., 2015). Esto puede ocasionar que los sujetos tiendan a no ser sinceros, generando resultados poco fiables. Hemos encontrado una limitación en el PCA-n por su baja fiabilidad al tratarse de un sistema de evaluación novedoso. Proponemos, para futuras investigaciones, tener unas instrucciones de utilización del PCA-n más concretas y objetivas, así como también tener en cuenta los aspectos cualitativos generados en la entrevista psicológica, que actualmente no tienen cabida en el PCA-n. También consideramos interesante profundizar en el tipo de maltrato intrafamiliar que han sufrido los sujetos.

En conclusión, la dimensión de ansiedad obtenida a partir del PCA-n no se puede relacionar con el índice global de síntomas que presentan los 37 jóvenes adultos evaluados que han sufrido maltrato intrafamiliar, con lo que no podemos decir que la ansiedad del PCA-n predice un mayor número e intensidad de síntomas psicopatológicos. No podemos concluir que ésta dimensión nos ofrezca información sobre qué tipo de síntomas psicopatológicos presentan estos jóvenes, al contrario que la

dimensión de ansiedad obtenida a partir del CR, que sí que nos proporciona información sobre el tipo de síntomas psicopatológicos. Finalmente decir también que el hecho de presentar una alta o baja puntuación en las dimensiones estudiadas, no influye en el número de visitas a las que acuden los pacientes.

Referencias

- Ainsworth, M. S. (1969). Object Relations, Dependency, and Attachment: A Theoretical Review of the Infant-Mother Relationship. *Child Development*, 40(4), 969-1025. doi: 10.2307/1127008.
- Ainsworth, M. S. (1989). Attachments beyond infancy. *American Psychologist*, 44(4), 709-716. doi: 10.1037/0003066
- Bartholomew, K. (1990). Avoidance of intimacy: An attachment perspective. *Journal of Social and Personal Relationships*, 7, 147-178.
- Bartholomew, K. y Horowitz, L. (1991). Attachment styles among young adults: a test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(2), 226-244.
- Bowlby, J. (1969). *Apego y pérdida, Vol. 1: El apego*. Londres: Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis.
- Bowlby, J. (1973). *Apego y pérdida, Vol. 2: Separación*. Londres: Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis.
- Bowlby, J. (1988). *Una base segura: aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. Barcelona: Paidós.

- Camps, S., Castillo, J.A. y Cifre, I. (2014). Apego y psicopatología en adolescentes y jóvenes que han sufrido maltrato: implicaciones clínicas. *Clínica y Salud*, 25(1), 67-74. doi:10.5093/cl2014a6
- Castillo, J.A. & Medina, P. (2007). Maltrato en la relación de pareja: apego, intimidad y cambios sociales. En A. Talam (Comp.) *Globalización y salud mental* (pp. 393-416). Barcelona: Herder
- Derogatis, L.R. (1983). *SCL-90-R: Administration, scoring and procedures - Manual II* (2ª ed.). Baltimore: Clinical Psychometric Research
- George, C., Kaplan, N. y Main, M. (1985). Adult Attachment Interview. *Unpublished manuscript, University of California, Berkeley*
- González de Rivera, J. L., De las Cuevas, C., Rodríguez, M. y Rodríguez, F. (2002). SCL- 90-R. Cuestionario de 90 síntomas. Madrid: TEA.
- González, R., Ysern, L., Martorell, C., Mateu, C. y Barreto, P. (2011). Relaciones entre psicopatología y apego en la adolescencia. *Revista iberoamericana de diagnóstico y evaluación psicológica*, 1(29), 9-26
- Lucena, G., Cifre, I., Castillo, J. A. y Aragonés, E. (2015). Perfil Clínico de Apego (PCA): Elaboración de un sistema de categorías para la evaluación del apego. *Aloma: Revista de Psicología, Ciències de l'Educació i de l'Esport*, 33(1).
- Main, M. y Salomon, J. (1990). Procedures for Identifying Infants as Disorganized/Disoriented during the Ainsworth Strange Situation. En Greenberg, M. T., Dante Cicchetti, Cumming, E. M. (Eds.), *Attachment in the*

Preschool Years: Theory, Research, and Intervention (pp. 121-160). Chicago, US: University of Chicago

Melero, R. y Cantero, M. J. (2008). Los estilos afectivos en la población española: un cuestionario de evaluación del apego adulto. *Clínica y Salud*, 19, 83-100.

Mesa, A., Estrada, L., Bahamón, A. y Perea, D. (2009). Experiencias de maltrato infantil y transmisión de patrones de apego madre-infante. *Pensamiento Psicológico*, 6(13), 127-152

Oliva, A. (2004). Estado actual de la teoría del apego. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*, 4 (1), 65-81

Yáñez, S. (2008). La Evaluación desde la Teoría del Apego: el lugar de los autoinformes y otros instrumentos en la evaluación del apego en niños, adolescentes y adultos. *La Teoría del Apego en la Clínica I: Evaluación y clínica*, pp, 95-162.

Yáñez, S., Alonso-Arbiol, I., Plazaola, M. y Sainz de Murieta, L. M. (2001). Apego en adultos y percepción de los otros. *Anales de Psicología*, 17(2), 159-170.

Yáñez-Yaben, S. y Comino, P. (2011). Evaluación del apego adulto: Análisis de la convergencia entre diferentes instrumentos. *Acción Psicológica*, 8(2), 67-85.

Anexos

Anexo 1. Ejemplo de una plantilla del PCA-n completada

DEFINICIONES	SELF	OTROS	PUNTUACIONES	
			SELF	OTROS
1. DISPONIBILIDAD, CONFIANZA				
1.1. Está disponible cuando se le requiere, Confía, está seguro. Se considera fiable él mismo y/o también a los demás. Reconoce virtudes, capacidades.	SEGURO/EVITATIVO P11, P16, P20, P22, P27, P28	SEGURO/PREOCUPADO P4, P14, P16, P18, P19, P20, P21, P22	6	8
1.2. No está disponible cuando se le requiere No confía, no está seguro. No se considera fiable él mismo y/o tampoco a los demás Reconoce defectos, dificultades y problemas.	PREOCUPADO/TEMEROSO P12, P13, P20, P22	EVITATIVO/TEMEROSO P2, P3, P4, P6, P11, P12, P13, P15, P16, P24, P26, P29	4	12
2. AUTONOMÍA EN LA RELACIÓN			SELF	SELF
2.1. Es autónomo/a. Valora y confía en la capacidad propia para establecer una relación		SEGURO	0	
2.2. Falta autonomía, se apoya en exceso por temor al abandono. Se deja dominar.		PREOCUPADO	0	
2.3. Falta autonomía pero no se apoya en los demás. Le gustaría hacerlo pero teme sufrir.		TEMEROSO	0	
2.4. Busca autonomía negando su necesidad de los demás. No se apoya en los otros e intenta dominar la relación.	P23	EVITATIVO	1	
3. REGULACIÓN DE LAS EMOCIONES			SELF	SELF
3.1. Regula las emociones. Baja ansiedad.		SEGURO	0	
3.2. Hiperactiva las emociones y/o las exterioriza mediante acting out. Alta ansiedad.	P29	PREOCUPADO/TEMEROSO	1	
3.3. Desactiva las emociones. Baja ansiedad.	P29	EVITATIVO	1	
4. REVELACIÓN DE LAS EMOCIONES			SELF	SELF
4.1. Autorrevelación adecuada en las relaciones.	P20	SEGURO	1	
4.2. Autorrevelación excesiva y/o indiscriminada.		PREOCUPADO	0	
4.3. Dificultad para autorrevelarse.		EVITATIVO/TEMEROSO	0	
		ANSIEDAD	-4	
		EVITACIÓN	5	

Anexo 2. Obtención de las puntuaciones de las dimensiones de ansiedad-evitación a partir del PCA-n

DEFINICIONES	SELF	OTROS	PUNTUACIONES	
			SELF	OTROS
1. DISPONIBILIDAD, CONFIANZA				
1.1. Está disponible cuando se le requiere, Confía, está seguro. Se considera fiable él mismo y/o también a los demás. Reconoce virtudes, capacidades.	SEGURO/EVITATIVO ANS -	SEGURO/PREOCUPADO EVIT -		
1.2. No está disponible cuando se le requiere No confía, no está seguro. No se considera fiable él mismo y/o tampoco a los demás Reconoce defectos, dificultades y problemas.	PREOCUPADO/TEMEROSO ANS +	EVITATIVO/TEMEROSO EVIT +		
2. AUTONOMÍA EN LA RELACIÓN			SELF	SELF
2.1. Es autónomo/a. Valora y confía en la capacidad propia para establecer una relación	ANS - / EVIT -	SEGURO		
2.2. Falta autonomía, se apoya en exceso por temor al abandono. Se deja dominar.	ANS + / EVIT -	PREOCUPADO		
2.3. Falta autonomía pero no se apoya en los demás. Le gustaría hacerlo pero teme sufrir.	ANS + / EVIT +	TEMEROSO		
2.4. Busca autonomía negando su necesidad de los demás. No se apoya en los otros e intenta dominar la relación.	ANS - / EVIT +	EVITATIVO		
3. REGULACIÓN DE LAS EMOCIONES			SELF	SELF
3.1. Regula las emociones. Baja ansiedad.	ANS - / EVIT -	SEGURO		
3.2. Hiperactiva las emociones y/o las exterioriza mediante acting out. Alta ansiedad.	ANS +	PREOCUPADO/TEMEROSO		
3.3. Desactiva las emociones. Baja ansiedad.	ANS - / EVIT +	EVITATIVO		
4. REVELACIÓN DE LAS EMOCIONES			SELF	SELF
4.1. Autorrevelación adecuada en las relaciones.	ANS - / EVIT -	SEGURO		
4.2. Autorrevelación excesiva y/o indiscriminada.	ANS + / EVIT -	PREOCUPADO		
4.3. Dificultad para autorrevelarse.	EVIT +	EVITATIVO/TEMEROSO		
		ANSIEDAD		
		EVITACIÓN		