



Facultat de Psicologia, Ciències
de l'Educació i de l'Esport Blanquerna

Universitat Ramon Llull

**¿Qué ayuda o dificulta que los adolescentes asistan a las
entrevistas? La relación entre apego, psicopatología y
alianza terapéutica**

Alumna: María Dolores López Luna

Tutor: Dr. Luís Botella García del Cid

TFG JUNIO 2017

Facultad de Psicología Blanquerna. Universidad Ramon LLull

¿Qué ayuda o dificulta que los adolescentes asistan a las entrevistas? La relación entre apego, psicopatología y alianza terapéutica

Alumna: María Dolores López Luna

Tutor: Luís Botella García del Cid

Facultad de Psicología Blanquerna. Universidad Ramon LLull

Abstract: Directly or indirectly attachment is an important protective or risk factor for psychological adjustment, relational, and fundamental when establishing the therapeutic alliance. The present study examines the relationship between attachment, psychopathology and therapeutic alliance to establish the relationship of these variables in the attendance to the evaluation sessions of adolescent patients who consult a Child and Youth Mental Health Center (CSMIJ). There is a total sample of 117 adolescents between 13 and 19 years of age, a clinical and non-clinical sample that allows comparing data of interest between the attachment and psychopathology variables. The instruments used are: Youth Self-Report (psychopathological symptomatology), Relation Questionnaire (attachment) and SOATIF (therapeutic alliance). The correlation and regression analyzes carried out show a relationship between attachment and psychopathology emphasizing that the anxiety dimension of attachment would be more important than the avoidance dimension and that the latter interferes in the formation of the therapeutic alliance. Likewise, the outsourcing factor of psychopathology would explain the non-attendance to the concerted visits. The therapeutic implications, the limitations of the study carried out, as well as, future lines of research are presented.

Key words: attachment, psychopathology, therapeutic alliance, assistance and adolescence.

Resumen: De manera directa o indirecta el apego es un importante factor protector o de riesgo para el ajuste psicológico, relacional, y fundamental a la hora de establecer la alianza terapéutica. En el presente estudio se examina la relación entre apego, psicopatología y alianza terapéutica para establecer la relación de estas variables en la asistencia a las sesiones de evaluación de pacientes adolescentes que consultan a un Centro de Salud Mental Infantil i Juvenil (CSMIJ). Se cuenta con una muestra total de 117 adolescentes-jóvenes entre 13 y 19 años, muestra clínica y no-clínica que permite contrastar datos de interés entre las variables apego y psicopatología. Los instrumentos utilizados son: Youth Self-Report (síntomatología psicopatológica), Cuestionario de Relación (apego) y SOATIF (alianza terapéutica). Los análisis de correlación y regresión efectuados muestran una relación entre apego y psicopatología subrayando que la dimensión ansiedad del apego sería más importante que la dimensión evitación y que ésta última interfiere en la formación de la alianza terapéutica. Asimismo, el factor externalización de la psicopatología explicaría la no asistencia a las visitas concertadas. Se plantean las implicaciones terapéuticas, las limitaciones del estudio realizado, así como, futuras líneas de investigación.

Palabras Clave: apego, psicopatología, alianza terapéutica, asistencia y adolescencia.

Introducción

Las relaciones de apego son fundamentales para el desarrollo infantil y el funcionamiento de la persona en todo su ciclo vital. Las primeras relaciones con las figuras de apego contribuirán o impedirán la posibilidad de que la persona llegue al desarrollo óptimo de sus potencialidades (Fitton, 2012). Siendo el apego importante en todas las etapas evolutivas, en la adolescencia se presentan las tareas de revisar las representaciones relativas a las figuras de apego y la de regular las emociones asociadas a la dialéctica de la relación con uno mismo y con el otro (Brown y Wright 2001; Lacasa, Mitjavila, Ochoa y Belluerka, 2015).

Aunque la mayoría de los adolescentes experimentan esta etapa evolutiva como un periodo fructífero y lleno de posibilidades (Sanchís y Botella, 2007), se habrán de enfrentar a numerosos retos, como la reorganización de su posición dentro de la familia, cuya resolución afectará a la calidad del apego entre los/as chicos/as y sus padres (Buist, Deković, Meeus y van Aken, 2004). Los adolescentes incrementan su necesidad de apoyo parental como base segura que les permita la exploración y el sentido de estabilidad ante los cambios (Brown y Wright, 2001) y que propicie los procesos de separación e individuación con el fin de buscar la autonomía emocional para desarrollar la capacidad de decidir y actuar por sí mismo (Oliva, 2001).

Bowlby (1976; 1977; 1988) conceptualiza el apego desde una visión estructural del desarrollo socio-emocional y de la personalidad describiendo en un inicio los modelos representacionales (Bowlby, 1976), que posteriormente define como los modelos operativos internos (Bowlby, 1988), que son una organización psicológica donde hay un modelo representativo del *self* a la vez que de la (o las) figuras de apego. Estas representaciones incluyen expectativas y actitudes acerca del comportamiento de

las figuras de apego, fruto de la experiencia relacional con ellas siendo persistentes en el tiempo e inconscientes, constituyéndose como estructuras cognitivas importantes que permiten generalizar y predecir las relaciones sociales y organizar una respuesta a ellas, configurando el funcionamiento de la personalidad a lo largo de toda la vida. El proceso de desarrollo cognitivo de la adolescencia potencia el *self reflexivo* (Fonagy, 1991), lo cual facilita la revisión y consolidación de los modelos operativos internos. Los patrones de procesamiento de información, regulación emocional y opiniones de uno mismo y los demás tienden a cristalizarse y automatizarse con el paso de los años (Brumariu y Kerns 2010). Por tanto, el adolescente reelabora la manera de entenderse a sí mismo, a los padres y al mundo en general y desarrolla estrategias más efectivas para gestionar las representaciones del *self* y de los otros.

Sroufe y Waters (1977) en su “organizational perspective” del desarrollo humano, plantean que las diferencias individuales en la cualidad del apego darán lugar a diferentes patrones de organización del comportamiento. El estilo de apego desarrollado en la infancia tiende a mantenerse en el tiempo (Buist, Deković, Meeus y van Aken, 2004) si bien como Bowlby (1988) afirma, las interacciones relacionales significativas durante la adolescencia y la edad adulta pueden hacer que la persona se desplace en las puntuaciones de las dimensiones de ansiedad y evitación del apego debido a acontecimientos vitales negativos o reparadores en la transición entre la infancia y la adolescencia (Sanchís y Botella, 2007), como estudios posteriores demuestran (Mikulincer y Shaver, 2007). De manera directa o indirecta el apego es un importante factor protector o de riesgo para el ajuste psicológico y relacional (Brown y Wright, 2001; Lacasa, Mitjavila, Ochoa y Balluerka, 2015; Sanchís y Botella, 2007).

En la adolescencia el apego se refleja de manera conductual, lo que hace que los autoinformes se consideren instrumentos especialmente adecuados para evaluar el apego en los adolescentes (Buist, Dekovic, Meeus y van Aken, 2004; Wilson y Wilkinson, 2012). Pese al debate sobre qué instrumentos son más adecuados para evaluar el apego, si los autoinformes o las pruebas basadas en las narrativas obtenidas a través de entrevistas (Brown y Wright, 2001), diferentes autores opinan que la AAI (Entrevista de Apego Adulto) y las escalas de autoinforme ofrecen resultados convergentes puesto que evalúan estructuras psicodinámicas internas similares (Shaver y Mikulincer, 2002; Yárnoz-Yaben y Comino, 2011). Los estudios sobre el apego realizados desde disciplinas psicosociales y de la personalidad argumentan que los autoinformes reflejan adecuadamente tanto los aspectos inconscientes como las manifestaciones conductuales del apego (Lacasa, Mitjavila, Ochoa y Belluerka, 2015; Mikulincer y Shaver, 2007; Wilson y Wilkinson, 2012). Muris, Meesters, Cor y Van der Berg, (2003) recomiendan el uso del mismo tipo de instrumento en la evaluación del apego en muestra clínica y no-clínica.

La teoría del apego distingue entre diferentes tipos de apego: apego seguro, inseguro-desvalorizador e inseguro-preocupado. Bartholomew y Horowitz (1991), subdividen el apego inseguro-desvalorizador en evitativo-temeroso y evitativo-desvalorizador, generando así un modelo de cuatro tipos. Cada estilo de apego corresponde a una combinación de las dimensiones subyacentes de ansiedad en las relaciones y evitación o grado de proximidad interpersonal (Yárnoz-Yaben y Comino, 2011).

El estilo de apego influye en el grado de adaptación de esos comportamientos de experimentación y exploración propios del adolescente. Bowlby (1988) argumenta que

una *base segura* que permite la construcción de personalidades “mentalmente sanas” con alta estabilidad emocional. Las personas que son privadas de esta *base segura*, pueden configurar personalidades proclives a la ansiedad y la depresión junto con una vulnerabilidad para el desarrollo de un *falso sí mismo*. En consecuencia, las relaciones de apego seguro con los padres predicen un funcionamiento adaptativo en diferentes situaciones. El adolescente de apego seguro (baja ansiedad relacional y proximidad interpersonal) tiene acceso a emociones y recuerdos ajustados a las experiencias reales de la infancia, con escasa distorsión, y las representaciones sobre uno mismo y los otros tienden a ser positivas (Yárnoz-Yaben y Comino, 2011). Los adolescentes seguros tienen facilidad para buscar el apoyo de los iguales y otras figuras significativas y pueden generalizar el cuidado recibido de los padres a otros contextos relacionales (Dykas, Woodhouse, Cassidy y Waters, 2006; Rice, 1990), presentando menos comportamientos de riesgo que los adolescentes inseguros, formas más adaptativas de afrontar las emociones negativas y una mayor competencia social, auto-confianza y percepción de *auto-eficacia* (Bowlby, 1973; Brown y Wright, 2001; Cooper, Shaver y Collins, 1998).

Por el contrario, el apego inseguro genera vulnerabilidad y riesgo de conductas desadaptativas. La falta de respuesta a la necesidad de seguridad y apoyo por parte de las figuras de apego puede derivar en estrategias secundarias de vinculación caracterizadas por la activación o desactivación de las emociones y necesidades de apego, lo que interfiere en el desarrollo de las habilidades sociales y genera conflictos de relación interpersonal (Malik, Wells y Wittkowski, 2015; Mikulincer y Shaver, 2012). El estilo de apego inseguro se asocia a problemas de externalización, tanto en la

adolescencia como en el inicio de la edad adulta (Dawson, Allen, Marston, Hafen y Schad, 2014).

Las personas con apego evitativo-desvalorizador (baja ansiedad relacional pero alta distancia interpersonal) perciben a sus figuras de apego como inaccesibles de modo que, para disminuir el sufrimiento, “desactivan” el sistema de apego, negando o minimizando sus necesidades de vinculación, evitan la proximidad y la interdependencia en las relaciones (Bowlby 1988; Mikulincer y Shaver, 2007; Yarnoz-Yaben y Comino, 2011). Los individuos de apego evitativo-temeroso también tienden a desactivar el sistema de apego y a mantener la distancia interpersonal, si bien experimentan con alta ansiedad las relaciones. Pueden tener buen rendimiento académico y se implican menos en conductas desadaptativas (abuso de sustancias, delincuencia), pero presentan menos habilidades sociales y más dificultades para las relaciones de pareja (Cooper, Shaver y Collins, 1998).

Los sujetos de apego inseguro-preocupado (alta ansiedad relacional y necesidad de proximidad) han experimentado inconsistencia en su relación a las respuestas de las figuras de apego, organizan una estrategia de “hiperactivación” que les lleva a una búsqueda imperiosa de proximidad para mantener permanentemente bajo control a las figuras de apego, mediante la exageración de las emociones y los sentimientos de resentimiento y rabia (Mikulincer y Shaver, 2012; Shaver y Mikulincer, 2002; Yárnoz-Yaben y Comino, 2011). En la adolescencia, pues, los problemas de comportamiento pueden ser una forma de estimular la respuesta de los padres (Lacasa, Mitjavila, Ochoa y Bullerka, 2015). La investigación muestra de forma consistente la relación entre apego inseguro-preocupado y más riesgo de actuaciones desadaptativas y síntomas psicopatológicos (Cooper, Shaver y Collins, 1998).

Aunque a veces la frontera entre conductas desadaptativas del adolescente y trastorno psicopatológico no es fácil de delimitar, la relación entre apego inseguro y psicopatología es muy consistente. Los estudios con población clínica revelan que el 74% de las personas tendrían apego inseguro (Bakermans-Kranenburg y Van Ijzendoorn, 2009) de modo que el apego inseguro puede ser entendido como un factor de vulnerabilidad, tanto para trastornos leves de ansiedad como para trastornos psicóticos o trastornos graves de la personalidad (Mikulincer y Shaver, 2007, 2012). El tipo de trastorno vendrá determinado entre otras causas, por el valor que la persona atribuya a sus experiencias personales y por su capacidad para integrarlas y elaborarlas (Sanchís y Botella, 2007).

Las estrategias secundarias del apego inseguro-evitativo encaminadas a minimizar la angustia (desactivación emocional) predisponen a problemas de externalización y comportamientos de defensa, hostilidad y trastornos de personalidad antisocial (Bakermans-Kranenburg y Van Ijzendoorn, 2009; Muris, Meesters, y van den Berg, 2003), aunque hay estudios que no encuentran esa asociación (Lacasa, Mitjavila, Ochoa y Bullerka, 2015; Ronnlund y Karlsson, 2006). Sin embargo, otros estudios no muestran resultados tan claros, sino que sería el apego inseguro en general y no un estilo concreto el que contribuiría a los síntomas externalizantes (Muris, Meesters, y van den Berg, 2003).

Las estrategias secundarias del apego inseguro-preocupado buscan maximizar la reacción emocional (hiperactivación) para conseguir la atención de las figuras de apego, estando centrados en sus experiencias relacionales del pasado, cursando a menudo en problemas de internalización: somatizaciones, comportamientos ansiosos-temerosos, trastorno límite de personalidad, focalización en la propia angustia y excesiva necesidad

de apoyo y afecto, tanto en población clínica como en no-clínica (Bakermans-Kranenburg y Van Ijzendoorn, 2009; Brumariu y Kerns, 2010; Lacasa, Mitjavila, Ochoa y Belluerka, 2015; Muris, Meesters y van den Berg; Muris et al. 2003). Lacasa, Mitjavila, Ochoa y Belluerka (2015) observaron que adolescentes en tratamiento presentaban más apego inseguro que una muestra no-clínica de adolescentes. Sin embargo, la relación entre apego inseguro y psicopatología, tanto en los adolescentes clínicos como en los no-clínicos, se observa específicamente en las siguientes escalas del YSR (Achenbach, 1991): total de problemas y síntomas, problemas de internalización, depresión y problemas de pensamiento, pero no para los otros síntomas.

En cuanto a diferencias por género, las mujeres adolescentes presentan más depresión, quejas somáticas y síntomas internalizantes, mientras que los hombres presentan más conductas delictivas y síntomas externalizantes (Lacasa, Mitjavila, Ochoa y Belluerka, 2015).

Tras explorar el apego en la adolescencia y las diferentes tipologías y su relación con la sintomatología psicopatológica, nos preguntamos cuál puede ser la relación entre apego y alianza terapéutica en la adolescencia. Aunque en el caso de los pacientes adolescentes, ateniéndonos a los escasos estudios existentes, la asociación entre alianza y resultado no sería tan fuerte, la investigación en psicoterapia es muy consistente al destacar la alta correlación entre alianza terapéutica y resultados de los tratamientos con pacientes adultos (Marmarosh, Gelso, Markin, Majors, Mallery, y Choi, 2009; Shirk y Kaver, 2011). Consecuentemente, el requisito de una sólida alianza terapéutica se ha convertido en un factor común a todas las psicoterapias (Corbella y Botella, 2008; Smith, Msetfi y Golding, 2010).

Según Bordin (1979) la alianza terapéutica está integrada por tres componentes: el vínculo emocional que se establece entre paciente y terapeuta, el acuerdo en los objetivos de la terapia y en las tareas para alcanzar esos. En la revisión realizada por Shirk y Kaver (2011), centrada en la alianza con niños y adolescentes, se presentan resultados en los cuales la alianza podría ser considerada un factor único. Eso implica que en niños y adolescentes no son fácilmente diferenciables los tres componentes de la alianza (vínculo emocional, tarea y objetivo). Tanto en adultos como en niños las capacidades relacionales del paciente y el terapeuta están fuertemente implicadas en la alianza terapéutica (Bucci, Seymour-Hyde, Harris y Berry, 2015; Corbella y Botella, 2003). De ahí la importancia del apego, ya que sería éste quien determinaría los patrones relacionales básicos que influirían en el vínculo terapéutico. Shirk y Kaver, (2011) también enfatizan que en el caso de los niños este vínculo adquiere especial relevancia porque la relación con el terapeuta es una oportunidad para satisfacer necesidades que no han sido cubiertas en otros contextos, la primera de las cuales sería la disponibilidad del terapeuta para tratar las dificultades emocionales del niño. Compartir las otras dimensiones de la alianza, objetivos y tareas, puede exceder a las capacidades cognitivo-afectivas de niños y adolescentes. Sería pues, el vínculo emocional el que facultaría al niño para implicarse en el trabajo terapéutico.

Esta relevancia del componente del vínculo emocional de la alianza terapéutica es plenamente coherente con la definición de apego. El propio hecho de buscar ayuda terapéutica estaría asociado a la percepción de amenaza y ansiedad por parte de los padres, madres y de los propios niños y adolescentes, sentimientos que activarían tanto el sistema de apego como la alianza terapéutica (Smith, Msetfi y Golding, 2010). De igual manera que el apego seguro, una sólida alianza terapéutica permitiría que el

adolescente despliegue todo su potencial de crecimiento y remodele los modelos operativos internos mediante la experiencia relacional con el terapeuta (Bucci, Seymour-Hyde, Harris y Berry, 2015; Shirk y Kaver, 2011). Esta sería una perspectiva que encajaría perfectamente con las aportaciones clásicas de Rogers (1957).

Al haber pocos estudios empíricos centrados en la relación entre apego y alianza terapéutica en adolescentes, nos referirnos a los numerosos estudios realizados con adultos. Una primera idea a destacar es que hay una fuerte relación entre el estilo de apego del paciente y cómo éste se vincula al terapeuta (Byrd, Patterson y Turchik, 2010; Mallinckrodt y Jeong, 2015). Siefert y Hilsenroth (2015) concluyen que el apego seguro está asociado con la formación de la alianza en los momentos iniciales de la terapia. Respecto al apego inseguro, la revisión meta-analítica de Smith, Msetfi y Golding (2010) no hallan relación entre la alianza terapéutica y las dimensiones ansiedad y evitación del apego, aunque un patrón relacional evitativo sí disminuiría la fuerza de la alianza. Los resultados son algo diferentes en la revisión meta-analítica de Mallinckrodt y Jeong (2015), que sí concluyen que tanto la ansiedad como la evitación interfieren en el desarrollo de un apego seguro en la terapia. La dimensión ansiedad del apego se asociaría a la hiperactivación emocional en la relación terapéutica y la evitación correlacionaría con la desactivación emocional y la distancia respecto al terapeuta.

Además, el apego inseguro favorecería iniciar la terapia con expectativas de que para el terapeuta no es una relación de interés y con habilidades relacionales más pobres. Todo ello dificultará la consolidación de la alianza terapéutica y favorecería las rupturas de dicha alianza (Bernecker, Levy y Ellison, 2014; Diener y Monroe, 2011; Eames y Roth, 2000; Smith, Msetfi, y Golding, 2010; Zack, Castonguay, Boswell, McAleavey, Adelman, Kraus, y Pate, 2015).

La alianza medida desde la perspectiva del paciente presentaría una correlación más consistente con su estilo de apego, en comparación de la perspectiva de la alianza formulada por el terapeuta (Bucci, Seymour-Hyde, Harris y Berry, 2015; Diener y Monroe, 2011; Mallinckrodt y Jeong, 2015). Por tanto, una de las tareas fundamentales del terapeuta es superar esos obstáculos relacionales que plantea el paciente y constituirse en la base segura que promoverá el cambio (Bowlby, 1988).

El abandono de la terapia es uno de los problemas a los que instituciones y clínicos tienen que enfrentarse. ¿Qué relación hay entre el abandono de los tratamientos y las características vinculares de los pacientes pre-terapia y la alianza que pueden llegar a establecer?

Tanto el abandono de la terapia, como el resultado de la misma están claramente relacionados con la alianza terapéutica pobre. Lo que sucede en la relación terapéutica (ansiedad, distancia interpersonal, facilidad o dificultad para vincularse) se corresponde con el estilo relacional del paciente (Corbella y Botella, 2003; Siefert y Hilsenroth, 2015; Smith, Msetfi y Golding, 2010). El abandono de la terapia está también asociado a la ansiedad del apego (Marmarosh, Gelso, Markin, Majors, Mallery, y Choi, 2009) y esta dimensión ansiedad del apego está asimismo asociada a mayor sintomatología clínica, siendo los pacientes más sintomáticos los que presentarían más dificultades para formar buenas alianzas (Bucci, Seymour-Hyde, Harris y Berry, 2015).

Existe relación entre apego, alianza y sintomatología, pero no se puede establecer una relación causal. Es conveniente seguir investigando la relación entre apego, sintomatología, alianza y el posible abandono en los tratamientos, más todavía en la adolescencia, etapa evolutiva donde se han realizado menos investigaciones clínicas. Estudiar la relación entre estas variables permitirá obtener información que

ayude en la planificación de los tratamientos para un mejor ajuste a las necesidades vinculares del paciente y a la predicción de resultados (Lacasa, Mitjavila, Ochoa y Balluerka, 2015).

De acuerdo con lo que acabamos de exponer, el objetivo que nos planteamos en este estudio es evaluar la relación entre el estilo de apego, la sintomatología psicopatológica, la alianza terapéutica y la asistencia o no a las sesiones de evaluación psicológica realizadas por adolescentes en el contexto de un centro de salud mental público. Para dar más consistencia a nuestros resultados compararemos dicha muestra clínica con una muestra de adolescentes no-clínicos, evaluando en este caso apego y sintomatología psicopatológica.

Hipótesis

A partir de la revisión realizada planteamos las siguientes hipótesis: Comparando las dos submuestras del estudio: Hipótesis 1. Más presencia de apego seguro (baja ansiedad y baja evitación) en la submuestra no-clínica y, por tanto, puntuaciones más elevadas en las dimensiones de ansiedad y evitación del apego en la muestra clínica. En la muestra clínica: Hipótesis 2. Mayor sintomatología psicopatológica externalizadora, internalizadora y total. Hipótesis 3. La dimensión ansiedad del apego correlacionará positivamente con la psicopatología (externalizadora, internalizadora y total). Hipótesis 4. La dimensión evitación del apego correlacionará negativamente con la alianza terapéutica. Hipótesis 5. La asistencia de los adolescentes a las visitas programadas correlacionará negativamente con las dimensiones ansiedad y evitación del apego, con la psicopatología y positivamente con la alianza terapéutica.

Método

Participantes

Como puede verse en la Tabla 1, en el estudio han participado un total de 117 adolescentes y jóvenes entre 13-19 años (Media= 14.9, DT=1.47), 71 chicas (60.7%).

La muestra no- clínica está compuesta por 60 adolescentes-jóvenes (51.3%) que cursan estudios de ESO y Bachillerato en un centro de enseñanza pública. La muestra clínica la integran 57 adolescentes-jóvenes (48.7%) que consultan a un Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil (CSMIJ) de la red Pública de Salud Mental de Cataluña. Las patologías prevalentes en la muestra clínica son los trastornos adaptativos, depresivos y conductuales.

Tabla 1. Características socio-demográficas y diagnósticas de la muestra

	Muestra clínica N=57	Muestra no-clínica N=60	Muestra total N=117
Sexo			
Chicas	32 (56.1%)	39 (65.0%)	71 (60.7%)
Chicos	25 (43.9%)	21 (35.0%)	46 (39.3%)
Padres			
Separados	25 (43.9%)	12 (20.0%)	37 (31.6%)
Unidos	32 (56.1%)	48 (80.0%)	80 (68.4%)
Familias			
Autóctonas	43 (75.4%)	53 (88.3%)	96 (82.1%)
Inmigrantes	14 (24.6%)	7 (11.7%)	21 (17.1%)
Diagnóstico (ICD 11)			
Tr. Adaptativos	12 (21.0%)		
Tr. Depresivos ¹	9 (15.8%)		
Tr. de la Conducta	9 (15.8%)		
Tr. Ansiedad ²	5 (8.8%)		
Tr. Desarrollo	5 (8.8%)		
TDAH	4 (7.0%)		
Tr. Cond. Alim.	2 (3.5%)		
Otros	11(19.3%)		

¹ Trastornos depresivos: reacción depresiva prolongada, Trastorno depresivo mayor. ² Trastornos de ansiedad: fobia social, ansiedad no especificado. ³ Otros: Disfunción psicofisiológica no especificada, Tr. Introverso de la infancia, psicosis, inhibición académica, Tr. Del lenguaje, histeria no especificada, Tr. Límite de la personalidad.

Procedimiento

La muestra clínica fue obtenida en un Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil (CSMIJ) en colaboración con el *Grup de Recerca de Parella i Família (CRPF)* de la Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport de Blanquerna, Universitat Ramon Llull.. Este CSMIJ pertenece a la Red Pública de Salud Mental de Cataluña. De la muestra clínica fueron excluidos aquellos adolescentes que presentaban trastornos psicóticos en fase aguda o cualquier situación clínica o psico-social que impidiese o hiciera desaconsejable la administración de instrumentos o su participación en el estudio. Tras realizar la primera entrevista en el CSMIJ se informaba a los adolescentes-jóvenes sobre la realización del estudio y, tras obtener el consentimiento informado de los pacientes y de sus progenitores o tutores legales, una psicóloga del equipo de investigación (diferente al profesional clínico de referencia) administraba los cuestionarios para evaluar el apego (CR), síntomas psicopatológicos (YSR) y la alianza terapéutica (SOATIF). El número de visitas realizado por el paciente que han sido considerado en el estudio han sido cinco, que corresponde al número de visitas en el que se desarrolla el proceso de evaluación psicológica-clínica y la construcción de la alianza terapéutica de manera adecuada. Tanto el diagnóstico psicopatológico, como los datos socio-demográficos y el número de visitas realizadas por el paciente o aquellas a las que no había asistido se obtuvieron a partir de la base de datos del CSMIJ.

La muestra no-clínica, fue conseguida tras solicitar permiso a la dirección de un centro educativo público, a los adolescentes-jóvenes y a sus progenitores o tutores legales. La misma psicóloga que había administrado los cuestionarios a la muestra clínica se encargó de la administración de las pruebas a la muestra no-clínica, aunque en

este caso la batería de pruebas se limitó al apego (CR) y síntomas psicopatológicos (YSR).

Instrumentos de evaluación

Sintomatología psicopatológica

El *Youth Self-Report* (YRS) es un instrumento de autoinforme creado por Achenbach (1991) para la evaluación de diferentes competencias (deportivas, sociales y académicas) y problemáticas conductuales y psicopatológicas en niños y adolescentes (entre 11 y 18 años). La evaluación de la psicopatología se estructura en 112 ítems que aportan información sobre la frecuencia en los últimos seis meses de una amplia gama de conductas problema y aspectos emocionales. El YSR establece una clasificación cuantitativa de ocho síndromes de primer orden que en la adaptación española son: *Depresión, Agresividad verbal, Conducta delictiva, Problemas de pensamiento, Quejas somáticas, Problemas de relación social (aislamiento), Búsqueda de atención y Conducta fóbico-ansiosa*. A partir de los ocho síndromes se calcula una puntuación de psicopatología total y dos factores de segundo orden que reflejan la psicopatología internalizante (trastornos emocionales) y la psicopatología externalizante (trastornos de conducta). En el estudio ha sido utilizada la estandarización hecha por Sandoval, Lemos y Vallejo (2006) de las competencias y conductas problema autoinformados mediante el YSR. En la validación española el YSR ha obtenido resultados satisfactorios de la fiabilidad test-retest (Lemos, Fidalgo, Calvo y Menéndez, 1992).

Apego

El instrumento que se ha utilizado para evaluar el apego es el *Cuestionario de Relación* (CR), adaptación española (Alonso-Arbiol, 2000 en Yárnoz, 2008) del Relationship Questionnaire (RQ) de Bartholomew y Horowitz (1991). El cuestionario recoge descripciones prototípicas de los cuatro estilos de apego descritos por Bartholomew y Horowitz (1991): seguro, preocupado, temeroso y desvalorizador. En primer lugar, se pide a las personas que señalen cuál de esas descripciones consideran que se ajusta mejor a su forma de relacionarse, para después puntuar cada descripción mediante una escala likert de 0 a 7, donde 0 es “totalmente en desacuerdo” y 7 “totalmente de acuerdo”. El instrumento permite, pues, obtener una clasificación categorial (seguro, preocupado, temeroso y desvalorizador) y unas puntuaciones en las dimensiones ansiedad (modelo de sí mismo) y evitación (modelo de los otros) (Yarnoz-Yaben y Comino, 2011). El cuestionario CR presenta propiedades psicométricas adecuadas de test-retest y de validez de constructo (Yárnoz, Alonso-Arbiol, Plazaola y Sainz de Murieta, 2001).

Alianza terapéutica

El *SOATIF* (Friedlander, Escudero, Horvath, Heatherington, Cabero y Martens, 2006) es una escala de observación multidimensional para evaluar la alianza terapéutica. En su versión para terapia individual, el *SOATIF* consta de 12 ítems tipo líkert de 5 puntos que responde el paciente, y que corresponderían a las dimensiones de: Enganche en el Proceso Terapéutico, Conexión emocional con el Terapeuta y Seguridad. El modelo *SOATIF* es utilizado en investigaciones de proceso-resultado, en la práctica clínica y el entrenamiento de terapeutas (Escudero y Friedlander, 2003).

Análisis de datos

El análisis estadístico se ha realizado mediante el programa SPSS 21.0. Las diferencias entre las medias de la muestra clínica y no-clínica y diferencia entre sexos en las variables del estudio (ansiedad y evitación del apego, psicopatología internalizante y externalizante) se han calculado mediante el estadístico *t-student*.

A continuación, se han realizado las correlaciones entre las variables evaluadas en la muestra total (ansiedad y evitación del apego, psicopatología internalizante, externalizante y total) y las que además se evalúan en la sub-muestra clínica (ansiedad y evitación del apego, psicopatología internalizante, externalizante y total, alianza terapéutica y el número de visitas que realiza el adolescente).

Finalmente, se han realizado diversos análisis de regresión múltiple considerando como variables dependientes psicopatología total, internalización, externalización, alianza y número de visitas, en la muestra clínica.

Resultados

En la Tabla 2 se recogen los resultados de las variables estudiadas. Respecto al apego en la muestra no-clínica predominan los adolescentes-jóvenes de apego seguro (n=33,55%), mientras que en la muestra clínica son mayoría los de apego inseguro (71,9%) sobre todo los de apego preocupado (43.9%). La comparación entre la muestra clínica y no-clínica permite observar que la dimensión ansiedad del apego es significativamente mayor en la muestra clínica ($t=2.22$, $p<.05$) mientras que no se observan diferencias en la dimensión evitación. Por lo que respecta a las puntuaciones en el YSR, la muestra clínica presenta puntuaciones significativamente más altas en el factor de internalización ($t=3.71$, $p<.001$) y en la puntuación correspondiente a la

psicopatología total ($t=3.44$, $p<.01$), mientras que no se han observado diferencias en la psicopatología externalizadora.

Los pacientes presentan puntuaciones muy elevadas en la escala de alianza terapéutica, con un promedio de 45.05 sobre una puntuación máxima posible de 60. De igual modo el promedio del número de visitas a las que asisten los pacientes es muy elevado con un promedio de 4.35 sobre el máximo de 5 visitas. Únicamente 5 pacientes (12.3% de la muestra clínica) asisten sólo a 2 ó 3 visitas.

Tabla 2. Resultados de las variables estudiadas en la muestra clínica, no-clínica y muestra total

	Muestra clínica N=57	Muestra no-clínica N=60	Muestra total N=117
Apego (CR)⁴			
Ansiedad	- .96 (DT= 5.0)	-2.95 (DT= 4.6)	-1.98 (DT=4.9)
Evitación	-1.56 (DT= 4.2)	-1.52 (DT= 3.2)	-1.54 (DT=3.7)
Seguro	16 (28.1%)	33 (55%)	49 (41.9%)
Desvalorizador	13 (22.8%)	11 (18.4%)	24 (20.5%)
Preocupado	25 (43.9%)	8 (13.3%)	33 (28.2%)
Temeroso	3 (5.2%)	8 (13.3%)	11 (9.4%)
Psicopatología⁴ (YSR)			
Internalización	20.28 (DT= 9.7)	13.77(DT= 9.3)	16.94 (DT= 10.0)
Externalización	16.58 (DT= 9.8)	14.15 (DT= 8.5)	15.33 (DT= 9.2)
Total	65.44 (DT= 25.0)	49.72 (DT= 24.3)	57.38 (DT= 25.8)
Alianza terapéutica⁴ (SOATIF)			
Total	45.05 (DT= 6.5)		
Número de visitas⁴			
	4.35 (DT= .8)		
Diagnóstico (ICD 11)			
Tr. Adaptativos	12 (21.0%)		
Tr. Depresivos ¹	9 (15.8%)		
Tr. de la Conducta	9 (15.8%)		
Tr. Ansiedad ²	5 (8.8%)		
Tr. Desarrollo	5 (8.8%)		
TDAH	4 (7.0%)		
Tr. Cond. Alimentaria	2 (3.5%)		
Otros ³	11(19.3%)		

¹ Trastornos depresivos: reacción depresiva prolongada, trastorno depresivo mayor. ² Trastornos de ansiedad: fobia social, ansiedad no especificado. ³ Otros: disfunción psicofisiológica no especificada, Tr. Introverso de la infancia, psicosis, inhibición académica, Tr. Del lenguaje, histeria no especificada, Tr. Límite de la personalidad.

Análisis de correlación

En la muestra total del estudio (N=117) la ansiedad del apego correlaciona significativamente con la psicopatología internalizante ($r=.53$, $p<.001$) y con la psicopatología total ($r=.41$, $p<.001$). La evitación del apego correlaciona significativamente con la psicopatología internalizadora ($r=.23$, $p<.05$). La psicopatología internalizadora correlaciona significativamente con la externalizadora ($r=.34$, $p<.001$) y con la psicopatología total ($r=.807$, $p<.001$). La psicopatología externalizadora correlaciona con la psicopatología total ($r=.78$, $p<.001$).

En la muestra no-clínica del estudio (N=60) la ansiedad del apego correlaciona significativamente con la psicopatología internalizante ($r=.68$, $p<.001$) y con la psicopatología total ($r=.46$, $p<.001$). La evitación del apego correlaciona significativamente con la psicopatología internalizadora ($r=.37$, $p<.01$) y con la psicopatología total ($r=.32$, $p<.05$). La psicopatología internalizadora correlaciona significativamente con la externalizadora ($r=.29$, $p<.05$) y con la psicopatología total ($r=.77$, $p<.001$). La psicopatología externalizadora correlaciona con la psicopatología total ($r=.8$, $p<.001$).

Como puede verse en la Tabla 3, la muestra clínica del estudio (N=57) la dimensión ansiedad del apego correlaciona significativamente con la psicopatología internalizante ($r=.34$, $p<.05$) y con la psicopatología total ($r=.28$, $p<.05$). La evitación del apego correlaciona significativamente con la alianza terapéutica ($r=-.37$, $p<.01$). La psicopatología internalizadora correlaciona significativamente con la externalizadora ($r=.33$, $p<.05$) y con la psicopatología total ($r=.8$, $p<.001$). La psicopatología externalizadora correlaciona con la psicopatología total ($r=.78$, $p<.001$) y con el total de visitas realizadas ($r=-.31$, $p<.05$).

Tabla 3. Correlaciones de la muestra clínica

	Evitación	Internal	External	Total Psicopato	Enganche	Conexión emocional	Seguridad	Total Alianza	Total visitas
Ansiedad		,336*		,280*					
Evitación					-,295*		-,397**	-,371**	
Internal			,334*	,800**			-,280*		
External		,334*		,778**					-,305*
Enganche						,604**	,455**	,813**	
Conexión Emocional							,376**	,810**	
Seguridad								,783**	

*La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

**La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

***La correlación es significativa en el nivel 0,001 (bilateral).

Análisis de regresión

Se realizaron diferentes análisis de regresión múltiple para comprobar qué variables permitían predecir la alianza total y las diferentes dimensiones de la alianza terapéutica (conexión emocional, seguridad y enganche en el proceso) y el número de visitas. En la Tabla 4 se sintetizan las regresiones significativas. Los resultados de estos análisis indican que el predictor evitación del apego explica el 13.8% de la varianza de la alianza terapéutica total (Adj. $R^2=.122$, $F(1,55)=8.790$, $p<0,01$; $\beta=-.371$, $t=-2.965$, $p<0,01$), el 15.7% de la varianza de la dimensión seguridad de la alianza terapéutica (Adj. $R^2=.142$, $F(1,55)=10.274$, $p<0,01$; $\beta=-.397$, $t=-3.205$, $p<0,01$), el 8.7% de la varianza de la dimensión enganche de la alianza terapéutica (Adj. $R^2=.070$, $F(1,55)=5.232$, $p<0,05$; $\beta=-.295$, $t=-2.287$, $p<0,05$) y no resulta estadísticamente significativo el análisis de la regresión correspondiente a la variable dependiente

enganche en el proceso de la alianza terapéutica. Respecto a la variable dependiente número de visitas, el predictor psicopatología externalizadora explica el 9.3% de la varianza de la alianza terapéutica total (Adj. $R^2=.077$, $F(1,55)=5.657$, $p<0,05$; $\beta=-.305$, $t=-2.378$, $p<0,05$).

Tabla 4. Análisis de regresiones múltiples por pasos

Variable Dependiente	VARIABLES PREDICTIVAS	R ²	β	t	Sig.
Total Alianza		,138			,004**
	Evitación		-,371	-2,965	,004**
	Ansiedad		-,063	-,499	,620
	Psicopatología Intemalizante e Psicopatología Extemalizante		-,115	-,906	,369
Seguridad (Alianza terapéutica)		,157			,002**
	Evitación		-,397	-3,205	,002**
	Ansiedad		-,181	-1,472	,147
	Psicopatología Intemalizante e Psicopatología Extemalizante		-,227	-1,856	,069
Enganche (Alianza terapéutica)		,087			,026*
	Evitación		-,295	-2,287	,026*
	Ansiedad		-,007	-,055	,956
	Psicopatología Intemalizante e Psicopatología Extemalizante		-,030	-,226	,822
Número visitas		,093			,021*
	Evitación		-,145	-1,131	,263
	Ansiedad		,111	,826	,393
	Psicopatología Intemalizante e Psicopatología Extemalizante		,262	1,975	,053
	Enganche proceso		-,305	-2,378	,021*
	Conexión emocional		,001	,005	,996
	Seguridad (A.T)		,116	,896	,374
	,109	,847	,401		

*La regresión es significativa en el nivel 0,05.

**La regresión es significativa en el nivel 0,01.

Discusión

En el presente estudio se ha evaluado el tipo de apego y la psicopatología en una muestra de 117 adolescentes-jóvenes entre 13 y 19 años (muestra total), 57 de los cuales eran consultantes en un Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil, CSMIJ (muestra clínica) y 60 fueron evaluados en un centro de enseñanza pública (muestra no-clínica). Además de las variables indicadas, se observó su asistencia o no a las cinco primeras entrevistas clínicas del proceso de evaluación concertadas en el CSMIJ. Las patologías

más prevalentes en la muestra clínica son los trastornos adaptativos, depresivos, trastornos de conducta y de ansiedad.

Comparación muestra clínica y no-clínica

La comparación entre la muestra clínica y no-clínica pone de manifiesto una mayor prevalencia del apego seguro en la muestra no-clínica (55%), mientras que el apego inseguro predomina en la muestra clínica (71.9%), corroborándose así nuestra Hipótesis 1. Nuestros resultados son similares a los obtenidos por Bakermans-Kranenburg y Van Ijzendoorn (2009) que observan un porcentaje del 74% de apego inseguro en población clínica, por tanto, la relación entre apego inseguro y psicopatología se muestra muy consistente, considerando el apego inseguro un factor de vulnerabilidad (Mikulincer y Shaver, 2007, 2012). Este hecho señala, asimismo, que las personas cuyas figuras de apego no responden con sensibilidad a sus necesidades de seguridad y apego pueden llegar a desarrollar estrategias secundarias de vinculación de hiperactivación o desactivación de las conductas de apego, como manera de paliar su angustia, manifestándose a través de dificultades en el desarrollo de las habilidades sociales y conflictos de relación interpersonal (Malik, Wells y Wittkowski, 2015; Mikulincer y Shaver, 2012).

La dimensión ansiedad del apego es significativamente mayor en la muestra clínica, lo cual es coherente con lo esperado. Sin embargo, no se observan diferencias significativas en la dimensión evitación. Ello podría explicarse por el momento evolutivo propio de la adolescencia y primera juventud. Recordemos que la descripción que el CR hace del apego desvalorizador incluye el énfasis en sentirse independiente y autosuficiente, en rehuir la dependencia emocional, y esas características pueden ser

atractivas para un adolescente-joven, puesto que en esta etapa evolutiva la construcción de la autonomía emocional permitirá al adolescente seguir elaborando el proceso de separación-individuación a la vez que sigue precisando, más aún, del soporte parental (Brown y Wright, 2001; Oliva, 2001). Respecto a la psicopatología, la muestra clínica presenta puntuaciones significativamente más altas en el factor internalización y en la puntuación de psicopatología total, probablemente debido a que en nuestra muestra clínica predominan los trastornos ansioso-depresivos, por tanto, internalizadores. Se corrobora así, sólo en parte nuestra Hipótesis 2, puesto que nuestro estudio no refleja mayor externalización con respecto a la muestra clínica, como también preveíamos. También conviene tener en cuenta que en la muestra no-clínica podemos encontrar adolescentes-jóvenes con problemas psicopatológicos, de manera que se incrementaría la puntuación de la psicopatología y se reducirían las diferencias entre ambas muestras.

Comparación por género

La comparación entre chicos y chicas pone de manifiesto que las chicas presentan puntuaciones significativamente más altas en la dimensión ansiedad del apego y en los factores internalización y externalización del YSR y en la puntuación total de psicopatología. Este resultado es coherente con estudios realizados anteriormente (Lemos, Vallejo, y Sandoval, 2002; Muris, Meesters, y van der Berg, 2003) en especial con el de Lacasa, Mitjavila, Ochoa y Belluerka (2015) que también utiliza el YSR y compara adolescentes de muestra clínica y no-clínica.

Hallazgos en la muestra clínica

En la muestra clínica hay que destacar el predominio de los apegos inseguros (72%), de los cuales el que cuenta con mayor presencia (44%) es el preocupado, en segundo lugar, el desvalorizador (23%) y en último lugar el temeroso (5%). Se ha de puntualizar que el apego seguro tiene una presencia relevante asimismo (28%), que confirmaría la idea de que el estilo de apego podría ser un factor de vulnerabilidad y no un determinante en el desarrollo de problemas psicopatológicos (Mikulincer y Shaver, 2007, 2012). Siguiendo el modelo de apego de Bartholomew y Horowitz (1991), en la muestra clínica predominan los adolescentes-jóvenes con apego preocupado que tienden a sentirse inferiores y a buscar la proximidad, pero sintiendo inquietud y malestar. Además, existe una alta presencia de apegos desvalorizadores que sobrevaloran la autonomía y la independencia en detrimento de la proximidad interpersonal (Mikulincer y Shaver, 2007). Los datos señalan que los adolescentes de la muestra están involucrados en la tarea de encontrar las conductas relacionales que les permitan regular la distancia relacional para orientarse en el continuo de autonomía- dependencia, una de las tareas fundamentales a desarrollar en la adolescencia para llevar a cabo el proceso de desvinculación e individuación (Brown y Wright, 2001; Oliva, 2011).

La dimensión ansiedad del apego correlaciona significativamente con la psicopatología internalizante y con la psicopatología total. Ello corrobora la relación entre esa dimensión asociada a una mala imagen del self, y los síntomas psicopatológicos (Camps, Castillo y Cifre, 2014). Sin embargo, como sucede en otros estudios, tampoco nuestros datos demuestran la relación entre apego inseguro (mayor ansiedad y evitación) y la psicopatología externalizante (Rönnlund y Karlsson, 2006;

Lacasa, Mitjavila, Ochoa y Balluerka, 2015), confirmándose, por tanto, en parte nuestra Hipótesis 3.

Como predecíamos en nuestra Hipótesis 4, la dimensión evitación del apego correlaciona negativamente con la alianza terapéutica, especialmente con las dimensiones de enganche en el proceso y seguridad, si bien el análisis de regresión indica que el porcentaje de varianza explicada es bajo (13,8%, 8,7% y 15,7%, respectivamente). Sin embargo, la dimensión ansiedad del apego no correlaciona con la alianza terapéutica, siendo un resultado idéntico al obtenido por Smith, Msetfi y Golding, (2010), pese a que la fuerza de la alianza se vería afectada por la presencia de un patrón relacional evitativo. Tomando en consideración las conclusiones de Mallinckrodt y Jeong (2015) en su revisión meta-analítica, tanto la ansiedad como la evitación interfieren en el desarrollo de un apego seguro en la terapia, aunque nuestros datos apuntan sólo a la dimensión evitación del apego como variable que interfiere en dicha construcción. Los pacientes que emplean predominantemente estrategias de desactivación emocional sienten la necesidad de generar una distancia respecto al terapeuta, por tanto, a la hora de establecer una alianza terapéutica, no parece tan importante la sintomatología del paciente como su estilo relacional. Teniendo en cuenta lo anterior, una propuesta relacional por parte del terapeuta donde la distancia interpersonal sea poca o el paciente sienta comprometida su intimidad es vivida con angustia e inquietud por pacientes con estilos distantes y temerosos en los que predomina la necesidad de amplia distancia interpersonal y control de la relación. Las investigaciones de la distancia interpersonal confirman la necesidad de regularla en función de la propuesta del paciente para facilitar una mejor respuesta al tratamiento (Bowlby 1988; Corbella y Botella, 2003; Siefert y Hilsenroth, 2015; Smith, Msetfi y

Golding, 2010). Las capacidades relacionales de paciente y terapeuta, asociadas a su estilo de apego, están fuertemente implicadas en la alianza terapéutica (Bucci, Seymour-Hyde, Harris y Berry, 2015; Byrd, Patterson y Turchik, 2010; Corbella y Botella, 2008; Mallinckrodt y Jeong, 2015).

Una sólida alianza terapéutica se ha convertido en una necesidad para un buen resultado de la psicoterapia y en un factor común a todas las psicoterapias (Corbella y Botella, 2008; Smith, Msetfi y Golding, 2010). En la revisión realizada por Shirk y Kaver, (2011), centrada en la alianza con niños y adolescentes, se apunta a la idea de factor único por no ser fácilmente diferenciables los tres componentes de la alianza (vínculo emocional, tarea y objetivo) en ese momento evolutivo. Nuestros resultados apuntan a que ese factor único tiene relación sobre todo con la seguridad reflejada en la experiencia de abrir el mundo interno y atreverse a hablar de temas dolorosos al terapeuta. Sería el vínculo emocional el que habilitaría al adolescente para establecer una sólida alianza e implicarse en el trabajo terapéutico. Otra aportación de la revisión de Shirk y Kaver (2011) es que la relación con un terapeuta empático, disponible y sensible a las necesidades del adolescente puede ser una oportunidad para satisfacer necesidades que no han sido cubiertas en otros contextos (Rogers, 1957). Esta relevancia del componente del vínculo emocional de la alianza terapéutica es plenamente coherente con la propia definición de apego. Estamos hablando en definitiva del terapeuta como *base segura* que permita la exploración del paciente y la revisión y reorganización de los modelos operativos internos (Bowlby, 1988). La reestructuración de los modelos operativos internos se da en la adolescencia como proceso de reflexión, gracias a la potencia que adquiere el *self reflexivo* (Fonagy, 1991). Las experiencias relacionales con uno mismo y con los otros, son revisadas, de manera que esa *base*

segura que supone el terapeuta facilitará que los modelos operativos internos (Bucci, Seymour-Hyde, Harris y Berry, 2015; Shirk y Kaver, 2011) se reorganicen de una manera más sana y que permitan el despliegue de su potencial de crecimiento, una mejor adaptación y una mejor regulación emocional en las relaciones interpersonales del adolescente (Brumariu y Kerns, 2010; Sroufe y Waters, 1977). En consecuencia, permitirá vivir la adolescencia como un periodo de posibilidades y fructífero en vez de un periodo amenazante y conflictivo (Sanchís y Botella, 2007). Además de la relación entre síntomas psicopatológicos y ansiedad del apego nuestros resultados muestran también una correlación negativa entre psicopatología internalizadora y la dimensión seguridad de la alianza terapéutica. Esto matiza resultados observados de que los pacientes que presentan más síntomas tienen más dificultades para formar buenas alianzas (Bucci, Seymour-Hyde, Harris y Berry, 2015).

El total de visitas realizadas por el adolescente y su familia correlaciona negativamente con la psicopatología externalizadora, confirmándose parcialmente nuestra Hipótesis 5, ya que no existe relación con las dimensiones ansiedad y evitación del apego, ni con el factor externalización y psicopatología total, ni con la alianza terapéutica. Recordemos que la puntuación máxima del SOATIF es de 60, y que los pacientes de nuestra muestra tienen una media de 45.05, asimismo la asistencia de los pacientes es muy alta, 4,35 de promedio de un total de 5 visitas posibles, únicamente 5 pacientes (12.3% de la muestra clínica) asisten sólo a 2 ó 3 visitas. Ello es debido, probablemente a que la mayoría de los pacientes establecieron sólidas alianzas con sus terapeutas, lo cual facilitó la asistencia a las visitas programadas (Corbella y Botella, 2003; Smith, Msetfi y Golding, 2010). Otra posible explicación es que al ser adolescentes los padres se responsabilizaban de llevarlos a las visitas concertadas.

Como decíamos, la psicopatología externalizadora correlaciona negativamente con el número de visitas, mostrando el análisis de regresión que explica el 9,3% de la varianza. La sintomatología externalizadora podría tener un triple efecto, en primer lugar, buscaría movilizar el sistema de apego en los padres, en segundo lugar, al tratarse de conductas claramente disfuncionales y visibles la percepción de amenaza y ansiedad se activaría por parte de los padres y madres que potenciaría la búsqueda de ayuda profesional (Smith, Msetfi y Golding, 2010), y en tercer lugar tendería a dificultar la asistencia. Conviene aclarar que nuestros pacientes no muestran sólo sintomatología externalizadora sino también internalizadora, como pone de manifiesto la correlación significativa que existe entre ambos tipos de psicopatología. De la misma manera que los modelos operativos internos se van cristalizando a lo largo del tiempo, la psicopatología puede manifestarse, asimismo, como internalizadora y externalizadora en el periodo de la adolescencia y posteriormente en la edad adulta fijarse en un tipo de manifestación (Brumariu y Kerns, 2010). Los datos obtenidos no revelan suficiente contraste como para ofrecer correlaciones significativas entre número de visitas y alianza terapéutica como sería esperable. Futuros estudios deberán clarificar mejor la relación entre estas variables.

Limitaciones

Nuestro estudio presenta diversas limitaciones que hay que tener en cuenta. Respecto a la muestra, además de que el tamaño muestral podría ampliarse, en la muestra no-clínica no se controló cuántos de los adolescentes-jóvenes presentaban problemas psicopatológicos, y estaban realizando algún tipo de tratamiento psicológico o psiquiátrico, de manera que se producen intersecciones entre la muestra clínica y no-

clínica. La muestra clínica, asimismo, presenta dispersión con respecto a la variable edad, mezclándose pre-adolescentes, adolescentes y adultos jóvenes, lo cual puede interferir en la claridad de los resultados: es probable que haya diferencias en la forma de establecer la alianza entre esos grupos de edad, y las formas de expresar la psicopatología, ya que como comentábamos tiende a definirse mejor y estabilizarse con la edad.

Señalar también que los instrumentos utilizados son todos ellos auto-informes, por tanto, recogen la autopercepción de los participantes. Si bien el CR sí ha sido utilizado con adolescentes (Wilson y Wilkinson, 2012) para evaluar el apego (CR), no ocurre lo mismo con el instrumento usado para evaluar la alianza terapéutica (SOATIF), sobre todo porque son muy escasos los estudios sobre alianza terapéutica con adolescentes-jóvenes. Todo ello dificulta la comparación de nuestros resultados con otros estudios.

Los resultados obtenidos no muestran suficiente variabilidad en cuanto a la alianza y el número de visitas, ya que los pacientes de la muestra asisten prácticamente a todas las visitas y además han establecido una sólida alianza terapéutica. Añadir, que la alianza terapéutica, fue medida en la sesión uno y dos del proceso de evaluación y no se realizaron evaluaciones posteriores en el proceso de intervención terapéutica. En nuestro estudio hemos evaluado el apego general de los pacientes, pero no el apego específico paciente-terapeuta, que podría variar. Tampoco recogimos datos sobre la asistencia de los pacientes después de la quinta visita, ni el punto de vista de los padres sobre la psicopatología, ni el de los terapeutas sobre la alianza terapéutica. En relación a este último aspecto, la investigación señala que la perspectiva del paciente es un predictor más consistente del resultado psicoterapéutico que la perspectiva del terapeuta

(Bucci, Seymour-Hyde, Harris y Berry, 2015; Diener y Monroe, 2011; Mallinckrodt y Jeong, 2015).

Sin embargo, pese a las limitaciones señaladas, nuestro estudio aporta algunos resultados que consideramos de interés, teniendo en cuenta que, en nuestro conocimiento, es el primer estudio que evalúa simultáneamente, apego, psicopatología y alianza psicoterapéutica en una muestra clínica de adolescentes-jóvenes. Los datos confirman la relación entre apego y psicopatología subrayando que la dimensión ansiedad del apego sería más importante que la dimensión evitación. También nos parece relevante que la evitación del apego interfiera en la formación de la alianza terapéutica. Consecuentemente, se pone de manifiesto la necesidad de evaluar el apego, ya que una de las tareas fundamentales del terapeuta será superar los obstáculos relacionales que plantea el paciente y constituirse en la *base segura* que promoverá el cambio y la salud mental de los pacientes, para tener acceso a una vida más plena que les permita asumir las tareas propias de la adolescencia.

REFERENCIAS

- Achenbach, T.M. (1991). *Manual for the Youth Self Report and 1991 Profile*. Burlington, VT: Dept. of Psychiatry. University of Vermont.
- Bakermans-Kranenburg, M. J., & van IJzendoorn, M. H. (2009). The first 10,000 Adult Attachment Interviews: Distributions of adult attachment representations in clinical and non-clinical groups. *Attachment & human development*, 11(3), 223-263. Recuperado en [org/10.1080/14616730902814762](http://dx.doi.org/10.1080/14616730902814762).
- Bartholomew, K., & 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. Recuperado en [doi.org/10.1037/0022-3514.61.2.226](http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.61.2.226).
- Bernecker, S. L., Levy, K. N., & 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. Recuperado en <http://dx.doi.org/10.1080/10503307.2013.809561>.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, research & practice*, 16 (3) , 252-260. Recuperado en <http://dx.doi.org/10.1037/h0085885>.
- Bowlby, J. (1976). The making and breaking of affectional bonds. I. Aetiology and psychopathology in the light of attachment theory. An expanded version of the Fiftieth Maudsley Lecture. *The British Journal of Psychiatry* Mar 1977, 130 (3) 201-210. Doi: 10.1192/bjp.130.3.201.

- Bowlby, J. (1977). The making and breaking of affectional bonds. II. Some principles of psychotherapy. The fiftieth Maudsley Lecture. *The British Journal of Psychiatry*, 130(5), 421-431. Doi: 10.1192/bjp.130.5.421.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. London: Routledge.
- Brown, L. S., & Wright, J. (2001). Attachment theory in adolescence and its relevance to developmental psychopathology. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 8(1), 15-32. Doi: 10.1002/cpp.274.
- Brumariu, L. E., & Kerns, K. A. (2010). Parent-child attachment and internalizing symptoms in childhood and adolescence: A review of empirical findings and future directions. *Development and psychopathology*, 22(1), 177. Doi: 10.1017/S0954579409990344.
- Bucci, S., Seymour-Hyde, A., Harris, A., & Berry, K. (2015). Client and therapist attachment styles and working alliance. *Clinical psychology & psychotherapy*. Doi: 10.1002/cpp.1944.
- Buist, K. L., Deković, M., Meeus, W., & van Aken, M. A. (2004). The reciprocal relationship between early adolescent attachment and internalizing and externalizing problem behaviour. *Journal of adolescence*, 27(3), 251-266. Recuperado en doi.org/10.1016/j.adolescence.2003.11.012.
- Byrd, K. R., Patterson, C. L., & Turchik, J. A. (2010). Working alliance as a mediator of client attachment dimensions and psychotherapy outcome. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 47(4), 631. Doi: 10.1037/a0022080.

- Camps-Pons, S., Castillo-Garayoa, J. A., & Cifre, I. (2014). Apego y psicopatología en adolescentes y jóvenes que han sufrido maltrato: implicaciones clínicas. *Clínica y salud*, 25(1), 67-74.
- Cooper, M. L., Shaver, P. R., & Collins, N. L. (1998). Attachment styles, emotion regulation, and adjustment in adolescence. *Journal of personality and social psychology*, 74(5), 1380. Recuperado en doi.org/10.1037/0022-3514.74.5.1380.
- Corbella, S. & Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de psicología*, 19(2), 205. ISSN: 0212-9728.
- Dawson, A. E., Allen, J. P., Marston, E. G., Hafen, C. A., & Schad, M. M. (2014). Adolescent insecure attachment as a predictor of maladaptive coping and externalizing behaviors in emerging adulthood. *Attachment & human development*, 16(5), 462-478. Recuperado en doi.org/10.1080/14616734.2014.934848.
- Diener, M. J., & Monroe, J. M. (2011). The relationship between adult attachment style and therapeutic alliance in individual psychotherapy: a meta-analytic review. *Psychotherapy*, Vol 48(3), 237-248. Recuperado en <http://dx.doi.org/10.1037/a0022425>.
- Dykas, M. J., Woodhouse, S. S., Cassidy, J., & Waters, H. S. (2006). Narrative assessment of attachment representations: Links between secure base scripts and adolescent attachment. *Attachment & Human Development*, 8(3), 221-240. Recuperado en <http://dx.doi.org/10.1080/14616730600856099>.
- Eames, V., & Roth, A. (2000). Patient attachment orientation and the early working alliance-a study of patient and therapist reports of alliance quality and

- ruptures. *Psychotherapy Research*, 10(4), 421-434. Doi: 10.1093/ptr/10.4.421.
- Escudero, V., & Friedlander, M. L. (2003). El sistema de observación de la alianza terapéutica en intervención familiar (SOATIF): Desarrollo trans-cultural, fiabilidad, y aplicaciones del instrumento. *Mosaico (Journal of the Spanish Federation of Family Therapy Associations)*, 25, 32-36.
- Fitton, V. A. (2012). Attachment theory: History, research, and practice. *Psychoanalytic Social Work*, 19(1-2), 121-143. Doi: 10.1080/15228878.2012.666491.
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Moran, G. S., & Higgitt, A. C. (1991). The capacity for understanding mental states: The reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. *Infant mental health journal*, 12(3), 201-218. Recuperado en [http://dx.doi.org/10.1002/1097-0355\(199123\)12:3%3C201::AID-IMHJ2280120307%3E3.0.CO;2-7](http://dx.doi.org/10.1002/1097-0355(199123)12:3%3C201::AID-IMHJ2280120307%3E3.0.CO;2-7).
- Friedlander, M. L., Escudero, V., Horvath, A. O., Heatherington, L., Cabero, A., & Martens, M. P. (2006). System for observing family therapy alliances: A tool for research and practice. *Journal of Counseling Psychology*, 53(2), 214. Recuperado en <http://dx.doi.org/10.1037/0022-0167.53.2.214>.
- Lacasa, F., Mitjavila, M., Ochoa, S., & Balluerka, N. (2015). The relationship between attachment styles and internalizing or externalizing symptoms in clinical and nonclinical adolescents. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 31(2), 422-432. Doi: <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.31.2.169711>.

- Lemos, S., Fidalgo, A. M., Calvo, P., & Menéndez, P. (1992). Estructura factorial de la prueba YSR y su utilidad en psicopatología infanto-juvenil. *Análisis y modificación de Conducta.*, 18(62), 883-905.
- Lemos, S., Vallejo, G. y Sandoval, M. (2002). Estructura factorial del Youth Self-Report (YSR). *Psicothema*, 14(4), 816-822.
- Malik, S., Wells, A., & Wittkowski, A. (2015). Emotion regulation as a mediator in the relationship between attachment and depressive symptomatology: a systematic review. *Journal of affective disorders*, 172, 428-444. Recuperado en <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2014.10.007>.
- Mallinckrodt, B., & Jeong, J. (2015). Meta-analysis of client attachment to therapist: Associations with working alliance and client pretherapy attachment. Recuperado en <http://dx.doi.org/10.1037/a0036890>.
- Marmarosh, C. L., Gelso, C. J., Markin, R. D., Majors, R., Mallery, C., & Choi, J. (2009). The real relationship in psychotherapy: Relationships to adult attachments, working alliance, transference, and therapy outcome. *Journal of Counseling Psychology*, 56(3), 337. Recuperado en <http://dx.doi.org/10.1037/a0015169>
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007). Attachment bases of psychopathology. *Attachment in adulthood. Structure, Dynamics, and Change*, 369-404. New York: The Guilford Press.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2012). An attachment perspective on psychopathology. *World Psychiatry*, 11(1), 11-15. Doi: 10.1016/j.wpsyc.2012.01.003.

- Muris, P., Meesters, C., & van den Berg, S. (2003). Internalizing and externalizing problems as correlates of self-reported attachment style and perceived parental rearing in normal adolescents. *Journal of Child and Family Studies*, *12*(2), 171-183. Doi:10.1023/A:1022858715598.
- Oliva, A., & Parra, Á. (2001). Autonomía emocional durante la adolescencia. *Infancia y aprendizaje*, *24*(2), 181-196. Recuperado en doi.org/10.1174/021037001316920726.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, *21*, 95-103.
- Rönnlund, M., & Karlsson, E. (2006). The relation between dimensions of attachment and internalizing or externalizing problems during adolescence. *The Journal of Genetic Psychology*, *167*(1), 47-63. Doi: 10.3200/GNTP.167.1.47-63.
- Sanchís, F. & Botella, L. (2007). Apego y sintomatología depresiva en la adolescencia: su relación con los acontecimientos vitales. *Revista de psicoterapia*, *18*(72), 27-56.
- Sandoval Mena, M., Lemos Giráldez, S., & Vallejo Seco, G. (2006). Self-reported competences and problems in Spanish adolescents: A normative study of the YSR. *Psicothema*, *18* (4), 804-809. ISSN: 0214-9915.
- Shaver, P. R., & Mikulincer, M. (2002). Dialogue on adult attachment: Diversity and integration. *Attachment & Human Development*, *4*(2), 243-257. Recuperado en doi.org/10.1080/14616730210157484.

- Shirk, S. R., Karver, M. S., & Brown, R. (2011). The alliance in child and adolescent psychotherapy. *Psychotherapy*, 48, 17-24. Doi: 10.1037/a0022181.
- Siefert, C. J., & Hilsenroth, M. J. (2015). Client attachment status and changes in therapeutic alliance early in treatment. *Clinical psychology & psychotherapy*, 22(6), 677-686. Doi: 10.1002/cpp.1927.
- Smith, A. E., Msetfi, R. M., & Golding, L. (2010). Client self-rated adult attachment patterns and the therapeutic alliance: A systematic review. *Clinical psychology review*, 30(3), 326-337. Recuperado en <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2009.12.007>.
- Sroufe, L. A., & Waters, E. (1977). Attachment as an organizational construct Child development, 1184-1199. Doi: 10.2307/1128475.
- Marmarosh, C. L., Kivlighan Jr, D. M., Bieri, K., LaFauci Schutt, J. M., Barone, C., & Choi, J. (2014). The insecure psychotherapy base: Using client and therapist attachment styles to understand the early alliance. *Psychotherapy*, 51(3), 404. Recuperado en <http://dx.doi.org/10.1037/a0031989>.
- Wilson, J. M., & Wilkinson, R. B. (2012). The self-report assessment of adolescent attachment: a systematic review and critique. *Journal of Relationships Research*, 3, 81. Doi: <https://doi.org/10.1017/jrr.2012.7>.
- Yaben, S. Y., Alonso-Arbiol, I., & Plazaola, M. (2001). Apego en adultos y percepción de los otros. *Anales de psicología*, 17(2), 159-170.
- Yárnnoz-Yaben, S., & Comino, P. (2011). Evaluación del apego adulto: análisis de la convergencia entre diferentes instrumentos [Assessment of adult attachment:

Analysis of the convergence between different instruments]. *Acción psicológica*, 8(2), 67-85. Doi: doi.org/10.5944/ap.8.2.191.

Zack, SE, Castonguay, LG, Boswell, JF, McLeavey, AA, Adelman, R., Kraus, DR, y Pate, GA (2015). Attachment History as a Moderator of the Alliance Outcome Relationship in Adolescents. *Psicoterapia*, 52 (2), 258. Recuperado en <http://dx.doi.org/10.1037/a0037727>.