



Universitat Ramon Llull

**LA ADVERSIDAD: RESILIENCIA, APEGO ADULTO, DEPRESIÓN
Y FACTORES ASOCIADOS.**

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

Universitat Ramón Llull

Jaume Grané Morcillo

Tutor: Dr. Lluís Botella Garcia Del Cid

Barcelona, Maig 2019

Resumen

La resiliencia es un constructo ampliamente investigado en relación a los estilos de apego y la depresión. Sin embargo, no existe un consenso en su definición ni en sus factores asociados. Tampoco se conoce el tipo de papel que desempeña el apego en el desarrollo de la resiliencia, ni el estilo de apego inseguro específico que pueda condicionar un menor desarrollo de la capacidad resiliente. Por ello, en este estudio se analizó la relación entre estas tres variables en una muestra de 120 adultos de la población catalana de edades comprendidas entre 19 y 64 años. Los resultados obtenidos demuestran una relación significativa entre el estilo de apego seguro, mayor resiliencia y menor tendencia a la depresión; así como entre el estilo de apego inseguro temeroso, menor capacidad resiliente y mayores tasas en sintomatología depresiva. Por otro lado, se demostró mayor prevalencia de apego seguro en personas casadas y de apego inseguro temeroso en personas separadas y divorciadas. Además, la resiliencia correlacionó negativamente con la depresión. Estos resultados tienen implicaciones a dos niveles: en incluir aspectos propios del apego seguro en la definición de resiliencia; así como en la evaluación, intervención y prevención de trastornos mentales, con especial énfasis en las funciones introyectivas parentales de contención de ansiedad y expresión emocional, facilitadoras de apego seguro.

Palabras clave: resiliencia, adversidad, estilo de apego, depresión, estado civil.

Abstract

Resilience is a widely researched construct in relation to attachment styles and depression. However, there is no consensus in its definition or in its associated factors. The role played by attachment in the development of resilience is also unclear, as the specific insecure attachment style that may condition a lower development of resilient capacity. Therefore, in this study we analyzed the relationship between these three variables in a sample of 120 adults from Catalonia, aged between 19 and 64. The results obtained show a significant relationship between safe attachment style, greater resilience and less tendency to depression; as well as between insecure fearful attachment style, lower resilience and higher rates of depressive symptomatology. On the other hand, a higher prevalence of secure attachment in married people and insecure fearful attachment in separated and divorced people, was shown. In addition, resilience correlates negatively with depression. These results have implications on two levels: including aspects of secure attachment in the definition of resilience; as well as in the evaluation, intervention and prevention of mental disorders, with special emphasis on the introjective parental functions of anxiety contention and emotional expression, both facilitators of secure attachment.

Key words: resilience, adversity, attachment style, depression, marital status.

Introducción

Desde el auge de la Psicología positiva de Seligman (2000), han aumentado considerablemente los estudios e investigaciones relacionados con los aspectos positivos de la conducta y emoción humana. Entre estas investigaciones, en la década de los setenta surge el concepto de resiliencia fruto de la observación de niños que a pesar de haber crecido en situaciones adversas mostraban un desarrollo saludable y una significativa calidad de vida (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

Definición del constructo resiliencia

La resiliencia es un constructo relativamente reciente en el campo de la Psicología, que ha sido ampliamente definido e investigado en relación a sus factores asociados, como los trastornos psicopatológicos, enfermedades físicas, variables familiares, variables educativas y vulnerabilidad psicosocial (Fernández, Teva & Bermúdez, 2015). Sin embargo, como muestran investigaciones psicométricas, parece que siguen habiendo dificultades para determinar las características que constituyen el constructo (Truffino, 2010), de modo que no existe un acuerdo en los factores asociados. El término proviene de la física y se refiere a la capacidad de los cuerpos para volver a su forma original después de haber sufrido deformaciones que son producto de la fuerza aplicada. En las ciencias sociales en general y en la Psicología en particular hace referencia a la capacidad o proceso para sobreponerse y afrontar situaciones adversas (Braverman, 1999), mediante una adaptación positiva en el contexto de riesgo, superando la desesperanza y saliendo fortalecido (Luthar, Sawyer & Brown, 2006). Según Wagnild y Young (1993), la resiliencia es una característica de la personalidad que modera el efecto negativo del estrés y fomenta la adaptación. En definitiva, la resiliencia consiste en el proceso y resultado de superar la adversidad, sin que ésta afecte a un desarrollo exitoso (Becoña, 2006) y obteniendo como beneficio un aprendizaje de ello. Como plantean Vera, Carbelo y Vecina (2006) este aprendizaje puede implicar un crecimiento postraumático, ya que supone la oportunidad de reestructurar la manera de ver el mundo. Por lo tanto, probablemente esté relacionada en mayor o menor medida con las estrategias cognitivas empleadas.

Según esta definición poco consensuada, parece ser que las personas resilientes son aquellas que obtienen un resultado exitoso bajo unas situaciones adversas o de riesgo. Veamos qué factores de riesgo y protectores pueden estar asociados con esta capacidad. En su metaanálisis, Saavedra y Villalta (2008) recogieron un amplio número de factores de riesgo biológicos y socioambientales, así como factores protectores, para identificar las dimensiones de la resiliencia. Entre los biológicos destacarían los efectos fetales del consumo durante el embarazo, el nacimiento prematuro y el deterioro neurológico. Los factores de riesgo socioambientales serían la negligencia, maltrato, abuso físico o sexual, problemas de consumo o trastornos mentales parentales, violencia doméstica y divorcio traumático. Por otro lado, existirían los factores protectores o “resilientes”, como autoestima, identidad, autonomía y sentido de autonomía, sociabilidad y sentido de pertinencia, inteligencia emocional y empatía, habilidades sociales, humor positivo, creatividad, motivación de logro y metas vitales, satisfacción, autoeficacia, generatividad, pragmatismo y modelos de referencia (Saavedra & Villalta, 2008). Además, Fernández et al. (2015) en su revisión sistemática de 390 artículos sobre la resiliencia y factores culturales descubrieron ciertos aspectos comunes interculturales: la resiliencia está asociada con menor prevalencia de trastornos psicopatológicos, mejor afrontamiento de enfermedades físicas graves, mejor adaptación familiar-escolar y menor vulnerabilidad ante un ambiente adverso.

Esta claro que la capacidad resiliente empieza a formarse en edades muy tempranas, aunque quizás no condicione definitivamente al sujeto. Esto es, un niño no resiliente puede desarrollar la capacidad de resiliencia en la adolescencia, juventud o adultez. De este modo, la resiliencia no es inamovible, sino que evoluciona a lo largo de ciclo vital, en función de los estresores del ambiente y de las circunstancias del contexto (Luthar et al., 2006). Por lo tanto, tal y como coinciden varios autores, no existen diferencias significativas en las distintas etapas vitales en relación a los niveles de resiliencia (Luthar et al., 2006; Saavedra & Villalta, 2008). En cuanto al papel de la familia, Rodrigo, Camacho, Máiquez, Byrne y Benito (2009) encontraron los siguientes factores socioambientales asociados a la resiliencia en situaciones de riesgo psicosocial: mayor número de hermanos, que incrementa el desarrollo de las habilidades sociales; un entorno rural o periférico en lugar de urbano; mayor edad del progenitor o progenitores, que implica mayor grado de madurez parental; y expectativas de

futuro, motivación para el cambio y cooperación con los servicios sociales, por parte de los padres, siendo generalmente la madre quien muestra mayor implicación. Además, estos autores obtuvieron en su muestra un 49% de resiliencia en familias biparentales frente a un 56,7% en familias monoparentales, lo cual parece significar que la resiliencia aumenta en las situaciones de riesgo, ya que quizás, precisamente el riesgo permite desarrollar dicha capacidad. Es decir, en función de la casuística, un niño podrá desarrollar un apego inseguro (Morelato, 2011) y/o una capacidad resiliente (Rodrigo et al., 2009; Vera et al., 2006), bajo las mismas circunstancias de maltrato infantil. Por lo tanto, haber sufrido situaciones de riesgo no implica forzosamente desarrollar o no desarrollar resiliencia. Quizás el estilo de apego esté relacionado con ello.

Estilos de apego adulto y diferencias de afrontamiento

Bowlby (1969) y Ainsworth (1970) fueron los pioneros en plantear los distintos tipos de apego. En primera instancia Bowlby se dedicó a observar el vínculo emocional entre las madres y los recién nacidos, llegando a formular así la teoría del apego. La premisa básica de la teoría del apego es que las experiencias emocionales de un individuo con los cuidadores configuran sus puntos de vista básicos hacia sí mismo y hacia los demás y tienen un efecto en la edad adulta (Bowlby, 1969). En su experimento en la situación del extraño, Ainsworth & Bell (1970) observaron diferencias conductuales entre distintos grupos de niños y describieron el apego seguro, el inseguro-evitativo y el inseguro-ambivalente. Las madres de los niños con apego seguro se mostraban responsivas, sensibles y emocionalmente disponibles, de modo que los niños tenían una base segura para explorar el entorno y también buscaban el contacto físico. Los de apego inseguro-evitativo se mostraban independientes e ignoraban a la madre, no buscaban proximidad física y parecían poco afectados con la separación o la pérdida. Por último, los de apego inseguro-ambivalente parecían preocupados por la ausencia de la figura significativa, pero mostraban hostilidad o inquietud cuando obtenían el contacto y las madres solían mostrar una disponibilidad emocional intermitente o parcial, siendo sensibles en unas situaciones y frías en otras. Más adelante, Main y Solomon (1986) plantearían un cuarto tipo de apego infantil, el inseguro desorganizado o desorientado, que se caracterizaba por miedo y confusión respecto a las figuras de apego, con mayores

muestras de inseguridad y de conductas contradictorias. Años después, Bowlby (1988) plantearía la teoría representacional sobre el apego, en la cual conceptualizó el apego como cualquier forma de conducta que tiene como resultado el establecimiento o la conservación de la proximidad con otro individuo claramente identificado, al que se considera mejor capacitado para enfrentarse al mundo. En su teoría profesó que los individuos creamos representaciones mentales de nosotros mismos y de las relaciones con los demás, mediante distintos modelos operativos internos, los cuales se generan en base a las experiencias relacionales con los cuidadores durante la infancia y condicionan la forma de relacionarse en el futuro, mediante expectativas y actitudes de confianza/desconfianza. Si la figura de apego ha mostrado una disponibilidad permanente tanto a nivel físico como emocional, el niño recibirá una respuesta adecuada a sus necesidades y desarrollará un apego seguro. El autor también planteó que estos modelos o representaciones son reelaborables a lo largo de la vida.

Siguiendo los planteamientos de Bowlby (1988) respecto de la representación de sí mismo y de los otros, Bartholomew y Horowitz (1991) plantearon cuatro estilos de apego adulto en base a dos dimensiones: la ansiedad del abandono y la evitación de la cercanía emocional. Según Bartholomew y Horowitz (1991), en primer lugar existe apego adulto seguro, con una visión positiva de sí mismo y de los demás, con los consiguientes bajos niveles de ansiedad y de evitación. Son adultos con capacidad de intimidad y confianza en los demás, con mayor autoestima y mejores estrategias de afrontamiento del estrés. En el estilo inseguro existen tres subgrupos: evitativo, preocupado y temeroso. El inseguro evitativo tiene una visión positiva de él mismo y negativa de los demás, con baja ansiedad debido a la alta evitación del contacto interpersonal. En la adultez muestran alta necesidad de éxito, perfeccionismo y sus relaciones sociales se caracterizan por la distancia afectiva y la frialdad emocional, con una marcada falta de empatía. El estilo inseguro preocupado tiene una visión negativa de sí mismo y positiva de los otros, lo que implica alta ansiedad y baja evitación. En sus relaciones adultas, se caracteriza por tener cierta falta de autoestima que implica una actitud dependiente y una fuerte necesidad de conseguir la aprobación de los demás. Por último, el estilo inseguro temeroso está caracterizado por un visión negativa tanto del *self* como del *alter*, que está asociada a altos niveles de ansiedad y evitación. En la adultez mostrará desconfianza y un elevado miedo al abandono.

Burutxaga et al. (2018) distinguen los conceptos apego y vínculo. Según los autores el apego se referiría al conjunto de estrategias y conductas que lleva a cabo el niño para obtener protección así como una respuesta emocional suficiente y suele ser dual (diada madre-hijo); mientras que el vínculo es un concepto más amplio que se refiere a una gran variedad de conductas relacionales y por lo tanto, plural. Sin embargo, ambos tienen en común que se desarrollan con la madre, el apego como base segura para explorar el entorno y el vínculo como espacio para la estructuración de la realidad psíquica y la realización personal. Además, tanto apego como vínculo condicionan la manera de relacionarse en el futuro. Esta delimitación conceptual es muy útil ya que generalmente se utilizan de modo indiscriminado, como sinónimos totales o parciales.

En cuanto a las variables asociadas al apego seguro adulto, Páez, Fernández, Campos, Zubieta y Casullo (2006) plantean que los adultos con apego seguro evalúan las situaciones estresantes como menos amenazadoras y tienen mejores estrategias de afrontamiento, así como reconocimiento y expresión emocional. Tienen una visión positiva del *self* y del mundo, muestran menos miedo al abandono y tienen capacidad de intimidad. De este modo, demuestran que el apego seguro se asocia a la inteligencia emocional (IE), cohesión, flexibilidad y expresividad emocional familiar, capacidad de reparación y autocontrol, calidez maternal y paternal, así como resolución de conflictos (Paéz et al., 2006). En cuanto a la IE, Kafetsios (2004) encontró que individuos con apego seguro son más hábiles identificando expresiones emocionales faciales que los de apego inseguro. Además, Taylor y Bagby (2004) también confirman esta asociación entre apego seguro y IE, encontrando una correlación negativa entre apego seguro y alexitimia o dificultad para identificar y expresar emociones. Del mismo modo, Redondo (2016) encontró una correlación significativa entre apego seguro e IE así como una negativa entre apego inseguro preocupado e IE, ya que el estilo preocupado tiene mayor propensión a la rumiación e hipervigilancia de sus sentimientos.

Por otro lado, en relación al apego inseguro, se ha demostrado que los niños maltratados están más predispuestos a desarrollar un apego inseguro, aunque sin que esto afecte al desarrollo de sus capacidades cognitivas y emocionales (Morelato, 2011).

En cuanto a la depresión, avanzándonos al punto siguiente, cabe decir que aunque varios estudios (Del Barrio, 2007; Redondo, 2016; Weinfield, Sroufe, Egeland & Carlson, 1999) demuestran la relación entre depresión y apego inseguro, faltan resultados concluyentes sobre la discriminación del tipo de apego específico con mayor tendencia a sintomatología depresiva. Así, Bifulco, Moran, Ball y Bermazzani (2002) no encontraron diferencias significativas entre los estilos preocupado, temeroso y evitativo (siendo el preocupado y el temeroso los de mayor correlación con depresión), aunque sí hallaron una correlación significativa entre estilo seguro y ausencia de trastorno depresivo. Del mismo modo, en su estudio con una muestra adolescente, Sanchís y Botella (2007) encontraron una relación significativa entre la presencia de síntomas depresivos y los estilos de apego más controladores y fríos, es decir, los estilos inseguros, aunque sin hallar tampoco un tipo específico de apego inseguro infantil. Bifulco et al. (2002) plantean que esta falta de discriminación podría deberse a una superposición entre estilos inseguros en su delimitación conceptual, ya que el estilo temeroso engloba aspectos evitativos y ansiosos propios del estilo preocupado. De hecho, el 5% de los sujetos muestran, tanto en los cuestionarios como en las entrevistas, elementos indicativos de más de un estilo. Sin embargo, Whiffen, Kallos-Lilly y MacDonal (2001) sí encontraron una mayor significación del estilo temeroso, entendiéndolo como un factor de riesgo para la depresión.

En cuanto al papel de la familia, teniendo en cuenta la idea de la transmisión intergeneracional de patrones relacionales, es esperable que unas figuras paternas con estilo de apego seguro generen apego seguro en sus hijos. De hecho, tal y como plantea Oliva (2004), la transmisión intergeneracional no es un hecho inevitable, ya que existen casos de maltrato infantil en que se dio la capacidad de que determinadas experiencias, como una relación de pareja satisfactoria, rompieran el ciclo de maltrato y transmutaran el apego inseguro a un estilo más seguro.

Definición constructo Depresión

La depresión o trastorno depresivo mayor (TDM) es un trastorno afectivo caracterizado por un estado de ánimo negativo, pérdida de placer o anhedonia, insomnio o hipersomnias, agitación o retraso psicomotor, sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva, fatiga, pérdida de energía (apatía), dificultad para pensar o concentrarse y pensamientos de muerte recurrentes (American Psychiatric Association, 2013). Aaron Beck (1979) fue de los primeros autores en interesarse por la depresión. En base a su experiencia clínica con pacientes depresivos, observó ciertos pensamientos automáticos, que eran productos cognitivos negativos generadores del malestar emocional, planteando así la terapia cognitiva, centrada en la reestructuración cognitiva. Como explican Ruiz, Díaz y Villalobos (2011), Beck planteaba que la organización cognitiva de la persona le predispone a que ciertos acontecimientos vitales puedan desencadenar el trastorno depresivo. Además, dicho autor identificó una serie de esquemas o creencias desadaptativas que denominó Triada cognitiva (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979). Estos esquemas cognitivos se caracterizan por una visión negativa de uno mismo, en la que el *self* es percibido como incompetente y desgraciado; por una visión negativa del mundo, que le plantea unas demandas excesivas o insuperables; y por una visión desesperanzadora del futuro, con la convicción de que nada va a cambiar. Por lo tanto, la clínica manifestada sería resultado de esta percepción negativista. Relacionando estas ideas con el constructo base del presente estudio, se supone que una persona resiliente tendría la capacidad de autoreestructurar sus pensamientos negativos y no establecer creencias desadaptativas. En cuanto a las diferencias de género, existen numerosos estudios que demuestran la mayor prevalencia de las mujeres en depresión mayor: las diferencias de género en la depresión son marcadas y complejas (Angst et al., 2002). Saavedra, Castro y Inostroza (2012) obtuvieron en su muestra un 73% de mujeres con diagnóstico de TDM, lo cual concuerda con la prevalencia estimada de dicho trastorno según el DSM-5, que plantea unas tasas de 1,5 a 3 veces superiores en mujeres que en hombres (American Psychiatric Association, 2013). Sin embargo, parece ser que tanto mujeres como hombres con depresión padecen un grado de deterioro social similar, de modo que no hay diferencias significativas en la manifestación de sintomatología (Angst et al., 2002).

Además de la diferencia de prevalencia poblacional entre sexos, también se ha demostrado que las mujeres tienen mayor tendencia a usar estrategias cognitivas no adaptativas, como la rumiación, la catastrofización y menor autoevaluación positiva, estando estas estrategias fuertemente relacionadas con la depresión (Garnefski, Teerds, Kraaij, Legerstee, & van den Kommer, 2004). Por lo tanto, tal y como plantearon Beck et al. (1979), Garnefski et al. (2004) concluyen que las tasas más altas de síntomas depresivos en mujeres están relacionadas con sus formas menos efectivas de enfrentarlos. Como ya se ha comentado en el punto anterior sobre el apego, existen evidencias sobre la asociación entre apego inseguro y depresión (Bifulco et al., 2002; Del Barrio, 2007; Redondo, 2016; Weinfeld et al., 1999), aunque no se ha demostrado a nivel significativo el subtipo inseguro concreto. En su estudio comparativo entre universitarios chinos y norteamericanos, Zhu, Wang y Chong (2016) encontraron una relación directa entre el apego inseguro y los síntomas depresivos, siendo el apoyo social percibido la variable intermedia, lo cual demuestra la validez intercultural de la teoría del apego. Por otro lado, Whiffen et al. (2001) demostraron también la relación entre apego inseguro y depresión en parejas, añadiendo además el conflicto de pareja como variable mediadora y la depresión en la mujer como factor que aumentaba el apego inseguro en el hombre. La depresión está asociada con las creencias de que uno no es digno de ser amado y que las figuras de apego le rechazarán (Whiffen et al., 2001). Por el contrario, el apego seguro está asociado con menor expresión de síntomas de ansiedad, depresión y/o hostilidad durante la adultez (Mikulincer & Shaver, 2003). Finalmente, en cuanto a la resiliencia, se ha demostrado que bajos niveles de depresión están relacionados con puntuaciones altas en las dimensiones resilientes identidad, generatividad y modelos de referencia y que personas con depresión mayor obtienen puntuaciones bajas en las dimensiones afectividad, autonomía y pragmatismo (Saavedra et al., 2012).

Llegados a este punto, algunos de los lectores ya se habrán planteado la resiliencia como causa o consecuencia de la ausencia de depresión, esto es: ¿es la resiliencia un factor protector para desarrollar la depresión; o es la ausencia de tendencia a la depresión un factor facilitador para ser resiliente? Es más, quizás también se habrán cuestionado qué papel juega el apego seguro, es decir: ¿es un factor protector para ser resiliente y tener menor vulnerabilidad a trastornos mentales; o apego y resiliencia se desarrollan de manera paralela?

Aparte de demostrar si se trata de una relación causal, casual o correlacional, también aparece la falta de consenso en torno a la definición del constructo resiliencia.

Partiendo de estas premisas, el presente estudio pretende analizar la relación entre los tres constructos explicados, con el objetivo de corroborar las correlaciones demostradas en otros estudios y de llegar a establecer una definición funcional del constructo base en cuanto a sus dimensiones, integrando además el estilo de apego y la incidencia en trastornos mentales, específicamente la depresión.

En primer lugar, en cuanto a los factores relacionados con la resiliencia (Fernández et al., 2015; Rodrigo et al., 2009; Saavedra & Villalta, 2008) considero que los factores “resilientes”, tanto los personales (autoestima, identidad, autonomía y sentido de autonomía, sociabilidad y sentido de pertinencia, inteligencia emocional y empatía, habilidades sociales, humor positivo, creatividad, motivación de logro y metas vitales, satisfacción, autoeficacia, generatividad, pragmatismo, modelos de referencia, menor prevalencia de trastornos psicopatológicos, mejor afrontamiento de enfermedades físicas graves, mejor adaptación familiar-escolar y menor vulnerabilidad ante un ambiente adverso) como los familiares (mayor número de hermanos, entorno rural, mayor edad del progenitor, expectativas de futuro, motivación para el cambio y cooperación con los servicios sociales), pueden ser considerados también facilitadores de un apego seguro, siendo causa y consecuencia de éste. Por ende, los factores asociados al apego seguro (Kafetsios, 2004; Paéz et al., 2006; Taylor & Bagby, 2004) de cohesión, flexibilidad y expresividad emocional familiar, calidez maternal y paternal, capacidad de reparación y autocontrol, resolución de conflictos, estrategias de afrontamiento e inteligencia emocional también podrían considerarse factores asociados a la capacidad resiliente.

De un modo inverso, también planteo que los factores de riesgo “no resilientes” biológicos (consumo durante el embarazo, nacimiento prematuro y deterioro neurológico) y socioambientales (negligencia, maltrato, abuso físico o sexual, problemas de consumo o trastornos mentales parentales, violencia doméstica y divorcio traumático) también son factores que pueden ser explicativos de un apego inseguro, de una falta de vínculo con los padres. Por ende, el maltrato infantil, siendo el único factor significativo del apego inseguro

(Morelato, 2011), también será un factor de riesgo o no resiliente, aunque existe cierta falta de acuerdo respecto a esto, ya que otros autores plantean que puede desarrollarse la resiliencia a pesar de haber vivido maltrato infantil (Rodrigo et al., 2009; Vera et al., 2006).

En cuanto a la depresión, cabe esperar una correlación positiva respecto al apego inseguro (Bifulco et al., 2002; Del Barrio, 2007; Redondo, 2016; Weinfield, Sroufe, Egeland & Carlson, 1999; Zhu et al., 2016) y una correlación negativa respecto al apego seguro (Mikulincer & Shaver, 2003). Sin embargo, como no se conoce el tipo específico de apego inseguro asociado a la depresión (Bifulco et al., 2002), planteo que el temeroso será el que mostrará correlación significativa con la depresión. En relación a la resiliencia, como han demostrado Saavedra et al. (2012) los pacientes sin diagnóstico TDM presentan niveles más altos de resiliencia. Por otro lado, Páez et al. (2006) demostraron que el apego seguro adulto correlaciona positivamente con indicadores de afrontamiento adaptativo frente a la tristeza y enojo, de modo que, entendiendo la resiliencia como una capacidad de afrontamiento, es esperable una correlación directa entre resiliencia, apego seguro y ausencia de depresión. Además, en cuanto a las diferencias de género, teniendo en cuenta que existe mayor prevalencia femenina que masculina (Angst et al., 2002; APA, 2013; Saavedra et al., 2012) y partiendo de la premisa de Garnefski et al. (2004) sobre las estrategias menos efectivas de afrontamiento, se supone que las mujeres obtendrán mayores índices depresivos y menores tasas de apego seguro y de resiliencia. Por último, siguiendo los resultados de Whiffen et al. (2001), planteo que el estilo de apego inseguro temeroso será más prevalente en mujeres que en hombres. En síntesis, las hipótesis planteadas en este estudio son:

1. Existe una diferencia significativa entre el apego seguro y el apego inseguro-temeroso en cuanto a los niveles de resiliencia y depresión, siendo el seguro el que muestra niveles superiores de resiliencia y menores en depresión, y viceversa.
2. Existe una correlación inversa entre resiliencia y depresión.
3. Existe mayor prevalencia de resiliencia en hombres.
4. Existe mayor prevalencia de depresión y/o apego inseguro temeroso en mujeres.

Método

Participantes

La muestra estuvo formada por 120 personas de la población adulta catalana, de edades comprendidas entre 19 y 64 años ($M=32,69$; $DT= 12,03$). La muestra está compuesta por 68 mujeres (56,7%) y 52 hombres (43,3%). La media de edad de las mujeres fue de 30,35 ($DT=11,16$) y la de los hombres de 35,75 ($DT=12,54$). A parte de la edad y el género, también se han recogido otros descriptivos de la muestra que se han considerado relevantes de estudio: nivel de hermanos, estado sentimental actual, nivel de estudios y zona residencial. Estos últimos están descritos en el apartado siguiente (Tabla 1).

Los criterios de inclusión fueron ser mayor de edad (18 años), pertenecer a la población adulta y tener nacionalidad española. Por su parte, el criterio de exclusión fue la edad, no podían participar en el estudio sujetos con edades inferiores a 18 años ni superiores a 65 años.

Instrumentos de medida

Para medir los tres constructos analizados en este estudio, se emplearon los siguientes cuestionarios, elegidos según sus mejores criterios de bondad respecto a sus similares:

Cuestionario apego adulto (CAA) de Melero y Cantero (2008): autoinforme formado por 40 ítems y una escala Likert de 6 valores, siendo 1 “Totalmente en desacuerdo” y 6 “Totalmente de acuerdo”, que evalúa los cuatro estilos de apego planteados por Bartholomew y Horowitz (1991) de apego seguro, inseguro temeroso, inseguro preocupado e inseguro distante. El cuestionario fue validado para la población adulta no clínica española (Melero y Cantero, 2008), obteniendo 4 escalas validadas en mayor o menor grado para cada dimensión: *Baja autoestima, necesidad de aprobación y miedo al rechazo* ($\alpha = 0,86$); *Resolución hostil de conflictos, rencor y posesividad* ($\alpha = 0,80$); *Expresión de sentimientos y comodidad en relaciones* ($\alpha = 0,77$); y *Autosuficiencia emocional e incomodidad en relaciones* ($\alpha = 0,68$). Estos índices de alfa de Cronbach denotan una elevada consistencia interna de los ítems. Además, obtuvieron diferencias estadísticamente significativas entre los estilos seguro e inseguro y entre los cuatro grupos de apego, acordes a la teoría de apego de referencia.

Resilience Scale (RS-25) de Wagnild y Young (1993): la Escala de Resiliencia (ER), en su adaptación española, es un autoinforme que consta de 25 ítems y una escala Likert de 7 valores, siendo 1 “Totalmente en desacuerdo” y 7 “Totalmente de acuerdo”, con una puntuación máxima de 175. Puede ser aplicado tanto de manera individual como colectiva. Permite evaluar el grado de resiliencia mediante 2 factores fundamentales: *Competencia personal* y *Aceptación de uno mismo y de la vida*. El primer factor, *Competencia personal*, está constituido por 17 ítems y engloba las dimensiones o características resilientes de autoconfianza, independencia, decisión, invencibilidad, poderío, ingenio y perseverancia. El factor *Aceptación de uno mismo y de la vida* incluye los 7 factores restantes que reflejan la adaptabilidad, balance, flexibilidad, perspectiva de vida estable, aceptación y sentimiento de paz a pesar de la adversidad. Además de estos 2 factores principales, también existen 5 dimensiones o subfactores: Ecuanimidad, Perseverancia, Confianza en sí mismo, Satisfacción personal y Sentirse bien solo. La ER fue validada por Wagnild y Young (1993), demostrando la validez del contenido mediante análisis factorial y la validez concurrente al obtener correlación entre ítems y los siguientes constructos vinculados a la resiliencia: percepción al estrés ($r = -0,67$), moral ($r = 0,54$), salud ($r = 0,50$), autoestima ($r = 0,57$) y satisfacción de vida ($r = 0,59$). Los autores obtuvieron una excelente consistencia interna, con una alfa de Cronbach de 0,91. Años más tarde, fue validado por Novella (2002) en Lima, tanto para la población adolescente como adulta, quien obtuvo un coeficiente de Cronbach de 0,875. También ha sido validado por Rúa y Andreu (2011) en la población adolescente portuguesa con una alfa de 0,86 y unos resultados congruentes con el estudio original.

Beck Depression Inventory-II (BDI-II) de Beck, Steer y Brown (1996): el BDI-II es un autoinforme con cuatro opciones de respuesta (0,1,2,3), que proporciona una medida sobre la presencia y la gravedad de la depresión tanto en adultos como en adolescentes. Se puede emplear como *screening* para detectar o descartar diagnóstico de depresión. Se compone de 21 ítems indicativos de síntomas tales como tristeza, llanto, pérdida de placer, sentimientos de fracaso y de culpa, pensamientos o deseos de suicidio, pesimismo, etc. Estos síntomas se corresponden con los criterios para el diagnóstico de los trastornos depresivos recogidos en el DSM-IV (2000) y CIE-10 (2015). Las puntuaciones mínima y máxima en el test son 0 y 63 lo

cual permite valorar cuantitativamente la relación directa entre la puntuación obtenida y la severidad de los síntomas depresivos. Se han establecido puntos de corte que permiten clasificar a los evaluados en uno de los siguientes cuatro grupos: de 0-13, mínima depresión; de 14-19, depresión leve; de 20- 28, depresión moderada; y de 29-63, depresión grave. Según el COP (2011), la validez de contenido, predictiva y de constructo del BDI-II es excelente y su fiabilidad por consistencia interna también, con un valor de alfa de Cronbach envidiable, tanto en la versión en inglés ($\alpha = 0,89$) como de la adaptación española ($\alpha = 0,87$). La adaptación española fue realizada por Vázquez y Sanz (1998) en la publicación del primer manual español y más adelante fue adaptada en muestras de distintas características: población general, estudiantes universitarios, estudiantes de secundaria y muestras psicopatológicas (Sanz & García-Vera, 2009; Sanz, Perdigón y Vázquez, 2003). La última revisión española fue realizada por Sanz y Vázquez (2011). También ha sido validado en la población Mexicana, por Estrada, Delgado, Landero y González (2015), obteniendo también una elevada consistencia interna, con una alfa de Cronbach de 0,91.

Procedimiento

Para la recogida de datos se realizó un muestreo no probabilístico accidental, ya que sólo la población adulta ha tenido oportunidad de participar y los cuestionarios se han recogido vía on-line, de modo que la muestra no ha sido elegida al azar, sino de una forma accidental, a medida que se recibían las respuestas. Se integraron en un único cuestionario de *Google Forms* © los tres instrumentos de medida, incorporando las consignas previas planteadas por los autores de cada uno de ellos. La difusión se realizó mediante *WhatsApp* ©. Al inicio del cuestionario se informó de la finalidad académica e investigadora del estudio así como de la confidencialidad de datos, con la siguiente consigna: *“Mi nombre es Jaume Grané Morcillo. Soy estudiante de Psicología en la URL y estoy realizando una investigación (TFG) sobre cómo afecta la manera de relacionarnos con los demás en nuestra vida y estado de ánimo. Me harías un favor si respondieras a este cuestionario. Debes saber que las respuestas son anónimas y la información totalmente confidencial. El cuestionario es largo de responder (20-30 minutos aprox.) si se quiere hacer bien, de modo que por favor hazlo cuando tengas tiempo libre para responderlo tranquilamente. Gracias de antemano”*.

Por otro lado, como ya se ha comentado anteriormente, además de los tres autoinformes también se incluyeron en el cuestionario datos sociodemográficos de género, edad, estado actual, número de hermanos, nivel educativo y zona de residencia. Las personas que participaron en este estudio lo hicieron de forma totalmente voluntaria.

Por último, una vez se obtuvo la muestra necesaria para el estudio se procedió a su análisis a través del programa estadístico *SPSS Statistics 21* ©, y a la posterior interpretación de los resultados. Para la mayor facilidad y agilidad en el análisis de datos se realizaron agrupaciones en algunas variables sociodemográficas. En el *Estado actual* se agruparon los grupos “Soltero” y “Relaciones puntuales” y también “Pareja” y “Relación abierta”. De este modo, se pasó de seis a cuatro grupos para esta variable. En la variable *Número de hermanos* también se redujo la cantidad de grupos, pasando de siete opciones de respuesta (“0”, “1”, “2”, “3”, “4”, “5”, “6 o más”) a cuatro: “Ninguno”, “1”, “2” y “3 o más”.

Resultados

Descriptivos de la muestra

En primer lugar se analizaron los descriptivos de la muestra y las variables sociodemográficas, obteniendo las siguientes frecuencias y porcentajes. Los descriptivos de género y edad se han explicitado en el apartado Participantes.

Tabla 1. *Estadísticos descriptivos de la muestra.*

Número hermanos			Nivel educativo		
	Frecuencia	Porcentaje		Frecuencia	Porcentaje
0	14	11,7%	1ª / Formación básica / EGB	4	3,3%
1	56	46,7%	2ª / ESO / BUP	7	5,8%
2	27	22,5%	Ciclo formativo / FP	22	18,3%
3 o más	23	19,2%	Bachiller / COU	13	10,8%
Total	120	100,0%	Universitario	59	49,2%
Estado actual			Postgrado	15	12,5%
	Frecuencia	Porcentaje	Total	120	100,0%
Soltero	39	32,5%	Zona residencial		
Divorciado/ Separado	13	10,8%		Frecuencia	Porcentaje
Pareja	42	35,0%	Zona urbana	91	75,8%
Matrimonio	26	21,7%	Zona rural / periferia	29	24,2%
Total	120	100,0%	Total	120	100,0%

Además, se analizaron los porcentajes de las variables estudio por género.

Tabla 2. Recuento del nivel de resiliencia obtenido por género.

		Nivel Resiliencia		Total
		Baja	Alta	
Hombre	Recuento	12	40	52
	% género	23,1%	76,9%	100,0%
Mujer	Recuento	9	59	68
	% género	13,2%	86,8%	100,0%
Total	Recuento	21	99	120
	% género	17,5%	82,5%	100,0%

Tabla 3. Recuento del nivel de depresión obtenido por género.

		Nivel Depresión				Total
		Mínima depresión	Depresión leve	Depresión moderada	Depresión grave	
Hombre	Recuento	38	10	2	2	52
	% género	73,1%	19,2%	3,8%	3,8%	100,0%
Mujer	Recuento	58	7	1	2	68
	% género	85,3%	10,3%	1,5%	2,9%	100,0%
Total	Recuento	96	17	3	4	120
	% género	80,0%	14,2%	2,5%	3,3%	100,0%

Tabla 4. Recuento de los estilos de apego obtenidos por género.

		Género		Total
		Hombre	Mujer	
No definido	Recuento	18	29	47
	% estilo apego	38,3%	61,7%	100,0%
Seguro	Recuento	13	9	22
	% estilo apego	59,1%	40,9%	100,0%
Estilo apego Temeroso	Recuento	15	17	32
	% estilo apego	46,9%	53,1%	100,0%
Preocupado	Recuento	1	4	5
	% estilo apego	20,0%	80,0%	100,0%
Evitativo	Recuento	5	9	14
	% estilo apego	35,7%	64,3%	100,0%
Total	Recuento	52	68	120
	% estilo apego	43,3%	56,7%	100,0%

Cálculo de ajuste a la normalidad de las variables

Antes de proceder a las pruebas estadísticas de comparación de medias, se realizó la prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov para conocer si la muestra del estudio se ajustaba a la normalidad o no en sus variables cuantitativas.

Tabla 5. Prueba de normalidad.

	Kolmogorov-Smirnov ^a		
	Estadístico	gl	Sig.
Total Resiliencia	0,199	120	0***
Total Depresión	0,125	120	0***
Baja autoestima, necesidad de aprobación y miedo al rechazo	0,066	120	0,200
Resolución hostil de conflictos, rencor y posesividad	0,119	120	0***
Expresión de sentimientos y comodidad en relaciones	0,128	120	0***
Autosuficiencia emocional e incomodidad en relaciones	0,141	120	0***

a. Corrección de la significación de Lilliefors

***p < 0,001; **p < 0,01; *p < 0,05

Los resultados obtenidos muestran que a excepción de una variable, todas las demás presentan un nivel de significación inferior a 0,001; es decir, los datos obtenidos siguen una distribución no normal. De este modo, se eligieron las pruebas no paramétricas U de Mann-Whitney y H de Kruskal-Wallis para la comparación de medias, y la correlación de Spearman para las correlaciones entre variables cuantitativas.

Diferencias de género en resiliencia y depresión

Para estudiar si existen diferencias significativas entre hombres y mujeres respecto a la resiliencia y a la depresión, se utilizó el estadístico U de Mann-Whitney para comparar las puntuaciones medias de ambos grupos. En las tablas 2 y 3 figuran los porcentajes de género de modo que acto seguido se muestran sólo los estadísticos de contraste.

Tabla 6. Estadísticos de contraste U de Mann-Whitney en resiliencia y depresión.

	Total Resiliencia	Total Depresión
U de Mann-Whitney	1680,500	1682,500
W de Wilcoxon	3058,500	3060,500
Z	-0,464	-0,454
Sig. asintót. (bilateral)	0,643	0,650

a. Variable de agrupación: Género

***p < 0,001; **p < 0,01; *p < 0,05

Los resultados obtenidos en la prueba mostraron que no existen diferencias significativas entre género y resiliencia ($p = 0,643$; $p > 0,001$) ni entre género y depresión ($p = 0,650$; $p > 0,001$), con un nivel de confianza del 99,9%.

Diferencias de género en los estilos de apego

Para analizar si existen diferencias significativas entre el género y los cuatro estilos de apego del modelo de Bartholomew (1991), se realizó la prueba estadística de chi-cuadrado de Pearson, al tratarse de dos variables nominales. A continuación se muestran la tabla de contingencias y el estadístico de las pruebas de chi-cuadrado (Tablas 7 y 8).

Tabla 7. Tabla de contingencias entre el género y el estilo de apego adulto (CAA).

		Estilo general		Estilo inseguro específico		
		No definido	Seguro	Temeroso	Preocupado	Evitativo
Hombre	Recuento	18	13	15	1	5
	F. esperada	20,4	9,5	13,9	2,2	6,1
	% género	34,6%	25,0%	28,8%	1,9%	9,6%
	R. tipificados	-0,5	1,1	0,3	-0,8	-0,4
Mujer	Recuento	29	9	17	4	9
	F. esperada	26,6	12,5	18,1	2,8	7,9
	% género	42,6%	13,2%	25,0%	5,9%	13,2%
	R. tipificados	0,5	-1,0	-0,3	0,7	0,4
Total	Recuento	47	22	32	5	14
	F. esperada	47,0	22,0	32,0	5,0	14,0
	% género	39,2%	18,3%	26,7%	4,2%	11,7%

Tabla 8. *Estadístico de chi-cuadrado de Pearson.*

	Pruebas de chi-cuadrado		
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,807 ^a	2	0,246
Razón de verosimilitudes	2,787	2	0,248
Asociación lineal por lineal	0,066	1	0,797
N de casos válidos	120		

a. 0 casillas (0,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 9,53. ***p < 0,001; **p < 0,01; *p < 0,05

Se comprobó mediante chi-cuadrado ya que se cumplía el requisito de todas las frecuencias esperadas superiores a 5,0 (Tabla 7). Los resultados obtenidos evidenciaron que no hay diferencias significativas entre género y estilo de apego específico, es decir, no definido, seguro, temeroso, preocupado o evitativo ($\chi^2 = 2,807$, $p = 0,246$, $p > 0,001$).

Comparación entre los niveles de resiliencia y los niveles de depresión

La comparación de los niveles obtenidos en resiliencia y depresión se realizó mediante una correlación bivariada, eligiendo el estadístico r de Spearman, al tratarse de dos variables cuantitativas y no normales (Tabla 5).

Tabla 9. *Correlación entre resiliencia y depresión.*

Correlación Rho de Spearman		Total Depresión	Total Resiliencia
Total Depresión	Coefficiente de correlación	1,000	-0,499
	Sig. (bilateral)	.	0,000***
	N	120	120
Total Resiliencia	Coefficiente de correlación	-0,499	1,000
	Sig. (bilateral)	0,000***	.
	N	120	120

***p < 0,001; **p < 0,01; *p < 0,05

El coeficiente de Spearman resultó estadísticamente significativo, de modo que existe una correlación significativa e inversa entre la depresión y la resiliencia. Cabe destacar que la intensidad de esta correlación es media ($r = -0,499$, $p = 0$, $p < 0,001$).

Niveles de resiliencia según estilo de apego

Para evaluar psicométricamente las variaciones en los niveles de resiliencia para cada grupo o estilo de apego específico se empleó el estadístico H de Kruskal-Wallis, al tratarse de una comparación de medias no paramétrica entre una variable nominal de cinco grupos y una variable cuantitativa. A continuación se muestran la distribución de los niveles de resiliencia mediante el rango promedio para cada estilo de apego (Tabla 10) y el estadístico de contraste Kruskal-Wallis (Tabla 11).

Tabla 10. *Distribución resiliencia por apego.*

Rango de Total Resiliencia		
Estilo apego	N	Rango promedio
No definido	47	69,22
Seguro	22	91,77
Temeroso	32	24,30
Preocupado	5	46,40
Evitativo	14	69,86
Total	120	

Tabla 11. *Estadístico de Kruskal-Wallis.*

Estadístico de contraste	
Total Resiliencia ^b	
Chi-cuadrado ^a	57,268
gl	4
Sig. asintótica	0***

a. Prueba de Kruskal-Wallis

b. Variable de agrupación: Estilo apego

***p < 0,001; **p < 0,01; *p < 0,05

Los resultados del estadístico de Kruskal-Wallis (Tabla 11) demostraron que existe una diferencia estadísticamente significativa entre el grado de resiliencia y el estilo de apego ($\chi^2 = 57,268$, p = 0, p < 0,001). Para determinar qué tipo de apego presentaba mayores niveles de resiliencia en comparación con el resto, se realizó la prueba U de Mann-Whitney.

Tabla 12. *Comparativa múltiple del nivel de resiliencia entre los estilos de apego.*

Comparaciones múltiples	Rangos promedios	U de Mann-Whitney	Sig. asintótica (bilateral)
Seguro - Temeroso	42,86 - 16,94	14,000	0***
Seguro - Preocupado	16,09 - 4,80	9,000	0,002**
Seguro - Evitativo	22,25 - 12,61	71,500	0,006**
Temeroso - Preocupado	17,56 - 28,20	34,000	0,041*
Temeroso - Evitativo	17,67 - 36,82	37,500	0***
Preocupado - Evitativo	5,80 - 11,50	14,000	0,056

***p < 0,001; **p < 0,01; *p < 0,05

En la comparación de los estilos de apego específico se obtuvieron diferencias significativas en las siguientes combinaciones. El estilo seguro presenta diferencias significativas con mayor resiliencia frente al estilo temeroso ($p = 0, p < 0,001$), preocupado ($p = 0,002, p < 0,01$) y evitativo ($p = 0,006^{**}, p < 0,01$). Además, también existen diferencias significativas entre los estilos temeroso-evitativo ($p = 0, p < 0,001$) y temeroso-preocupado ($p = 0,041^*, p < 0,05$), siendo el evitativo y el preocupado los que muestran mayor resiliencia que el temeroso, al tener éste un rango promedio inferior. Por otro lado, se analizaron los dos factores de resiliencia detectados por la ER en las combinaciones múltiples de apego mediante el estadístico U de Mann-Whitney. Los resultados obtenidos mostraron que el estilo seguro difiere significativamente del estilo temeroso en ambos factores resilientes ($p = 0, p = 0, p < 0,001$) y que presenta diferencias significativas frente al estilo preocupado en el factor *Competencia personal* ($p = 0,004, p < 0,01$). Además, se obtuvieron diferencias significativas entre el estilo temeroso y el evitativo, siendo el estilo evitativo el que presentaba mayor rango en ambos factores resilientes *Competencia personal* y *Aceptación de uno mismo y de la vida* ($p = 0, p = 0, p < 0,001$). Es decir, el estilo seguro es el que presenta mayor resiliencia, tanto en la puntuación global como en los factores resilientes. Por el contrario, el inseguro temeroso presenta niveles significativamente menores que los estilos seguro, preocupado y evitativo, y además es el estilo inseguro con menor rango promedio de resiliencia en todas las combinaciones obtenidas en la Tabla 12.

Por último, en relación a los niveles de resiliencia, se compararon las puntuaciones de totales con los cuatro factores del apego adulto planteados por Melero y Cantero (2008), mediante la correlación de Spearman. Los resultados que se obtuvieron fueron significativos (Tabla 13) y mostraron una correlación positiva entre la resiliencia y el factor de apego *Expresión de sentimientos y comodidad en las relaciones* ($r = 0,560, p = 0, p < 0,001$), siendo éste un factor característico del estilo seguro. Además, se obtuvieron correlaciones significativas y negativas entre resiliencia y los factores típicamente inseguros restantes: *Baja autoestima, necesidad de aprobación y miedo al rechazo* ($r = -0,812, p = 0, p < 0,001$), *Resolución hostil de conflictos, rencor y posesividad* ($r = -0,638, p = 0, p < 0,001$) y *Autosuficiencia emocional e incomodidad en relaciones* ($r = -0,573, p = 0, p < 0,001$).

Tabla 13. *Correlación entre resiliencia y apego.*

Correlación Rho de Spearman		Total Resiliencia
Baja autoestima, necesidad de aprobación y miedo al rechazo	Coeficiente de correlación	-0,812
	Sig. (bilateral)	0***
	N	120
Resolución hostil de conflictos, rencor y posesividad	Coeficiente de correlación	-0,638
	Sig. (bilateral)	0***
	N	120
Expresión de sentimientos y comodidad en relaciones	Coeficiente de correlación	0,560
	Sig. (bilateral)	0***
	N	120
Autosuficiencia emocional e incomodidad en relaciones	Coeficiente de correlación	-0,573
	Sig. (bilateral)	0***
	N	120

***p < 0,001; **p < 0,01; *p < 0,05

Niveles de depresión según estilo de apego

La comparación de medias en depresión para cada grupo o estilo de apego específico se realizó mediante el estadístico Kruskal-Wallis, al tratarse de una comparación de medias no paramétrica entre una variable nominal de cinco grupos y una variable cuantitativa. Igual que en el encabezado anterior, se presentan los resultados de los rangos de depresión para cada estilo de apego (Tabla 14) y la prueba Kruskal-Wallis (Tabla 15).

Tabla 14. *Distribución depresión por apego.*

Rango de Total Depresión		
Estilo apego	N	Rango promedio
No definido	47	62,03
Seguro	22	29,09
Temeroso	32	83,16
Preocupado	5	69,40
Evitativo	14	49,75
Total	120	

Tabla 15. *Estadístico de Kruskal-Wallis.*

Estadístico de contraste	
Total Resiliencia^b	
Chi-cuadrado^a	33,401
gl	4
Sig. asintótica	0***

a. Prueba de Kruskal-Wallis

b. Variable de agrupación: Estilo apego

***p < 0,001; **p < 0,01; *p < 0,05

Los resultados del estadístico de Kruskal-Wallis (Tabla 15) demostraron que existe una diferencia estadísticamente significativa entre el grado de depresión y el estilo de apego ($\chi^2 = 33,401$, $p = 0$, $p < 0,001$). Para determinar qué tipo de apego presentaba diferentes grados de depresión en comparación con el resto, se realizó la prueba U de Mann-Whitney.

Tabla 16. *Comparativa múltiple del nivel de depresión entre los estilos de apego.*

Comparaciones múltiples	Rangos promedios	U de Mann-Whitney	Sig. asintótica (bilateral)
Seguro - Temeroso	13,80 - 36,92	50,500	0***
Seguro - Preocupado	12,30 - 21,50	17,500	0,016*
Seguro - Evitativo	14,84 - 24,25	73,500	0,008**
Temeroso - Preocupado	19,58 - 15,30	61,500	0,423
Temeroso - Evitativo	28,31 - 12,50	70,000	0***
Preocupado - Evitativo	12,60 - 9,07	22,000	0,257

***p < 0,001; **p < 0,01; *p < 0,05

En la comparación de los estilos de apego específico se obtuvieron diferencias significativas en las siguientes combinaciones. El estilo seguro presenta diferencias significativas con menor depresión frente al estilo temeroso ($p = 0$, $p < 0,001$), preocupado ($p = 0,016^*$, $p < 0,05$) y evitativo ($p = 0,008^{**}$, $p < 0,01$). Además, también existen diferencias significativas entre el estilo temeroso y evitativo ($p = 0$, $p < 0,001$), siendo el evitativo el que muestra menor depresión, al tener un rango promedio superior. Es decir, el estilo inseguro temeroso es el que muestra mayor nivel de depresión en comparación al resto de estilos, siendo significativas las diferencias respecto al estilo seguro y evitativo, los cuales son los que presentan menores niveles de depresión. También es destacable que no existe diferencia significativa entre los estilos temeroso y preocupado en términos de sintomatología depresiva.

Además, igual que en la resiliencia, se compararon los niveles de depresión con los cuatro factores del apego adulto de Melero y Cantero (2008), mediante la correlación de Spearman. Las correlaciones obtenidas (Tabla 17) fueron significativas y se encontró una correlación positiva entre la depresión y los factores *Baja autoestima*, *necesidad de aprobación y miedo al rechazo* ($r = 0,553$, $p = 0$, $p < 0,001$), *Resolución hostil de conflictos*, *rencor y posesividad* ($r = 0,453$, $p = 0$, $p < 0,001$) y *Autosuficiencia emocional e incomodidad en relaciones* ($r = 0,443$, $p = 0$, $p < 0,001$). En cambio, se obtuvo una correlación negativa entre la depresión y el factor *Expresión de sentimientos y comodidad en las relaciones* ($r = -0,385$, $p = 0$, $p < 0,001$), justamente contraria a la obtenida en la resiliencia en el análisis anterior (Tabla 13).

Tabla 17. *Correlación entre depresión y apego.*

Correlación Rho de Spearman		Total Depresión
Baja autoestima, necesidad de aprobación y miedo al rechazo	Coefficiente de correlación	0,553
	Sig. (bilateral)	0***
	N	120
Resolución hostil de conflictos, rencor y posesividad	Coefficiente de correlación	0,453
	Sig. (bilateral)	0***
	N	120
Expresión de sentimientos y comodidad en relaciones	Coefficiente de correlación	-0,385
	Sig. (bilateral)	0***
	N	120
Autosuficiencia emocional e incomodidad en relaciones	Coefficiente de correlación	0,443
	Sig. (bilateral)	0***
	N	120

***p < 0,001; **p < 0,01; *p < 0,05

Variaciones de resiliencia, depresión y estilo de apego según variables demográficas

Se realizaron comparaciones de las variables demográficas con las variables objeto de estudio, mediante las pruebas no paramétricas correspondientes: H de Kruskal-Wallis en las respectivas comparaciones de depresión y resiliencia con las variables número de hermanos, nivel educativo y estado afectivo actual; U de Mann-Whitney para comparar la resiliencia y la depresión con la variable zona residencial (siendo la única variable de 2 grupos); y chi-cuadrado para las comparaciones entre apego y las cuatro variables demográficas citadas. En cuanto a la resiliencia y la depresión, no se hallaron diferencias significativas respecto a ninguna variable demográfica. El nivel de resiliencia tampoco varía según la edad. En relación al estilo de apego, tampoco se encontraron diferencias significativas respecto a las variables número de hermanos, nivel educativo y zona de residencia, aunque cabe destacar que todos los estilos inseguros tienen mayor prevalencia en la zona urbana que en la periferia y que el 78,125% de los sujetos temerosos viven en zona urbana, frente al 21,875% que viven en la periferia. Tampoco se obtuvieron diferencias en los subfactores de apego según el género. Sin embargo, sí que se hallaron diferencias significativas entre el estilo de apego y el estado actual ($\chi^2 = 25,402$, $p = 0,013$, $p > 0,05$). Específicamente, el 38,5% de los sujetos en matrimonio tienen estilo seguro y el 53,8% de los divorciados y separados tienen estilo inseguro temeroso.

Consistencia interna de la aplicación psicométrica

Por último, se analizó el nivel de fiabilidad de las tres pruebas psicométricas empleadas, para determinar la consistencia interna de los ítems de cada una. Se concluye en que la aplicación conjunta de la tres pruebas fue fiable, ya que se obtuvieron valores de alfa de Cronbach superiores a 0,8 en los tres autoinformes: Cuestionario de Apego Adulto (CAA, $\alpha = 0,890$), Escala de Resiliencia (ER, $\alpha = 0,948$), Inventario de la Depresión de Beck-II (BDI-II, $\alpha = 0,869$). Los valores obtenidos son iguales o superiores a los hallados por los autores de los respectivos instrumentos de medida.

Tabla 18. *Análisis de fiabilidad del CAA.*

Estadísticos de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
0,890	40

Tabla 19. *Análisis de fiabilidad de la ER.*

Estadísticos de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
0,948	25

Tabla 20. *Análisis de fiabilidad del BDI.*

Estadísticos de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
0,869	21

El valor del alfa de Cronbach del Cuestionario de Apego Adulto (CAA) podría mejorar si se eliminaran algunos de los siguientes ítems: 1, 5, 11, 16, 27, 35, 38 y 40.

En la Escala de Resiliencia (ER) el valor α podría mejorar si se eliminaran los ítems 12 (“Me tomo las cosas con calma, una por una”) y 20 (“Algunas veces me obligo a hacer cosas aunque no quiera”), obteniendo $\alpha = 0,951$ y $\alpha = 0,950$, respectivamente.

El valor del alfa de Cronbach del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) podría mejorar si se eliminara el ítem 16 que evalúa perturbaciones en el sueño. Se obtendría un valor de $\alpha = 0,870$.

En síntesis, la recogida de datos del presente estudio es fiable, de modo que tanto los resultados obtenidos en el análisis psicométrico como las conclusiones que se plantearan acto seguido en la discusión tienen fundamentación estadística y la investigación es replicable.

Discusión

En el presente estudio se ha realizado una comparación multivariable entre la resiliencia, la depresión y el apego, obteniendo diferencias significativas entre estilos de apego en los niveles de las variables analizadas.

Los resultados obtenidos muestran una conexión significativa entre el estilo de apego inseguro y la depresión, lo que coincide con los resultados de gran parte de la literatura al respecto (Bifulco et al., 2002; Del Barrio, 2007; Redondo, 2016; Weinfield, Sroufe, Egeland & Carlson, 1999; Zhu et al., 2016). Del mismo modo, también se ha obtenido una relación entre el apego seguro y la resiliencia, coincidiendo también con los estudios anteriores (Mikulincer & Shaver, 2003). Además, como era esperable, existe una clara relación inversa entre depresión y resiliencia (Saavedra et al., 2012). A continuación comentaré las implicaciones de los resultados obtenidos para cada constructo estudiado, en base a las hipótesis planteadas en esta investigación.

En cuanto a la resiliencia, en primer lugar se ha encontrado que no está relacionada con los niveles de edad, coincidiendo con las investigaciones previas (Luthar et al., 2006; Saavedra & Villalta, 2008). De este modo, la resiliencia es independiente de la etapa del momento evolutivo. Siguiendo el ciclo vital planteado por Erikson (1982) planteo que en casos resilientes, en la infancia la resiliencia estará intrínsecamente relacionada con la forma de explorar el entorno desde una base segura; en la adolescencia con el desarrollo de la propia identidad; en la adultez con la motivación de logro y la generatividad; y por último, en la vejez puede jugar un papel importante en la integridad de la vida, superando la desesperación. Por otro lado, no se han obtenido diferencias de género en cuanto a los niveles de resiliencia, lo cual refuta la tercera hipótesis del estudio, al no existir mayor prevalencia en hombres que en mujeres. Del mismo modo, tampoco se han hallado diferencias significativas entre la resiliencia y zona residencial ni entre resiliencia y número de hermanos, que según el estudio de Rodrigo et al. (2009) sería un factor facilitador para ser resiliente al desarrollar más habilidades sociales. En referencia a los estilos de apego, el estilo seguro es el que presenta mayor resiliencia, tanto en la puntuación global como en los factores resilientes, de modo que las personas con un estilo de apego seguro presentan mayor *competencia personal* y *aceptación de la vida* que las personas con uno de los tres estilos inseguros.

Además, se obtuvo una relación significativa entre la resiliencia y el factor de estilo seguro del CAA (Melero y Cantero, 2008) *expresión de sentimientos y comodidad en las relaciones*, lo cual concuerda con el estudio de Taylor y Bagby (2004) en el que obtuvieron una correlación negativa entre apego seguro y alexitimia, y con las investigaciones relativas a la relación entre inteligencia emocional y apego seguro (Kafetsios, 2004; Paéz et al., 2006; Redondo, 2016). Volviendo a los dos factores resilientes, según Wagnild y Young (1993) la *competencia personal* implica autoconfianza, independencia, decisión, invencibilidad, poderío, ingenio y perseverancia, y la *aceptación de la vida* refleja adaptabilidad, balance, flexibilidad, perspectiva de vida estable, aceptación y sentimiento de paz a pesar de la adversidad. Por lo tanto, las personas resilientes son perseverantes, tienen buena autoestima, satisfacción vital, capacidad para estar solas y sin miedo al abandono. Esta definición coincide con la planteada por Bartholomew y Horowitz (1991) en el estilo de apego seguro: buena autoimagen, capacidad de intimidad, confianza en los demás, con mayor autoestima y mejores estrategias de afrontamiento del estrés. De este modo, podemos ver que la relación entre resiliencia y apego seguro adulto no es solo estadística sino también conceptual. En cuanto al apego inseguro, el estilo temeroso presenta el nivel más bajo de resiliencia y se han obtenido diferencias significativas respecto al resto de estilos seguro, evitativo y preocupado, lo que confirma la hipótesis central de este estudio, en cuanto a la diferencia significativa entre el mayor nivel de resiliencia del estilo seguro y el menor nivel de resiliencia del estilo inseguro. Por último, relacionando la resiliencia y la depresión, se ha obtenido una correlación inversa y significativa, corroborando el estudio de Saavedra et al. (2012), así como validando la segunda hipótesis de este estudio.

En cuanto a la depresión, en primer lugar es relevante que no se hallaron diferencias significativas respecto a ninguno de las variables edad, género, número de hermanos, nivel educativo, estado actual y zona residencial. La no diferencia significativa entre género y depresión concuerda con los resultados obtenidos por Angst et al. (2002), de modo que la inexistencia de mayores tasas de síntomas depresivos en las mujeres de este estudio plantea que la incidencia de esta clínica quizás no esté relacionada con sus estrategias menos adaptativas para afrontarla, en contra de la idea planteada por Garnefski et al. (2004). Haciendo alusión a la relación entre apego y depresión, se han obtenido diferencias

significativas entre el estilo seguro y el inseguro, lo cual corrobora las investigaciones anteriores sobre los mayores niveles de depresión en el apego inseguro (Bifulco et al., 2002; Del Barrio, 2007; Redondo, 2016; Weinfield, Sroufe, Egeland & Carlson, 1999) y menores tasas depresivas en apego seguro (Mikulincer & Shaver, 2003). Dentro de los estilos inseguros, el temeroso es el que muestra mayores niveles de depresión, siendo significativas las diferencias respecto al estilo seguro y evitativo, lo cual concuerda con el estudio de Whiffen et al. (2001), validando completamente la primera hipótesis de esta investigación. A mi entender, esta mayor prevalencia de sintomatología depresiva en el estilo temeroso puede ser explicada por los esquemas cognitivos desadaptativos de este tipo de apego inseguro, caracterizado según Bartholomew y Horowitz (1991) por una mala imagen tanto de uno mismo como de los demás, desconfianza y miedo al abandono, aspectos generadores de altos niveles de ansiedad y evitación. Por otro lado, también es destacable que no se hayan obtenido diferencias significativas entre los estilos temeroso y preocupado en términos de sintomatología depresiva, lo cual concuerda en parte con los resultados de Bifulco et al. (2002), quienes no encontraron diferencias entre ningún tipo de apego. Volviendo al modelo de Bartholomew y Horowitz (1991) como referencia, los estilos de apego temeroso y preocupado tienen la comunalidad de tener una imagen negativa del *self* que les genera alta ansiedad, de modo que, a mi parecer, se pone de manifiesto que dentro de los estilos de apego es la ansiedad el aspecto diferencial de la depresión. Además, este hecho plantea la cuestión de que quizás influye mucho más en la depresión la imagen negativa de uno mismo que la de los demás.

En cuanto a la variable estilo de apego, aparte de las comparaciones con resiliencia y depresión comentadas en los párrafos anteriores, también se estudiaron las diferencias entre estilos en las variables sociodemográficas, encontrando diferencias significativas sólo en una de ellas. En primer lugar, los resultados obtenidos ponen en evidencia que no existen diferencias significativas entre género y estilo de apego específico, lo cual refuta la cuarta hipótesis al no existir mayor prevalencia de apego inseguro temeroso en mujeres, ni tampoco mayor nivel de depresión. Sin embargo, sí que se hallaron diferencias significativas entre el estilo de apego y el estado actual, siendo los sujetos en matrimonio los que presentan mayor

porcentaje de estilo seguro (38,5%). Además, el 53,8% de los divorciados y separados tienen estilo inseguro temeroso. Estos hallazgos plantean la pregunta de qué papel desempeña el estilo de apego en seguir en matrimonio o bien haberse separado o divorciado. Es decir, puede ser que las personas con estilo seguro tengan mayor predisposición a mantener relaciones estables debido a su mayor capacidad de intimidad, buena autoestima, baja ansiedad e inteligencia emocional y que los sujetos con estilo inseguro temeroso tengan mayor tendencia a la separación y/o al divorcio. Pero otra forma de verlo es si el hecho de haberse divorciado, con las pérdidas sucesivas que ello implica, puede haber sido la causa de reelaborar el estilo de apego seguro a inseguro. A mi parecer, ambas ideas me parecen acertadas y complementarias, lo que denota que aunque el estilo de apego se conforma en las primeras etapas de la vida, es modificable a lo largo de la misma, en función de las experiencias vitales. Así, del mismo modo que un hecho traumático pueda actuar como desencadenante para modificar el estilo de apego a uno inseguro, considero que una nueva experiencia reparadora o positiva puede revertir un estilo de apego temeroso a un estilo seguro. Esta visión o perspectiva de la “plasticidad del apego” que propongo, coincide con la planteada por Oliva (2004) en torno a la no necesaria transmisión intergeneracional del maltrato infantil y el apego inseguro, así como con la idea de modelos operativos internos reelaborables de Bowlby (1988).

Por otro lado, de un modo reflexivo, hemos constatado la validación de las dos primeras hipótesis pero refutando la tercera y cuarta, relativas a las diferencias de género, y además hemos visto que ninguna de las variables sociodemográficas está relacionada con los niveles de resiliencia, depresión, ni estilo de apego, a excepción del estado actual en el caso del apego seguro y evitativo. Por ello, planteo que todo se resume a la capacidad de adaptación personal, con independencia de la edad, género, cultura o zona residencial, ya que puede ser igual de adversa una situación de negligencia parental para un menor que la experiencia de la postguerra en una persona en la etapa de madurez. Esto es, las situaciones de adversidad dependen más de la percepción adversa y las estrategias cognitivas empleadas que de la situación en sí misma: las situaciones resultan adversas en la medida que las percibimos como tales. Desde un punto de vista psicodinámico, podríamos decir que ante un

mismo hecho cada persona responderá de manera distinta, en función del grado de flexibilidad o rigidez de su estructura de personalidad así como de sus ansiedades y defensas. Sin embargo, está claro que la estructuración cognitiva y de la personalidad dependen del estilo de apego desarrollado. Por lo tanto, planteo que un estilo de apego inseguro, específicamente el temeroso, podría ser considerado un factor de riesgo para tener una estructura de personalidad y unas estrategias cognitivas de afrontamiento predisponentes a desarrollar menor resiliencia, siendo ésta un factor protector del desarrollo de trastornos psicopatológicos y de la vulnerabilidad psicosocial. En cambio, un estilo de apego seguro permitirá desarrollar unas estrategias cognitivas adaptativas, un mayor grado de resiliencia y la consiguiente menor predisposición o vulnerabilidad a padecer trastornos mentales.

En síntesis, este estudio ha demostrado tanto a nivel estadístico como conceptual la relación entre el estilo de apego, la resiliencia y la vulnerabilidad a desarrollar sintomatología clínica, específicamente la depresiva. En base a estas conexiones, planteo una definición del constructo de resiliencia en cuanto a los factores más relevantes de todos los analizados:

La resiliencia es el proceso por el cual la persona puede afrontar con éxito la adversidad a través de ciertas capacidades, entre ellas factores propios del estilo de apego seguro: autoestima y autoimagen, capacidad de intimidad, autonomía, empatía, inteligencia emocional y estrategias adaptativas. Esto es, un estilo de apego seguro es un factor protector para la resiliencia y por ende, para el desarrollo de trastornos mentales; y por el contrario un estilo de apego inseguro (específicamente el temeroso) es un factor de vulnerabilidad de la depresión, aunque existen otros factores biológicos, cognitivos, de personalidad, estructurales e inconscientes que también influyen tanto en el desarrollo como en el mantenimiento o cronificación de dicho trastorno afectivo.

En cuanto a las limitaciones del estudio, cabe destacar que la muestra obtenida no tiene el tamaño suficiente para representar a toda la población adulta catalana, de modo que sería útil replicar el estudio, añadiendo además variables relativas a síntomas de otras patologías. Además, la muestra de este estudio no es clínica, de modo que no hay suficientes sujetos con niveles de depresión grave, lo cual podría explicar la falta de significación en cuanto a las diferencias de género en los niveles de depresión. Por último, debido a que la administración fue *online* no pudieron controlarse las variables ambientales.

Por ello, de cara a futuras investigaciones se podría replicar este estudio en una muestra clínica y con mayor tamaño, añadiendo nuevas variables a comparar, como el tipo de personalidad, la creatividad, la autoestima, el humor, los síntomas clínicos de ansiedad y los síntomas clínicos fóbicos (evitación). Por otro lado, en base a las conclusiones de este estudio, una mayor capacidad de resiliencia implicaría menor rigidez de los mecanismos de defensa, de modo que también podría realizarse un nuevo estudio que evaluara de modo cuantitativo y cualitativo la capacidad resiliente y la estructura de personalidad, con sus ansiedades y defensas específicas. Otra investigación interesante podría ser analizar con mayor profundidad la relación entre el estilo de apego y el estado civil casado o divorciado, buscando si realmente existe una mayor prevalencia de apego temeroso en una muestra de divorciados exclusivamente.

Por lo tanto, habiendo demostrado que el estilo de apego seguro y la mayor capacidad resiliente permiten un mejor afrontamiento vital, los resultados de esta investigación tienen implicaciones en la evaluación, intervención y prevención de problemas de salud mental, así como en relación al papel fundamental de la familia en la prevención, a través de las funciones introyectivas de contención de ansiedad y expresión emocional, siendo ambas fundamentales para el desarrollo de un apego seguro facilitador de la resiliencia.

Por último, los resultados de este estudio permiten concluir que resiliencia y apego no son inamovibles, sino que van desarrollándose a lo largo del ciclo vital. Ambos constructos deberían ser comprendidos, a mi parecer, como un continuo, un proceso en el cual estilo de apego y resiliencia se desarrollan y modulan de manera paralela, retroalimentándose, conformando y modificando los rasgos de personalidad en la adolescencia y en la etapa adulta. La resiliencia no es una estrategia de afrontamiento ni un rasgo en sí misma.

BIBLIOGRAFÍA

- Ainsworth, M. D. & Bell, S. M. (1970), Attachment, exploration, and separation: Illustrated by the behavior of one-year-olds in a strange situation. *Child Development*, 41, 49-67.
- American Psychiatric Association. (2013). *DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5a ed.)*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Angst, J., Gamma, A., Gastpar, M., Lépine, J.P., Mendlewicz, J. & Tylee, A. (2002). Gender differences in depression: Epidemiological findings from the European DEPRES I and II studies. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 252, 201-209.
- 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, 226-244.
- Becoña, E. (2006). Resiliencia: definición, características y utilidad del concepto. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 11 (3), 125-146.
- Beck, A. T., Rush, A. J. Shaw, B. F. & Emery, G. (1979). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée de Brower.
- Beck, A. T., Steer, R. A. & Brown, G. K. (1996). *BDI-II: Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio: Psychological Corporation.
- Bifulco, A., Moran, P. M., Ball, C. & Bermazzani, O. (2002). Adult attachment style. I: Its relationship to clinical depression. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37, 50-59.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss*. New York, NY: Basic Books.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Clinical Applications of Attachment Theory*. London: Routledge.
- Braverman, M.T. (1999). Research on resilience and its implications for tobacco prevention. *Nicotine & Tobacco Research*, 1, 67-72.
- Burutxaga, I., Pérez Testor, C., Ibañez, M., de Diego, S., Golano, M., Ballús, E. & Castillo, J. A. (2018). Apego y vínculo: una propuesta de delimitación y diferenciación conceptual. *Temas de Psicoanálisis*, (15), 1-17.
- Colegio Oficial de Psicólogos. (2011). *Evaluación del Inventario BDI-II*. Madrid: COP.
- Del Barrio, V. (2007). *El niño deprimido: Causa, evaluación y tratamiento*. Barcelona: Ariel.

- Estrada, B. D., Delgado, C., Landero, R., & González, M. T. (2015). Propiedades psicométricas del modelo bifactorial del BDI-II (versión española) en muestras mexicanas de población general y estudiantes universitarios. *Universitas Psychologica*, *14* (1), 125-136.
- Erikson, E. (1982). *El ciclo vital completado*. Buenos Aires: Paidós.
- Fernández, L., Teva, I. & Bermúdez M. (2015). Resiliencia en adultos: una revisión teórica. *Terapia Psicológica*, *33* (3), 257-276.
- Garnefski, N., Teerds, J., Kraaij, V., Legerstee, J. & van den Kommer, T. (2004). Cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: differences between males and females. *Personality and Individual Differences*, *36*, 267–276.
- Kafetsios, K. (2004). Attachment and emotional intelligence abilities across the life course. *Personality and Individual Differences*, *37*, 129-145.
- Luthar, S. S., Sawyer, J. A. & Brown, P. J. (2006). Conceptual issues in studies of resilience: past, present and future research. *Annals New York Academy of Sciences*, *1094*, 105-115.
- Main, M. & Solomon, J. (1986). Discovery of an insecure-disorganized/disoriented attachment pattern: Procedures, findings and implications for the classification of behavior. *Affective development in infancy*, *14*, 95-124.
- Melero, R. & Cantero, M. (2008). Los estilos afectivos en la población española: un cuestionario de evaluación del apego adulto. *Clínica y Salud*, *19* (1), 83-100.
- Mikulincer, M. & Shaver, P. (2003). The attachment behavioral system in adulthood: activation, psychodynamics and interpersonal process. *Advances in Experimental Social Psychology*, *35*, 53-152.
- Morelato, G. (2011). Maltrato infantil y desarrollo: hacia una revisión de los factores de resiliencia. *Pensamiento Psicológico*, *9* (17), 83-96.
- Novella, J. (2002). Adaptación de la escala de Resiliencia de Wagnild y Young en la ciudad de Lima. *Revista Científica Universidad Mayor de San Marcos*. Lima-Perú.
- Oliva, A. (2004). Estado actual de la teoría del apego. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*, *4* (1), 65-81.

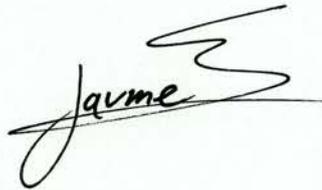
- Páez, D., Fernández, I., Campos, M., Zubieta, E. y Casullo, M. (2006). Apego seguro, vínculos parentales, clima familiar e inteligencia emocional: socialización, regulación y bienestar. *Ansiedad y estrés*, 12 (2-3), 329-341.
- Redondo, P. (2016). Inteligencia emocional, apego adulto y sintomatología psiquiátrica en población española. *Revista Comillas ICAI-ICADE*, (94), 123-157.
- Rodrigo, M. J., Camacho, J., Máiquez, M. L., Byrne, S. & Benito, J. M. (2009). Factores que influyen en el pronóstico de recuperación de las familias en riesgo psicosocial: el papel de la resiliencia del menor. *Psicothema*, 21 (1), 90-96.
- Rúa, M. C. & Andreu, J. M. (2011). Validación psicométrica de la Escala de Resiliencia (RS) en una muestra de adolescentes portugueses. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 11 (1), 51-65.
- Ruiz, M. A., Díaz, M.I. & Villalobos, A. (2011). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Bilbao: Desclée de Brower.
- Saavedra, E. & Villalta, M. (2008). Medición de las características resilientes: un estudio comparativo en personas entre 15 y 65 años. *Revista interdisciplinaria de Filosofía y Psicología*, 2 (15), 39-60.
- Saavedra, E., Castro, A. & Inostroza, A. (2012). Niveles de resiliencia en adultos diagnosticados con y sin depresión. *Revista Pequeño*, 2 (1), 161-184.
- 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.
- Sanz, J., & García-Vera, M. P. (2009). The Beck Depression Inventory (BDI-II) (2nd. ed.). *School and Health*, 21, 331-342.
- Sanz, J., Perdígón A.L. & Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud*, 14 (3), 249-280.
- Sanz, J., & Vázquez, C. (1998). Fiabilidad, validez y datos normativos del Inventario para la Depresión de Beck. *Psicothema*, 10 (2), 303-318.
- Sanz, J. & Vázquez, C. (2011). *Inventario de Depresión de Beck-II*. Madrid: Pearson.
- Seligman, M. & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55 (1), 5-14.

- Taylor, G. J. & Bagby, M. (2000). New trends in alexithymia research. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 73, 68-77.
- Truffino, J. C. (2010). Resiliencia: una aproximación al concepto. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 3, 145-151.
- Vera, B., Carbelo, B. & Vecina, M. L. (2006). La experiencia traumática desde la psicología positiva: resiliencia y crecimiento postraumático. *Papeles del Psicólogo*, 27 (1), 40-49.
- Wagnild, G. M., & Young, H. M. (1993). Development and psychometric evaluation of resilience scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1 (2), 165-178.
- Weinfield, N. S., Sroufe, L. A., Egeland, B. & Carlson, A.E. (1999). The nature of individual differences in infant-caregiver attachment. *Theory, Research and Clinical Applications*, 2, 68-88.
- Whiffen, V., Kallos-Lilly, A. & MacDonal, B.J. (2001). Depression and attachment in couples. *Cognitive therapy and research*, 25 (5), 577-590
- Zhu, W., Wang, C. D. & Chong, C. C. (2016). Adult Attachment, Perceived Social Support, Cultural Orientation and Depressive Symptoms: A Moderated Mediation Model. *Journal of Counseling Psychology*, 63 (6), 645-655.

Declaración de autoría

“Declaro que este trabajo es original y ha sido realizado por mí mismo, sin haber utilizado fuentes o ayudas distintas a las referenciadas. También he señalado la procedencia del contenido tomado de terceros”.

Barcelona, 27 de mayo de 2019

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Jaime", with a stylized flourish extending from the end of the name.