

APEGO Y PSICOPATOLOGÍA: ESTUDIO COMPARATIVO DE LOS ESTILOS DE APEGO EN ADULTOS CON Y SIN SINTOMATOLOGÍA ANSIOSO-DEPRESIVA

María Pía Santelices Álvarez*
Mónica Guzmán González**
y Lusmenia Garrido Rojas***

Resumen:

Se realizó un estudio cuyo objetivo fue comparar la existencia de diferencias en los estilos de apego, en función de la presencia o ausencia de sintomatología ansioso-depresiva en una muestra de adultos chilenos. Para ello se evaluó un total de 366 participantes mediante el CaMir (Pierre-humbert et al., 1996), que mide el apego adulto y el OQ 54.2 (Lambert et al., 1996), que evalúa sintomatología ansioso-depresiva. Los resultados indican que hay diferencias significativas entre ambos grupos, de tal modo que la sintomatología ansioso-depresiva se asocia a estilos de apego inseguros.

Palabras clave: estilos de apego, síntomas ansioso-depresivos, adultos chilenos, CAMIR, OQ-54.2.

Key words: attachment styles, anxious-depressive symptoms, Chilean adults, CAMIR, OQ-54.2.

Antecedentes

Existen numerosos estudios que asocian la presencia de psicopatología a estilos de apego inseguro en los adultos, lo cual se asocia, a su vez, con la presencia de relaciones de apego inseguro durante la infancia del adulto (Mason, Platts y Tyson, 2005). Al respecto, Bowlby (1985) destacó el rol de las experiencias tempranas en el desarrollo de psicopatología, sugiriendo que en los casos en que los niños desarrollan representaciones negativas de sí mismo y de los otros, tienden a ser más vulnerables a la psicopatología, ya que estos modelos operativos internos afectan la experiencia y el comportamiento, por ende, el autoconcepto, la autoestima y las relaciones interpersonales (Mason et al., 2005).

La presencia de psicopatología en los adultos es un poderoso factor de riesgo para la seguridad de

los vínculos con los hijos(as). Numerosos estudios muestran que las situaciones en que se observa una carencia de estrategias de apego coherentes y unitarias en los niños generalmente se asocian a madres o padres afectados por estrés o depresión crónicas (Dubois-Comtois & Moss, 2004; Edhborg, Lundh, Seimyr & Widström, 2003; Raikes & Thompson, 2006; Teti, Gelfand, Messinger & Isabella, 1995). De acuerdo a lo planteado por Adams (2005), las madres deprimidas constituyen un grupo de alto riesgo, pues la depresión interfiere con su habilidad para darse cuenta de las necesidades de su hijo y proveer un cuidado emocionalmente nutritivo.

Diversos estudios han logrado establecer una relación entre estilos de apego y diferentes psicopatologías. Así, se ha observado que el estilo de apego preocupado en adultos se asocia a la presencia de trastornos de ansiedad (Dozier, Stovall & Albus, 1999), altos rangos de síntomas psiquiátricos, indicadores de estrés percibido y dificultades en las relaciones interpersonales (Pianta, Egeland & Adam, 2006). También se ha demostrado que un alto porcentaje de personas que presentan trastornos depresivos, presentan patrones de apego inseguro evitativo (Pilkonis, 1988). Asimismo, se ha visto

* María Pía Santelices Álvarez, Pontificia Universidad Católica de Chile

** Mónica Guzmán González, Universidad Católica del Norte, Antofagasta, Chile

*** Lusmenia Garrido Rojas, Universidad Católica del Maule, Talca, Chile

E-Mail: msanteli@uc.cl

REVISTA ARGENTINA DE CLÍNICA PSICOLÓGICA XX P.P. 49-55
© 2011 Fundación AIGLÉ.

una gran prevalencia de apego desorganizado en subgrupos clínicos y una gran proporción de personas con experiencias traumáticas no resueltas entre pacientes con trastornos alimentarios, desórdenes afectivos, de ansiedad y con personalidad limítrofe (Dozier, Stovall & Albus, 1999).

Un interesante aporte en el campo de la psicopatología y el apego, es el que ha hecho Peter Fonagy (1991; 1999). Con múltiples trabajos sobre la relación entre desorden de personalidad y el tipo de relación temprana, Fonagy (1999) ha propuesto que pacientes que padecen de un desorden severo de la personalidad han sido víctimas de abuso o maltrato, lo que los ha hecho vulnerables a las relaciones íntimas y ha generado incapacidad para transmitir un apego seguro en sus propios hijos.

En definitiva, en años recientes la investigación ha comenzado a avanzar desde el estudio exclusivo de los estilos de apego y el desarrollo de psicopatología en niños, niñas y adolescentes, hacia el estudio de esta relación en la edad adulta, encontrando hallazgos preliminares coherentes con un marco integrado de psicopatología evolutiva (Main, 1996; Weinfield, Sroufe & Egeland, 2000). Sin embargo, se requiere profundizar en este programa de investigación logrando mayores niveles de especificidad y clarificando diferenciadamente su comportamiento en la población adulta de países latinoamericanos. La precisión de la relación entre un determinado estilo de apego y específicas psicopatologías aún es algo que está por estudiarse, pues hasta ahora la mayoría de los estudios se han realizado con instrumentos que han sido diseñados y probados con muestras no clínicas, lo cual no permite saber con mayor seguridad su comportamiento con grupos clínicos (Strauss, 2000).

Específicamente, en Chile se constata la notoria carencia de investigación del apego en adultos, limitando las posibilidades de contar con datos pertinentes al contexto nacional (Martínez y Santelices, 2005). Este conocimiento permitirá desarrollar modelos de intervención tanto a nivel preventivo como paliativo que integre la teoría del apego al abordaje de los problemas de salud mental de la población, constituyéndose por tanto en una línea de investigación de relevancia (Main, 1996). El presente artículo busca aportar en esta dirección, reportando los resultados de una investigación que tuvo por objetivo comparar la existencia de diferencias en los estilos de apego, en función de la presencia o ausencia de sintomatología ansioso-depresiva en una muestra de adultos chilenos.

Método

Se realizó un estudio de tipo transversal, con un diseño correlacional no experimental, basado en mediciones de auto-reporte, con una muestra no clínica extraída de la comunidad, compuesta por personas provenientes de la Región Metropolitana y del Maule de Chile.

Participantes

Los participantes de la muestra fueron seleccionados aleatoriamente de la muestra utilizada en el estudio de validación chilena del instrumento para medir apego en el adulto CAMIR (Garrido, Santelices, Pierrehumbert y Armijo, 2009). En dicho estudio, se usó un muestreo mixto, que en el caso de la Región Metropolitana utilizó a madres que asistían a programas de promoción del apego seguro y a estudiantes universitarios, mientras que en el caso de la Región del Maule, se realizó un muestreo aleatorio simple entre alumnos, docentes y funcionarios de la Universidad Católica del Maule y entre funcionarios del Hospital Regional de Talca. Los participantes aceptaron incorporarse voluntariamente en el estudio, previa firma del consentimiento informado. Asimismo, se obtuvo la aprobación de los comités de ética de las instituciones involucradas.

La muestra total del presente estudio estuvo compuesta por 366 personas, entre 18 y 62 años, con un promedio de edad de 24,5 años ($DE = 9,15$). Un 44,5% ($n = 163$) de la muestra fueron varones y un 55,5% ($n = 203$) mujeres. El promedio de edad de los hombres fue 25,4 ($DE = 9,16$), mientras que el de las mujeres fue de 23,7 ($DE = 9,10$). A fin de testear que la diferencia de edades entre géneros no fuera una variable que pudiera afectar los resultados, se procedió a examinar tal efecto mediante una prueba t. La prueba de homogeneidad de Levene reveló que los grupos son homogéneos ($F(1,364) = 0,39, p > 0,05$), por lo que se procedió a examinar diferencias con varianzas homogéneas. Los resultados muestran que no existen diferencias significativas entre hombre y mujeres según la edad ($t(1,364) = 1,72, p > 0,05$).

Instrumentos

Cuestionario de Apego en Adultos: Cartas Modales Individuales de Relation (CaMir) de Pierrehumbert et al. (1996). Este instrumento ha sido adaptado en Chile (Santelices, Ramírez, Armijo, Pérez y Olhaberry, 2008) y se encuentra en proceso de validación (Garrido et al., 2009). Es un cuestionario auto-administrado que consta de 72 ítems, distribuidos en 13 escalas, que se agrupan a su vez en

4 categorías. Las escalas son: Interferencia parental (IP), Preocupación familiar (PF), Resentimiento de infantilización (RI), Apoyo parental (AP), Apoyo familiar (AF), Reconocimiento de apoyo (RA), Disponibilidad parental (IP₂), Distancia familiar (DF), Resentimiento de rechazo (RR), Traumatismo parental (TP), Bloqueo de recuerdos (BR), Demisión parental (DP) y Valoración de la jerarquía (VJ). Las escalas IP, PF y RI dan cuenta del apego preocupado; AP, AF y RA del apego seguro; IP₂, DF, RR del apego rechazante; TP y BR se relacionan con la no resolución del apego; y DP y VJ con la estructuración del medio familiar. Estas 13 escalas entregan puntajes en cada uno de los tipos de apego (seguro, preocupado, rechazante). La validación del CAMIR en Chile encontró una fiabilidad adecuada, con valores alfa entre 0,72 y 0,84, salvo en las escalas IP ($\alpha = 0,54$), DF ($\alpha = 0,33$), DP ($\alpha = 0,39$) y VJ ($\alpha = 0,33$) (Garrido, Santelices, Pierrehumbert y Armijo, 2009).

El formato de respuesta del instrumento en una primera etapa es de tipo Likert de 1 a 5 (desde muy verdadero a muy falso). En una segunda etapa, se agrega el procedimiento Q-Sort, en que se obliga al sujeto a dejar una cantidad específica de cartas en cada categoría (desde muy verdadero a muy falso). Los puntajes escalares del test CAMIR se calculan en base a las medias de los puntajes de los ítems que las componen. De esta manera, todas las escalas pueden obtener puntajes que fluctúan entre 1 y 5 puntos, donde un mayor puntaje indica mayor presencia de la dimensión medida. Dadas estas restricciones, es esperable obtener medias entre 2 y 3 puntos y una distribución relativamente normal de los puntajes.

A fin de obtener el estilo de apego predominante de cada persona, se combinan los puntajes escalares correspondientes a cada uno de los patrones de apego (seguro, preocupado, rechazante), obteniéndose un perfil de cada sujeto. Dicho perfil es comparado, mediante correlación, con un patrón estándar de respuesta representativo de cada estilo (prototipo), con puntajes que pueden fluctuar entre 1 y -1, donde un mayor puntaje indica una mayor correspondencia a un patrón de apego.

En base a esos datos se calcula el puntaje estandarizado con el cual se puede clasificar a cada sujeto según el patrón de apego predominante, comparando los puntajes obtenidos en cada escala y asignándolo a la categoría de la escala donde obtiene un puntaje mayor.

Cuestionario para la Evaluación de Resultados y Evolución en Psicoterapia (OQ-45.2). Este instrumento fue desarrollado por Lambert et al. (1996) y ha sido adaptado y validado en Chile (von Bergen y De la Parra, 2002). Consta de 45 ítems y su tiempo de

aplicación es de 10 minutos. Se utiliza habitualmente para evaluar los resultados y evolución del proceso durante psicoterapia, pero a la vez permite tener una medida de ajuste o bienestar socioemocional, habiéndose demostrado que es capaz de discriminar en forma significativa entre muestras clínicas y normativas (von Bergen y De la Parra, 2002). Considera 3 escalas, representativas del ajuste socioemocional: *sintomatología ansiosa-depresiva*, que mide la presencia o ausencia de sintomatología de tipo ansiosa y/o depresiva; *relaciones interpersonales*, que evalúa la presencia o ausencia de conflictos interpersonales y el bienestar o disconfort que ello genera; y *rol social*, que mide la presencia o ausencia de dificultades para ajustarse al rol social. El puntaje del OQ se obtiene sumando el puntaje obtenido para cada ítem y arroja puntajes para cada escala, así como un puntaje total de ajuste socioemocional o ausencia de disconfort. Cada ítem se puntúa en una escala Likert de nivel ordinal de 0 a 4 puntos, por lo tanto el rango del puntaje del ajuste total va de 0 a 180 puntos, indicando un mayor disconfort el puntaje mayor (punto de corte 73). La escala de sintomatología ansiosa-depresiva (SD) comprende 25 ítems (punto de corte 43), la de relaciones interpersonales (RI) 11 ítems (punto de corte 16), y la de rol social (RS), 9 ítems (punto de corte 14).

Estudios realizados en Chile sobre su confiabilidad, indican en una muestra clínica un coeficiente alfa de Cronbach para el OQ total de 0,91 y para las escalas SD, RI y RS de 0,89, 0,67 y 0,63 respectivamente; y 0,91, 0,88, 0,71 y 0,65 respectivamente para una muestra no clínica (von Bergen y De la Parra, 2002). Estos valores son similares a los reportados por Lambert et al. (1996).

La validez de constructo mostró una sensibilidad de 0,90 (verdaderos positivos correctamente identificados en punto de corte) y de 0,93 (verdaderos negativos correctamente identificados en punto de corte) (von Bergen y De la Parra, 2002). Para el estudio de la validez concurrente se midió sintomatología ansiosa, depresiva y somatomorfa a través del cuestionario DAS (Alvarado et al., 1991, en von Bergen y De la Parra, 2002), encontrándose correlaciones significativas entre todas las escalas del DAS y puntaje total del OQ y con las escalas del OQ y puntaje total del cuestionario DAS, lo cual permite apoyar la validez concurrente entre ambos instrumentos. En estudios realizados por Lambert et al. (1996), se ha estudiado la validez concurrente del OQ con la *Symptom Checklist 90-R*, *Beck Depresión Inventory*, *Zung Self-rating Depression Scale*, *Zung Self-rating Anxiety Scale*, *Inventory of Interpersonal Problems* y *Social Adjustment*, encontrándose que el instrumento muestra una alta validez concurrente.

Análisis de Datos

Para el análisis de los datos se ocupó el programa SPSS versión 14.0. Preliminarmente, se llevaron a cabo los análisis para evaluar diferencias en los patrones de apego de acuerdo a variables sociodemográficas, tales como el sexo y la edad. La evaluación de la hipótesis del estudio se llevó a cabo con la prueba de Análisis de la Varianza (ANOVA).

Resultados

Patrones de apego

Los análisis preliminares muestran que no existen diferencias significativas por sexo ($\chi^2(2) = 5,51$, $p > 0,05$) ni edad ($F(2, 363) = 0,14$, $p > 0,05$) en los patrones de apego. La distribución por tipo de apego puede observarse en la Tabla 1. Así, se observa la presencia de una mayoría de apego seguro, seguido por apego preocupado y luego rechazante.

Tabla 1. Clasificación obtenida según tipo de apego predominante

PATRÓN DE APEGO DETECTADO	N	PORCENTAJES (%)
Apego Seguro	195	53,3%
Apego Rechazante	80	21,9%
Apego Preocupado	91	24,9%

Ajuste socioemocional

El análisis de la distribución de frecuencia de presencia/ausencia de desajuste emocional en el OQ-45.2 diferenciando hombres y mujeres, indica que existe una asociación significativa entre ambas variables, ($\chi^2(1) = 5,31$, $p < 0,05$), siendo las mujeres quienes presentan con mayor frecuencia desajuste o discomfort socioemocional que los hombres. De este modo, para los análisis que incluyen esta variable se decidió controlar según sexo. En re-

lación a la variable edad, no existen diferencias significativas según el ajuste socioemocional ($F(1, 364) = 0,75$, $p > 0,05$). La estadística descriptiva de las escalas del OQ-45.2 puede observarse en la Tabla 2. La principal diferencia en las medias entre mujeres y hombres se registra en la escala de sintomatología ansioso/depresiva, mientras que en la escala de relación interpersonal y rol social se observan medias similares.

En la Tabla 3 puede observarse el ajuste socioemocional global de la muestra del estudio según las escalas del OQ-45.2, de acuerdo a los puntajes de corte previamente descritos. Así, un 16,7% de la muestra total presenta desajuste socioemocional, siendo claramente mayor en las mujeres (20,7%) que en los hombres (11,7%).

Análisis de correlaciones entre estilos de apego y ajuste socioemocional

En la Tabla 4 se pueden observar las correlaciones entre los estilos de apego obtenidos en el CAMIR y los puntajes en ajuste socioemocional obtenidos en el cuestionario OQ-45.2, tanto en las tres subescalas como en la escala total.

De acuerdo a lo observado en la Tabla 4, se registra una correlación significativa e inversa entre el estilo de apego seguro y las escalas de sintomatología ansioso-depresiva ($r^2 = -0,37$; $p < 0,01$), relaciones interpersonales ($r^2 = -0,39$; $p < 0,01$), rol social ($r^2 = -0,31$; $p < 0,01$) y el puntaje total de la escala ($r^2 = -0,41$; $p < 0,01$), controlando por sexo. Estos resultados indican que mientras más seguro es el apego, hay menor sintomatología ansioso-depresiva, menos problemas interpersonales y en el rol social y mayor el ajuste socioemocional en general.

Además, se observa una correlación significativa y directa entre los estilos de apego inseguros (rechazante y preocupado) y todas las escalas de ajuste socioemocional, con correlaciones entre 0,12 y 0,47 ($p < 0,01$). Estos resultados indican que mientras más ansioso o rechazante sea el apego adulto (es decir, mientras más inseguro sea éste), hay mayor sintomatología ansioso-depresiva, mayor presencia de problemas interpersonales y en el rol social, y menor ajuste socioemocional en general.

Tabla 2. Medidas descriptivas para las escalas del OQ-45.2

ESCALA	TOTAL M (DE)	MUJERES M (DE)	HOMBRES M (DE)
Sintomatología ansioso/depresiva	29,93 (13,73)	32,99 (13,62)	26,13 (12,93)
Relación Interpersonal	11,90 (5,81)	12,40 (6,08)	11,28 (5,41)
Rol social	10,67 (3,99)	10,87 (4,06)	10,43 (3,91)
Total	52,51 (20,99)	56,22 (21,25)	47,88 (19,77)

Tabla 3. Ajuste socioemocional en la muestra según escalas del OQ-45.2

AJUSTE SOCIOEMOCIONAL	TOTAL N (%)	MUJERES N (%)	HOMBRES N (%)
Ajuste socioemocional o bienestar	305 (83,3)	161 (79,3)	144 (88,3)
Disconfort o desajuste	61 (16,7)	42 (20,7)	19 (11,7)

Tabla 4. Correlaciones Parciales entre Estilos de Apego y Ajuste Socioemocional

VARIABLE DE CONTROL		APEGO SEGURO	APEGO RECHAZANTE	APEGO PREOCUPADO
Sexo	Sintomatología Ansioso/Depresiva	-0,37**	0,15**	0,46**
	Relaciones Interpersonales	-0,40**	0,22**	0,40**
	Rol Social	-0,31**	0,12**	0,34**
	Total	-0,41**	0,18**	0,47**

** $p < 0,01$

Análisis comparativo de la Escala de Ajuste Socioemocional según Estilo de Apego

A fin de examinar si existían diferencias entre los niveles de ajuste socioemocional según los diferentes estilos de apego, se procedió a realizar un análisis de varianza factorial. Dado que en los análisis preliminares se observaron diferencias según sexo, se incorporó esta variable como un factor adicional, a fin de evaluar posibles efectos de interacción con la variable estilo de apego. En la Tabla 5 pueden observarse los resultados. Para ello, se procedió en primera instancia a verificar el cumplimiento de los supuestos de esta prueba estadística. La prueba K-S indica que la muestra se distribuye normalmente ($p > 0,08$). Al contrastar el supuesto de la homogeneidad de las varianzas con el estadístico de Levene, éste muestra que las varianzas no son iguales ($F(5, 360) = 2,41, p < 0,05$).

Los resultados del ANOVA indican que existen diferencias estadísticamente significativas entre los estilos de apego en la escala de ajuste socioemocional ($F(2, 360) = 28,68, p < 0,01$) (ver Tabla 5). Los análisis de interacción entre sexo y estilos de apego muestran que no existe un efecto estadísticamente significativo ($F(2, 360) = 0,56, p > 0,57$), por lo que los efectos del tipo de apego sobre el grado de ajuste emocional no difieren según el sexo de los participantes. Por esta razón, se procedió a analizar sólo los efectos principales del patrón de apego.

Los contrastes *post hoc* se llevaron a cabo con la prueba Games-Howell para varianzas no homogé-

Tabla 5. Análisis Factorial de la Varianza para la Escala de Ajuste Socioemocional según el Estilo de Apego y Sexo

FUENTE	GL	F	P
Estilo de Apego	2	28,58	0,00
Sexo	1	15,29	0,00
Estilo de Apego * Sexo	2	0,56	0,57
Error	360		

neas. Los resultados de estos análisis indican que existen diferencias entre los estilos de apego seguro y los patrones de apego preocupado y rechazante ($p < 0,05$), presentando mayor disconfort o desajuste emocional los estilos preocupados y rechazantes que los seguros. Existen además diferencias estadísticamente significativas entre los patrones de apego preocupado y rechazante, presentado un mayor nivel de desajuste emocional las personas con estilos de apego preocupado ($p < 0,05$).

El tamaño del efecto observado para este análisis fue de 0,39, valor considerado elevado de acuerdo a los criterios propuestos por Cohen (1992), con una potencia estadística de 0,99.

Discusión

Llama la atención el bajo porcentaje de apego seguro identificado en la muestra mediante el CAMIR (53,3%); por ejemplo, un estudio realizado en Estados Unidos con una muestra representativa a nivel nacional reveló un 59% de apego seguro (Mickelson, Kessler & Shaver, 1997), y es aun más baja si lo comparamos con la proporción de apego seguro en infantes encontrada en un estudio realizado en Chile con un 73,1% (Lecannelier, Kimelman, González, Núñez y Hoffman, 2009). En base a estos últimos resultados podría hipotetizarse que las pautas actuales de crianza, acompañadas de la mayor visualización de las necesidades socioafectivas en la niñez temprana, favorecen el desarrollo de un estilo de apego seguro en los infantes de forma más marcada que en generaciones anteriores –si bien se requiere mucha más investigación nacional para respaldar esta conjetura.

No sorprenden los resultados con respecto a las diferencias encontradas en el ajuste emocional entre hombres y mujeres, ya que la literatura especializada señala que las mujeres tienden a desarrollar mayor proporción de psicopatología (Granados y Ortiz, 2003), especialmente de tipo internalizante (por ejemplo, depresión).

Los hallazgos de este estudio contribuyen a fortalecer la hipótesis de Bowlby (1985) respecto a que el grado de seguridad desarrollado en el estilo de apego influye sobre la salud mental a lo largo de la vida. Según los resultados obtenidos, un apego seguro actuaría como un mecanismo protector frente a problemas de ajuste socioemocional, específicamente sintomatología ansioso-depresiva, problemas de relación interpersonal y dificultades en el ejercicio de los roles sociales, lo cual está en línea con investigaciones previas realizadas en otros países (Soares & Dias, 2007).

Por otra parte, el estudio mostró que el apego inseguro (preocupado y rechazante) se asocia significativamente con dificultades en las dimensiones señaladas durante la edad adulta, por lo que podría considerarse como un factor de riesgo para la salud mental y ajuste social (Soares & Dias, 2007). Este hallazgo refuerza los aportes de investigaciones como la de Dozier y colaboradores (1999), Pianta y colaboradores (2006), quienes asocian un estilo de apego inseguro al desarrollo de diversas psicopatologías en la edad adulta.

Si bien todas las correlaciones fueron significativas con un $p < 0,01$, la asociación entre apego preocupado y ajuste socioemocional mostró el doble de tamaño (0,47) que la observadas para el apego rechazante (0,18). Es posible entonces que el apego preocupado (ansioso) tenga un impacto mayor so-

bre la salud mental de los adultos que el rechazante (evitativo), hipótesis que abre nuevas líneas de investigación al respecto, por ejemplo, respecto a las influencias diferenciales del tipo de apego inseguro adulto (ej., preocupado, rechazante) sobre la manifestación particular de un cuadro psicopatológico determinado (ej., depresión, ansiedad, etc.).

Una precaución a tomar en cuenta es que no se pueden establecer relaciones causales entre el estilo de apego y el grado de desajuste socioemocional con el presente diseño de investigación, ya que es de carácter transversal y correlacional, es decir, apunta a mostrar asociaciones entre ambas variables, no a generar modelos de causalidad. Para avanzar en dicha línea, se requiere desarrollar estudios longitudinales en Chile y Latinoamérica, que además consideren la comparación transcultural de los hallazgos, por cuanto se han encontrado diferencias en la distribución de los estilos de apego en los diversos países (Lecannelier et al., 2009; Mickelson et al., 1997).

Avanzar en el estudio de la relación entre apego y psicopatología en adultos constituye un programa de investigación que aportará al esclarecimiento de los múltiples caminos que llevan a una persona hacia la salud mental y el ajuste social, o bien hacia la patología y el sufrimiento, con perspectiva de ciclo vital desde la cuna hasta la tumba (Bowlby, 1985; Main, 1996; Weinfield et al., 2000). El rol de las relaciones interpersonales a lo largo de la vida, ya sea como factores de riesgo y vulnerabilidad, o como escudos protectores y mecanismos de resiliencia para la salud mental, aun permanece incompleto y con preguntas claves que responder.

BIBLIOGRAFÍA

- Adams, C. (2005). Health Visitors and Adult Mental Health: The Future Begins Here. *Community Practitioner*, 78(11), 389-391.
- Bowlby, J. (1985). *Attachment and loss*: Vol. III. New York: Basic Books.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112, 155-159.
- Dozier, M., Stovall, K. C. & Albus, K. (1999). Attachment and Psychopathology in Adulthood. En J. Cassidy y P. Shaver (Eds.), *Handbook of Attachment: Theory, Research and Clinical Applications*, (pp. 497-519). New York, London: The Guilford Press.
- Dubois-Comtois, K. & Moss, E. (2004). Relation entre l'attachement et les interactions mère-enfant en milieu naturel et expérimental à l'âge scolaire. *Revue*

- canadienne des sciences du comportement, 36(4), 267-279.
- Edhborg, M., Lundh, W., Seimyr, L. & Widström, A.M. (2003). The Parent – Child Relationship in the Context of Maternal Depressive Mood. *Archives of Women's Mental Health*, 6, 211 – 216.
- Fonagy, P. (1999). Male perpetrators of violence against women: An attachment theory perspective. *Journal of Applied Psychoanalytic studies*, 1, 7-27.
- Fonagy, P., Steele, H. & Steele, M. (1991). Maternal Representations of Attachment During Pregnancy Predict the Organization of Infant – Mother Attachment at One Year of Age. *Child Development*, 62, 891 - 905.
- Garrido, L., Santelices, M. P., Pierrehumbert, B. y Armijo, I. (2009) Validación chilena del instrumento para medir apego adulto CAMIR. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 41, 1, 81-98.
- Granados, J. y Ortiz, L. (2003). Patrones de daños a la salud mental: Psicopatología y diferencias de género. *Salud Mental*, 26(1), 42-50.
- Lambert, M., Hansen, N., Umphress, V., Lunnen, K., Okiishi, J., Burlingame, G. Hefner, J & Reisinger, C. (1996). *Administration and scoring manual for the outcome questionnaire (OQ-45.2)*. Wilmington, DE: American Professional Credentialing Service LLC.
- Lecannelier, F., Kimelman, M., González, L., Nuñez, C. y Hoffmann, M. (2009). Evaluación de Patrones de Apego en Infantes durante su Segundo Año en Dos Centros de Atención de Santiago de Chile. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 18, 197-207.
- Main, M. (1996). Introduction to the Special Section on Attachment and Psychopathology: Overview of the Field of Attachment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(2), 237-243.
- Martínez, C. y Santelices, M. P. (2005). Evaluación del apego en el adulto: Una revisión. *Psykhé*, 14, 181-191.
- Mason, O., Platts, H. & Tyson, M. (2005). Early maladaptive schemas and adult attachment in UK clinical population. *Psychology and Psychotherapy*, 78, 549 - 563.
- Mickelson, K., Kessler, R. & Shaver, P. (1997). Adult Attachment in a Nationally Representative Sample. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73(5), 1092-1106.
- Pianta, R. C., Egeland, B. & Adam, E. (2006). Adult attachment classification and self-reported psychiatric symptomatology as assessed by the Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 273-281.
- Pierrehumbert, B., Karmaniola, A., Sieye, A., Meister, C., Miljkovitch, R. & Halfon, O. (1996). Les modèles de relations: développement d'un autoquestionnaire d'attachement pour adultes. *Psychiatrie de l' enfant*, XXXIX, 161-206.
- Pilkonis, P. A. (1988). Personality prototypes among depressives: Themes of dependency and autonomy. *Journal of Personality Disorders*, 2, 144-152.
- Raikes, A. & Thompson, R. (2006). Family emotional climate, attachment security and young children's emotion knowledge in a high risk sample. *The British Journal of Developmental Psychology*, 24, 89-104.
- Santelices, M.P., Ramírez, V., Armijo, I., Pérez-Salas, C.P. y Olhaberry, M. (2008). Evaluación del apego en adolescentes y adultos: adaptación chilena del cuestionario de apego "CAMIR". *Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente*, 11, 1, 49-59.
- Soares, I. & Dias, P. (2007). Apego y psicopatología en jóvenes y adultos: Contribuciones recientes de la Investigación. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(1), 177-195.
- Strauss, B. M. (2000). Attachment theory and psychotherapy research-Editor's introduction to a special section. *Psychotherapy Research*, 10(4): 381-389.
- Teti, D., Gelfand, D., Messinger, D. & Isabella, R. (1995). Maternal Depression and the Quality of Early Attachment: An Examination of Infants, Preschoolers, and Their Mothers. *Developmental Psychology*, 31(3), 364-376.
- von Bergen, A. y De la Parra, G. (2002). OQ-45-2, Cuestionario para evaluación de resultados y evolución en psicoterapia: adaptación, validación e indicaciones para su aplicación e interpretación. *Terapia Psicológica*, 20(2), 161-176.
- Weinfeld, N., Sroufe, L. A. & Egeland, B. (2000). Attachment from infancy to Early Adulthood in a High-Risk Sample: Continuity, Discontinuity, and Their Correlates. *Child Development*, 71(3), 695-702.

Recibido: 12-7-10
Aprobado: 29-8-10

Abstract: We developed a study to compare existing differences between attachment styles as a function of the presence or absence of anxious-depressive symptoms within a Chilean adult sample. In doing so, we evaluated 366 participants through the CaMir test (Pierrehumbert et al., 1996) which measures the adult attachment, and the OQ 54.2 test (Lambert et al., 1996) that evaluates anxious-depressive symptoms. The results indicate that there are significant differences between both groups, such that the anxious-depressive symptomatology is associated to insecure attachment styles.