

## Apego y psicopatología: Una revisión meta-analítica

Xavier López Martín

<http://hdl.handle.net/10803/665360>

**ADVERTIMENT.** L'accés als continguts d'aquesta tesi doctoral i la seva utilització ha de respectar els drets de la persona autora. Pot ser utilitzada per a consulta o estudi personal, així com en activitats o materials d'investigació i docència en els termes establerts a l'art. 32 del Text Refós de la Llei de Propietat Intel·lectual (RDL 1/1996). Per altres utilitzacions es requereix l'autorització prèvia i expressa de la persona autora. En qualsevol cas, en la utilització dels seus continguts caldrà indicar de forma clara el nom i cognoms de la persona autora i el títol de la tesi doctoral. No s'autoritza la seva reproducció o altres formes d'explotació efectuades amb finalitats de lucre ni la seva comunicació pública des d'un lloc aliè al servei TDX. Tampoc s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant als continguts de la tesi com als seus resums i índexs.

**ADVERTENCIA.** El acceso a los contenidos de esta tesis doctoral y su utilización debe respetar los derechos de la persona autora. Puede ser utilizada para consulta o estudio personal, así como en actividades o materiales de investigación y docencia en los términos establecidos en el art. 32 del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual (RDL 1/1996). Para otros usos se requiere la autorización previa y expresa de la persona autora. En cualquier caso, en la utilización de sus contenidos se deberá indicar de forma clara el nombre y apellidos de la persona autora y el título de la tesis doctoral. No se autoriza su reproducción u otras formas de explotación efectuadas con fines lucrativos ni su comunicación pública desde un sitio ajeno al servicio TDR. Tampoco se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al contenido de la tesis como a sus resúmenes e índices.

**WARNING.** The access to the contents of this doctoral thesis and its use must respect the rights of the author. It can be used for reference or private study, as well as research and learning activities or materials in the terms established by the 32nd article of the Spanish Consolidated Copyright Act (RDL 1/1996). Express and previous authorization of the author is required for any other uses. In any case, when using its content, full name of the author and title of the thesis must be clearly indicated. Reproduction or other forms of for profit use or public communication from outside TDX service is not allowed. Presentation of its content in a window or frame external to TDX (framing) is not authorized either. These rights affect both the content of the thesis and its abstracts and indexes.

## TESIS DOCTORAL

|                      |   |
|----------------------|---|
| Título               | Apego y psicopatología: Una revisión meta-analítica                       |
| Realizada por        | Xavier López Martín   |
| en el Centro         | Facultad de Psicología, Ciencias de la Educación y del Deporte Blanquerna |
| y en el Departamento | Psicología  |
| Dirigida por         | Dr. José A. Castillo Garayoa y Dr. Ignacio Cifre León                     |

Al Dr. Juan Botella, por su ayuda desinteresada en mi tesis, por su predisposición a enseñarme, su interés y su implicación, así como por su capacidad de transmitirme la curiosidad y las ganas de aprender más sobre meta-análisis.

Al Dr. José Castillo, por proponerme la idea de hacer un meta-análisis como tesis doctoral, por considerar que sería una tesis idónea para mí y animarme a realizarla, y por su confianza y disponibilidad a lo largo de los años que hace que nos conocemos.

A mis directores de tesis, por su ayuda y asesoramiento durante todo este tiempo.

A mi padre y a mi madre, por estar siempre ahí, por enseñarme, apoyarme y ayudarme en todo.

A mi hermano, por aconsejarme estudiar psicología, y por orientarme durante la carrera y después de ésta en el ámbito universitario y de la investigación.

A los que ya no están, por formar parte de mi vida y aportarme con su relación.

A los que cada día me ayudan a conocer más sobre mí, sobre la importancia de las cosas, sobre la vida.

A todos, gracias.



|            |  |           |
|------------|--|-----------|
| 1.1.4.3.3. | Attachment Story Completion Task.....  | 20        |
| 1.1.4.3.4. | Manchester Child Attachment Story Task .....   | 21        |
| 1.1.4.3.5. | Separation anxiety test .....  | 21        |
| 1.1.4.4.   | Procedimientos de exposición .....   | 22        |
| 1.1.4.4.1. | Strange Situation Procedure.....   | 22        |
| 1.1.4.4.2. | Preschool Attachment Assessment System.....  | 22        |
| 1.2.       | Apego y psicopatología .....   | 23        |
| 1.2.1.     | Apego y trastornos psicopatológicos en la infancia y la adolescencia.....              | 25        |
| 1.2.1.1.   | Trastorno del espectro del autismo y generalizado del desarrollo .....                 | 25        |
| 1.2.1.2.   | Trastornos destructivos del control de los impulsos y de la conducta.....              | 27        |
| 1.2.1.3.   | Trastorno por déficit de atención con hiperactividad .....                             | 29        |
| 1.2.1.4.   | Trastornos de ansiedad .....   | 30        |
| 1.2.1.5.   | Trastornos depresivos.....   | 32        |
| 1.2.2.     | Apego y trastornos psicopatológicos en la edad adulta .....                            | 33        |
| 1.2.2.1.   | Trastornos depresivos.....   | 33        |
| 1.2.2.2.   | Trastornos de ansiedad .....   | 36        |
| 1.2.2.3.   | Trastornos alimentarios .....  | 38        |
| 1.2.2.4.   | Trastornos de la personalidad .....  | 40        |
| 1.2.2.5.   | Trastornos psicóticos .....  | 42        |
| 1.2.3.     | Hipótesis explicativas sobre la asociación entre apego y psicopatología: resumen ..... | 44        |
| 1.3.       | Meta-análisis.....   | 46        |
| 1.4.       | Estudio actual.....  | 49        |
| 1.4.1.     | Objetivo principal .....   | 50        |
| 1.4.2.     | Objetivos específicos .....  | 50        |
| 1.4.3.     | Hipótesis .....  | 51        |
| <b>2.</b>  | <b>Método</b> .....  | <b>52</b> |
| 2.1.       | Procedimiento de búsqueda .....  | 52        |
| 2.2.       | Selección de estudios .....  | 57        |
| 2.3.       | Codificación de estudios.....  | 59        |
| 2.3.1.     | Variables extrínsecas o no relacionadas con el proceso científico del estudio .....    | 59        |

|   |           |
|---|-----------|
| 2.3.2. Variables sustantivas o relacionadas con el objeto propio de estudio del meta-análisis.....  | 59        |
| 2.3.3. Variables metodológicas o relacionadas con la metodología y el diseño del estudio.....   | 63        |
| 2.4. Análisis de datos .....  | 65        |
| <b>3. Resultados.....</b>   | <b>67</b> |
| 3.1. Descripción de la muestra.....   | 67        |
| 3.2. Meta-análisis 1: Prevalencia de apego inseguro en personas con trastornos psicopatológicos.....  | 68        |
| 3.2.1. Heterogeneidad .....   | 69        |
| 3.2.1.1. Moderadores cualitativos .....   | 77        |
| 3.2.1.2. Moderadores cuantitativos .....  | 80        |
| 3.2.2. Sesgo de publicación.....  | 81        |
| 3.3. Meta-análisis 2: Apego inseguro en personas con trastornos psicopatológicos: comparación con la población general.....                 | 83        |
| 3.3.1. Heterogeneidad .....   | 87        |
| 3.3.1.1. Moderadores cualitativos .....   | 87        |
| 3.3.1.2. Moderadores cuantitativos .....  | 90        |
| 3.3.2. Sesgo de publicación.....  | 91        |
| 3.4. Meta-análisis 3: Comparación de ansiedad y evitación de apego entre población con trastornos psicopatológicos y población normal ..... | 92        |
| 3.4.1. Ansiedad de apego .....  | 93        |
| 3.4.1.1. Análisis de sensibilidad.....  | 95        |
| 3.4.1.2. Heterogeneidad .....   | 95        |
| 3.4.1.2.1. Moderadores cualitativos .....   | 96        |
| 3.4.1.2.2. Moderadores cuantitativos .....  | 97        |
| 3.4.1.3. Sesgo de publicación.....  | 97        |
| 3.4.2. Evitación de apego .....   | 99        |
| 3.4.2.1. Análisis de estabilidad .....  | 99        |
| 3.4.2.2. Heterogeneidad .....   | 101       |
| 3.4.2.2.1. Moderadores cualitativos .....   | 101       |
| 3.4.2.2.2. Moderadores cuantitativos .....  | 101       |
| 3.4.2.3. Sesgo de publicación.....  | 102       |
| 3.5. Relaciones específicas entre tipologías de apego inseguro y trastornos psicopatológicos.....   | 103       |

|   |         |
|---|---------|
| <b>4. Discusión</b> .....   | 104     |
| 4.1. Meta-análisis 1: Prevalencia de apego inseguro en personas con trastornos psicopatológicos.....  | 104     |
| 4.2. Meta-análisis 2: Apego inseguro en personas con trastornos psicopatológicos: comparación con la población general.....                 | 108     |
| 4.3. Meta-análisis 3: Comparación de ansiedad y evitación de apego entre población con trastornos psicopatológicos y población normal ..... | 110     |
| 4.4. La investigación sobre apego y trastornos psicopatológicos: aspectos metodológicos.....  | 111     |
| 4.5. Implicaciones para la prevención y la práctica clínica .....   | 113     |
| 4.6. Limitaciones del estudio .....   | 115     |
| 4.7. Futuras líneas de trabajo .....  | 115     |
| 4.8. Conclusiones.....  | 116     |
| <br><b>Referencias bibliográficas</b> .....   | <br>118 |
| <br><b>Anexos</b> .....   | <br>142 |

## ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

### Tablas

|   |    |
|---|----|
| Tabla 1: Correspondencia entre las categorías de apego adulto en función de los autores .....                               | 9  |
| Tabla 2: Proporciones de apego inseguro en trastornos del espectro del autismo y trastorno generalizado del desarrollo..... | 27 |
| Tabla 3: Proporciones de apego inseguro en trastornos destructivos del control de los impulsos y de la conducta .....       | 28 |
| Tabla 4: Proporciones de apego inseguro en trastorno por déficit de atención con hiperactividad .....                       | 30 |
| Tabla 5: Proporciones de apego inseguro en trastornos de ansiedad.....  | 32 |
| Tabla 6: Proporciones de apego inseguro en trastornos depresivos .....  | 33 |
| Tabla 7: Proporciones de apego inseguro en trastornos depresivos .....  | 35 |
| Tabla 8: Proporciones de apego inseguro en trastornos de ansiedad.....  | 37 |
| Tabla 9: Proporciones de apego inseguro en trastornos alimentarios.....   | 39 |
| Tabla 10: Proporciones de apego inseguro en trastornos de la personalidad .....   | 42 |
| Tabla 11: Proporciones de apego inseguro en trastornos psicóticos .....   | 44 |
| Tabla 12: Rangos de apego inseguro en diferentes trastornos psicopatológicos .....  | 45 |
| Tabla 13: Trastornos psicopatológicos incluidos en la búsqueda de estudios y palabras clave utilizadas .....                | 53 |
| Tabla 14: Número de estudios incluidos conforme a las agrupaciones de trastornos DSM-5 .....                                | 68 |
| Tabla 15: Principales características de la muestra de estudios incluidos en el meta-análisis 1 .....                       | 72 |
| Tabla 16: Resultados de los análisis realizados a las variables moderadoras cualitativas del meta-análisis 1 .....          | 78 |
| Tabla 17: Resultados de las comparaciones post-hoc aplicadas a los moderadores cualitativos del meta-análisis 1 .....       | 79 |
| Tabla 18: Resultados de los análisis realizados a las variables moderadoras cuantitativas del meta-análisis 1 .....         | 80 |

|   |     |
|---|-----|
| Tabla 19: Principales características de la muestra de estudios incluidos en el meta-análisis 2.....                                    | 84  |
| Tabla 20: Resultados de los análisis realizados a las variables moderadoras cualitativas del meta-análisis 2.....                       | 89  |
| Tabla 21: Resultados de los análisis realizados a las variables moderadoras cuantitativas del meta-análisis 2.....                      | 90  |
| Tabla 22: Principales características de la muestra de estudios incluidos en el meta-análisis 3.....                                    | 94  |
| Tabla 23: Resultados de los análisis realizados a las variables moderadoras cuantitativas del meta-análisis 3 (ansiedad de apego).....  | 97  |
| Tabla 24: Resultados de los análisis realizados a las variables moderadoras cuantitativas del meta-análisis 3 (evitación de apego)..... | 102 |

## Figuras

|  |    |
|--|----|
| Figura 1: Modelo de clasificación del apego de Bartholomew y Horowitz .....  | 10 |
| Figura 2: Diagrama de flujo PRISMA del procedimiento de búsqueda e inclusión de estudios en el meta-análisis.....  | 58 |
| Figura 3: Representación <i>forest plot</i> de las 135 estimaciones de proporción simple de apego inseguro en población con trastornos psicopatológicos.....     | 71 |
| Figura 4: Representación <i>funnel plot</i> de las 135 estimaciones del meta-análisis 1 .....  | 82 |
| Figura 5: Representación <i>funnel plot</i> tras la corrección <i>Trim-and-Fill</i> aplicada al meta-análisis 1 .....  | 83 |
| Figura 6: Representación <i>forest plot</i> de las 80 estimaciones de razón de ventajas del meta-análisis 2.....   | 88 |
| Figura 7: Representación <i>funnel plot</i> de las 79 estimaciones del meta-análisis 2 .....   | 91 |
| Figura 8: Representación <i>funnel plot</i> tras la corrección <i>Trim-and-Fill</i> aplicada al meta-análisis 2.....   | 92 |
| Figura 9: Representación <i>forest plot</i> de las 22 estimaciones de diferencia de medias del meta-análisis 3 (ansiedad de apego).....                          | 93 |
| Figura 10: Representación <i>forest plot</i> de las estimaciones de diferencia de medias de ansiedad de apego tras la exclusión del valor atípico observado..... | 96 |

|   |     |
|---|-----|
| Figura 11: Representación <i>funnel plot</i> de las 21 estimaciones de ansiedad de apego .....  | 98  |
| Figura 12: Representación <i>forest plot</i> de las 22 estimaciones de diferencia de medias del meta-análisis 3 (evitación de apego) .....                  | 99  |
| Figura 13: Representación forest plot de las estimaciones de diferencia de medias de evitación de apego tras la exclusión del valor atípico observado ..... | 100 |
| Figura 14: Representación funnel plot de las 21 estimaciones de evitación de apego .....  | 103 |

## **TÍTULO: Apego y psicopatología: Una revisión meta-analítica**

### **RESUMEN:**

Avanzar en el conocimiento y la comprensión de las variables causales o mediadoras que subyacen a la condición psicopatológica es una tarea primordial para mejorar la intervención con las personas que padecen trastornos psicopatológicos, así como para establecer y promover medidas preventivas o protectoras. La teoría del apego ofrece una posible respuesta explicativa a la aparición de estos trastornos, asociándola a la cualidad de la vinculación vivida desde los primeros años del bebé con sus figuras progenitoras o cuidadoras. El presente estudio tiene por objetivo evaluar la relación entre apego y psicopatología a través de la realización de un meta-análisis que recoja, sintetice y cuantifique los resultados de la investigación realizada hasta la actualidad sobre la materia. Los resultados confirman la relación significativa entre ambas variables, evidenciando que el 67% de las personas con diagnósticos psicopatológicos tienen apego inseguro, y que existe 4.8 veces más probabilidad de tener apego inseguro si se sufre un trastorno psicopatológico. Los resultados obtenidos, sus implicaciones clínicas y limitaciones se discuten al final del estudio.

### **PALABRAS CLAVE:**

Apego, psicopatología, meta-análisis

## **TÍTOL: Aferrament i psicopatologia: Una revisió meta analítica**

### **RESUM:**

Avançar en el coneixement i la comprensió de les variables causals o mediadores subjacents a la condició psicopatològica és una tasca primordial per millorar la intervenció amb les persones que pateixen trastorns psicopatològics, així com per establir i promoure mesures preventives o protectores. La teoria de l'aferrament ofereix una possible resposta explicativa a l'aparició d'aquests trastorns, associant-la a la qualitat de la vinculació viscuda des dels primers anys del nadó amb les seves figures progenitores o cuidadores. El present estudi té per objectiu avaluar la relació entre aferrament i psicopatologia a través de la realització d'un metaanàlisi que reculli, sintetitzi i quantifiqui els resultats de la investigació realitzada fins a l'actualitat sobre la matèria. Els resultats confirmen la relació significativa entre les dues variables, evidenciant que el 67% de les persones amb diagnòstics psicopatològics tenen un aferrament insegur, i que existeix 4.8 vegades més probabilitat de tenir aferrament insegur si es pateix un trastorn psicopatològic. Els resultats obtinguts, les seves implicacions clíniques i limitacions es discuteixen al final de l'estudi.

### **PARAULES CLAU:**

Aferrament, psicopatologia, metaanàlisi

**TITLE: Attachment and psychopathology: A meta-analytic review**

**SUMMARY:**

Advancing knowledge and understanding of the causal or mediating variables that underlie the psychopathological condition is a primary task to improve the intervention with people suffering from psychopathological disorders, as well as to establish and promote preventive or protective measures. Attachment theory offers a possible explanatory answer to the appearance of these disorders, associating it with the quality of the bond experienced from the baby's first years with his or her parent or caregiver figures. The aim of this study is to evaluate the relationship between attachment and psychopathology through the realization of a meta-analysis that collects, synthesizes and quantifies the results of the research carried out up to date on this subject. Results confirm the significant relationship between both variables, showing that 67% of people with psychopathological diagnoses have insecure attachment, and that there is 4.8 times more probability of having insecure attachment if a psychopathological disorder is suffered. Results, clinical implications and limitations are discussed.

**KEYWORDS:**

Attachment, psychopathology, meta-analysis

## 1. Introducción

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), alrededor de 450 millones de personas en el mundo sufren problemas psicopatológicos, estimándose que una de cada cuatro personas desarrollará uno o más trastornos mentales en algún momento de sus vidas (World Health Organization, 2001). Entre las diferentes etiologías propuestas para explicar el desarrollo de trastornos psicopatológicos, la *teoría del apego* postula que la calidad de la relación temprana entre el bebé y sus figuras cuidadoras se encontraría en la base de la vulnerabilidad hacia una posterior aparición de dificultades psicopatológicas (Bowlby, 1989).

La presente tesis tiene por objetivo poder obtener conclusiones sólidas y generalizables acerca de esta cuestión, examinando para ello la relación entre *apego* y presencia de trastornos psicopatológicos, a través de una revisión meta-analítica que permita integrar y cuantificar la información y los resultados contenidos en todas las investigaciones existentes sobre la materia.

Para llevar a cabo esta tarea, en primer lugar se introducirán los fundamentos principales de la teoría del apego, desarrollándose a continuación los planteamientos hechos desde la teoría acerca de su vinculación con los trastornos psicopatológicos. Llegados a ese punto, se realizará a una primera aproximación a las investigaciones localizadas en la literatura que relacionan apego y distintos trastornos psicopatológicos, exponiendo sus principales hallazgos y comparando los distintos resultados aportados en la investigación. Por último, antes de comenzar el estudio, se esbozarán las líneas maestras de la metodología de trabajo utilizada – el *meta-análisis* –, definiendo en qué consiste y exponiendo sus características principales y pasos para su realización.

Por lo que respecta a la realización del estudio, se procederá al cálculo de tres meta-análisis diferenciados, que darán respuesta a las distintas preguntas planteadas sobre la relación entre apego y trastornos psicopatológicos. Un cálculo inicial de los tamaños del efecto de cada estudio dará paso a continuación a la obtención de la estimación combinada de los mismos, evaluándose posteriormente la existencia de heterogeneidad en los resultados, así como las

posibles variables que la explicarían, en caso de producirse. Llegados a ese punto, se verificará en último lugar la existencia de sesgo de publicación en el conjunto de estudios para confirmar la validez de los resultados obtenidos. La discusión de los resultados obtenidos concluirá esta tesis, exponiendo los hallazgos que haya obtenido, su significado y sus implicaciones.

## **1.1. La teoría del Apego**

### **1.1.1. Definición de apego**

La teoría del apego, descrita inicialmente por John Bowlby y desarrollada posteriormente por Mary Ainsworth, se fundamenta en la premisa de la predisposición biológica del bebé a buscar proximidad con sus figuras cuidadoras con el fin evolutivo de proteger a este del peligro. De acuerdo con Bowlby, el apego es el vínculo emocional que se establece entre el bebé y sus figuras cuidadoras, por los que muestra preferencia, se siente seguro y de los que teme separarse, caracterizándose por conductas de búsqueda de proximidad, interacción íntima y base de referencia y de ayuda en su relación con el mundo que le rodea (Ainsworth y Bowlby, 1991; Bowlby, 1989).

Desde su nacimiento, el bebé expresa esta búsqueda de proximidad a través de conductas de apego específicas, como por ejemplo el llanto, con el que se facilita que el cuidador se aproxime y le aporte seguridad y protección. Cuando las figuras cuidadoras son sensibles a las conductas de apego del bebé de forma continuada, el niño percibe a sus cuidadores como un refugio seguro, lo que le posibilita una base de confianza para explorar su entorno e ir configurando su desarrollo. A esta condición se la ha venido a llamar *apego seguro*.

Por el contrario, en aquellos casos en que las figuras cuidadoras muestran una falta de sensibilidad o ésta es inconsistente, el bebé no percibe a estas figuras como un resguardo

adecuado, y por tanto no establece esta base segura con la que sentirse confiado para explorar la realidad, configurando lo que se ha definido como *apego inseguro*.

La interacción con las figuras de apego permite al bebé ir construyendo el sistema de regulación de sus emociones. Si la relación es satisfactoria, si hay coordinación y sincronía entre la experiencia interna del bebé y las respuestas de sus figuras cuidadoras, se desarrolla adecuadamente tanto la regulación del vínculo como la capacidad de auto-regulación. Por el contrario, si las figuras de apego no responden de manera sensible y adecuada a las necesidades afectivas del bebé, la proximidad deviene disfuncional y los afectos del bebé se hiperactivan o desactivan (Silverman, 1998).

### **1.1.2. Modelos operativos internos**

Como resultado de las distintas experiencias de apego vividas en los primeros años de vida y la infancia, las experiencias relacionales del niño se van organizando en forma de representaciones mentales, lo que Bowlby (1969) denominó *modelos operativos internos* (*internal working models*), es decir, modelos cognitivo-afectivos de uno mismo y del otro que permiten regular, interpretar y predecir aspectos como la conducta, los pensamientos y los sentimientos, tanto del otro como de uno mismo (Bretherton y Munholland, 1999).

Estas representaciones o modelos internos se constituyen, como decíamos, a partir de la primera relación que el bebé establece con el mundo, es decir, la relación con sus figuras cuidadoras o “de apego”. De esta primera experiencia el niño interioriza una visión de sí mismo y de los otros, de manera que si las figuras de apego se muestran consistentemente cálidas, accesibles y sensibles a sus necesidades, se crea una representación positiva de los demás, como personas confiables y disponibles en momentos de necesidad, y al mismo tiempo se desarrolla una representación positiva de uno mismo, como alguien valioso, digno de atención y cuidado. Por el contrario, si las figuras de apego muestran rechazo, inconsistencia o insensibilidad ante

las necesidades del bebé, este desarrollará una visión de los demás como rechazantes o poco confiables, y de sí mismo como no merecedor de protección y ayuda.

Los modelos operativos internos establecidos en estas etapas iniciales de la vida configuran, pues, una determinada visión del mundo y de las relaciones, una expectativa o pronóstico personal de lo que ocurrirá en las interacciones sociales, y un prototipo de las relaciones afectivas que se mantendrán posteriormente en la adolescencia y la etapa adulta, lo que se conoce comúnmente como estilos de apego.

### **1.1.3. Estilos de apego**

Los *estilos de apego* pueden observarse ya a finales del primer año de vida (Ainsworth, Blehar, Walters y Wall, 1978) y, posteriormente, a lo largo de toda la infancia y la vida adulta (Hazan y Shaver, 1987). Aunque no todos los autores coinciden exactamente en sus tipologías, se reconoce la existencia de un estilo de apego seguro, tanto en la infancia como en la vida adulta, frente a otros de tipo inseguro. Así, una persona que haya formado un apego seguro con sus figuras cuidadoras, tenderá a manifestar una actitud de confianza hacia las personas con quien establezca relaciones cercanas, y por contra, aquel que haya configurado un patrón de apego inseguro se comportará de forma evitativa o ambivalente, mostrando una visión negativa, escéptica y ansiosa acerca de las relaciones.

A continuación vamos a describir las tipologías principales de apego identificadas en la infancia, viendo más adelante cómo estas evolucionarán en la etapa adulta.

#### ***1.1.3.1. Apego en la infancia***

La clasificación de las tipologías de apego infantil más ampliamente utilizada en la actualidad se debe a Mary Ainsworth y sus colaboradores (1978), quienes, a partir de las

primeras descripciones realizadas por Bowlby, diseñaron un procedimiento para examinar el equilibrio entre las conductas de apego y de exploración bajo condiciones de estrés. A través de este procedimiento, llamado la *Situación del extraño (Strange Situation)*, Ainsworth estableció tres tipos de apego, asociando cada uno de ellos a una sensibilidad parental diferenciada:

- Apego seguro: Caracterizado por la confianza del niño en que los padres serán accesibles, sensibles y que responderán a sus llamadas si este se encuentra en una situación difícil o amenazadora.
- Apego inseguro-evitativo: Fundamentado en la falta de confianza del niño en recibir una respuesta positiva cuando busque ayuda, esperando encontrar en su lugar una respuesta negativa, y buscando en consecuencia su autosuficiencia. Este patrón sería resultado de una actitud relativamente insensible a las peticiones del niño, así como rechazante cuando este se aproxima buscando protección y consuelo.
- Apego inseguro-ambivalente: Caracterizado por la inseguridad del niño sobre si las figuras cuidadoras serán accesibles, sensibles y le ayudarán cuando lo necesite, lo que le obliga a estar continuamente pendiente de ellas, comportándose de manera muy demandante, y experimentando gran ansiedad por la falta de confianza en la respuesta de estas figuras. Este patrón se formaría ante un proceder inconsistente de las figuras de apego, sensible y cálido en algunas ocasiones y frío e insensible en otras.

Main y Solomon (1986) añadieron posteriormente una cuarta categoría, a la que denominaron *apego inseguro desorganizado*, al observar que algunos niños no eran clasificables en ninguna de las categorías inseguras anteriores, y presentando características de comportamiento desorganizado e incoherente. Esta tipología se asocia a niños víctimas de maltrato o abuso (Cicchetti, Rogosch y Toth, 2006), donde se experimenta la contradicción de buscar apoyo en quien daña.

### ***1.1.3.2. Apego en la edad adulta***

Partiendo de la conceptualización del apego realizada por Bowlby como una característica estable a lo largo de la vida del individuo, a medida que el niño va creciendo adquieren cada vez más importancia y protagonismo las relaciones externas al núcleo familiar, lo que en la etapa adulta establece normalmente en la pareja la figura de apego. A diferencia del apego infantil, donde las figuras de apego –generalmente los padres– son quienes ofrecen apoyo y protección y es el niño quien los recibe, en la edad adulta existe una simetría entre la persona y su figura de apego, en la que ambos brindan y reciben cuidados según el momento (Yárnoz, 2008).

Distintos autores han aplicado los principios de la teoría del apego a la edad adulta sobre la base de las tipologías de apego infantil. Así, Main y sus colaboradores (Main, Kaplan y Cassidy, 1985) desarrollaron una entrevista de apego adulto (*Adult Attachment Interview*) para evaluar los estilos de apego en esta población, estableciendo patrones principales de apego derivados de las categorías de Ainsworth:

- Seguro/autónomo (*autonomous*): Personas que se sienten cómodas en la intimidad con el otro, que confían en recibir su apoyo y que creen ser dignas de estima.
- Evitativo (*dismissing*): Individuos que valoran la independencia, a menudo minimizando la importancia de mantener relaciones íntimas y evitando la cercanía y el apoyo del otro. Esta categoría se correspondería con la categoría inseguro-evitativo de Ainsworth.
- Preocupado (*preoccupied*): Personas que tienen miedo al abandono y están pendientes del apoyo emocional de los demás, a menudo con dificultades para alcanzar el grado de intimidad que desearían, buscando en exceso la proximidad y sintiendo que los demás les prestan poca atención. Esta categoría se correspondería al tipo inseguro-ambivalente infantil.

- No resuelto (*unresolved*): Individuos que viven de manera confusa. Buscan seguridad en sus figuras de apego, pero a la vez las viven con temor y experimentan deseos de distanciarse de ellas, por lo que existe una tendencia a comportarse de forma contradictoria, y a tener relaciones problemáticas. Esta categoría se correspondería al tipo desorganizado propuesto por Main y Solomon (1986).

Por su parte, Hazan y Shaver (1987) construyeron el primer cuestionario para evaluar apego en adultos, sirviéndose también para ello de las categorías establecidas por Ainsworth, y definiendo éstas del siguiente modo:

- Seguro (*secure*): Personas a quienes les resulta relativamente fácil acercarse a los demás, sintiéndose cómodas en situaciones de mutua interdependencia. No sufren miedo al abandono ni se incomodan por la proximidad de los demás.
- Evitativo (*avoidant*): Personas que se sienten incómodas estando cerca de otros, resultándoles difícil confiar y/o depender de ellos. Estas personas se sienten ansiosas cuando alguien se les aproxima demasiado. A menudo sus parejas sentimentales les piden más cercanía de la que se sienten cómodas ofreciendo.
- Ansioso-ambivalente (*anxious/ambivalent*): Personas que sienten que los demás se muestran reacios a acercarse tanto a ellas como les gustaría. A menudo les preocupa que su pareja no les quiera o les abandone. Querrían fusionarse completamente con otra persona, y consideran que ese deseo a veces asusta a la gente.

A partir de los postulados de Bowlby (1973, 1980) acerca de los modelos operativos internos, Bartholomew y Horowitz (1991) describieron una nueva tipología de estilos de apego, describiendo cuatro modelos prototípicos a partir de la representación que una persona tiene de sí misma (*self*) y de los demás. Así, de la combinación de la visión positiva o negativa de uno

mismo con la visión acerca de los demás, se daría lugar a cuatro estilos de apego (Castillo y Medina, 2007):

- Estilo de apego seguro (*secure*): Caracterizado por el predominio de una valoración positiva de uno mismo y de los demás, viendo a los otros como personas confiables, accesibles y sensibles a las propias necesidades.
- Estilo de apego inseguro evitativo (*dismissing-avoidant*): Caracterizado por una visión positiva de sí mismo pero negativa y desconfiada de los otros, a los que se tendería a evitar.
- Estilo de apego inseguro temeroso (*fearful-avoidant*): Caracterizado por una visión negativa tanto de uno mismo como de los demás. Serían personas que se auto devalúan y tienden a mantenerse en un estado de hipervigilancia defensiva, estableciendo relaciones en las que se muestran reservados y suspicaces. Buscarían la relación y la proximidad, pero con desconfianza y miedo a ser rechazados.
- Estilo de apego inseguro preocupado (*preoccupied*): caracterizado por una visión negativa de uno mismo y con tendencia a la devaluación, y una visión positiva de los demás, a quienes enaltecerían y de quienes buscarían aprobación y valoración. Se trataría de personas que pueden confiar ciegamente, sin percibir defectos, limitaciones o riesgos.

Esta clasificación, a diferencia de las expuestas anteriormente, establece una diferenciación entre dos tipos de apego inseguro evitativo –*fearful-avoidant* y *dismissing-avoidant*–, considerando así la existencia de personas que, además de las descritas en las primeras clasificaciones como evitativas donde no existiría un deseo de relación, habría un segundo tipo de individuos evitativos que sí desearían la relación con otras personas (categoría

“temeroso”). En la Tabla 1 puede consultarse la clasificación de las tres tipologías expuestas, así como las correspondencias entre ellas.

Tabla 1

*Correspondencia entre las categorías de apego adulto en función de los autores*

| <b>Main et al. (1985)</b> | <b>Hazan &amp; Shaver (1987)</b> | <b>Bartholomew &amp; Horowitz (1991)</b> |
|---------------------------|----------------------------------|--|
| Seguro/autónomo           | Seguro                           | Seguro                                   |
| Evitativo                 | Evitativo                        | Evitativo<br>Temeroso                    |
| Preocupado                | Ansioso-ambivalente              | Preocupado                               |
| No resuelto               |                                  |  |

En la última década, fruto de las críticas realizadas a los sistemas de clasificación categoriales en distintos ámbitos, como por ejemplo al propio sistema de clasificación de los trastornos mentales (Hernández-Guzmán, Del Palacio, Freyre y Alcázar-Olán, 2011), se ha propuesto un abordaje dimensional a partir de las dos variables que subyacen el apego: la ansiedad y la evitación.

La primera dimensión, *ansiedad*, está vinculada a la hipervigilancia en relación a la consecución de protección, cercanía y aceptación por parte de las figuras de apego. De este modo, alguien con una puntuación elevada en esta dimensión se mostrará ansiosa, por ejemplo, ante la posibilidad de que su figura de apego no responda adecuadamente a sus necesidades, mientras que una persona con un nivel bajo de ansiedad se sentirá segura. Por otra parte, en relación a la dimensión *evitación*, estará relacionada con la tendencia a utilizar, o bien estrategias de distanciamiento, o bien estrategias de búsqueda de proximidad para regular las conductas, pensamientos y sentimientos relacionados con el apego. Las personas con niveles altos de evitación tenderán a desconectar de sus relaciones interpersonales, mientras que las

personas situadas en el extremo bajo de la dimensión se sentirán cómodas abriéndose a los demás y confiando en ellos como base segura (Yárnoz y Comino, 2011).

De este modo, los estilos de apego podrán ser establecidos a partir de la combinación de ambas dimensiones, de acuerdo con la clasificación previa de Bartholomew y Horowitz (ver Figura 1):

- Apego seguro: personas con baja evitación y baja ansiedad.
- Apego evitativo: personas con alta evitación y baja ansiedad.
- Apego temeroso: personas con alta evitación y alta ansiedad.
- Apego preocupado: personas con baja evitación y alta ansiedad.

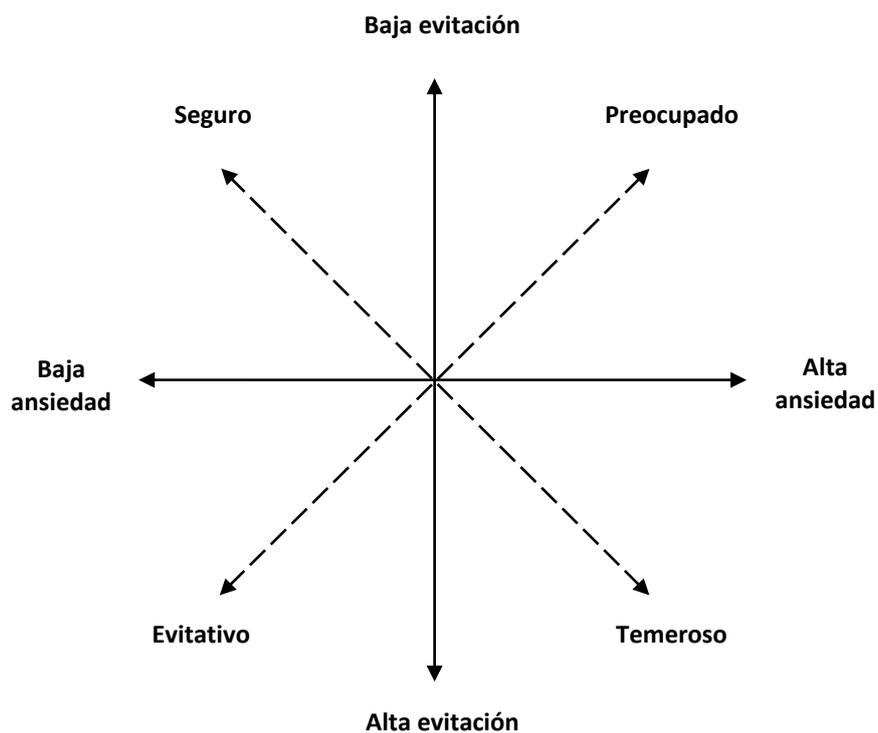


Figura 1. Modelo de clasificación del apego de Bartholomew y Horowitz.

#### **1.1.4. Evaluación del apego**

Como el lector ya habrá podido advertir en el apartado anterior, existen distintas metodologías para evaluar los patrones de apego, tanto en la edad infantil como en la etapa adulta. Estas técnicas abarcan tanto instrumentos de entrevista y auto-informe, como test proyectivos o procedimientos de exposición. Para una mayor comprensión de las particularidades de cada instrumento, a continuación describiremos brevemente todos los instrumentos utilizados en los estudios incluidos en la revisión, pudiéndose encontrar una exposición más amplia en Frias, Shaver y Mikulincer (2015) y Yárnoz (2008).

##### **1.1.4.1. Entrevistas**

###### **1.1.4.1.1. Adult Attachment Interview (AAI)**

La entrevista de apego adulto o *Adult Attachment Interview* (George, Kaplan, y Main, 1984) es una entrevista estructurada que tiene por objetivo explorar las experiencias de apego tempranas de la persona y sus efectos en su vida relacional. En su realización, se pide al entrevistado que proporcione descripciones de su infancia, explorando particularmente situaciones delicadas de su vida, como por ejemplo momentos en que éste estuvo enfermo, herido, o se sintió rechazado, así como experiencias de pérdida o abuso.

La clasificación de la AAI se establece en tres tipologías, que se corresponden con el sistema definido por Ainsworth en su procedimiento de la Situación del extraño: “Evitativo” para aquellas personas que “evitan” dar importancia a las relaciones de apego; “Preocupado” para aquellos que muestran preocupación con sus experiencias de apego infantil; y “Libre o autónomo” (seguro) para quienes se sienten así al relatar las experiencias de su infancia. Estas categorías ya han sido descritas con mayor detalle en un apartado previo.

La aplicación de la AAI a diferentes muestras permitió observar que algunas personas no encajaban en ninguna de las tres categorías descritas, por lo que se introdujo la categoría “no clasificable”. Así mismo, una quinta categoría fue también incluida para clasificar individuos que mostraron situaciones de pérdida o abuso y exteriorizaban un patrón desorganizado –del que ya hemos hablado anteriormente–, caracterizado por relatos contradictorios y confusos a lo largo de la evaluación.

#### 1.1.4.1.2. Attachment Style Interview (ASI)

La entrevista de estilos de apego o *Attachment Style Interview* (Bifulco, Moran, Ball y Lillie, 2001) es una entrevista que evalúa apego en adultos a través de dos aspectos principales: el apoyo percibido por su pareja y otros adultos cercanos –familia o amigos–, y la capacidad de crear y mantener relaciones.

El instrumento clasifica cinco estilos de apego: seguro, enredado, temeroso, evitativo, y airado-alejado.

#### 1.1.4.1.3. Child Attachment Interview (CAI)

La entrevista de apego infantil o *Child Attachment Interview* (Target, Fonagy, Shmueli-Goetz, 2003) es una entrevista semi estructurada diseñada para evaluar las representaciones de apego en niños y jóvenes respecto a sus figuras paternas. La entrevista está basada conceptualmente en la *Adult Attachment Interview* (George et al. 1984), y se focaliza en las experiencias del niño sobre la disponibilidad y sensibilidad de sus figuras de apego. A través de distintas preguntas se pide al niño que recuerde experiencias con sus figuras de apego, especialmente momentos en que se ha sentido triste, ansioso, enfermo, o se han producido situaciones de separación y pérdida.

A través de un sistema de codificación de las respuestas facilitadas y del comportamiento no verbal observado se puede establecer la clasificación de apego para cada progenitor en dos categorías (seguro/inseguro), tres (seguro, evitativo, preocupado), o cuatro (seguro, evitativo, preocupado, desorganizado).

#### 1.1.4.1.4. Family Attachment Interview (FAI)

La entrevista de apego familiar o *Family Attachment Interview* (Bartholomew y Horowitz, 1991) es una entrevista semi estructurada que evalúa las representaciones de apego a través de la familia de origen y otras personas significativas. Para su realización, se pide al entrevistado que describa la historia de su familia, la relación entre sus padres, su relación con cada uno de ellos a través de recuerdos específicos, sus reacciones ante situaciones de enfermedad, separaciones y pérdidas, así como sus sentimientos en la relación (confianza, rechazo, miedo) y su relación actual con sus padres.

El instrumento clasifica a la persona en cuatro posibles prototipos: seguro, preocupado, temeroso y evitativo.

#### **1.1.4.2. Auto-informes**

##### 1.1.4.2.1. Adult Attachment Questionnaire (AAQ)

El cuestionario de apego adulto o *Adult Attachment Questionnaire* (Hazan y Shaver, 1987) es un auto-informe en el que se presentan tres breves descripciones de estilos de apego en las relaciones significativas. En él se pide al participante que elija la descripción que más se corresponda con su propia forma habitual de relacionarse con los demás, representando cada una de ellas un estilo de apego específico: seguro, caracterizado por la confianza en los demás, la amistad y otros aspectos positivos de las relaciones interpersonales; evitativo, caracterizado

por el miedo a la intimidad en las relaciones y a la formación de vínculos; ansioso-ambivalente, caracterizado por el miedo a no ser amado y la tendencia a sobre implicarse en las relaciones.

#### 1.1.4.2.2. *Adult Attachment Scale (AAS)*

La escala de apego adulto o *Adult Attachment Scale* (Hazan y Shaver, 1987) consiste en un auto-informe con dos apartados diferenciados en los que, en primer lugar se presentan tres descripciones que caracterizan cada uno de los tres estilos de apego definidos por Ainsworth et al. (1978), y la persona debe indicar cuál de ellas se ajusta más a su forma de relacionarse con los demás. En segundo lugar, se facilita un conjunto de 15 ítems relacionados con los tres estilos de apego (cinco por cada estilo de apego), donde debe especificarse el grado de acuerdo o desacuerdo con cada uno de ellos en una escala tipo Likert. Sobre la base de los puntajes obtenidos en los ítems relacionados con cada estilo de apego, se identifica el estilo de apego dominante del individuo: seguro, ansioso-ambivalente, o evitativo.

#### 1.1.4.2.3. *Attachment Style Questionnaire (ASQ)*

El cuestionario de estilos de apego o *Attachment Style Questionnaire* (Feeney, Noller y Hanrahan, 1994) es un cuestionario de 40 ítems que evalúa los modelos operativos internos del individuo en sus relaciones. Para hacerlo, los participantes puntúan su grado de acuerdo con los distintos enunciados, que se agrupan en dos subescalas: evitación de las relaciones sociales y preocupación por ser amado. A partir de estas subescalas se puede clasificar a los participantes en cuatro estilos de apego: autónomo, evitativo, preocupado, y ambivalente.

#### 1.1.4.2.4. Bielefeld Client Expectations Questionnaire (BFKE)

El cuestionario de expectativas del cliente de Bielefeld o *Bielefeld Client Expectations Questionnaire* (Höger, 1999) es un auto-informe de evaluación de estilos de apego en personas que realizan psicoterapia. El instrumento se fundamenta en los tres patrones tradicionales de apego –seguro, ansioso-ambivalente, y evitativo–, trasladando las características de dichos patrones a la expectativa de relación con su terapeuta. Para ello, se plantean 33 enunciados en los que la persona debe responder, a través de una escala de Likert, el grado de acuerdo con cada uno de ellos.

El instrumento clasifica cinco posibles estilos de apego: seguro, ambivalente-retirado, ambivalente-aferrado, evitativo-retirado, y evitativo-cooperativo.

#### 1.1.4.2.5. Cartes: Modèles Individuels de Relation (CaMir)

El CaMir (Pierrehumbert et al., 1996) es un auto-informe que evalúa representaciones de apego a partir de las evaluaciones que realiza la persona sobre sus experiencias de apego pasadas y presentes. El instrumento consta de 72 ítems, que se responden bajo un formato de escala de Likert y con un procedimiento Q-sort. Los resultados obtenidos se correlacionan con tres prototipos correspondientes a cada uno de los patrones de apego –seguro, preocupado, evitativo–, clasificando a la persona en aquel de los tres prototipos en que obtuvo mayor puntuación.

#### 1.1.4.2.6. Experiences in Close Relationships Scale (ECR)

La escala de experiencias en relaciones cercanas o *Experiences in Close Relationships Scale* (Brennan, Clark y Shaver, 1998) es un auto-informe desarrollado específicamente para evaluar apego en la relación de pareja. El instrumento consta de 36 ítems, donde a través de una

escala de Likert, la persona debe responder en qué medida se aplican a sí misma los enunciados planteados en cada uno de ellos.

La escala evalúa las dimensiones de ansiedad y evitación de apego a través de 18 ítems por cada dimensión, pudiendo establecerse después una clasificación entre cuatro posibles categorías: *preocupado* para las personas que obtienen puntuaciones por encima de una desviación estándar a la media en la escala de ansiedad, *evitativo* para las que lo hacen en la escala de evitación, *temeroso* para aquellas que alcanzan puntuaciones por encima de una desviación estándar en ambas escalas, y *seguro* para el resto de personas, es decir, aquellas que no superan en sus resultados ninguna de las dos dimensiones.

#### 1.1.4.2.7. *Inventory of Attachment in Childhood and Adolescence (IACA)*

El inventario de apego en la infancia y la adolescencia o *Inventory of Attachment in Childhood and Adolescence* (Carvalho, 2007) es un inventario auto administrado de 37 ítems sobre conductas y representaciones mentales de apego en la infancia y la adolescencia. Para su realización, se puntúa en una escala de Likert de 5 puntos cada uno de los ítems, basándose en el grado en que los pensamientos o comportamientos planteados han estado presentes en la persona. De la suma de las puntuaciones se derivan tres posibles clasificaciones: apego seguro, apego ansioso-ambivalente, o apego evitativo.

#### 1.1.4.2.8. *Inventory of Parent and Peer Attachment (IPPA)*

El Inventario de apego hacia los padres y amigos o *Inventory of Parent and Peer Attachment* (Armsden y Greenberg, 1987), es un auto-informe de 75 ítems que evalúa el apego de adolescentes hacia sus madres, padres y amigos cercanos. Los ítems de este instrumento evalúan comportamientos, cogniciones y estados emocionales como la confianza, la

comprensión, el respeto mutuo, la accesibilidad, la rabia, la irritación, el resentimiento, el desapego o el aislamiento en la relación con cada una de estas figuras. El instrumento clasifica en apego seguro o inseguro de manera independiente para cada una de las figuras (madre, padre, amigos), obteniéndose una u otra clasificación si el resultado es, respectivamente, superior o inferior a un valor medio.

#### 1.1.4.2.9. *Psychosis Attachment Measure (PAM)*

La medida de apego en psicosis o *Psychosis Attachment Measure* (Berry, Wearden, Barrowclough y Liversidge, 2006) es un auto informe que evalúa el estilo de apego adulto en personas con psicosis a partir de 16 ítems, ocho de los cuales evalúan *ansiedad de apego*, y los ocho restantes *evitación de apego*. La ansiedad de apego se asocia con una autoimagen negativa y una necesidad excesiva de aprobación de los demás, junto con un miedo al rechazo y al abandono. Por su parte, la evitación de apego se asocia con una imagen negativa de los demás y se define en términos de una necesidad excesiva de autosuficiencia o miedo a depender de los demás.

Para su realización, se pide a la persona que califique el grado en que cada ítem es característico de sí mismo, utilizando una escala de Likert de cuatro puntos. El instrumento ofrece una puntuación final de ambas categorías.

#### 1.1.4.2.10. *Relationship Questionnaire (RQ)*

El cuestionario de relación o *Relationship Questionnaire* (Bartholomew y Horowitz, 1991) es un auto-informe para evaluar estilos de apego en adultos. El instrumento consta de cuatro párrafos breves que describen cada uno de los cuatro perfiles de apego adulto: seguro, evitativo, preocupado y temeroso. Para su realización, los participantes deben elegir

inicialmente cuál de los prototipos les describe mejor en relación a sus vínculos significativos o más cercanos, identificándose así el estilo de apego, y a continuación calificar el grado en que cada prototipo les describe a ellos y a su forma de relacionarse con personas significativas, utilizando para ello una escala de 5 puntos.

#### *1.1.4.2.11. Relationship Scales Questionnaire (RSQ)*

El cuestionario de escalas de relación o *Relationship Scales Questionnaire* (Griffin y Bartholomew, 1994) es un auto-informe de 30 ítems donde, a través de una escala de Likert, la persona valora en qué grado describe cada enunciado su estilo de relación con personas cercanas.

Originalmente, el cuestionario asigna cuatro posibles categorías de apego –seguro, preocupado, temeroso, evitativo–, aunque también es posible obtener un resultado dimensional: ansiedad y evitación de apego (Kurdek, 2002).

#### *1.1.4.2.12. Revised Adult Attachment Scale (RAAS)*

La escala de apego adulto revisada o *Revised Adult Attachment Scale* (Collins, 1996) es un auto-informe de evaluación de distintas dimensiones de apego en la edad adulta. Esta escala contiene 18 ítems divididos en tres subescalas: la dimensión “Intimidad”, se refiere al grado de comodidad con la cercanía y la intimidad; la dimensión “Dependencia”, referida al grado en que un individuo siente que puede confiar y depender de los demás, y la dimensión “Ansiedad”, al temor a ser abandonado o no amado en las relaciones.

Sobre la base de estas dimensiones es posible obtener dos subescalas adicionales – ansiedad y evitación de apego–, o bien transformar los resultados de las tres dimensiones

principales en las cuatro categorías de apego adulto de Bartholomew (1990): seguro, evitativo, temeroso y preocupado.

#### ***1.1.4.2.13. Vulnerable Attachment Style Questionnaire (VASQ)***

El cuestionario sobre estilo de apego vulnerable o *Vulnerable Attachment Style Questionnaire* (Bifulco, Mahon, Kwon, Moran y Jacobs, 2003) es un instrumento de auto informe que evalúa estilos de apego vulnerables a sufrir depresión. El instrumento contiene 22 ítems, a los que se debe responder en base a una escala de Likert el grado de acuerdo con los enunciados, que reflejan conductas, emociones y actitudes relacionadas con los estilos de apego.

A partir de la puntuación total obtenida se clasifica a la persona en la categoría de “apego vulnerable” (inseguro) o seguro.

#### ***1.1.4.3. Test proyectivos***

##### ***1.1.4.3.1. Adolescent Separation Anxiety Interview (ASAI)***

La entrevista de ansiedad de separación adolescente o *Adolescent Separation Anxiety Interview* (Richard, Fonagy, Smith, Wright y Binney, 1998) es una adaptación para adolescentes del *Separation Anxiety Test* (SAT) descrito anteriormente. En este caso, el instrumento utiliza fotografías que representan situaciones de separación apropiadas a la edad adolescente, teniendo en consideración el género y la etnia.

El procedimiento emplea un formato de entrevista en el que se realiza una exploración de las experiencias de separación del adolescente, y a continuación se presenta una serie de cinco fotografías con situaciones de separación, sobre las cuales se le realizan cuestiones de acuerdo a un protocolo. Las respuestas de cada fotografía se evalúan en función de nueve

subescalas, obteniéndose un resultado global de apego con tres categorías principales: apego seguro, ambivalente y evitativo.

#### 1.1.4.3.2. *Adult Attachment Projective Picture System (AAP)*

El *Adult Attachment Projective Picture System* (George y West, 2001) es un test de respuesta libre a un conjunto de estímulos de imagen estandarizados, que tiene por objetivo evaluar representaciones de apego en adultos. El instrumento se compone de ocho dibujos: una imagen neutral utilizada como entrenamiento inicial y siete más con escenas ordenadas para progresar de situaciones leves a altamente activadoras del sistema de apego, como por ejemplo escenas de enfermedad, separación, soledad, muerte o abuso. Las escenas contienen diádas entre adultos, adulto y niño, adulto solo y niño solo. En el procedimiento se pide al participante que construya una historia sobre cada imagen, y se codifica cada respuesta de acuerdo con las directrices del instrumento.

El AAP realiza una clasificación en cuatro grupos principales de apego: seguro, evitativo, preocupado y no resuelto (desorganizado).

#### 1.1.4.3.3. *Attachment Story Completion Task (ASCT)*

El *Attachment Story Completion Task* (Bretherton, Ridgeway, y Cassidy, 1990) es un test semi proyectivo que evalúa los modelos operativos internos en niños de entre 3 y 8 años de edad.

Consiste en la presentación, por medio de una familia de muñecos, de una serie de historias incompletas en las que se pide al niño que construya un final. Las historias están diseñadas para explorar cómo interactúa el niño con sus cuidadores principales en cinco situaciones: separación, confrontación, miedo, reunión y dolor.

La información derivada de la entrevista se codifica posteriormente de acuerdo con el contenido y la organización de sus respuestas, pudiendo clasificar el resultado en cuatro categorías: seguro, evitativo, ambivalente y desorganizado.

#### 1.1.4.3.4. *Manchester Child Attachment Story Task (MCAST)*

El *Manchester Child Attachment Story Task* (Green, Stanley, Smith y Goldwyn, 2000) examina las representaciones de apego utilizando un juego de muñecas en el que se plantean cuatro historias o viñetas (dolor en la rodilla, pesadilla, enfermedad y compras). En ellas aparecen siempre dos personajes, que representan la díada cuidador-niño. El profesional que realiza la evaluación inicia la historia, y en un determinado momento, pide al niño que complete la historia con las muñecas, codificando las conductas de apego representadas a través de un esquema derivado conceptualmente del procedimiento de la Situación del extraño (Ainsworth et al., 1978). De él derivan también las posibles clasificaciones: seguro, inseguro evitativo, inseguro resistente-ambivalente, e inseguro desorganizado.

#### 1.1.4.3.5. *Separation anxiety test (SAT)*

El test de ansiedad de separación o *Separation Anxiety Test* (Klagsbrun y Bowlby, 1976) es un test proyectivo dirigido a evaluar las representaciones de apego en niños. Para tal fin, se presentan seis imágenes donde se muestran separaciones breves o severas entre un niño y sus padres, haciéndole a continuación preguntas para evaluar la reacción emocional y las estrategias de afrontamiento ante la separación. Un sistema de puntuaciones en base a sus respuesta configura cuatro posibles categorías de apego: seguro, inseguro-ambivalente, inseguro-evitativo, y desorganizado.

#### ***1.1.4.4. Procedimientos de exposición***

##### ***1.1.4.4.1. Strange Situation Procedure (SSP)***

El procedimiento de la situación extraña o *Strange Situation* (Ainsworth et al., 1978) tiene por objetivo identificar el comportamiento de apego del niño hacia su figura cuidadora principal, a partir de distintas secuencias de separación y reunión. Para su evaluación, el niño y su madre entran en una sala con juguetes adecuados a su edad, donde se deja al niño explorar el entorno y los juguetes durante tres minutos sin que la madre intervenga en la acción. A continuación entra en la sala una persona desconocida, que permanece en silencio durante un minuto, comienza a conversar con la madre en el segundo minuto, y se aproxima al bebé en el tercer minuto. Llegados a este punto, la madre abandona la sala dejando solos al bebé y al extraño (primera separación), entrando de nuevo pasados tres minutos (primer reencuentro). Al hacerlo saluda al niño, le reconforta e intenta que vuelva a su actividad de juego. En este momento, madre y extraño abandonan de nuevo al bebé, dejándolo solo durante tres minutos (segunda separación). El extraño entra en la sala con el bebé, e intenta interactuar con él durante tres minutos más, momento en que entra de nuevo la madre (segundo reencuentro), que coge en brazos al niño mientras el extraño abandona la sala.

A lo largo del procedimiento se evalúan los comportamientos observados, clasificándose al niño en tres posibles categorías: apego seguro, apego inseguro-evitativo, apego inseguro-ambivalente. Como hemos explicado anteriormente, Main y Solomon (1986) introdujeron posteriormente la categoría de apego desorganizado.

##### ***1.1.4.4.2. Preschool Attachment Assessment System (PAAS)***

El *Preschool Attachment Assessment System* (Cassidy y Marvin, 1992) consiste en un procedimiento de observación de la secuencia separación-reunión entre una madre y su hijo, adaptado del procedimiento original de la *Strange Situation* (Ainsworth et al., 1978). En este

caso, madre e hijo disponen de cuatro minutos para hacer aquello que deseen en una habitación equipada con juguetes apropiados a la edad del niño. Pasado ese tiempo la madre es invitada a salir de la habitación durante tres minutos, a los que siguen tres minutos de reunión con el niño, tres más de separación, y tres nuevos minutos finales de reunión.

Las categorías de clasificación de la prueba son cinco: seguro, inseguro-evitativo, inseguro-ambivalente, inseguro-controlador, e inseguro-otro.

Hasta aquí hemos visto qué es el apego, cómo se forma y cuáles son sus posibles tipologías en función de la relación que el bebé establece con sus figuras cuidadoras. Con lo expuesto hasta ahora, podemos intuir que la formación de un apego inseguro podrá comportar la vivencia de dificultades, pero nada sabemos por el momento acerca de su relación con la psicopatología. En el próximo apartado nos ocuparemos de esta cuestión.

## **1.2. Apego y psicopatología**

La teoría del apego ha buscado explicar los procesos de desarrollo de la psicopatología desde sus inicios. Bowlby, alejándose de las ideas predominantes en la época establecidas por Melanie Klein acerca del origen intrapsíquico de la psicopatología, consideró que ésta se originaba a raíz de experiencias reales de la vida interpersonal (Ainsworth y Bowlby, 1991). Basándose en sus experiencias con jóvenes delincuentes que habían sufrido la privación de sus figuras maternas, Bowlby observó el impacto y los efectos de la separación y pérdida de las figuras de apego, concluyendo que los problemas de conducta eran consecuencia de los déficits o dificultades vividas en las relaciones tempranas con sus figuras cuidadoras.

Del mismo modo, Bowlby postuló que la continuidad en el tiempo de un desapego emocional en el niño, indicaría presencia de dificultades psicopatológicas: mientras que la

protesta y el desánimo intenso del niño son reacciones normales ante la separación y la pérdida de las figuras de apego, la indiferencia y el desapego emocional (“*detachment*”) serían reacciones defensivas que se producen cuando, después de haberse expresado esta protesta y malestar, las figuras cuidadoras no facilitan cuidados oportunos y sensibles. Esta aportación fue fundamental para que a partir de los años setenta del siglo pasado se introdujeran cambios importantes en la hospitalización de los niños, facilitándose a partir de entonces la presencia continuada de los padres mientras los niños estaban ingresados (Gullestad, 2001).

Así pues, desde los planteamientos de la teoría del apego se concibe que las necesidades básicas del ser humano no son únicamente de naturaleza biológica sino también social, y que la aparición de trastornos psicopatológicos se origina de la desviación del desarrollo adaptativo normal. En este sentido, considerando la importancia del aspecto social en el desarrollo del individuo, Bowlby considera que es en el establecimiento de estos primeros vínculos sociales o experiencias emocionales relacionales –la relación temprana con sus figuras cuidadoras– donde se pueden sentar las bases de la vulnerabilidad hacia una posterior aparición de trastornos psicopatológicos.

Como ya se ha mencionado, a lo largo de las interacciones con las figuras cuidadoras en los primeros años de la vida, el bebé va construyendo un conjunto de conocimientos y expectativas sobre la forma como éstas actúan y responden a sus demandas de ayuda y protección, es decir, una representación o modelo interno sobre sí mismo (*self*), su valor para los demás y su capacidad para influir en ellos. Estas representaciones se constituyen en una guía para interpretar las experiencias y modular los comportamientos de apego, encaminando así el prototipo con el que la persona comprenderá y se comportará en sus relaciones posteriores con el mundo.

Las personas que tienen una experiencia de relaciones de apego seguro construyen representaciones positivas de sí mismos y de los demás, teniendo una auto imagen de dignidad personal, de merecer ser cuidado y amado, y una visión de los demás como personas

benevolentes, confiables, dispuestas a ayudar y a cuidar (Mallinckrodt, 2000). Por el contrario, las personas con apego inseguro, con vivencias o historias de vida adversas y/o poca capacidad de resiliencia o elaboración, construyen sus representaciones del *self* y el mundo como imprevisible, y sus relaciones se ven marcadas por la desconfianza, la devaluación o la ambivalencia (Bowlby, 1973), lo que posibilita la aparición de trastornos psicopatológicos. Estudios muy recientes apuntan a que el miedo al rechazo y al abandono, así como la visión negativa de uno mismo y de los demás, estarían asociados a la presencia de trastornos psicopatológicos en mayor medida que los acontecimientos vitales, las estrategias de afrontamiento y el apoyo social (Alonso, Fernández, Fontanil, Ezama y Gimeno, 2018).

### **1.2.1. Apego y psicopatología en la infancia y adolescencia**

Desde la teoría del apego se han postulado distintas hipótesis al origen de los principales grupos de trastornos psicopatológicos infantiles. A continuación vamos a exponer los planteamientos realizados en los estudios incluidos en la revisión, añadiendo a esa información material complementario de otras fuentes, y señalando los hallazgos que desde el campo de la investigación se han realizado. Para una mejor comprensión y contraste de tales hallazgos, es útil exponer aquí que en la población normal, aproximadamente el 65% de los niños muestra tener un apego seguro, mientras que el 35% restante presenta un apego inseguro (Van IJzendoorn, Goldberg, Kroonenberg y Frenkl, 1992; Shmueli-Goetz, Target, Fonagy y Datta, 2008).

#### ***1.2.1.1. Trastorno del espectro del autismo y generalizado del desarrollo***

En esta agrupación de trastornos está presente una afectación del nivel de desarrollo en un alto porcentaje de niños (Rutgers, Bakermans-Kranenburg, Van IJzendoorn, y Van Berckelaer-Onnes, 2004). Se ha hipotetizado que este hecho contribuiría a retrasos o déficits en

la comprensión de las acciones de sus figuras de apego, y con ello se entorpecería la percepción de estas figuras como personas disponibles y sensibles a sus necesidades de ayuda y protección, dificultándose en consecuencia la posibilidad de formar una base de apego segura (Naber et al. 2007).

El meta-análisis realizado por Rutgers et al. (2004) acerca de la relación entre apego y autismo concluyó que los niños con autismo o trastorno generalizado del desarrollo tienen mayores niveles de apego inseguro hacia sus figuras parentales que los niños pertenecientes a muestras no clínicas, lo que respaldaría el planteamiento expuesto al comienzo de este apartado. En la misma línea, tal como puede observarse en la Tabla 2, la literatura incluida en esta revisión obtiene en su mayor parte porcentajes de apego inseguro de entorno al 60% en las muestras de niños con este tipo de trastornos (Capps, Sigman y Mundy, 1994; Dolev, Oppenheim, Koren-Karie, y Yirmiya, 2014; Naber et al., 2007; Oppenheim, Koren-Karie, Dolev, y Yirmiya, 2009).

Sin embargo, otros trabajos muestran resultados diferentes, por lo que vamos a analizarlos con mayor detalle para explorar las posibles causas de esa variabilidad. Willemsen-Swinkles, Bakermans-Kranenburg, Buitelaar, Van IJzendoorn y Van Engeland (2000) encontraron en niños con trastorno generalizado del desarrollo una proporción de apego inseguro del 33%, porcentaje que se elevaba al 46% en aquellos niños que presentaban comorbilidad con retraso mental. Este incremento en la prevalencia de apego inseguro ante la presencia de retraso mental comórbido también fue observada en Naber et al. (2007), y daría peso a la importancia específica del nivel de desarrollo mental para la formación de un apego seguro. Por su parte, tanto Shapiro, Sherman, Calamari y Koch (1987) como Filippello, Marino, Chilà, y Sorrenti (2015), que también obtuvieron resultados similares, no encontraron asociación con el nivel de desarrollo. Una posible razón a dichos resultados, como se apunta en los mismos trabajos, es el limitado tamaño de sus muestras.

Tabla 2

*Proporciones de apego inseguro en trastornos del espectro del autismo y trastorno generalizado del desarrollo*

| <b>Autor</b>                     | <b>Trastorno psicopatológico</b>                | <b>Apego inseguro</b> |
|----------------------------------|---|-----------------------|
| Capps et al. (1994)              | Autismo   | 60%                   |
| Dolev et al. (2014)              | Autismo / Trastorno generalizado del desarrollo | 62%                   |
| Filippello et al. (2015)         | Autismo / Trastorno generalizado del desarrollo | 30%                   |
| Naber et al. (2007)              | Autismo   | 65%                   |
| Naber et al. (2007)              | Trastorno generalizado del desarrollo           | 57%                   |
| Oppenheim et al. (2009)          | Autismo / Trastorno generalizado del desarrollo | 58%                   |
| Shapiro et al. (1987)            | Autismo   | 47%                   |
| Willemsen-Swinkels et al. (2000) | Trastorno generalizado del desarrollo           | 33%                   |

### ***1.2.1.2. Trastornos destructivos del control de los impulsos y de la conducta***

Bowlby (1980, 1989) concibe la ira como una respuesta espontánea y adaptativa ante la frustración, que se erige en señal comunicativa hacia las figuras de apego. Cuando éstas no responden adecuadamente, la ira puede convertirse en una pauta estable de relación. Se ha observado la existencia de una asociación entre este tipo de trastornos y presencia de apego inseguro, en especial de la tipología de apego desorganizado. Los niños que desarrollan esta forma de apego, son generalmente personas que han sufrido maltrato, creciendo en un ambiente donde hay incertidumbre, hostilidad y agresiones, y donde todo ello proviene de los que deberían cuidar y proteger. Ante esto, el niño se siente en peligro constante, perseguido por unos cuidadores que a veces dañan y otras no, generándose una experiencia de alienación interna en la que, se hipotetiza, la hostilidad y la violencia hacia los demás serían formas de sobrellevar esa experiencia.

La literatura localizada e incluida en esta revisión en relación a estos trastornos y la presencia de apego inseguro demuestra una mayor prevalencia de apego inseguro entre los niños

y adolescentes que padecen estos diagnósticos que entre la población normal de su mismo rango de edad, así como en los niños sin trastornos psicopatológicos utilizados como grupo de control en algunos de los estudios (Scott, Briskman, Woolgar, Humayun y O'Connor, 2011; Speltz, DeKlyen y Greenberg, 1999).

Como puede verse en la Tabla 3, la mayoría de trabajos de investigación llevados a cabo obtiene prevalencias de apego inseguro que oscilan entre aproximadamente el 50% y el 65% (Green, Stanley y Peters, 2007; Pasalich, Dadds, Hawes y Brennan, 2012; Scott et al., 2011; Speltz et al., 1999). De entre estos porcentajes, los estudios que aportan información acerca de las tipologías de apego inseguro muestran que la más presente es la de apego desorganizado, con una media del 73% de los casos de apego inseguro.

Tabla 3

*Proporciones de apego inseguro en trastornos destructivos del control de los impulsos y de la conducta*

| <b>Autor</b>           | <b>Trastorno psicopatológico</b>                              | <b>Apego inseguro</b> |
|------------------------|---|-----------------------|
| Bizzi et al. (2015)    | Trastorno negativista desafiante / Tr. explosivo intermitente | 80%                   |
| Green et al. (2007)    | Trastorno negativista desafiante / Trastorno de la conducta   | 66%                   |
| Pasalich et al. (2012) | Trastorno negativista desafiante / Trastorno de la conducta   | 49%                   |
| Scott et al. (2011)    | Trastorno negativista desafiante                              | 48%                   |
| Speltz et al. (1990)   | Trastorno negativista desafiante                              | 84%                   |
| Speltz et al. (1999)   | Trastorno negativista desafiante                              | 54%                   |

Dos de los estudios alcanzan resultados considerablemente más elevados que el resto (Bizzi, Cavanna, Castellano y Pace, 2015; Speltz, Greenberg y Deklyen, 1990), con prevalencias que alcanzan el 80% de apego inseguro, lo que podría ser interpretado como un valor sesgado al alza por el limitado tamaño de sus muestras –del orden de la mitad de participantes que el resto de trabajos–. En este sentido, Speltz et al. (1990) ya apuntan a este hecho como una limitación principal de su estudio, replicándolo años más tarde con una muestra

considerablemente mayor (80 participantes frente a los 25 reclutados en su primer trabajo), y obteniendo en este caso un resultado semejante al del resto de estudios.

### ***1.2.1.3. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad***

Los niños con este trastorno presentan un importante déficit en las habilidades de autorregulación –como por ejemplo el control de impulsos o la capacidad de auto calmarse, entre otras–, en cuyo desarrollo juega un rol fundamental la interacción temprana con sus figuras de apego, como ya se ha comentado. De acuerdo con Cassidy (1994), los bebés dependen inicialmente de la habilidad que tengan sus cuidadores para contener y regular sus estados psicofisiológicos. Esta relación temprana establece la base sobre la cual el niño adquiere gradualmente las habilidades de autorregulación, de tal manera que en relaciones inadecuadas entre el niño y sus figuras de apego, la adquisición de estas capacidades resulta afectada. En este sentido, se ha observado que los niños que presentan un vínculo inseguro son más vulnerables a presentar problemas de regulación de los afectos y de la conducta, tal como ocurre en los niños con trastorno por déficit de atención (García e Ibáñez, 2007).

A pesar de que tan sólo se pudieron incluir tres estudios que aportaran información acerca de las prevalencias de apego inseguro en niños diagnosticados con este trastorno (García e Ibáñez, 2007; Storebø, Gluud, Winkel y Simonsen, 2012; Storebø et al., 2015), en los tres casos se concluye una mayor prevalencia de apego inseguro entre quienes presentan este trastorno y la población normal, aunque los porcentajes presentan una gran variabilidad (Tabla 4). Dado el limitado número de estudios con población clínica que evalúan esta cuestión, si recurrimos a la investigación realizada a niños con sintomatología de este trastorno, algo más profusa (Abrines et al., 2012; Niederhofer, 2009; Scholtens, Rydell, Bohlin y Thorell, 2014; Thorell, Rydell y Bohlin, 2012; Wichstrøm, Belsky y Berg-Nielsen, 2013), podemos observar que la edad parece jugar un papel en la mayor o menor presencia de apego inseguro, como apunta alguno de sus autores (Abrines et al., 2012). Así, a mayor edad se observaría también un

mayor porcentaje de apego inseguro, dato que concuerda con los tres estudios incluidos en la revisión, donde los estudios realizados por Storebø et al. (2012, 2105) tienen una muestra de niños con una media de edad de 10 años, en contraposición al de García e Ibáñez (2007), con una edad media de 7 años. Una posible explicación a este fenómeno podría residir en la mayor sujeción a normas, escolares y sociales, a las que los niños deben enfrentarse de manera paulatina a lo largo de estos años, donde la dificultad de autorregulación se haría cada vez más patente.

Tabla 4

*Proporciones de apego inseguro en trastorno por déficit de atención con hiperactividad*

| <b>Autor</b>           | <b>Trastorno psicopatológico</b>                     | <b>Apego inseguro</b> |
|------------------------|--|-----------------------|
| García & Ibáñez (2007) | Trastorno por déficit de atención con hiperactividad | 53%                   |
| Storebø et al. (2012)  | Trastorno por déficit de atención con hiperactividad | 93%                   |
| Storebø et al. (2015)  | Trastorno por déficit de atención con hiperactividad | 93%                   |

#### ***1.2.1.4. Trastornos de ansiedad***

Con el desarrollo de las aptitudes cognitivas del niño, se incrementa su capacidad para predecir posibles situaciones futuras, entre ellas las que generan miedo (Bowlby, 1973). En este sentido, un ambiente familiar que favorezca que el niño esté preocupado acerca de la supervivencia de sus figuras cuidadoras o ante la posibilidad de ser rechazado o abandonado por estas, generará un estado de ansiedad motivado por la duda acerca de la disponibilidad de sus figuras de apego (Cassidy y Shaver, 2008), lo que posibilitaría la aparición de este tipo de trastornos. Sin embargo, y ésta es una apreciación que podemos extender a la discusión general sobre la relación entre apego y psicopatología, consideramos que hay todavía poco conocimiento sobre los procesos específicos implicados en cada trastorno. El propio Bowlby, como señala Gullestad (2001), ya planteaba otros posibles factores a la amenaza de pérdida o a la falta de accesibilidad, como por ejemplo la propia ansiedad de los padres ante la separación,

que podría inducir formas de crianza sobreprotectoras que favorecerían también la aparición de trastornos de ansiedad.

Se dispone de tres estudios en la literatura referidos a población adolescente con trastornos de ansiedad donde se facilitan proporciones de apego inseguro. Como se puede observar en la Tabla 5, dos de los tres trabajos obtienen una prevalencia de apego inseguro de entorno al 60%, cifra sustancialmente superior a la observada en poblaciones normativas, que recordemos se sitúa sobre el 35%. En consonancia con estos resultados, Colonnesi et al. realizaron en 2011 un meta-análisis sobre la cuestión donde establecieron la existencia de una asociación moderada entre apego y ansiedad en la edad infantil, intensificada en la adolescencia. Una posible explicación a este hecho podría deberse a que la adolescencia conlleva la experimentación de crisis evolutivas, lo que en casos de personas con apego inseguro podría representar un disparador de su ansiedad.

Por lo que respecta al resultado obtenido por Brown y Whiteside (2008), donde la prevalencia se sitúa en el mismo nivel que el de la población sin trastornos psicopatológicos, los mismos autores apuntan en su trabajo a que una limitación importante de su estudio, que podría estar dando lugar a una infrarrepresentación de los estilos de apego inseguro, es la utilización de un instrumento de apego de auto-informe con un solo ítem, donde el adolescente tan sólo debe elegir la descripción que más se ajuste a él. Teniendo en cuenta que la adolescencia es ya un momento de afirmación de la autosuficiencia y la seguridad, es posible que este hecho interfiera a la hora de elegir la descripción de sí mismo en este tipo de instrumento, dando lugar a este inferior resultado.

Por otra parte, Colonnesi et al. (2011) observaron en su revisión que la prevalencia de apego inseguro entre la población con esta tipología de trastornos era inferior entre la población americana que la europea, dato que se replica en estos tres estudios.

Tabla 5

*Proporciones de apego inseguro en trastornos de ansiedad*

| <b>Autor</b>             | <b>Trastorno psicopatológico</b> | <b>Apego inseguro</b> |
|--------------------------|----------------------------------|-----------------------|
| Brown & Whiteside (2008) | Trastornos de ansiedad diversos  | 32%                   |
| Cunha et al. (2008)      | Trastorno de ansiedad social     | 57%                   |
| Cunha et al. (2008)      | Otros trastornos de ansiedad     | 61%                   |

### **1.2.1.5. Trastornos depresivos**

De acuerdo con los planteamientos de Bowlby (1980), la pérdida de la seguridad en el vínculo como consecuencia de la ausencia de las figuras de apego, ya sea real o experimentada por el niño ante la distancia, rechazo o insuficiente presencia de estas, facilitaría la formación de representaciones del *self* y del mundo pesimistas o desesperanzadas, al sentir impotencia e indefensión ante la ausencia de apoyo, aprobación y afecto, lo que sentaría las bases para el desarrollo de trastornos depresivos.

Se han encontrado únicamente dos estudios que ofrezcan prevalencias de apego en población adolescente con trastornos depresivos. Como puede observarse en la Tabla 6, los porcentajes de apego inseguro entre sus muestras difieren considerablemente (88% frente a 54%), aunque en ambos casos se evidencian valores superiores a los observados en población normal de la misma edad.

La magnitud de la diferencia entre ambos trabajos se debería a las características de sus muestras. Tal y como Ivarsson, Granqvist, Gillberg y Broberg (2010) concluyen, uno de los principales hallazgos de su estudio es la asociación entre la vivencia de pérdida o abuso y la presencia de apego inseguro. Revisando en detalle su trabajo, se observa como el 50% de su muestra de pacientes con depresión refería haber sufrido abusos, mientras que la investigación de Van Hoof, Van Lang, Speekenbrink, Van IJzendoorn y Vermeiren (2015), se controló

específicamente esta variable y se incluyeron en su muestra de adolescentes con depresión únicamente personas sin experiencias previas de abuso. Este aspecto explicaría la diferencia entre ambos resultados, evidenciando el importante rol que jugaría la experiencia de abuso en la existencia de formas de apego inseguro.

Tabla 6

*Proporciones de apego inseguro en trastornos depresivos*

| <b>Autor</b>           | <b>Trastorno psicopatológico</b> | <b>Apego inseguro</b> |
|------------------------|----------------------------------|-----------------------|
| Ivarsson et al. (2010) | Trastorno depresivo mayor        | 88%                   |
| Van Hoof et al. (2015) | Trastorno depresivo mayor        | 54%                   |

### **1.2.2. Apego y psicopatología en la edad adulta**

Una vez expuestas las teorías explicativas al origen de los trastornos psicopatológicos en la infancia y la adolescencia que se proponen en los estudios incluidos en la presente revisión, en las próximas líneas se continúa con los trastornos psicopatológicos de la etapa adulta. Como en el caso anterior, señalar que en estudios epidemiológicos realizados con población adulta las prevalencias de apego seguro e inseguro han reflejado ser aproximadamente del 66% y 33%, respectivamente (Prior y Glaser, 2006).

#### **1.2.2.1. Trastornos depresivos**

De acuerdo con los planteamientos de Bowlby acerca de la continuidad o estabilidad de los patrones de apego a lo largo del ciclo vital, así como las raíces que lo establecen en los primeros años de vida, las teorías explicativas de estos trastornos en la edad adulta no diferirían de las explicadas en el apartado correspondiente a los trastornos psicopatológicos infantiles. Sin

embargo, la etapa adulta conlleva el establecimiento de relaciones de otra índole a las de etapas anteriores, por lo que se realizarán algunos apuntes al respecto.

En la medida que las personas que configuran un estilo de apego inseguro tienen internalizada la noción de que los otros rechazan o no son confiables, tienden a interactuar con ellos de manera excesivamente distante o exigente, aumentando así la evitación social y el conflicto interpersonal, y perdiendo a su vez los efectos potencialmente positivos del apoyo social (Cyranowski et al. 2002), lo que contribuiría a la formación de estos trastornos. De igual forma, se ha observado que las personas con apego inseguro tienen menos probabilidad de buscar y recibir apoyo emocional de su pareja cuando están bajo estrés (Simpson, Rholes y Nelligan, 1992). Estos planteamientos han recibido amplio apoyo desde la investigación: Harris, Brown y Bifulco (1990) concluyeron a partir de un estudio longitudinal que la muerte de un progenitor o su ausencia prolongada durante la infancia aumentaba el riesgo de depresión en la edad adulta. Así mismo, Gotlib, McLachlan y Katz, (1988) encontraron que las personas con depresión tienden a describir a sus padres como rechazantes, no disponibles o que no ofrecían apoyo.

Con respecto a la literatura existente sobre adultos con depresión y prevalencia de apego (ver Tabla 7), los trabajos localizados e incluidos en la presente revisión muestran una mayoritaria prevalencia de apego inseguro entre las personas que padecen un trastorno depresivo, con porcentajes de entre el 65% al 85%, aproximadamente (Ciechanowski et al., 2006; Cole-Detke y Kobak, 1996; Cyranowski et al., 2002; Garrido, Guzmán, Santelices, Vitriol y Baeza, 2015; Hinnen et al., 2012; Kwon, Lee y Kwon, 2017; Marazziti et al., 2007; McMahon, Barnett, Kowalenko y Tennant, 2006; Niolu et al., 2016; Paradiso, Naridze y Holm-Brown, 2012; Patrick, Hobson, Castle, Howard y Maughan, 1994; Reiner, Bakermans-Kranenburg, Van IJzendoorn, Fremmer-Bombik y Beutel, 2016; Reis y Grenyer, 2004; Wilkinson y Mulcahy, 2010). Estas cifras contrastan con los porcentajes establecidos para muestras normativas, de alrededor del 33%, evidenciando la asociación entre trastornos depresivos y presencia de apego inseguro.

Tabla 7

*Proporciones de apego inseguro en trastornos depresivos*

| <b>Autor</b>                   | <b>Trastorno psicopatológico</b>      | <b>Apego inseguro</b> |
|--------------------------------|---------------------------------------|-----------------------|
| Bauriedl-Schmidt et al. (2017) | Trastorno depresivo mayor             | 95%                   |
| Bauriedl-Schmidt et al. (2017) | Trastorno depresivo persistente       | 96%                   |
| Ciechanowski et al. (2006)     | Trastorno depresivo mayor             | 75%                   |
| Cole-Detke & Kobak (1996)      | Trastorno depresivo mayor             | 71%                   |
| Cyranowski et al. (2002)       | Trastorno depresivo mayor             | 78%                   |
| Galynker et al. (2012)         | Trastorno depresivo mayor             | 50%                   |
| Garrido et al. (2015)          | Trastorno depresivo mayor             | 71%                   |
| Hinnen et al. (2012)           | Trastorno depresivo mayor             | 80%                   |
| Kwon et al. (2017)             | Trastorno depresivo mayor             | 64%                   |
| Marazziti et al. (2007)        | Trastorno depresivo mayor             | 82%                   |
| McMahon et al. (2006)          | Trastorno depresivo mayor             | 74%                   |
| Niolu et al. (2016)            | Trastorno depresivo mayor             | 82%                   |
| Özer et al. (2015)             | Trastorno depresivo mayor             | 94%                   |
| Paradiso et al. (2012)         | Trastorno depresivo mayor             | 74%                   |
| Patrick et al. (1994)          | Trastorno depresivo persistente       | 83%                   |
| Reiner et al. (2016)           | Trastorno depresivo mayor             | 77%                   |
| Reis & Grenyer (2004)          | Trastorno depresivo mayor             | 84%                   |
| West & George (2002)           | Trastorno depresivo persistente       | 92%                   |
| Wilkinson & Mulcahy (2010)     | Trastorno depresivo mayor (Postparto) | 74%                   |

Algunos de los estudios muestran resultados de apego inseguro superiores al 90%, no encontrándose una razón clara a esas cifras. Mientras que los estudios de Bauriedl-Schmidt et al. (2017) apuntan a un alto porcentaje de experiencias adversas y traumáticas en la infancia de su muestra de estudio para explicar la elevada proporción de apego inseguro –en línea con lo que también encuentran otros autores (Fonagy et al. 1996) y lo comentado en el caso de los trastornos depresivos en la adolescencia–, West y George (2002) encontraron que sólo una pequeña minoría de su muestra tenía una historia de experiencias traumáticas. Por su parte, el

trabajo de Özer, Yildirim y Erkoç, (2015) no permite dilucidar esta cuestión, al no aportar información acerca de la vivencia de experiencias de abuso, trauma o pérdida en la historia de vida de su muestra de estudio.

Por último, Galynker et al. (2012), obtuvieron en su investigación una proporción de apego del 50%, dato que, a pesar de ser superior al 33% esperable en la población normal, representa un porcentaje menor al obtenido en la mayoría de estudios. Tampoco en este caso es posible establecer una hipótesis clara del motivo, dada la semejanza entre las características de su muestra de estudio y las del resto de trabajos.

La variabilidad observada induce a pensar que existirían otras variables moderadoras de la relación entre este tipo de trastornos y la presencia de apego inseguro.

#### ***1.2.2.2. Trastornos de ansiedad***

Como ya se ha explicado en el caso de los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes, la falta de disponibilidad de las figuras cuidadoras en la primera infancia habría acarreado que el sistema de apego no pudiera cumplir su función básica de protección, generando en el niño la sensación de inseguridad de tener que explorar el mundo sin tener interiorizado un sentimiento básico de protección, sensación que acompañaría al individuo hasta la edad adulta. Para estas personas, pues, el mundo es percibido como peligroso, lleno de amenazas inesperadas y carente de un refugio seguro. Su auto imagen es la de alguien poco capaz de hacer frente a estos peligros, en constante vigilancia y con tendencia al miedo y a adoptar actitudes de evitación o de fuga de estas potenciales amenazas (Bowlby, 1973).

La literatura científica ha documentado la asociación entre apego inseguro y trastornos de ansiedad, como se deriva de los trabajos incluidos en la revisión. En ellos se evalúan las proporciones de apego en pacientes diagnosticados de esta tipología de trastornos (Tabla 8), observándose una prevalencia de apego inseguro oscila entre el 47% y el 89%.

En relación a la amplitud de los resultados, tanto Michail y Birchwood (2014) como Marazziti et al. (2007) obtienen resultados cercanos al 90%, lo que podría explicarse por el hecho de que en sus muestras de estudio había mayoritariamente individuos solteros, en contraposición al trabajo de Marcaurelle, Bélanger, Marchand, Katerelos y Mainguy (2005), quienes estudiando una muestra de pacientes con pareja obtuvieron la prevalencia más baja, un 47%. Estos hallazgos son consistentes también con los hallazgos de Hart et al. (1999) –citado en Eng, Heimberg, Hart, Schneier y Liebowitz (2001)–, quienes refirieron que los pacientes solteros con trastorno de ansiedad social experimentan mayor ansiedad que los pacientes casados con el mismo trastorno.

En otro sentido, se repite la tendencia a obtener prevalencias de apego inseguro más elevadas en aquellos estudios realizados en Europa (Marazziti et al., 2007; Michail y Birchwood, 2014; Zeijlmans van Emmichoven, Van IJzendoorn, De Ruiter y Brosschot, 2003) que en América (Eng et al., 2001; Marcaurelle et al. 2005), como ya sucedía en los trastornos de ansiedad infantiles y de la adolescencia.

Tabla 8

*Proporciones de apego inseguro en trastornos de ansiedad*

| <b>Autor</b>                           | <b>Trastorno psicopatológico</b> | <b>Apego inseguro</b> |
|--|----------------------------------|-----------------------|
| Eng et al. (2001)                      | Trastorno de ansiedad social     | 62%                   |
| Marazziti et al. (2007)                | Trastorno de pánico              | 89%                   |
| Marcaurelle et al. (2005)              | Trastorno de pánico              | 47%                   |
| Michail & Birchwood (2014)             | Trastorno de ansiedad social     | 86%                   |
| Zeijlmans van Emmichoven et al. (2003) | Trastornos de ansiedad diversos  | 71%                   |

### **1.2.2.3. Trastornos alimentarios**

Desde los postulados de la teoría del apego, los trastornos de la conducta alimentaria tendrían como raíz una historia de interacciones negativas con las figuras de apego, que serían vividas como no disponibles. Esta vivencia facilitaría el establecimiento de una representación negativa del *self*, con miedos al abandono y al rechazo, y ambivalencia sobre la propia autonomía. Las conductas inapropiadas de la ingesta estarían al servicio de ganar la proximidad, la estima y el cuidado de estas figuras cuidadoras, perpetuando una posición más infantil y evitando la posibilidad de separación propia de la edad más adulta (Mikulincer y Shaver, 2007).

Caglar-Nazali et al. realizaron en 2014 un meta-análisis acerca de la relación entre apego y trastornos de la alimentación, en el que encontraron una alta asociación entre apego inseguro y anorexia nerviosa.

Los estudios que evalúan prevalencias de apego con personas aquejadas de estos trastornos muestran porcentajes muy elevados de apego inseguro, alcanzándose un valor promedio del 78% entre los estudios localizados e incluidos en la presente revisión. Este valor representa un porcentaje significativamente superior al observado en población normal, que recordemos que está entorno al 33%.

Entre los distintos estudios se observa cierta variabilidad en sus resultados (ver Tabla 9), con valores que superan este promedio hasta porcentajes de más del 90%, y algún trabajo que obtiene valores inferiores, con un 55%. Esta amplitud en los resultados no ofrece en los estudios una explicación clara: mientras que las mayores proporciones de apego inseguro observadas (Delvecchio, Di Riso, Salcuni, Lis y George, 2014; Ward et al., 2001) son también las que contienen en sus muestras mayores proporciones de apego desorganizado y menores índices de masa corporal, –lo que induciría a pensar que la gravedad del trastorno correlacionaría con la intensidad de las experiencias adversas vividas durante la infancia–, otros estudios no confirman este supuesto, obteniendo resultados igualmente elevados en muestras con baja proporción de apego desorganizado (Barone y Guiducci, 2009; Cicerale et al., 2013), donde la tipología más

prevalente es el apego inseguro evitativo. En el mismo sentido, tampoco esta tipología parece estar en la base de la alta prevalencia, puesto que en otros estudios, como el de Zachrisson, Sommerfeldt y Skårderud, (2011), con una de las prevalencias de apego inseguro más bajas, la tipología más frecuente fue también la de apego inseguro evitativo.

Un planteamiento que se repite a lo largo de los distintos trabajos, es la limitada generabilidad de sus resultados, a tenor del tamaño de sus muestras de estudio. Este aspecto, unido al hecho que en algunos de las investigaciones se evalúa pacientes con diferentes trastornos –anorexia, bulimia, trastorno por atracón– podría ayudar a entender la variabilidad de los resultados, que por otra parte muestran una sólida y alta asociación entre trastornos de la alimentación y presencia de apego inseguro.

Tabla 9

*Proporciones de apego inseguro en trastornos alimentarios*

| <b>Autor</b>              | <b>Trastorno psicopatológico</b>                   | <b>Apego inseguro</b> |
|---------------------------|--|-----------------------|
| Barone & Guiducci (2009)  | Anorexia / Bulimia / Trastorno por atracón         | 88%                   |
| Broberg et al. (2001)     | Anorexia / Bulimia / Otros trastornos alimentarios | 55%                   |
| Cicerale et al. (2013)    | Anorexia nerviosa                                  | 90%                   |
| Cole-Detke & Kobak (1996) | Anorexia / Bulimia                                 | 75%                   |
| Daniel et al. (2016)      | Bulimia nerviosa                                   | 69%                   |
| Delvecchio et al. (2014)  | Anorexia nerviosa                                  | 96%                   |
| Kuipers et al. (2016)     | Trastornos alimentarios no especificados           | 67%                   |
| Latzer et al. (2002)      | Anorexia nerviosa                                  | 72%                   |
| Latzer et al. (2002)      | Bulimia nerviosa                                   | 76%                   |
| Lehoux & Howe (2007)      | Bulimia nerviosa                                   | 85%                   |
| Münch et al. (2016)       | Anorexia / Bulimia / Otros trastornos alimentarios | 87%                   |
| Ramacciotti et al. (2001) | Anorexia nerviosa                                  | 69%                   |
| Ward et al. (2001)        | Anorexia nerviosa                                  | 95%                   |
| Zachrisson et al. (2011)  | Anorexia nerviosa                                  | 64%                   |

#### **1.2.2.4. Trastornos de la personalidad**

Desde la perspectiva de la teoría del apego, la vinculación de apego inseguro con las figuras cuidadoras conllevaría problemas en la regulación emocional, interferencias en la construcción de un *self* positivo, y dificultades en el mantenimiento de relaciones interpersonales y de pareja satisfactorias en la edad adulta, dada la ansiedad significativa que se experimentaría en ellas. La investigación sobre trastornos de la personalidad desde la perspectiva del apego se ha desarrollado de manera muy importante en las últimas décadas, en especial a partir de los trabajos de Fonagy y su concepto de *mentalización*. Definiríamos la mentalización como el proceso mental a través del cual percibimos e interpretamos qué estados mentales intencionales (deseos, necesidades, creencias, sentimientos) subyacen a nuestras acciones y a las de los demás (Fonagy, Luyten, Bateman, Gergely, Strathearn, Target y Allison, 2010). La capacidad de mentalización se desarrollaría a partir de unas figuras de apego que pensarían y comprenderían el mundo interno del niño, ejerciendo sobre él una función pedagógica en este sentido, y permitiéndole en consecuencia aprender a regular sus afectos y desarrollar su capacidad de auto control.

Aunque los problemas en la regulación emocional y mentalización están presentes en los trastornos de la personalidad o aumentan el riesgo de sufrirlos, tener un estilo de apego inseguro no conlleva necesariamente sufrir un trastorno de la personalidad. Sólo cuando este estilo de apego se combina con ciertas vulnerabilidades personales, como por ejemplo historias de trauma, aumentará el riesgo de sufrir un trastorno de la personalidad. Entendiendo que los eventos traumáticos suelen provocar la activación del sistema de apego, las personas que tienden a responder a estos eventos con desregulación emocional y dificultades de mentalización –fruto del establecimiento de estos patrones inseguros de apego–, serán menos capaces de resolver tales eventos, y por lo tanto más propensos a manifestar trastornos de la personalidad (Lorenzini y Fonagy, 2014).

La literatura existente sobre la asociación entre trastornos de personalidad y apego muestra una intensa asociación entre ambas variables (ver Tabla 10). Con una prevalencia promedio entre los distintos estudios realizados a personas con trastornos de la personalidad del 90% de apego inseguro, esta intensidad de asociación es la más alta observada hasta ahora en el resto de trastornos abordados.

Como en los anteriores casos, entre los estudios localizados se observan algunos con resultados inferiores a los de la mayoría: Lerma, Muñoz, Ortiz y Ramos, (2016), con un resultado del 47% de personas con apego inseguro en su muestra de pacientes con trastorno límite de la personalidad, apuntan a una posible baja sensibilidad del instrumento de apego para explicar su atípico resultado, dada la diferencia entre sus hallazgos y los obtenidos generalmente en la literatura, mucho mayores y en los que se utilizan otros instrumentos de evaluación de apego.

Por otra parte, se observa una cierta relación entre el sexo de las muestras estudiadas y la prevalencia de apego inseguro, de tal modo que a mayor porcentaje de mujeres en la muestra, mayor prevalencia de apego inseguro. Este aspecto explicaría los resultados obtenidos por Levinson y Fonagy (2004) donde la totalidad de la muestra estuvo formada por hombres y la prevalencia de apego inseguro no alcanzó el 70%.

En contraposición, en dos de los estudios incluidos en la revisión se presentan resultados tales que la totalidad de sus muestras de pacientes con trastorno límite de la personalidad tenían apego inseguro (Jobst et al., 2016; Patrick et al., 1994). Tal como sus propios autores señalan, el limitado tamaño de sus muestras hace que sus resultados no puedan ser generalizables al conjunto de pacientes con esta tipología de trastornos, y de hecho, este aspecto concuerda con el resto de estudios de esta revisión: mientras que estos dos estudios contienen las muestras de pacientes con frecuencias más bajas, con 19 y 12 personas respectivamente, los trabajos con mayor muestra de estudio, realizados en este caso por por Barone, Fossati y Guiducci, (2011) y Diamond et al. (2014), cuentan con muestras de 140 y 129

personas, y obtienen resultados del 86% y 95%, respectivamente. De nuevo se observaría que la mayor presencia de mujeres en la muestra aumentaría la proporción de apego inseguro, con un 61% y 100% de mujeres en estos respectivos trabajos.

Tabla 10

*Proporciones de apego inseguro en trastornos de la personalidad*

| <b>Autor</b>                | <b>Trastorno psicopatológico</b>    | <b>Apego inseguro</b> |
|-----------------------------|-------------------------------------|-----------------------|
| Barone (2003)               | Trastorno de la personalidad límite | 93%                   |
| Barone et al. (2011)        | Trastorno de la personalidad límite | 86%                   |
| Diamond et al. (2014)       | Trastorno de la personalidad límite | 95%                   |
| Jobst et al. (2016)         | Trastorno de la personalidad límite | 100%                  |
| Lerma et al. (2016)         | Trastorno de la personalidad límite | 47%                   |
| Levinson & Fonagy (2004)    | Trastornos de personalidad diversos | 69%                   |
| Levy et al. (2005)          | Trastorno de la personalidad límite | 92%                   |
| Levy et al. (2006)          | Trastorno de la personalidad límite | 95%                   |
| Marin-Avellan et al. (2005) | Trastornos de personalidad diversos | 87%                   |
| Patrick et al. (1994)       | Trastorno de la personalidad límite | 100%                  |

**1.2.2.5. Trastornos psicóticos**

De acuerdo con un reciente meta-análisis acerca de la relación entre vivencias de adversidad y trauma en la edad infantil y riesgo de psicosis (Varese et al. 2012), donde se estableció que estas experiencias negativas aumentan sustancialmente el riesgo de sufrir trastornos psicóticos, toma fuerza la idea, ya expresada en anteriores líneas, de que la tendencia a desarrollar trastornos psicóticos estaría mediada por comportamientos de las figuras de apego atemorizantes, traumáticos, que causarían desorganización en el apego del niño. En la interacción con figuras cuidadoras temibles o que generan miedo, el niño experimentaría en ocasiones cuidado y disponibilidad, y en otras temor o desconcierto. Como resultado, el niño

desarrollaría representaciones incompatibles del *self* (un hijo querido, y al mismo tiempo alguien que provoca alteración de las figuras cuidadoras), no pudiendo integrar estas experiencias de manera coherente y aumentando su sensibilidad al estrés. Más tarde, momentos vitales estresantes propios de la vida adulta desencadenarían la aparición de estos trastornos.

La literatura científica ha demostrado también en este caso la relación entre apego y este tipo de trastornos, evidenciándose una prevalencia del 76% de apego inseguro entre las personas que padecen este tipo de trastornos, de acuerdo a un reciente meta-análisis realizado sobre la cuestión por Carr, Hardy y Fornells-Ambrojo (2018).

Algunos de los estudios localizados y examinados ofrecen porcentajes inferiores (Korver-Nieberg, Berry, Meijer, De Haan y Ponizovsky, 2015; Michail y Birchwood, 2014; Ponizovsky, Vitenberg, Baumgarten-Katz y Grinshpoon, 2013), y sus autores apuntan a la utilización de instrumentos de auto-informe como posible causa, aunque este extremo no queda confirmado en el resto de estudios, donde también se utiliza en algunos casos este tipo de instrumentos.

De la revisión de los distintos trabajos (ver Tabla 11), una posible explicación a la variabilidad de los resultados reside en la proporción de pacientes con experiencias adversas previas (abuso, negligencia) presentes en cada investigación. En el estudio de Michail y Birchwood (2014), que aporta el porcentaje de apego inseguro más bajo con un 35%, la muestra de estudio contenía bajos niveles de trauma infantil, mientras que otros estudios con una considerable mayor prevalencia de apego inseguro (Gumley et al., 2014; MacBeth, Gumley, Schwannauer y Fisher, 2011) aportaban datos de una proporción significativa de pacientes con apego desorganizado, íntimamente relacionado con haber vivido este tipo de experiencias adversas en la infancia. Este extremo, sin embargo, no puede confirmarse en el resto de estudios con baja prevalencia de apego inseguro (Korver-Nieberg et al., 2015; Ponizovsky, Vitenberg, Baumgarten-Katz, y Grinshpoon, 2013) dado que los instrumentos de apego utilizados en sus

trabajos no evaluaron apego desorganizado, ni en la descripción de sus muestras se hace referencia a este aspecto.

Tabla 11

*Proporciones de apego inseguro en trastornos psicóticos*

| <b>Autor</b>                 | <b>Trastorno psicopatológico</b>                          | <b>Apego inseguro</b> |
|------------------------------|---|-----------------------|
| Couture et al. (2007)        | Primer episodio psicótico                                 | 90%                   |
| Gajwani et al. (2013)        | Estados de alto riesgo de psicosis                        | 80%                   |
| Gumley et al. (2014)         | Primer episodio psicótico                                 | 78%                   |
| Huguelet et al. (2015)       | Esquizofrenia / Trastorno esquizoafectivo                 | 79%                   |
| Korver-Nieberg et al. (2015) | Esquizofrenia / Trastorno esquizoafectivo                 | 64%                   |
| MacBeth et al. (2011)        | Primer episodio psicótico                                 | 74%                   |
| Michail & Birchwood (2014)   | Primer episodio psicótico                                 | 35%                   |
| Ponizovsky et al. (2007)     | Esquizofrenia   | 83%                   |
| Ponizovsky et al. (2013)     | Esquizofrenia   | 47%                   |
| Wickham et al. (2015)        | Esquizofrenia / Tr. esquizoafectivo / Tr. psicótico agudo | 74%                   |

### **1.2.3. Hipótesis explicativas sobre la relación entre apego y psicopatología: Resumen**

De las diferentes variables biológicas, genéticas, psicosociales o de otra índole que pueden jugar un papel significativo en el desarrollo de trastornos psicopatológicos, el presente estudio se centra en el apego.

Como se ha podido observar a lo largo de esta apartado, existe numerosa literatura que ha evaluado la relación entre trastornos psicopatológicos y seguridad del apego, evidenciándose una cierta dispersión de proporciones tanto entre los principales grupos de trastornos como entre los mismos trastornos psicopatológicos, aunque mostrándose siempre una relación significativa entre ambas variables (ver Tabla 12). Dicha dispersión se asocia a diferencias metodológicas

entre los estudios, como su tamaño muestral, el instrumento de medida utilizado, o las características específicas de la muestra de estudio, entre otras posibles causas.

Tabla 12

*Rangos de apego inseguro en diferentes trastornos psicopatológicos*

| <b>Grupo de edad</b> | <b>Trastornos psicopatológicos</b>                                   | <b>Apego inseguro (rango)</b> |
|----------------------|--|-------------------------------|
| Infancia             | Trastorno del espectro del autismo y generalizado del desarrollo     | 30% - 65%                     |
| Infancia             | Trastornos destructivos del control de los impulsos y de la conducta | 48% - 84%                     |
| Infancia             | Trastorno por déficit de atención con hiperactividad                 | 53% - 93%                     |
| Adolescencia         | Trastornos de ansiedad   | 32% - 61%                     |
| Adolescencia         | Trastornos depresivos  | 54% - 88%                     |
| Adultos              | Trastornos depresivos  | 50% - 96%                     |
| Adultos              | Trastornos de ansiedad   | 47% - 89%                     |
| Adultos              | Trastornos alimentarios  | 55% - 96%                     |
| Adultos              | Trastornos de la personalidad  | 47% - 100%                    |
| Adultos              | Trastornos psicóticos  | 35% - 90%                     |

Más allá de la importancia que los postulados de la teoría del apego otorgan en cada uno de los trastornos abordados al establecimiento de un vínculo inapropiado, como facilitador del desarrollo de una u otra forma de trastorno psicopatológico –recordemos, a través de figuras ausentes, que no responden adecuadamente a las necesidades del niño, que establecen de forma continuada una forma de relación poco sensible, no disponibles, rechazantes–, existen también algunos aspectos específicos o centrales a tener en cuenta.

La capacidad de regulación emocional, por ejemplo, aportada inicialmente por las figuras cuidadoras sensibles y disponibles del bebé en los momentos en que sus emociones le desbordan, crea en el niño la oportunidad de interiorizar una noción de seguridad, así como un modelo de funcionamiento flexible para enfrentar las vicisitudes de su entorno. Desde este

punto de vista, de nuevo, el establecimiento de una relación continuada inapropiada con el bebé facilitará que no se consiga alcanzar una capacidad de autorregulación (Cassidy, 1994), lo que se relaciona con el desarrollo de trastornos psicopatológicos, como hemos visto por ejemplo en el caso del trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

Por otra parte, la capacidad de mentalización, definida como la capacidad de comprender e interiorizar estados mentales tales como creencias, emociones e intenciones, de uno mismo y de los demás, emergería en un entorno de apego seguro y se vería afectado por experiencias interpersonales negativas, como las dificultades en las relaciones de apego temprano (Fonagy y Bateman, 2012). Como en el caso anterior, las dificultades de mentalización estarían relacionadas con distintos trastornos psicopatológicos, entre ellos los de la personalidad.

Con todo, se pone de manifiesto una cierta vulnerabilidad a sufrir trastornos psicopatológicos a partir de estas formas inadecuadas de relación en los primeros años de vida, aunque tener un estilo de apego inseguro no comporta necesariamente sufrir trastornos psicopatológicos, sino que el apego se configuraría como un factor importante pero no único en el desarrollo de la patología mental. En este sentido, se impone la necesidad de una revisión sistemática que permita dilucidar la magnitud de esta relación y aportar un resultado concluyente, y para hacerlo la herramienta que nos permite llegar a ese conocimiento es el meta-análisis, que abordaremos en el próximo capítulo.

### **1.3. Meta-análisis**

La producción científica ha experimentado durante las últimas décadas un crecimiento exponencial, existiendo en la actualidad un considerable número de investigaciones sobre casi cualquier problema de estudio. Ante esta acumulación de información, se hace difícil poder

llegar a examinar el conjunto de conocimiento generado, así como hacerlo de forma rigurosa para obtener conclusiones objetivas.

Para superar esta dificultad, se hacen imprescindibles procedimientos que sintetizen e integren de forma fiable los resultados de tal volumen de investigación, y en este contexto surgen las revisiones sistemáticas y el meta-análisis, que tienen como objetivo acumular de forma sistemática y objetiva las evidencias obtenidas en los estudios empíricos sobre un mismo problema.

Las revisiones sistemáticas son investigaciones científicas donde se utilizan protocolos sistemáticos para localizar, seleccionar y valorar la información contenida en las investigaciones que abordan una determinada cuestión, lo que permite alcanzar conclusiones válidas sobre su evidencia, aunque no cuantificar de forma numérica su magnitud.

Por su parte, el meta-análisis es una revisión sistemática donde sí se realizan procedimientos cuantitativos, con los que se obtiene un índice de la magnitud del efecto de lo investigado a partir de la aplicación de técnicas de análisis estadístico. Con todo, el meta-análisis posibilita la obtención de conclusiones claras y precisas a partir, en este caso sí, de la expresión de sus resultados en forma numérica.

De acuerdo con Botella y Sánchez-Meca (2015), la realización de un meta-análisis implica cinco fases:

- Formulación del problema
- Búsqueda de los estudios
- Codificación de los estudios
- Análisis estadístico e interpretación
- Publicación

La formulación del problema, primera tarea que debe emprenderse a la hora de plantear un meta-análisis, consiste en establecer de forma clara y precisa la pregunta a la que se pretende responder.

Una vez formulada la pregunta y, por tanto, delimitado el objeto de estudio, el siguiente paso es reunir los estudios empíricos que hayan abordado dicha cuestión. Para ello, deben establecerse en primer lugar los criterios de inclusión y exclusión de trabajos, garantizando así obtener un conjunto de investigaciones empíricas homogéneas con evidencias de aquella cuestión. Partiendo de estos criterios se realiza el proceso de búsqueda bibliográfica, para lo cual se combinan estrategias formales de búsqueda (consulta de bases de datos electrónicas, revistas especializadas en el problema de estudio y referencias citadas en los estudios localizados) con procedimientos informales (contacto con autores para solicitarles estudios no publicados, búsqueda de tesis doctorales o consulta de actas de congresos). Esta múltiple fuente de obtención de trabajos permitirá, por una parte, obtener el máximo número de investigaciones sobre la cuestión, y por otra, poder analizar el sesgo de publicación, es decir, la posible variación de los resultados debida a la tendencia a publicar únicamente estudios con resultados significativos, en detrimento de aquellas investigaciones que no los obtienen.

Obtenidos los estudios, la siguiente tarea es la codificación de dichos trabajos, para lo cual se elabora previamente un manual de codificación, donde se especifican los criterios con los que se va a proceder a registrar las características de todos los estudios, así como un protocolo de registro donde se detalla el modo en que se recogerán dichos datos. El propósito de esta fase es disponer de un conjunto de variables que puedan explicar la variabilidad de los resultados de los distintos estudios.

Llegados a este punto, y dado que los estudios individuales aportan sus resultados de formas muy diversas, se hace necesario poder transformar la magnitud del efecto de cada trabajo en una métrica común, por lo que el siguiente paso es el cálculo de las estimaciones de tamaño del efecto de los distintos estudios. Una vez obtenidos los tamaños del efecto de cada

estudio, se procede al cálculo del tamaño del efecto medio o combinado, y con posterioridad, se evalúa de la heterogeneidad de los tamaños del efecto, así como a la búsqueda de variables moderadoras de tal variabilidad, en caso de observarse que los tamaños del efecto no son homogéneos. Todos estos procedimientos se llevan a cabo mediante la aplicación de técnicas de análisis estadístico.

Para terminar, la última fase en la realización de un meta-análisis consistirá, como en cualquier tipo de investigación, en la publicación de los resultados obtenidos para su difusión entre la comunidad científica.

En el ámbito de la psicología, el meta-análisis es una metodología de investigación común que ha demostrado ampliamente su utilidad, siendo considerado por la comunidad científica como la metodología que permite ofrecer las mejores pruebas o evidencias sobre un problema, cuando los estudios empíricos acumulados son estudios experimentales (Sánchez-Meca y Botella, 2010).

#### **1.4. Estudio actual**

Avanzar en el conocimiento y la comprensión de las variables causales o mediadoras que subyacen a los múltiples trastornos psicopatológicos presentes en nuestra sociedad es una tarea fundamental para poder mejorar la intervención con aquellas personas que padecen estos trastornos, así como para poder establecer y promover medidas preventivas o protectoras.

Como hemos visto anteriormente, la teoría del apego ofrece una posible respuesta explicativa a la aparición de trastornos psicopatológicos, asociándola a la cualidad de la vinculación vivida desde los primeros años del bebé con sus figuras progenitoras o cuidadoras. En este sentido, la relación entre apego y trastornos psicopatológicos ha sido considerablemente investigada en el decurso de las tres últimas décadas, existiendo sin embargo muy pocos trabajos que hayan revisado de forma sistemática la cuestión, y haciéndolo siempre de forma

específica para unos pocos trastornos concretos o con un único instrumento de evaluación del apego. No se conocen, pues, trabajos de revisión que hayan abordado la cuestión en su conjunto, es decir, incluyendo todo tipo de edades, instrumentos de evaluación del apego y trastornos psicopatológicos.

A punto de cumplirse cincuenta años de la formulación de la teoría del apego (Bowlby, 1969) –inicialmente descrita para explicar los procesos de desarrollo de trastornos psicopatológicos–, se hace necesaria la realización de una síntesis que permita recoger e integrar los resultados de las numerosas investigaciones llevadas a cabo hasta ahora, mostrar el *estado del arte*, y avanzar a partir de sus hallazgos. Para tal fin, y tal y como se ha explicado previamente, la metodología adecuada para abordar este objetivo es la revisión meta-analítica, puesto que permite integrar y cuantificar de forma rigurosa, precisa y sistemática la información y los resultados contenidos en todos estos trabajos, y alcanzar en consecuencia una respuesta sólida al problema de estudio.

#### **1.4.1. Objetivo general**

El presente estudio tiene por objetivo evaluar la relación entre apego y psicopatología, y más concretamente, validar y cuantificar la asociación entre apego inseguro y presencia de trastornos psicopatológicos.

#### **1.4.2. Objetivos específicos**

Para poder abordar adecuadamente la pregunta planteada, ésta se operativiza a través de los siguientes objetivos específicos:

- a) Integrar cuantitativamente los resultados de los estudios que evalúen apego en personas con diagnósticos psicopatológicos.

- b) Analizar la prevalencia de apego inseguro en personas con trastornos psicopatológicos.
- c) Estimar la mayor probabilidad de tener apego inseguro en caso de padecer un trastorno psicopatológico.
- d) Contrastar si existen niveles de ansiedad y evitación de apego superiores entre las personas con trastornos psicopatológicos que entre la población normal.
- e) Evaluar posibles variables moderadoras de la relación entre apego inseguro y condición psicopatológica.
- f) Examinar posibles relaciones específicas entre tipologías de apego inseguro y trastornos psicopatológicos.

### **1.4.3. Hipótesis**

Se plantean cuatro hipótesis principales:

1. Las personas con apego inseguro son mayoritarias entre quienes padecen algún trastorno psicopatológico.
2. La probabilidad de tener apego inseguro es superior entre las personas aquejadas de trastornos psicopatológicos.
3. Los niveles de ansiedad y evitación de apego son superiores entre quienes padecen algún trastorno psicopatológico en comparación con la población normal.
4. Existen relaciones específicas entre tipologías de apego inseguro y determinados trastornos psicopatológicos.

## 2. Método

Una vez formulados los objetivos del estudio y las hipótesis a contrastar, a continuación se detalla el procedimiento llevado a cabo para la realización del meta-análisis.

### 2.1. Procedimiento de búsqueda

Para la obtención de los estudios a incluir en la revisión se constituyeron cuatro formas de búsqueda sucesivas:

- a) una primera en bases de datos electrónicas;
- b) una segunda a través de las referencias citadas en los estudios localizados en la primera búsqueda;
- c) una tercera en revisiones sistemáticas o meta-análisis disponibles de algunos trastornos psicopatológicos específicos;
- d) una última contactando con autores referenciados en algunas de las búsquedas anteriores.

En el proceso de búsqueda de estudios en bases electrónicas se consultaron las bases de datos *PsycInfo* y *MedLine*, al tratarse de las fuentes primordiales de investigación en psicología y psiquiatría, y en consecuencia repositorios de búsqueda idóneos para el problema de estudio abordado en este meta-análisis.

Para la elección de los términos de búsqueda se utilizaron las 98 etiquetas diagnósticas de la quinta versión del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5 en su versión inglesa (American Psychiatric Association, 2013). Estas fueron introducidas en los respectivos tesauros de ambas bases de datos (*Thesaurus* y *MeSH*) y se sustituyeron por las

palabras clave sugeridas por dichos tesauros para lograr una obtención de resultados más precisa. Cabe señalar que en muchos casos las palabras clave introducidas y aquellas sugeridas por los tesauros fueron las mismas, y que en algunos casos en que no fue así, se optó por conservar ambos descriptores al considerarlos complementarios o susceptibles de permitir obtener un mayor número de resultados válidos. Así mismo, en algunos descriptores se utilizó el recurso del asterisco para poder aglutinar un mayor número de estudios, como por ejemplo en el descriptor “*dysthymi\**”, donde podrían obtenerse resultados tanto con la palabra clave “*dysthymia*” como “*dysthymic*”. Por último, se añadió a las palabras clave de búsqueda el descriptor “*psychopathology*” con el fin de recoger también aquellos estudios de carácter más general o con múltiples trastornos psicopatológicos. En la Tabla 13 puede consultarse la relación completa de palabras clave utilizadas, que fueron siempre combinadas en ambas bases electrónicas con la palabra clave “*attachment*”.

Este primer procedimiento de obtención de estudios fue completado posteriormente por las estrategias de búsqueda adicionales ya mencionadas arriba, en este caso de carácter informal pero igualmente válido y necesario, con el objetivo de poder garantizar la obtención del máximo número de trabajos, así como de evaluar el potencial sesgo de publicación con la inclusión de *literatura gris*, esto es, trabajos no publicados.

Tabla 13

*Trastornos psicopatológicos incluidos en la búsqueda de estudios y palabras clave utilizadas*

| <b>Grupo de trastornos</b>            | <b>Trastorno psicopatológico DSM-5</b>               | <b>Palabra clave</b>   |
|---------------------------------------|--|--|
| Trastornos del desarrollo neurológico | Discapacidades intelectuales                         | <i>Intellectual Development Disorder, Mental Retardation</i> |
|                                       | Trastornos de la comunicación                        | <i>Communication Disorder, Language disorder</i>             |
|                                       | Trastorno del espectro del autismo                   | <i>Autism</i>  |
|                                       | Trastorno por déficit de atención con hiperactividad | <i>Adhd, Attention Deficit</i>                               |
|                                       | Trastorno específico del aprendizaje                 | <i>Learning disorder</i>                                     |
|                                       | Trastornos motores                                   | <i>Motor disorder, Nervous system disorder</i>               |

|  |  |  |
|--|--|--|
|  | Trastornos de tics   | <i>Tics, Tourette</i>  |
| Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos | Trastorno esquizotípico  | <i>Schizotypal Personality Disorder</i>  |
|  | Trastorno de delirios  | <i>Delusion</i>  |
|  | Trastorno psicótico breve  | <i>Psychotic Episode</i>   |
|  | Trastorno esquizofreniforme  | <i>Schizophreniform</i>  |
|  | Esquizofrenia  | <i>Schizophrenia</i>   |
|  | Trastorno esquizoafectivo  | <i>Schizoaffective</i>   |
| Trastorno bipolar y trastornos relacionados                | Trastorno bipolar  | <i>Bipolar, Manic</i>  |
|  | Trastorno ciclotímico  | <i>Cyclothymic</i>   |
| Trastornos depresivos                                      | Trastorno de desregulación perturbador del estado de ánimo             | <i>Disruptive Mood Dysregulation</i>   |
|  | Trastorno depresivo mayor  | <i>Major depression, Unipolar</i>  |
|  | Trastorno depresivo persistente (distimia)                             | <i>Dysthymi*</i>   |
|  | Trastorno disfórico premenstrual                                       | <i>Premenstrual Dysphoric</i>  |
| Trastornos de ansiedad                                     | Trastorno de ansiedad por separación                                   | <i>Separation Anxiety Disorder</i>   |
|  | Mutismo selectivo  | <i>Mutism</i>  |
|  | Fobia específica (animal, entorno natural, sangre, situacional, otras) | <i>*phobia</i>   |
|  | Trastorno de ansiedad social (fobia social)                            | <i>Social phobia, Social anxiety</i>   |
|  | Trastorno de pánico  | <i>Panic disorder</i>  |
|  | Agorafobia   | <i>Agoraphobia</i>   |
|  | Trastorno de ansiedad generalizada                                     | <i>Generalized Anxiety Disorder</i>  |
| Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados    | Trastorno obsesivo-compulsivo  | <i>Obsessive Compulsive Disorder (NOT personality)</i>                           |
|  | Trastorno dismórfico corporal  | <i>Dysmorph*</i>   |
|  | Trastorno de acumulación   | <i>Hoarding disorder</i>   |
|  | Tricotilomanía   | <i>Trichotillomania, Hair pulling</i>  |
|  | Trastorno de excoriación (dañarse la piel)                             | <i>Excoriation, Skin-Picking</i>   |
| Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés   | Trastorno de apego reactivo  | <i>Reactive Attachment Disorder</i>  |
|  | Trastorno de relación social desinhibida                               | <i>Disinhibited Social Engagement Disorder</i>                                   |
|  | Trastorno de estrés postraumático                                      | <i>Posttraumatic Stress Disorder<br/>PTSD<br/>Stress Disorder Post-traumatic</i> |
|  | Trastorno de estrés agudo  | <i>Acute Stress Disorder</i>   |
|  | Trastornos de adaptación   | <i>Adjustment Disorder</i>   |
| Trastornos disociativos                                    | Trastorno de identidad disociativo                                     | <i>Dissociative Identity Disorder<br/>Multiple Personality Disorder</i>          |
|  | Amnesia disociativa  | <i>Dissociative Amnesia</i>  |

|   |   |  |
|---|---|--|
|   | Trastorno de despersonalización/desrealización                        | <i>Depersonalization Disorder</i>  |
| Trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados | Trastorno de síntomas somáticos                                       | <i>Somatic Disorder<br/>Somatoform disorder<br/>Psychosomatic disorder</i>   |
|   | Trastorno de ansiedad por enfermedad                                  | <i>Illness Anxiety Disorder<br/>Hypochondria*</i>                            |
|   | Trastorno de conversión   | <i>Conversion Disorder</i>   |
|   | Trastorno facticio  | <i>Factitious Disorder</i>   |
| Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos    | Pica  | <i>Pica</i>  |
|   | Trastorno de rumiación  | <i>Rumination Disorder</i>   |
|   | Trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos       | <i>Avoidant restrictive food intake disorder*</i>                            |
|   | Anorexia nerviosa   | <i>Anorexia Nervosa</i>  |
|   | Bulimia nerviosa  | <i>Bulimia</i>   |
| Trastornos de la excreción                                | Trastorno por atracón   | <i>Binge Eating Disorder</i>   |
|   | Enuresis  | <i>Enuresis, Urinary Incontinence</i>  |
|   | Encopresis  | <i>Encopresis, Fecal incontinence</i>  |
| Trastornos del sueño-vigilia                              | Trastorno de insomnio   | <i>Insomnia, Sleep Initiation and Maintenance Disorder<br/>Sleeplessness</i> |
|   | Trastorno por hipersomnia   | <i>Hypersomnia<br/>Disorders of Excessive Somnolence<br/>Hypersomnolence</i> |
|   | Narcolepsia   | <i>Narcolepsy</i>  |
|   | Trastornos del despertar del sueño (sonambulismo, terrores nocturnos) | <i>Sleepwalking, Sleep terrors</i>   |
|   | Trastorno de pesadillas   | <i>Nightmare Disorder</i>  |
| Disfunciones sexuales                                     | Eyacuación retardada  | <i>Delayed Ejaculation</i>   |
|   | Trastorno eréctil   | <i>Erectile Disorder, Erectile Dysfunction, Impotence</i>                    |
|   | Trastorno orgásmico femenino  | <i>Female Orgasm</i>   |
|   | Trastorno del interés/excitación sexual femenino                      | <i>Female Sexual Dysfunction</i>   |
|   | Trastorno de dolor genito-pélvico/penetración                         | <i>Dyspareunia, Vaginismus</i>   |
|   | Trastorno de deseo sexual hipoactivo en el varón                      | <i>Male sexual desire</i>  |
|   | Eyacuación prematura  | <i>Premature ejaculation<br/>Early ejaculation</i>                           |
| Disforia de género  | Disforia de género  | <i>Gender Dysphoria</i>  |
| Trastornos destructivos del control de los                | Trastorno negativista desafiante                                      | <i>Oppositional Defiant Disorder</i>   |
|   | Trastorno explosivo intermitente                                      | <i>Explosive Disorder</i>  |

|   |   |  |
|---|---|--|
| impulsos y de la conducta                                     | Trastorno de la conducta  | <i>Conduct Disorder</i>  |
|   | Trastorno de la personalidad antisocial                             | <i>Antisocial Personality Disorder Psychopath</i>                    |
|   | Piromanía   | <i>Pyromania, Firesetting Behavior</i>                               |
|   | Cleptomanía   | <i>Kleptomania</i>   |
| Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos | Trastornos relacionados con el alcohol                              | <i>Alcohol Abuse<br/>Alcohol Intoxication<br/>Alcohol Withdrawal</i> |
|   | Trastornos relacionados con la cafeína                              | <i>Caffeine Intoxication<br/>Caffeine Withdrawal</i>                 |
|   | Trastornos relacionados con el cannabis                             | <i>Cannabis</i>  |
|   | Trastornos relacionados con los alucinógenos                        | <i>Hallucinogen, Psychedelic Drugs</i>                               |
|   | Trastornos relacionados con los inhalantes                          | <i>Inhalant</i>  |
|   | Trastornos relacionados con los opiáceos                            | <i>Opioid, Heroin</i>  |
|   | Trastornos relacionados con los sedantes, hipnóticos o ansiolíticos | <i>Sedative drug, Hypnotic drug, Anxiolytic drug</i>                 |
|   | Trastornos relacionados con los estimulantes                        | <i>Stimulant, Cocaine</i>  |
| Trastornos neurocognitivos                                    | Trastornos neurocognitivos  | <i>Delirium, Dementia, Neurocognitive disorder</i>                   |
|   | Trastorno de la personalidad paranoide                              | <i>Paranoid Personality Disorder</i>                                 |
| Trastornos de la personalidad                                 | Trastorno de la personalidad esquizoide                             | <i>Schizoid Personality Disorder</i>                                 |
|   | Trastorno de la personalidad esquizotípica                          | <i>Schizotypal Personality Disorder</i>                              |
|   | Trastorno de la personalidad antisocial                             | <i>Antisocial Personality Disorder Psychopath*</i>                   |
|   | Trastorno de la personalidad límite                                 | <i>Borderline Personality Disorder</i>                               |
|   | Trastorno de la personalidad histriónica                            | <i>Histrionic Personality Disorder</i>                               |
|   | Trastorno de la personalidad narcisista                             | <i>Narcissistic Personality Disorder</i>                             |
|   | Trastorno de la personalidad evasiva                                | <i>Avoidant Personality Disorder</i>                                 |
|   | Trastorno de la personalidad dependiente                            | <i>Dependent Personality Disorder</i>                                |
| Trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva              | <i>Obsessive Compulsive Personality Disorder</i>                    |  |
| Trastornos parafílicos  | Trastorno de voyeurismo   | <i>Voyeurism</i>   |
|   | Trastorno de exhibicionismo   | <i>Exhibitionism</i>   |
|   | Trastorno de frotteurismo   | <i>Frotteurism</i>   |
|   | Trastorno de masoquismo sexual                                      | <i>Sexual Masochism</i>  |
|   | Trastorno de sadismo sexual   | <i>Sexual Sadism</i>   |

|                          |   |
|--------------------------|---|
| Trastorno de pedofilia   | <i>Pedophilia, Child Molestation, Pederasty</i> |
| Trastorno de fetichismo  | <i>Fetishism</i>                                |
| Trastorno de travestismo | <i>Transvestism</i>                             |
|                          | <i>Psychopathology</i>                          |

Nota: Todas estas palabras clave fueron combinadas en las búsquedas con el descriptor “*attachment*”.

## 2.2. Selección de estudios

Se establecieron como criterios de selección:

- a) Estudios realizados desde que se formuló la teoría en 1969 hasta diciembre de 2017, momento de realización de la búsqueda bibliográfica;
- b) Estudios empíricos longitudinales o transversales, con y sin grupo control;
- c) Estudios redactados en lengua inglesa o castellana;
- d) Estudios realizados con población humana de cualquier grupo de edad y ambos sexos;
- e) Estudios realizados con población diagnosticada de algún tipo de trastorno psicopatológico;
- f) Estudios que utilicen instrumentos de evaluación del apego validados y con medida de resultado categorial (frecuencia de personas con apego seguro/inseguro).

Adicionalmente, también fueron incluidos aquellos estudios que cumplieran con los criterios arriba mencionados pero utilizaran un instrumento de apego que midiera el nivel de ansiedad y evitación de apego, dimensiones que subyacen el apego. En este caso, sin embargo, únicamente fueron aceptados estudios con grupo control, requisito imprescindible para el cálculo de tamaños del efecto referidos a medias.

De la aplicación de los criterios de selección expuestos previamente se obtuvo en la búsqueda inicial en las bases de datos electrónicas un total de 4084 estudios, a los que se añadieron posteriormente 24 registros obtenidos a partir de fuentes adicionales. En la Figura 2 se muestra un diagrama de flujo del proceso de búsqueda e inclusión/exclusión de los estudios en el meta-análisis, confeccionado siguiendo las directrices propuestas en la declaración PRISMA (Urrútia y Bonfill, 2010).

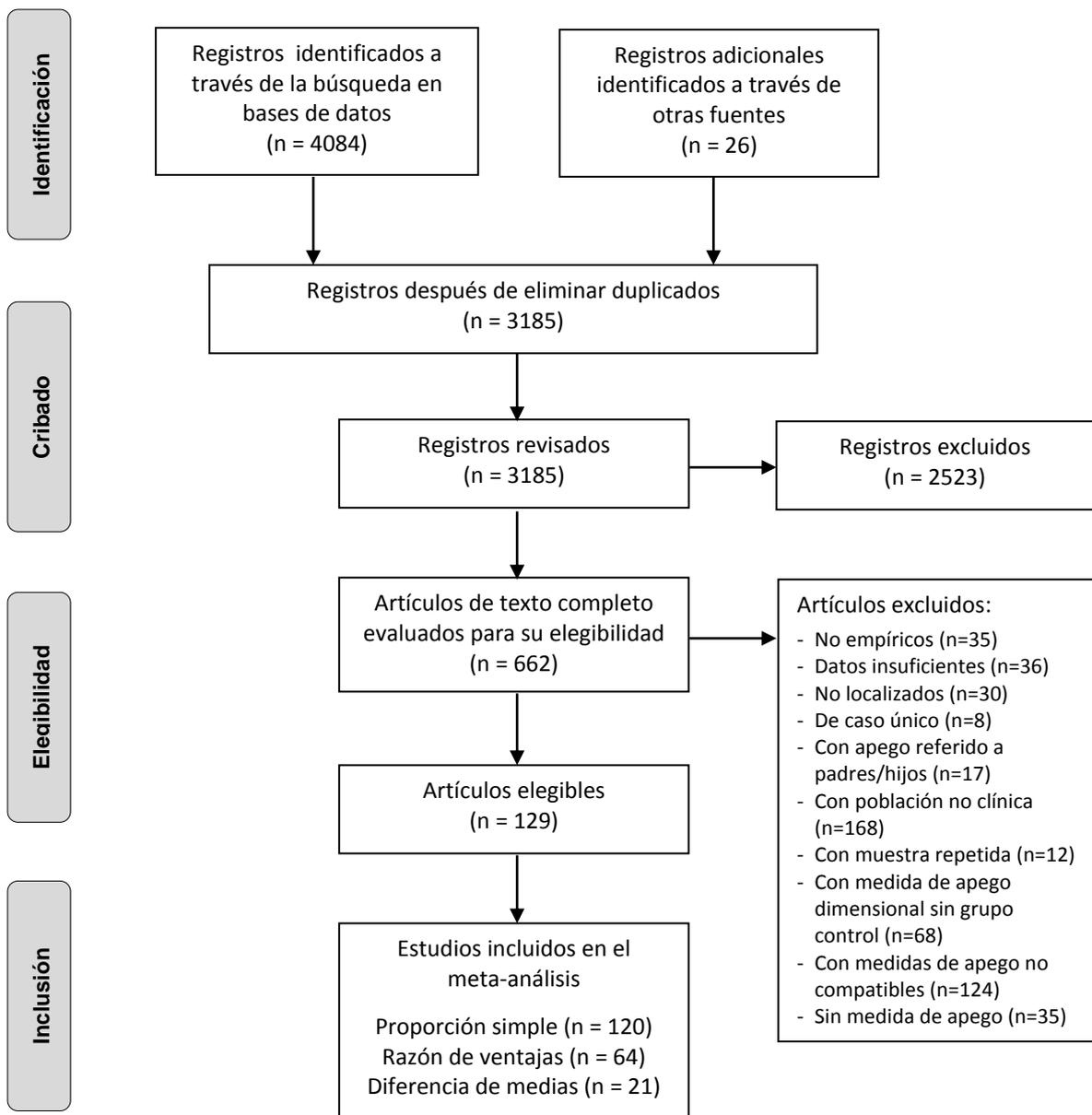


Figura 2. Diagrama de flujo PRISMA del procedimiento de búsqueda e inclusión de estudios en el meta-análisis.

### **2.3. Codificación de estudios**

Una vez seleccionados los estudios que cumplieran con los criterios arriba establecidos se procedió al registro y codificación de las características de los mismos. Para poder realizar esta operación se elaboró un protocolo o manual de codificación, donde se detallaron las especificaciones para codificar cada una de las características. Dada la naturaleza de las variables objeto de este meta-análisis, se consideró oportuno clasificar dichas variables en tres apartados: extrínsecas, sustantivas y metodológicas (Lipsey, 1994; Sánchez-Meca y Botella, 2010).

A continuación se detallan las variables codificadas con las respectivas especificaciones del proceso para llevar a cabo dicha operación:

#### **2.3.1. Variables extrínsecas o no relacionadas con el proceso científico del estudio**

1. Identificador  
Asignación de un número de registro correlativo a cada estudio codificado.
2. Autor(es) del estudio  
Registro del apellido de todos los autores del estudio e inicial de su nombre, respetando el orden en que figuraban en el estudio.
3. Año de publicación  
Anotación del año de publicación del artículo en formato de cuatro dígitos. En caso de no aportarse dicha información se escribiría “NA” (No aportado).
4. Título del estudio  
Registro del título completo del trabajo.
5. Publicación  
Especificación (Si/No) acerca de si el estudio había sido publicado o no. En caso de no aportarse dicha información se escribiría “NA”.

#### **2.3.2. Variables sustantivas o relacionadas con el objeto propio de estudio del meta-análisis**

6. Trastorno psicopatológico  
Anotación del trastorno psicopatológico de la muestra de estudio. En caso de que el estudio trabajara con distintas muestras con patologías diferenciadas, estas se codificarían individualmente como nuevos estudios.

7. Grupo de trastornos  
Asignación del trastorno psicopatológico al grupo de trastornos al que pertenece según la clasificación DSM-5.
8. País donde se realizó el estudio  
Registro del país donde se realizó el estudio. En caso de no aportarse dicha información se escribiría “NA”.
9. Continente  
Asignación del continente de realización del estudio en base al país codificado previamente. En caso de no aportarse información del país se escribiría “NA”.
10. Sexo de los participantes en el estudio  
Especificación del sexo de la muestra objeto de estudio. En caso de tratarse de una muestra compuesta por ambos sexos se escribiría “Mixto”, y de no especificarse se anotaría “NA”.
11. Grupo étnico de los participantes  
Registro del grupo étnico de la muestra de estudio. En caso de ser distintos pero con uno mayoritario (en una proporción superior al 75%), se especificaría “Mayoritariamente...”. En el resto de supuestos con distintos grupos se escribiría “Múltiples”. De no aportarse información acerca del grupo étnico se escribiría “NA”.
12. Edad media de los participantes  
Anotación del valor, en años, de la media aritmética de edad de la muestra de estudio. En caso de no aportarse información se escribiría “NA”.
13. Edad media de los controles  
Anotación del valor, en años, de la media aritmética de edad del grupo de control (población normal) del estudio. En caso de no aportarse información se escribiría “NA”.
14. Número de participantes  
Registro del número de personas que conformaban la muestra de estudio.
15. Número de controles  
Registro del número de personas que conformaban el grupo control del estudio.
16. Frecuencia de participantes con apego seguro  
Anotación del número de participantes clasificados de apego seguro, en valor absoluto.
17. Frecuencia de participantes con apego inseguro  
Registro del número de participantes clasificados de apego inseguro, en valor absoluto.
18. Frecuencia de participantes con apego inseguro evitativo  
Anotación del número de participantes clasificados de apego inseguro evitativo, en valor absoluto. En caso de no aportarse información se escribiría “NA”.

19. Frecuencia de participantes con apego inseguro preocupado  
Registro del número de participantes clasificados de apego inseguro preocupado, en valor absoluto. En caso de no aportarse información se escribiría “NA”.
20. Frecuencia de participantes con apego inseguro temeroso  
Anotación del número de participantes clasificados de apego inseguro temeroso, en valor absoluto. En caso de no aportarse información se escribiría “NA”.
21. Frecuencia de participantes con apego inseguro ansioso-ambivalente  
Registro del número de participantes clasificados de apego inseguro ansioso-ambivalente, en valor absoluto. En caso de no aportarse información se escribiría “NA”.
22. Frecuencia de participantes con apego desorganizado  
Anotación del número de participantes clasificados de apego desorganizado, en valor absoluto. En caso de no aportarse información se escribiría “NA”.
23. Frecuencia de controles con apego seguro  
Registro del número de personas que conformaban el grupo de control clasificadas de apego seguro, en valor absoluto. En caso de no aportarse información se escribiría “NA”.
24. Frecuencia de controles con apego inseguro  
Anotación del número de personas que conformaban el grupo de control clasificadas de apego inseguro, en valor absoluto. En caso de no aportarse información se escribiría “NA”.
25. Frecuencia de controles con apego inseguro evitativo  
Anotación del número de personas que conformaban el grupo de control clasificadas de apego inseguro evitativo, en valor absoluto. En caso de no aportarse información se escribiría “NA”.
26. Frecuencia de controles con apego inseguro preocupado  
Registro del número de personas que conformaban el grupo de control clasificadas de apego inseguro preocupado, en valor absoluto. En caso de no aportarse información se escribiría “NA”.
27. Frecuencia de controles con apego inseguro temeroso  
Anotación del número de personas que conformaban el grupo de control clasificadas de apego inseguro temeroso, en valor absoluto. En caso de no aportarse información se escribiría “NA”.
28. Frecuencia de controles con apego inseguro ansioso-ambivalente  
Registro del número de personas que conformaban el grupo de control clasificadas de apego inseguro ansioso-ambivalente, en valor absoluto. En caso de no aportarse información se escribiría “NA”.

29. Frecuencia de controles con apego desorganizado  
Anotación del número de personas que conformaban el grupo de control clasificadas de apego desorganizado, en valor absoluto. En caso de no aportarse información se escribiría “NA”.
30. Porcentaje de hombres en la muestra de estudio  
Especificación de la frecuencia de hombres en el conjunto de la muestra de estudio, en porcentaje. En caso de tratarse de un estudio compuesto íntegramente por hombres o mujeres, se registraría “100%” o “0%”, respectivamente. En caso de no aportarse información se escribiría “NA”.
31. Porcentaje de participantes solteros  
Anotación de la frecuencia de participantes solteros en el conjunto de la muestra de estudio, en porcentaje. En caso de no aportarse información se escribiría “NA”.
32. Porcentaje de participantes casados o con pareja  
Registro de la frecuencia de participantes casados o con pareja en el conjunto de la muestra de estudio, en porcentaje. En caso de especificarse de forma separada en el estudio, se realizaría el sumatorio de ambas frecuencias. En caso de no aportarse información se escribiría “NA”.
33. Porcentaje de participantes separados, divorciados o viudos  
Especificación de la frecuencia de participantes solteros en el conjunto de la muestra de estudio, en porcentaje. En caso de especificarse de forma separada en el estudio, se realizaría el sumatorio de las distintas frecuencias. En caso de no aportarse información se escribiría “NA”.
34. Media de años de educación de los participantes  
Registro de la media aritmética, en años, del tiempo de escolaridad o educación de los participantes. En caso de no aportarse información se escribiría “NA”.
35. Porcentaje de participantes estudiantes  
Anotación de la frecuencia de participantes con ocupación de estudiante, en porcentaje. En caso de no aportarse información se escribiría “NA”.
36. Porcentaje de participantes empleados  
Registro de la frecuencia de participantes en situación de empleado/a, en porcentaje. En caso de no aportarse información se escribiría “NA”.
37. Porcentaje de participantes desempleados  
Anotación de la frecuencia de participantes en situación de desempleo, en porcentaje. En caso de no aportarse información se escribiría “NA”.
38. Porcentaje de participantes retirados  
Registro de la frecuencia de participantes en situación laboral de retirado/a, en porcentaje. En caso de no aportarse información se escribiría “NA”.
39. Media de evitación de apego de los participantes  
Anotación del valor de la media aritmética de evitación de apego de la muestra de estudio.

40. Desviación estándar de evitación de apego de los participantes  
Registro del valor de la desviación estándar de evitación de apego de la muestra de estudio.
41. Media de ansiedad de apego de los participantes  
Especificación del valor de la media aritmética de ansiedad de apego de la muestra de estudio.
42. Desviación estándar de ansiedad de apego de los participantes  
Anotación del valor de la desviación estándar de ansiedad de apego de la muestra de estudio.
43. Media de evitación de apego de los controles  
Registro del valor de la media aritmética de evitación de apego del grupo de control del estudio.
44. Desviación estándar de evitación de apego de los controles  
Especificación del valor de la desviación estándar de evitación de apego del grupo de control del estudio.
45. Media de ansiedad de apego de los controles  
Anotación del valor de la media aritmética de ansiedad de apego del grupo de control del estudio.
46. Desviación estándar de ansiedad de apego de los controles  
Registro del valor de la desviación estándar de ansiedad de apego del grupo de control del estudio.

### **2.3.3. Variables metodológicas o relacionadas con la metodología y el diseño del estudio**

47. Instrumento de apego  
Especificación del instrumento de evaluación de apego utilizado en el estudio con sus siglas (p.e. *Adult Attachment Interview* - AAI).
48. Tipo de instrumento de apego  
Especificación del tipo de instrumento de evaluación de apego utilizado en el estudio de acuerdo a las categorías “Entrevista”, “Auto-informe”, “Test proyectivo” y “Exposición”.
49. Tipo de estudio  
Registro del diseño de investigación del estudio (Longitudinal/Transversal).
50. Diagnóstico  
Especificación del modo en que se ha realizado el diagnóstico psicopatológico de la muestra de estudio, si a través de entrevista o un test (Entrevista/Test). En caso de no aportarse información se escribiría “NA”.

51. Grupo control

Registro de la existencia o no de grupo control en el estudio (Si/No).

52. Calidad del estudio

Registro del resultado numérico, entre 0 y 12 puntos, obtenido tras aplicar al estudio la escala de evaluación de calidad de la *National Heart, Lung, and Blood Institute (NHLBI)*.

En relación a esta última variable, dada la multiplicidad de escalas de evaluación de calidad existentes en la literatura actualmente, y el poco consenso acerca de la idoneidad de su uso en una tipología u otra de estudios (Jarde, Losilla y Vives, 2012), se optó por utilizar la escala de evaluación de calidad recomendada por la Colaboración Cochrane: la herramienta de evaluación de calidad de los estudios de la *National Heart, Lung, and Blood Institute (NHLBI)* del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos, en su modalidad dirigida a estudios de casos y controles. Esta herramienta está diseñada como una referencia para el revisor de todos aquellos aspectos imprescindibles a tener en cuenta en la evaluación de la calidad metodológica de un estudio, realizando una medición de calidad a partir de componentes individuales.

Dado que el objetivo de la aplicación de esta herramienta en el meta-análisis no era valorar en sí el grado de calidad metodológica de un estudio –baja, media, alta– sino evaluar el posible efecto moderador de esta característica sobre los resultados de los distintos trabajos incluidos en la revisión, y ante el hecho de que la herramienta utilizada no ofrecía un sistema de puntuaciones propio, se decidió establecer un sistema de puntuación por el cual, si el estudio contenía el aspecto metodológico valorado, se asignaba un punto a aquel ítem, y si no lo poseía, cero puntos. De este modo, realizando un sumatorio de las puntuaciones obtenidas en cada uno de los ítems se pudo establecer una diferenciación del grado de calidad de cada estudio, y posteriormente contrastar este aspecto como posible fuente de variabilidad de los resultados. En el Anexo 1 puede consultarse la herramienta de evaluación de la calidad.

## 2.4. Análisis de datos

En esta tesis fueron llevados a cabo tres meta-análisis diferenciados, de acuerdo con las preguntas planteadas y la naturaleza de las variables a analizar:

- La *proporción simple* ( $p$ ), índice de tamaño del efecto utilizado para estimar la proporción de individuos que presentan una característica, fue aplicada para conocer la prevalencia del apego inseguro en las personas con trastornos psicopatológicos.
- La *razón de ventajas* (RV), también conocida como *Odds Ratio* (OR), cuya función es la de estimar la probabilidad de presentar una característica en comparación con la probabilidad de no presentarla, se calculó en este caso para valorar la asociación entre presencia de apego inseguro y padecer un trastorno psicopatológico.
- La *diferencia de medias* ( $d$ ), índice dedicado a cuantificar la magnitud de la divergencia entre dos medias, se utilizó aquí para evaluar el grado de diferencia entre los niveles de ansiedad y evitación de apego que padecen las personas con trastornos psicopatológicos, características propias del apego inseguro, y la población normal.

En los tres casos se calcularon inicialmente los tamaños del efecto individuales de cada estudio, realizándose a continuación el cálculo del tamaño del efecto medio o estimación combinada.

Una vez obtenido el tamaño del efecto medio se procedió a valorar la heterogeneidad utilizando el estadístico  $Q$  de Cochrane y el índice  $I^2$ , que permiten evaluar la existencia de heterogeneidad estadísticamente significativa y el grado de la misma, respectivamente (Botella y Sánchez-Meca, 2015).

Dado que en los tres meta-análisis se evidenció heterogeneidad, se procedió al análisis de posibles variables moderadoras en las características codificadas de los estudios. Para las variables cualitativas se aplicó un análisis de varianza, mientras que en el caso de las variables

de tipo cuantitativo fue empleado un modelo lineal de meta-regresión. En ambos casos se seleccionaron para el cálculo únicamente aquellas categorías utilizadas en ocho o más estudios, para no comprometer la validez de los resultados.

En la valoración de la posible existencia de sesgo de publicación, se calculó el *número de seguridad (fail-safe number)* a través de los enfoques de Rosenthal, Orwin y Rosenberg, se generaron gráficos *funnel plot* con los que se evaluó visualmente la asimetría de las distintas estimaciones de cada meta-análisis, y se procedió a calcular los valores correspondientes al coeficiente correlación ordinal de Begg y el análisis de regresión lineal de Egger. Por último, en los casos en los que se confirmó la existencia de asimetría, se aplicó el método *Trim-and-Fill* (Duval y Tweedie, 2000) para corregir el sesgo de publicación.

Para la realización de los cálculos arriba detallados se utilizó el software estadístico SPSS y el paquete de macros elaboradas por Lipsey y Wilson (2001), asumiéndose un modelo estadístico de efectos aleatorios, dado que los estudios no tenían características idénticas entre ellos.

El posible sesgo de publicación, es decir, la posible alteración de los resultados debida a la tendencia a publicar únicamente estudios con resultados significativos en detrimento de aquellas investigaciones que no los obtienen, fue calculado con el software estadístico R y el paquete “Metafor” de Viechtbauer (2010).

Por último, para poder analizar la contribución de cada estudio al meta-análisis fueron generados distintos gráficos *forest plot*, mediante el software *Review Manager (RevMan)*, elaborado por la Colaboración Cochrane para la preparación de revisiones sistemáticas.

### 3. Resultados

#### 3.1. Descripción de la muestra

Del proceso de búsqueda y selección de trabajos se obtuvieron finalmente 129 estudios originales (ver Figura 2), que fueron incluidos en cada uno de los tres meta-análisis en función de la tipología de sus resultados. Así, para el cálculo del tamaño del efecto de proporción simple se reportaron un total de 135 resultados con una muestra de 7742 participantes; para el de razón de ventajas de un total de 79 resultados con un tamaño muestral de 13045 personas, y para el de diferencia de medias de 22 resultados sobre 4668 individuos.

La búsqueda de literatura gris resultó infructuosa, encontrándose un número muy reducido de referencias, de las cuales no se tuvo acceso a la fuente original en ninguno de los casos, por lo que la muestra de estudios comprendió finalmente sólo trabajos publicados. Cabe señalar que estos escasos trabajos de literatura gris aportaban valores similares a los obtenidos, por lo que su inclusión no hubiera alterado los resultados.

En conjunto, fueron incluidos en la revisión estudios fechados entre 1987 y 2017, realizados con un diseño de investigación transversal, y en los que se utilizaron hasta cuatro formas de evaluación de apego: auto-informes (en el 49.6% de los estudios), entrevistas (34.1%), test proyectivos (8.5%) y procedimientos de exposición (7.8%). Los trabajos fueron llevados a cabo en 19 países, mayoritariamente europeos (54.3%) y americanos (27.1%), seguidos en menor medida por países del continente asiático y oceánico (10.9% y 7%, respectivamente). En relación con el grupo étnico, debe señalarse que este sólo fue informado en 20 de los estudios, informándose en todos ellos de muestras de estudio mayoritariamente caucásicas.

Con respecto a los participantes, los estudios incluyeron muestras de personas con medias de edad comprendidas entre los 21 meses y 83.8 años de edad, frecuencia media de

mujeres ligeramente superior a hombres (54.1% y 45.9%, respectivamente), y diagnósticos psicopatológicos de hasta 17 agrupaciones de trastornos (ver Tabla 14). Este diagnóstico psicopatológico fue realizado en el 92.2% de los casos a partir de entrevista, y en el 7.8% restante a través de cuestionarios.

Tabla 14

*Número de estudios incluidos conforme a las agrupaciones de trastornos DSM-5*

| <b>Grupo de trastornos</b>   | <b>N</b> | <b>%</b> |
|--|----------|----------|
| Trastornos depresivos  | 22       | 14.80%   |
| Trastornos del desarrollo neurológico                                | 21       | 14.10%   |
| Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos               | 16       | 10.70%   |
| Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos           | 13       | 8.70%    |
| Trastornos de ansiedad   | 11       | 7.40%    |
| Trastornos de la personalidad  | 11       | 7.40%    |
| Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos        | 10       | 6.70%    |
| Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés             | 8        | 5.40%    |
| Trastornos destructivos del control de los impulsos y de la conducta | 6        | 4%       |
| Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados              | 5        | 3.40%    |
| Trastorno bipolar y trastornos relacionados                          | 5        | 3.40%    |
| Trastornos neurocognitivos   | 4        | 2.70%    |
| Trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados            | 3        | 2%       |
| Trastornos parafílicos   | 3        | 2%       |
| Trastornos de la excreción   | 1        | 0.70%    |
| Disfunciones sexuales  | 1        | 0.70%    |
| Disforia de género   | 1        | 0.70%    |
| Trastornos diversos o no explicitados en el estudio                  | 8        | 5.40%    |

### **3.2. Meta-análisis 1: Prevalencia de apego inseguro en personas con trastornos psicopatológicos**

El objetivo del primer meta-análisis fue estimar la prevalencia de personas con apego inseguro que padece algún tipo de trastorno psicopatológico. De los 129 estudios incluidos en conjunto, 118 aportaron la información necesaria para poder obtener índices de tamaño del

efecto de proporción simple, formando así la muestra de estudios de este primer análisis. Los 118 estudios proporcionaron un total de 135 estimaciones, dado que diez de los trabajos estudiaron distintos trastornos psicopatológicos y, en consecuencia, aportaron información de más de una muestra. En la Tabla 15 pueden consultarse las principales características de esta muestra.

La estimación combinada obtuvo un resultado de 0.737 (IC 95% = 0.708 – 0.764,  $p < 0.001$ ), lo que indica una proporción de personas con apego inseguro del 73.7% entre quienes padecen trastornos psicopatológicos. En la Figura 3 puede observarse la representación *forest plot* con los 135 tamaños del efecto y sus intervalos de confianza.

Adicionalmente a estos cálculos, a partir de un subgrupo de muestra ( $n = 79$ ) que utilizó en sus estudios grupos de control con población normal, se calculó el tamaño del efecto para dicha población, obteniéndose como resultado una proporción de personas con apego inseguro entre la población normal del 33.4% (TE = 0.334, IC 95% = 0.302 – 0.367,  $p < 0.001$ ). Este resultado fue comparado posteriormente con el tamaño del efecto calculado para la población con trastornos psicopatológicos (TE = 0.737), evidenciándose una diferencia estadísticamente significativa entre ambas proporciones ( $Q_B(1) = 208.938$ ,  $p < 0.001$ ).

### **3.2.1. Heterogeneidad**

La comprobación de la heterogeneidad de las 135 estimaciones fue contrastada a partir del estadístico  $Q$  de Cochrane, que mostró un valor de  $Q(134) = 855.46$ ,  $p < 0.0001$ , evidenciando la presencia de heterogeneidad en los estudios. Aplicando el índice  $I^2$  se estimó la magnitud de la misma, que resultó en un valor de 84%, lo que refleja que los estudios son altamente heterogéneos. A título orientativo para el lector, una heterogeneidad baja, media y alta se situarían orientativamente entorno al 25%, 50% y 75%, respectivamente (Botella y Sánchez-Meca, 2015).

| Autor(es) y Año                             | n / N     | Forest plot | Proporción simple<br>[IC 95%] | Peso<br>(%) |
|---|-----------|-------------|-------------------------------|-------------|
| Allen et al. (1996)                         | 44 / 49   |             | 0.90 [0.81 - 0.98]            | 0,3%        |
| Barone & Guiducci (2009)                    | 22 / 25   |             | 0.88 [0.75 - 1.01]            | 0,2%        |
| Barone (2003)                               | 37 / 40   |             | 0.93 [0.84 - 1.01]            | 0,2%        |
| Barone et al. (2011)                        | 121 / 140 |             | 0.86 [0.81 - 0.92]            | 1,2%        |
| Bauriedl-Schmidt et al. (2017) <sup>a</sup> | 21 / 22   |             | 0.95 [0.87 - 1.04]            | 0,1%        |
| Bauriedl-Schmidt et al. (2017) <sup>b</sup> | 26 / 27   |             | 0.96 [0.89 - 1.03]            | 0,1%        |
| Bizzi et al. (2015) <sup>a</sup>            | 16 / 20   |             | 0.80 [0.62 - 0.98]            | 0,2%        |
| Bizzi et al. (2015) <sup>b</sup>            | 16 / 20   |             | 0.80 [0.62 - 0.98]            | 0,2%        |
| Bogaerts et al. (2006)                      | 51 / 84   |             | 0.61 [0.50 - 0.71]            | 1,5%        |
| Broberg et al. (2001)                       | 46 / 84   |             | 0.55 [0.44 - 0.65]            | 1,5%        |
| Brown & Whiteside (2008)                    | 8 / 64    |             | 0.13 [0.04 - 0.21]            | 0,5%        |
| Brown & Wright (2003)                       | 13 / 15   |             | 0.87 [0.69 - 1.04]            | 0,1%        |
| Browne & Shlosberg (2005)                   | 14 / 50   |             | 0.28 [0.16 - 0.40]            | 0,7%        |
| Capps et al. (1994)                         | 9 / 15    |             | 0.60 [0.35 - 0.85]            | 0,3%        |
| Cavaiola et al. (2015)                      | 79 / 122  |             | 0.65 [0.56 - 0.73]            | 2,1%        |
| Chatoor et al. (1998)                       | 13 / 33   |             | 0.39 [0.23 - 0.56]            | 0,6%        |
| Cicerale et al. (2013)                      | 9 / 10    |             | 0.90 [0.71 - 1.09]            | 0,1%        |
| Ciechanowski et al. (2006)                  | 364 / 486 |             | 0.75 [0.71 - 0.79]            | 6,8%        |
| Cole-DeTke & Kobak (1996) <sup>a</sup>      | 9 / 12    |             | 0.75 [0.51 - 0.99]            | 0,2%        |
| Cole-DeTke & Kobak (1996) <sup>b</sup>      | 10 / 14   |             | 0.71 [0.48 - 0.95]            | 0,2%        |
| Coppola et al. (2011)                       | 14 / 22   |             | 0.64 [0.44 - 0.84]            | 0,4%        |
| Couture et al. (2007)                       | 86 / 96   |             | 0.90 [0.83 - 0.96]            | 0,7%        |
| Cunha et al. (2008)                         | 43 / 76   |             | 0.57 [0.45 - 0.68]            | 1,4%        |
| Cyranowski et al. (2002)                    | 127 / 162 |             | 0.78 [0.72 - 0.85]            | 2,0%        |
| Daniel et al. (2016)                        | 47 / 68   |             | 0.69 [0.58 - 0.80]            | 1,1%        |
| De Rick et al. (2009)                       | 63 / 101  |             | 0.62 [0.53 - 0.72]            | 1,8%        |
| Delvecchio et al. (2014)                    | 49 / 51   |             | 0.96 [0.91 - 1.01]            | 0,1%        |
| Diamond et al. (2014)                       | 122 / 129 |             | 0.95 [0.91 - 0.98]            | 0,5%        |
| Dolev et al. (2014)                         | 24 / 39   |             | 0.62 [0.46 - 0.77]            | 0,7%        |
| Doumas et al. (2007)                        | 38 / 46   |             | 0.83 [0.72 - 0.94]            | 0,5%        |
| Eng et al. (2001)                           | 73 / 118  |             | 0.62 [0.53 - 0.71]            | 2,1%        |
| Filippello et al. (2015)                    | 3 / 10    |             | 0.30 [0.02 - 0.58]            | 0,2%        |
| Finzi-Dottan et al. (2003)                  | 42 / 56   |             | 0.75 [0.64 - 0.86]            | 0,8%        |
| Fonagy et al. (1996)                        | 64 / 82   |             | 0.78 [0.69 - 0.87]            | 1,0%        |
| Gajwani et al. (2013)                       | 41 / 51   |             | 0.80 [0.69 - 0.91]            | 0,6%        |
| Galynker et al. (2012)                      | 4 / 9     |             | 0.44 [0.12 - 0.77]            | 0,2%        |
| García & Ibáñez (2007)                      | 9 / 17    |             | 0.53 [0.29 - 0.77]            | 0,3%        |
| Garrido et al. (2015)                       | 20 / 28   |             | 0.71 [0.55 - 0.88]            | 0,4%        |
| Granot et al. (2011)                        | 22 / 45   |             | 0.49 [0.34 - 0.63]            | 0,8%        |
| Green et al. (2007)                         | 39 / 59   |             | 0.66 [0.54 - 0.78]            | 1,0%        |
| Gumley et al. (2014)                        | 42 / 54   |             | 0.78 [0.67 - 0.89]            | 0,7%        |
| Harari et al. (2009)                        | 16 / 31   |             | 0.52 [0.35 - 0.68]            | 0,6%        |
| Harnic et al. (2014)                        | 80 / 90   |             | 0.89 [0.83 - 0.95]            | 0,7%        |
| Hinnen et al. (2012)                        | 51 / 64   |             | 0.80 [0.70 - 0.90]            | 0,8%        |
| Huguelet et al. (2015)                      | 22 / 28   |             | 0.79 [0.63 - 0.94]            | 0,3%        |
| Ivarsson et al. (2010) <sup>a</sup>         | 22 / 25   |             | 0.88 [0.75 - 1.01]            | 0,2%        |
| Ivarsson et al. (2010) <sup>b</sup>         | 22 / 25   |             | 0.88 [0.75 - 1.01]            | 0,2%        |
| Jamieson & Marshall (2000)                  | 25 / 40   |             | 0.63 [0.47 - 0.78]            | 0,7%        |
| Koemans et al. (2015)                       | 66 / 81   |             | 0.81 [0.73 - 0.90]            | 0,9%        |
| Kökçü & Kesebir (2010)                      | 31 / 44   |             | 0.70 [0.57 - 0.84]            | 0,7%        |
| Korver-Nieberg et al. (2015)                | 267 / 420 |             | 0.64 [0.59 - 0.68]            | 7,2%        |
| Kuipers et al. (2016)                       | 34 / 51   |             | 0.67 [0.54 - 0.80]            | 0,8%        |
| Kwon et al. (2017)                          | 18 / 28   |             | 0.64 [0.47 - 0.82]            | 0,5%        |
| Lacasa et al. (2015)                        | 91 / 114  |             | 0.80 [0.72 - 0.87]            | 1,4%        |
| Latzer et al. (2002) <sup>a</sup>           | 18 / 25   |             | 0.72 [0.54 - 0.90]            | 0,4%        |
| Latzer et al. (2002) <sup>b</sup>           | 25 / 33   |             | 0.76 [0.61 - 0.90]            | 0,4%        |
| Lau & Peterson (2011)                       | 18 / 22   |             | 0.82 [0.66 - 0.98]            | 0,2%        |
| Lehoux & Howe (2007)                        | 29 / 34   |             | 0.85 [0.73 - 0.97]            | 0,3%        |
| Lerma et al. (2016)                         | 48 / 103  |             | 0.47 [0.37 - 0.56]            | 1,9%        |
| Levinson & Fonagy (2004)                    | 11 / 16   |             | 0.69 [0.46 - 0.91]            | 0,3%        |
| Levy et al. (2005)                          | 84 / 91   |             | 0.92 [0.87 - 0.98]            | 0,5%        |
| Levy et al. (2006)                          | 57 / 60   |             | 0.95 [0.89 - 1.01]            | 0,2%        |
| Lingiardi et al. (2017)                     | 16 / 32   |             | 0.50 [0.33 - 0.67]            | 0,6%        |
| MacBeth et al. (2011)                       | 25 / 34   |             | 0.74 [0.59 - 0.88]            | 0,5%        |
| Macinnes et al. (2016)                      | 47 / 64   |             | 0.73 [0.63 - 0.84]            | 0,9%        |
| Magai & Cohen (1998)                        | 73 / 168  |             | 0.43 [0.36 - 0.51]            | 3,1%        |
| Marazziti et al. (2007) <sup>a</sup>        | 18 / 22   |             | 0.82 [0.66 - 0.98]            | 0,3%        |
| Marazziti et al. (2007) <sup>b</sup>        | 27 / 31   |             | 0.87 [0.75 - 0.99]            | 0,2%        |
| Marazziti et al. (2007) <sup>c</sup>        | 28 / 31   |             | 0.90 [0.80 - 1.01]            | 0,2%        |
| Marazziti et al. (2007) <sup>d</sup>        | 13 / 15   |             | 0.87 [0.69 - 1.04]            | 0,2%        |
| Marazziti et al. (2007) <sup>e</sup>        | 24 / 27   |             | 0.89 [0.77 - 1.01]            | 0,1%        |
| Marazziti et al. (2015)                     | 39 / 44   |             | 0.89 [0.79 - 0.98]            | 0,3%        |

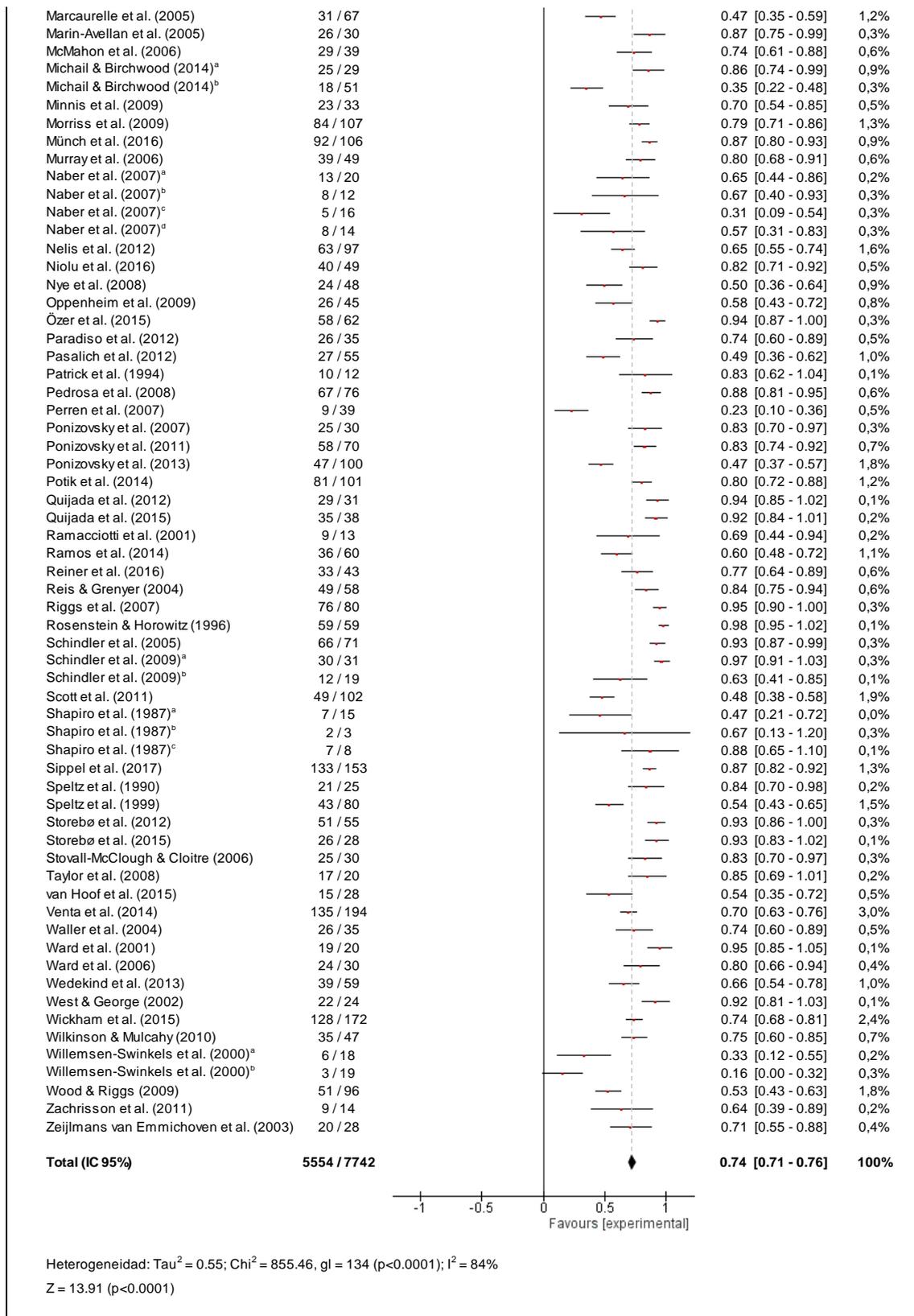


Figura 3. Representación forest plot de las 135 estimaciones de proporción simple de apego inseguro en población con trastornos psicopatológicos.

Tabla 15

*Principales características de la muestra de estudios incluidos en el meta-análisis 1*

| <b>Autor(es) y año<sup>1</sup></b> | <b>Trastorno psicopatológico</b>                    | <b>Edad</b> | <b>% Hombres</b> | <b>País</b>       | <b>Diagnóstico</b> | <b>Instrumento de apego<sup>2</sup></b> | <b>Tipo de instrumento</b> |
|------------------------------------|---|-------------|------------------|-------------------|--------------------|---|----------------------------|
| Allen et al. (1996)                | Trastornos psicopatológicos diversos                | 25.8        | 50%              | EEUU              | Entrevista         | AAI                                     | Entrevista                 |
| Barone & Guiducci (2009)           | Trastorno de la personalidad límite                 | 29.0        | 38%              | Italia            | Entrevista         | AAI                                     | Entrevista                 |
| Barone (2003)                      | Anorexia / Bulimia / Trastorno por atracón          | 24.4        | 3%               | Italia            | Entrevista         | AAI                                     | Entrevista                 |
| Barone et al. (2011)               | Trastorno de la personalidad límite                 | 32.4        | 39%              | Italia            | Entrevista         | AAI                                     | Entrevista                 |
| Bauriedl-Schmidt et al. (2017)a    | Trastorno depresivo mayor                           | 43.1        | NA <sup>3</sup>  | Alemania          | Entrevista         | AAP                                     | Test proyectivo            |
| Bauriedl-Schmidt et al. (2017)b    | Trastorno depresivo persistente                     | 46.7        | NA               | Alemania          | Entrevista         | AAP                                     | Test proyectivo            |
| Bizzi et al. (2015)a               | Tr. negativista desaf. / Tr. explosivo intermitente | 11.4        | 75%              | Italia            | Entrevista         | CAI                                     | Entrevista                 |
| Bizzi et al. (2015)b               | Trastorno de síntomas somáticos                     | 12.0        | 50%              | Italia            | Entrevista         | CAI                                     | Entrevista                 |
| Bogaerts et al. (2006)             | Trastorno de pedofilia                              | 38.0        | 100%             | Holanda / Bélgica | Entrevista         | ASQ                                     | Auto-informe               |
| Broberg et al. (2001)              | Anorexia / Bulimia / Otros tr. alimentarios         | 21.3        | 0%               | Suecia            | Entrevista         | RQ                                      | Auto-informe               |
| Brown & Whiteside (2008)           | Trastornos de ansiedad diversos                     | 13.5        | 69%              | EEUU              | Entrevista         | AAQ                                     | Auto-informe               |
| Brown & Wright (2003)              | Psicopatología neurótica no especificada            | 17.0        | 29%              | Reino Unido       | Entrevista         | ASAI                                    | Test proyectivo            |
| Browne & Shlosberg (2005)          | Trastornos neurocognitivos (Demencia)               | 83.8        | 21%              | Reino Unido       | Entrevista         | AAQ                                     | Auto-informe               |
| Capps et al. (1994)                | Trastorno del espectro del autismo                  | 4.1         | 84%              | EEUU              | Entrevista         | SS                                      | Exposición                 |
| Cavaiola et al. (2015)             | Tr. relacionados con sustancias no especificadas    | 46.4        | 51%              | EEUU              | Entrevista         | AAQ                                     | Auto-informe               |
| Chatoor et al. (1998)              | Anorexia nerviosa                                   | 1.8         | 39%              | EEUU              | Entrevista         | SS                                      | Exposición                 |
| Cicerale et al. (2013)             | Anorexia nerviosa                                   | 22.0        | 0%               | Italia            | Entrevista         | AAI                                     | Entrevista                 |
| Ciechanowski et al. (2006)         | Trastorno depresivo mayor                           | 63.6        | 53%              | EEUU              | Test               | RQ                                      | Auto-informe               |
| Cole-Detke & Kobak (1996)a         | Anorexia / Bulimia                                  | 18.6        | 0%               | EEUU              | Test               | AAI                                     | Entrevista                 |
| Cole-Detke & Kobak (1996)b         | Trastorno depresivo mayor                           | 18.6        | 0%               | EEUU              | Test               | AAI                                     | Entrevista                 |
| Coppola et al. (2011)              | Enuresis  | 9.7         | 63%              | Italia            | Entrevista         | SAT                                     | Test proyectivo            |

<sup>1</sup> Las letras al final del año indican que aquella investigación estudia más de un trastorno psicopatológico, como se puede observar en la siguiente columna.

<sup>2</sup> En el Anexo 2 se puede consultar la leyenda de las siglas de todos los instrumentos que aparecen en este apartado.

<sup>3</sup> NA = No aportado

|                            |  |      |      |             |            |       |                 |
|----------------------------|--|------|------|-------------|------------|-------|-----------------|
| Couture et al. (2007)      | Primer episodio psicótico                        | 23.7 | 66%  | Canadá      | Entrevista | ASQ   | Auto-informe    |
| Cunha et al. (2008)        | Trastorno de ansiedad social                     | 14.6 | 36%  | Portugal    | Entrevista | IPPA  | Auto-informe    |
| Cyranowski et al. (2002)   | Trastorno depresivo mayor                        | 37.6 | 0%   | EEUU        | Entrevista | RQ    | Auto-informe    |
| Daniel et al. (2016)       | Bulimia nerviosa                                 | 25.8 | 1%   | Dinamarca   | Test       | AAI   | Entrevista      |
| De Rick et al. (2009)      | Trastornos relacionados con el alcohol           | 43.9 | NA   | Bélgica     | Entrevista | AAQ   | Auto-informe    |
| Delvecchio et al. (2014)   | Anorexia nerviosa                                | 24.8 | 0%   | Italia      | Entrevista | AAP   | Test proyectivo |
| Diamond et al. (2014)      | Trastorno de la personalidad límite              | 28.9 | 0%   | EEUU        | Entrevista | AAI   | Entrevista      |
| Dolev et al. (2014)        | Trastorno del espectro del autismo               | 4.1  | 100% | Israel      | Entrevista | SS    | Exposición      |
| Doumas et al. (2007)       | Trastornos relacionados con el alcohol           | 38.0 | NA   | EEUU        | Entrevista | RQ    | Auto-informe    |
| Eng et al. (2001)          | Trastorno de ansiedad social                     | 32.7 | 59%  | EEUU        | Entrevista | RAAS  | Auto-informe    |
| Filippello et al. (2015)   | Trastorno del espectro del autismo               | 3.6  | 100% | Italia      | Entrevista | SS    | Exposición      |
| Finzi-Dottan et al. (2003) | Tr. relacionados con sustancias no especificadas | 38.9 | 100% | Israel      | Entrevista | AAS   | Auto-informe    |
| Fonagy et al. (1996)       | Trastornos psicopatológicos diversos             | 29.0 | 18%  | Reino Unido | Entrevista | AAI   | Entrevista      |
| Gajwani et al. (2013)      | Estados de alto riesgo de psicosis               | 19.0 | 65%  | Reino Unido | Entrevista | RAAS  | Auto-informe    |
| Galynker et al. (2012)     | Trastorno depresivo mayor                        | 24.9 | 0%   | EEUU        | Entrevista | AAI   | Entrevista      |
| García & Ibáñez (2007)     | Tr. por déficit de atención con hiperactividad   | 7.0  | 82%  | España      | Entrevista | ASCT  | Test proyectivo |
| Garrido et al. (2015)      | Trastorno depresivo mayor                        | 31.1 | 0%   | Chile       | Entrevista | CAMIR | Auto-informe    |
| Granot et al. (2011)       | Tr. dolor genito-pélvico/penetrac. (Dyspareunia) | 25.5 | 0%   | Israel      | Entrevista | ECR   | Auto-informe    |
| Green et al. (2007)        | Trastorno negativista desafiante / Tr. conducta  | 7.3  | NA   | Reino Unido | Entrevista | MCAST | Test proyectivo |
| Gumley et al. (2014)       | Primer episodio psicótico                        | 24.6 | 68%  | Reino Unido | Entrevista | AAI   | Entrevista      |
| Harari et al. (2009)       | Trastorno de estrés postraumático                | 33.9 | 100% | Holanda     | Entrevista | AAI   | Entrevista      |
| Harnic et al. (2014)       | Trastorno bipolar / Trastorno ciclotímico        | 45.4 | 50%  | Italia      | Entrevista | ECR   | Auto-informe    |
| Hinnen et al. (2012)       | Trastorno depresivo mayor                        | 47.9 | 90%  | Holanda     | Test       | RQ    | Auto-informe    |
| Huguelet et al. (2015)     | Esquizofrenia / Trastorno esquizoafectivo        | 41.6 | 71%  | Suiza       | Entrevista | AAI   | Entrevista      |
| Ivarsson et al. (2010)a    | Trastorno depresivo mayor                        | 16.2 | NA   | Noruega     | Entrevista | AAI   | Entrevista      |
| Ivarsson et al. (2010)b    | Trastorno obsesivo-compulsivo                    | 14.4 | NA   | Noruega     | Entrevista | AAI   | Entrevista      |
| Jamieson & Marshall (2000) | Trastorno de pedofilia                           | 43.3 | 100% | Canadá      | Entrevista | RQ    | Auto-informe    |
| Koemans et al. (2015)      | Tr. por déficit de atención con hiperactividad   | 34.1 | 54%  | Holanda     | Entrevista | RQ    | Auto-informe    |
| Kökçü & Kesebir (2010)     | Trastorno bipolar                                | 40.7 | 36%  | Turquia     | Entrevista | AAS   | Auto-informe    |

|                              |   |      |      |               |            |       |                 |
|------------------------------|---|------|------|---------------|------------|-------|-----------------|
| Korver-Nieberg et al. (2015) | Esquizofrenia / Trastorno esquizoafectivo         | 37.5 | 80%  | UK / Holanda  | Entrevista | RQ    | Auto-informe    |
| Kuipers et al. (2016)        | Trastornos alimentarios no especificados          | 23.6 | 2%   | Holanda       | Entrevista | AAI   | Entrevista      |
| Kwon et al. (2017)           | Trastorno depresivo mayor                         | 38.8 | 36%  | Corea del Sur | Entrevista | ASI   | Entrevista      |
| Lacasa et al. (2015)         | Trastornos neuróticos diversos                    | 15.7 | 43%  | España        | Entrevista | CAMIR | Auto-informe    |
| Latzer et al. (2002)a        | Anorexia nerviosa                                 | 22.3 | 0%   | Israel        | Entrevista | AAS   | Auto-informe    |
| Latzer et al. (2002)b        | Bulimia nerviosa                                  | 21.9 | 0%   | Israel        | Entrevista | AAS   | Auto-informe    |
| Lau & Peterson (2011)        | Trastorno del espectro del autismo (Asperger)     | 50.0 | 32%  | Australia     | Entrevista | AAS   | Auto-informe    |
| Lehoux & Howe (2007)         | Bulimia nerviosa                                  | 25.1 | 0%   | Canadá        | Entrevista | RQ    | Auto-informe    |
| Lerma et al. (2016)          | Trastorno de la personalidad límite               | 31.2 | 97%  | México        | Entrevista | ASQ   | Auto-informe    |
| Levinson & Fonagy (2004)     | Trastornos de personalidad diversos               | 30.3 | 100% | Reino Unido   | Entrevista | AAI   | Entrevista      |
| Levy et al. (2005)           | Trastorno de la personalidad límite               | NA   | 7%   | EEUU          | Entrevista | AAI   | Entrevista      |
| Levy et al. (2006)           | Trastorno de la personalidad límite               | 35.2 | NA   | EEUU          | Test       | RQ    | Auto-informe    |
| Lingiardi et al. (2017)      | Disforia de género                                | 29.0 | 64%  | Italia        | Entrevista | AAI   | Entrevista      |
| MacBeth et al. (2011)        | Primer episodio psicótico                         | 23.3 | 59%  | Reino Unido   | Entrevista | AAI   | Entrevista      |
| Macinnes et al. (2016)       | Esquizofr. (92%)/Tr. personalidad antisocial (8%) | 42.3 | 97%  | Reino Unido   | Entrevista | RSQ   | Auto-informe    |
| Magai & Cohen (1998)         | Trastornos neurocognitivos (Demencia)             | 76.2 | 20%  | EEUU          | Entrevista | ASQ   | Auto-informe    |
| Marazziti et al. (2007)a     | Trastorno depresivo mayor                         | 36.8 | 45%  | Italia        | Entrevista | ECR   | Auto-informe    |
| Marazziti et al. (2007)b     | Trastorno bipolar                                 | 36.8 | 48%  | Italia        | Entrevista | ECR   | Auto-informe    |
| Marazziti et al. (2007)c     | Trastorno bipolar                                 | 36.8 | 48%  | Italia        | Entrevista | ECR   | Auto-informe    |
| Marazziti et al. (2007)d     | Trastorno obsesivo-compulsivo                     | 36.8 | 50%  | Italia        | Entrevista | ECR   | Auto-informe    |
| Marazziti et al. (2007)e     | Trastorno de pánico                               | 36.8 | 48%  | Italia        | Entrevista | ECR   | Auto-informe    |
| Marazziti et al. (2015)      | Trastorno obsesivo-compulsivo                     | 29.2 | 52%  | Italia        | Entrevista | ECR   | Auto-informe    |
| Marcaurelle et al. (2005)    | Trastorno de pánico                               | 39.8 | 34%  | Canadá        | Entrevista | RQ    | Auto-informe    |
| Marin-Avellan et al. (2005)  | Trastornos de personalidad diversos               | 30.3 | 73%  | Reino Unido   | Entrevista | AAI   | Entrevista      |
| McMahon et al. (2006)        | Trastorno depresivo mayor                         | 31.4 | 0%   | Australia     | Entrevista | AAI   | Entrevista      |
| Michail & Birchwood (2014)a  | Trastorno de ansiedad social                      | 27.6 | 36%  | Reino Unido   | Entrevista | RAAS  | Auto-informe    |
| Michail & Birchwood (2014)b  | Primer episodio psicótico                         | 24.0 | 77%  | Reino Unido   | Entrevista | RAAS  | Auto-informe    |
| Minnis et al. (2009)         | Trastorno de apego reactivo                       | 6.6  | 66%  | Reino Unido   | Entrevista | MCAST | Test proyectivo |
| Morriss et al. (2009)        | Trastorno bipolar                                 | 45.0 | 36%  | Reino Unido   | Entrevista | RQ    | Auto-informe    |

|                              |   |      |      |             |            |       |                 |
|------------------------------|---|------|------|-------------|------------|-------|-----------------|
| Münch et al. (2016)          | Anorexia / Bulimia / Otros trastornos           | 24.7 | 0%   | Alemania    | Test       | AAS   | Auto-informe    |
| Murray et al. (2006)         | Trastorno depresivo mayor (Postparto)           | NA   | 0%   | Reino Unido | Entrevista | AAI   | Entrevista      |
| Naber et al. (2007)a         | Trastorno del espectro del autismo              | 2.5  | 75%  | Holanda     | Entrevista | SS    | Exposición      |
| Naber et al. (2007)b         | Discapacidades intelectuales                    | 2.0  | 67%  | Holanda     | Entrevista | SS    | Exposición      |
| Naber et al. (2007)c         | Tr. comunicación (Desarrollo del lenguaje)      | 2.1  | 94%  | Holanda     | Entrevista | SS    | Exposición      |
| Naber et al. (2007)d         | Trastorno del espectro del autismo              | 2.4  | 86%  | Holanda     | Entrevista | SS    | Exposición      |
| Nelis et al. (2012)          | Trastornos neurocognitivos (Demencia)           | 78.0 | 53%  | Reino Unido | Entrevista | RQ    | Auto-informe    |
| Niolu et al. (2016)          | Trastorno depresivo mayor                       | 60.0 | 0%   | Italia      | Entrevista | RQ    | Auto-informe    |
| Nye et al. (2008)            | Trastorno de estrés postraumático               | 57.7 | 100% | EEUU        | Entrevista | AAI   | Entrevista      |
| Oppenheim et al. (2009)      | Trastorno del espectro del autismo              | 4.1  | 100% | Israel      | Entrevista | SS    | Exposición      |
| Özer et al. (2015)           | Trastorno depresivo mayor                       | 34.7 | 11%  | Turquia     | Entrevista | ECR   | Auto-informe    |
| Paradiso et al. (2012)       | Trastorno depresivo mayor                       | 58.5 | 14%  | EEUU        | Entrevista | ECR   | Auto-informe    |
| Pasalich et al. (2012)       | Trastorno negativista desafiante / Tr. conducta | 6.3  | 100% | Australia   | Entrevista | MCAST | Test proyectivo |
| Patrick et al. (1994)        | Trastorno depresivo persistente                 | 32.3 | 0%   | Reino Unido | Entrevista | AAI   | Entrevista      |
| Pedrosa et al. (2008)        | Trastorno de síntomas somáticos                 | 42.4 | 29%  | Alemania    | Entrevista | BFKE  | Auto-informe    |
| Perren et al. (2007)         | Trastornos neurocognitivos (Demencia)           | 74.8 | 62%  | Suiza       | Entrevista | AAQ   | Auto-informe    |
| Ponizovsky et al. (2007)     | Esquizofrenia                                   | 38.4 | 100% | Israel      | Entrevista | AAS   | Auto-informe    |
| Ponizovsky et al. (2011)     | Trastornos de adaptación                        | 37.4 | 41%  | Israel      | Entrevista | RQ    | Auto-informe    |
| Ponizovsky et al. (2013)     | Esquizofrenia                                   | 40.3 | 70%  | Israel      | Entrevista | RQ    | Auto-informe    |
| Potik et al. (2014)          | Trastornos relacionados con los opiáceos        | 38.5 | 69%  | Israel      | Entrevista | VASQ  | Auto-informe    |
| Quijada et al. (2012)        | Estados de alto riesgo de psicosis              | 15.7 | 74%  | España      | Entrevista | RQ    | Auto-informe    |
| Quijada et al. (2015)        | Estados de alto riesgo de psicosis              | 16.7 | 76%  | España      | Entrevista | RQ    | Auto-informe    |
| Ramacciotti et al. (2001)    | Anorexia nerviosa                               | 23.1 | 46%  | Italia      | Entrevista | AAI   | Entrevista      |
| Ramos et al. (2014)          | Trastorno de la personalidad límite             | 15.9 | 27%  | Portugal    | Entrevista | IACA  | Auto-informe    |
| Reiner et al. (2016)         | Trastorno depresivo mayor                       | 30.1 | 0%   | Alemania    | Entrevista | AAI   | Entrevista      |
| Reis & Grenyer (2004)        | Trastorno depresivo mayor                       | 46.0 | 41%  | Australia   | Entrevista | RQ    | Auto-informe    |
| Riggs et al. (2007)          | Trastornos relacionados con traumas             | 36.6 | 8%   | EEUU        | Entrevista | ECR   | Auto-informe    |
| Rosenstein & Horowitz (1996) | Trastornos psicopatológicos diversos            | 16.4 | 53%  | EEUU        | Entrevista | AAI   | Entrevista      |
| Schindler et al. (2005)      | Trastornos relacionados con los opiáceos        | 19.2 | 61%  | Alemania    | Entrevista | FAI   | Entrevista      |

|  |   |      |      |             |            |      |                 |
|--|---|------|------|-------------|------------|------|-----------------|
| Schindler et al. (2009)a               | Trastornos relacionados con los alucinógenos        | 23.2 | 65%  | Alemania    | Entrevista | FAI  | Entrevista      |
| Schindler et al. (2009)b               | Trastornos relacionados con el cannabis             | 21.3 | 65%  | Alemania    | Entrevista | FAI  | Entrevista      |
| Scott et al. (2011)                    | Trastorno negativista desafiante                    | 13.2 | 76%  | UK / EEUU   | Test       | CAI  | Entrevista      |
| Shapiro et al. (1987)a                 | Trastorno del espectro del autismo                  | 3.3  | NA   | EEUU        | Entrevista | SS   | Exposición      |
| Shapiro et al. (1987)b                 | Discapacidades intelectuales                        | 4.2  | NA   | EEUU        | Entrevista | SS   | Exposición      |
| Shapiro et al. (1987)c                 | Tr. comunicación (Desarrollo del lenguaje)          | 3.3  | NA   | EEUU        | Entrevista | SS   | Exposición      |
| Sippel et al. (2017)                   | Trastorno de estrés postraumático                   | 51.5 | 79%  | EEUU        | Test       | ASQ  | Auto-informe    |
| Speltz et al. (1990)                   | Trastorno negativista desafiante                    | 4.6  | 72%  | EEUU        | Entrevista | SS   | Exposición      |
| Speltz et al. (1999)                   | Trastorno negativista desafiante                    | 4.8  | 100% | EEUU        | Entrevista | PAAS | Exposición      |
| Storebø et al. (2012)                  | Trastorno por déficit de atención con               | 10.4 | 71%  | Dinamarca   | Entrevista | CAI  | Entrevista      |
| Storebø et al. (2015)                  | Trastorno por déficit de atención con               | 10.4 | 70%  | Dinamarca   | Entrevista | CAI  | Entrevista      |
| Stovall-McClough & Cloitre (2006)      | Trastorno de estrés postraumático                   | 36.1 | 0%   | EEUU        | Entrevista | AAI  | Entrevista      |
| Taylor et al. (2008)                   | Trastorno del espectro del autismo                  | 34.0 | 60%  | Reino Unido | Entrevista | AAI  | Entrevista      |
| Van Hoof et al. (2015)                 | Trastorno depresivo mayor                           | 16.0 | 14%  | Holanda     | Entrevista | AAI  | Entrevista      |
| Venta et al. (2014)                    | Trastornos psicopatológicos diversos                | 16.0 | 41%  | EEUU        | Entrevista | CAI  | Entrevista      |
| Waller et al. (2004)                   | Trastorno de síntomas somáticos                     | 43.1 | 46%  | Alemania    | Entrevista | AAI  | Entrevista      |
| Ward et al. (2001)                     | Anorexia nerviosa                                   | 22.0 | 0%   | Reino Unido | Entrevista | AAI  | Entrevista      |
| Ward et al. (2006)                     | Trastornos psicopatológicos diversos                | 29.2 | 0%   | EEUU        | Entrevista | AAI  | Entrevista      |
| Wedekind et al. (2013)                 | Trastornos relacionados con el alcohol              | 46.1 | 73%  | Alemania    | Entrevista | RSQ  | Auto-informe    |
| West & George (2002)                   | Trastorno depresivo persistente                     | 45.1 | 0%   | Canadá      | Entrevista | AAP  | Test proyectivo |
| Wickham et al. (2015)                  | Esquizofrenia / Tr. esquizoafectivo / Tr. psicótico | 37.9 | 70%  | Reino Unido | Entrevista | RQ   | Auto-informe    |
| Wilkinson & Mulcahy (2010)             | Trastorno depresivo mayor (Postparto)               | 32.4 | 0%   | Australia   | Test       | RQ   | Auto-informe    |
| Willemsen-Swinkels et al. (2000)a      | Tr. la comunicación (Desarrollo del lenguaje)       | 5.3  | 74%  | Holanda     | Entrevista | SS   | Exposición      |
| Willemsen-Swinkels et al. (2000)b      | Trastorno del espectro del autismo                  | 5.8  | 74%  | Holanda     | Entrevista | SS   | Exposición      |
| Wood & Riggs (2009)                    | Trastorno de pedofilia                              | 42.5 | 100% | EEUU        | Entrevista | ECR  | Auto-informe    |
| Zachrisson et al. (2011)               | Anorexia nerviosa                                   | 22.9 | 0%   | Noruega     | Entrevista | AAI  | Entrevista      |
| Zeijlmans van Emmichoven et al. (2003) | Trastornos de ansiedad diversos                     | 34.0 | 46%  | Holanda     | Entrevista | AAI  | Entrevista      |

Dada la heterogeneidad exhibida, se pasó a examinar la posible influencia moderadora de las características de los estudios sobre la variabilidad de los tamaños del efecto, tanto con moderadores cualitativos como cuantitativos.

### **3.2.1.1. Moderadores cualitativos**

De las múltiples variables codificadas inicialmente, se aplicó un análisis de varianza a las que contenían suficientes estudios para no comprometer la validez de los resultados, en este caso seis: sexo de la muestra, instrumento de apego utilizado, tipo de instrumento de apego, el tipo trastorno de la muestra de estudio, continente de realización del estudio, y modo de realización del diagnóstico psicopatológico.

La variable “Sexo” obtuvo un valor  $Q_B(1) = 17.73$ ,  $p < 0.001$ , demostrando significación estadística y, en consecuencia, que dicha característica explica, en parte, la variabilidad de los tamaños del efecto. En la Tabla 16 pueden consultarse los resultados completos de los análisis de las variables moderadoras cualitativas, donde puede observarse en este caso como el tamaño del efecto es superior en mujeres. Por su parte, en la Tabla 17 se muestran los resultados correspondientes a las comparaciones *a posteriori* de dichas variables.

Respecto a la característica “Instrumento de apego”, el estadístico alcanzó de nuevo la significación estadística:  $Q_B(3) = 27.28$ ,  $p < 0.001$ , y las comparaciones *a posteriori* de las cuatro categorías que contiene la variable mostraron una diferencia significativa entre el instrumento de la “Situación del extraño” y el resto, con un tamaño del efecto inferior para este instrumento. Esto implica que este procedimiento de evaluación del apego explicaría parte de la variabilidad de los resultados.

Tabla 16

Resultados de los análisis realizados a las variables moderadoras cualitativas del meta-análisis 1

| Variable                     | Categorías                 | N   | Proporción simple [IC 95%] | Prueba $Q_B$                 |
|------------------------------|----------------------------|-----|----------------------------|------------------------------|
| Sexo                         | Hombre                     | 13  | TE=0.590 [0.508 - 0.667]   | $Q_B(1) = 17.73$<br>p<0.001* |
|                              | Mujer                      | 25  | TE=0.782 [0.733 - 0.824]   |                              |
| Instrumento de apego         | AAI                        | 37  | TE=0.783 [0.736 - 0.824]   | $Q_B(3) = 27.28$<br>p<0.001* |
|                              | ECR                        | 12  | TE=0.830 [0.757 - 0.884]   |                              |
|                              | RQ                         | 21  | TE=0.758 [0.698 - 0.809]   |                              |
|                              | SS                         | 15  | TE=0.526 [0.419 - 0.630]   |                              |
| Tipo de instrumento de apego | Entrevista                 | 47  | TE=0.787 [0.742 - 0.826]   | $Q_B(3) = 22.10$<br>p<0.001* |
|                              | Auto-informe               | 61  | TE=0.733 [0.692 - 0.770]   |                              |
|                              | Test proyectivo            | 11  | TE=0.778 [0.670 - 0.858]   |                              |
|                              | Exposición                 | 16  | TE=0.527 [0.418 - 0.634]   |                              |
| Tipo de trastorno            | Del desarrollo neurológico | 19  | TE=0.634 [0.543 - 0.717]   | $Q_B(3) = 9.22$<br>p=0.027*  |
|                              | Psicóticos                 | 12  | TE=0.748 [0.662 - 0.818]   |                              |
|                              | Depresivos                 | 22  | TE=0.788 [0.728 - 0.838]   |                              |
|                              | Alimentarios               | 15  | TE=0.754 [0.670 - 0.821]   |                              |
| Continente                   | Europa                     | 79  | TE=0.749 [0.710 - 0.784]   | $Q_B(2) = 0.65$<br>p=0.721   |
|                              | América                    | 37  | TE=0.730 [0.671 - 0.781]   |                              |
|                              | Asia                       | 13  | TE=0.715 [0.615 - 0.798]   |                              |
| Forma de diagnóstico         | Entrevista                 | 125 | TE=0.734 [0.703 - 0.762]   | $Q_B(1) = 0.75$<br>p=0.387   |
|                              | Cuestionario               | 10  | TE=0.777 [0.677 - 0.853]   |                              |

(\*) Resultado estadísticamente significativo.

Muy relacionado con la variable moderadora anterior, el tipo de instrumento de apego utilizado en el estudio también resultó estadísticamente significativo ( $Q_B(3) = 22.10$ , p<0.001), evidenciando en las comparaciones *a posteriori* como la categoría “Exposición” mostraba un tamaño del efecto significativamente menor que los tipos “Entrevista” y “Test proyectivo”.

En relación al tipo de trastorno, este obtuvo también un valor estadísticamente significativo ( $Q_B(3) = 9.22$ , p=0.027), demostrando en la posterior comparación entre categorías como la categoría “Trastornos del desarrollo neurológico” presentaba un valor

significativamente más bajo que los trastornos psicóticos, depresivos y alimentarios. Esto implicó, una vez más, aceptar que dichas categorías explicarían, en parte, la variabilidad de los tamaños del efecto.

Por último, las moderadoras “Continente de realización del estudio” y “Forma de realización del diagnóstico psicopatológico” no resultaron ser estadísticamente significativas para explicar la variabilidad de los resultados.

Tabla 17

*Resultados de las comparaciones post-hoc aplicadas a los moderadores cualitativos del meta-análisis 1*

| <b>Variable</b>              | <b>Categorías comparadas</b>        | <b>Contraste</b> | <b>p</b>  |
|------------------------------|-------------------------------------|------------------|-----------|
| Instrumento de apego         | AAI - ECR                           | $X^2 = 0.935$    | p=0.334   |
|                              | AAI - RQ                            | $X^2 = 0.885$    | p=0.347   |
|                              | AAI - SS                            | $X^2 = 16.239$   | p<0.001*  |
|                              | ECR - RQ                            | $X^2 = 2.659$    | p=0.103   |
|                              | ECR - SS                            | $X^2 = 192.634$  | p<0.001*  |
|                              | RQ - SS                             | $X^2 = 17.147$   | p<0.001*  |
| Tipo de instrumento de apego | Entrevista - Auto-informe           | $X^2 = 3.541$    | p=0.060   |
|                              | Entrevista - Test proyectivo        | $X^2 = 0.021$    | p=0.885   |
|                              | Entrevista - Exposición             | $X^2 = 14.755$   | p<0.001*  |
|                              | Auto-informe - Test proyectivo      | $X^2 = 0.336$    | p=0.562   |
|                              | Auto-informe - Exposición           | $X^2 = 6.594$    | p=0.010   |
|                              | Test proyectivo - Exposición        | $X^2 = 24.540$   | p<0.001*  |
| Tipo de trastorno            | Del des. neurológico - Psicóticos   | $X^2 = 15.576$   | p<0.0001* |
|                              | Del des. neurológico - Depresivos   | $X^2 = 22.956$   | p<0.0001* |
|                              | Del des. neurológico - Alimentarios | $X^2 = 21.136$   | p<0.0001* |
|                              | Psicóticos – Depresivos             | $X^2 = 1.159$    | p=0.2817  |
|                              | Psicóticos – Alimentarios           | $X^2 = 0.273$    | p=0.6013  |
|                              | Depresivos – Alimentarios           | $X^2 = 0.942$    | p=0.3318  |

(\*) Resultado estadísticamente significativo (nivel de significación ajustado  $\alpha/L=0,0083$ ).

### 3.2.1.2. Moderadores cuantitativos

Se aplicó un modelo estadístico de meta-regresión de efectos mixtos a once características: año del estudio, calidad metodológica del estudio, edad de la muestra, porcentaje de hombres en la muestra, estado civil (soltero, casado o en pareja, separado, divorciado o viudo), años de educación, y situación personal (estudiante, empleado, desempleado). Se obtuvieron tres resultados estadísticamente significativos: el porcentaje de personas separadas, divorciadas o viudas ( $Q_R(1) = 8.36$ ,  $p=0.004$ ), donde se evidenció una proporción menor de apego inseguro; el porcentaje de personas en situación de desempleo ( $Q_R(1) = 8.28$ ,  $p=0.004$ ), con tasas más bajas de apego inseguro; y el porcentaje de hombres de la muestra ( $Q_R(1) = 12.60$ ,  $p<0.001$ ), en el que se observó inferior proporción de hombres con apego inseguro y trastornos psicopatológicos. Los tres casos muestran que dichas característica explican, en parte, la variabilidad de los tamaños del efecto (ver Tabla 18).

Tabla 18

*Resultados de los análisis realizados a las variables moderadoras cuantitativas del meta-análisis 1*

| Variable                          | N   | Coefficiente de regresión | Prueba $Q_R$                 |
|-----------------------------------|-----|---------------------------|------------------------------|
| Año del estudio                   | 135 | $b_I = 0.0137$            | $Q_R(1) = 1.34$ $p=0.247$    |
| Calidad del estudio               | 135 | $b_I = 0.0160$            | $Q_R(1) = 0.05$ $p=0.819$    |
| Edad de la muestra                | 133 | $b_I = 0.0030$            | $Q_R(1) = 0.48$ $p=0.487$    |
| % Hombres en el estudio           | 124 | $b_I = -0.0084$           | $Q_R(1) = 14.39$ $p<0.001^*$ |
| % Solteros                        | 31  | $b_I = 0.0058$            | $Q_R(1) = 0.70$ $p=0.404$    |
| % Casados o pareja                | 42  | $b_I = -0.0013$           | $Q_R(1) = 0.07$ $p=0.799$    |
| % Separados, divorciados o viudos | 25  | $b_I = -0.0286$           | $Q_R(1) = 8.21$ $p=0.004^*$  |
| Media años de educación           | 16  | $b_I = 0.0648$            | $Q_R(1) = 0.49$ $p=0.486$    |
| % Estudiantes                     | 14  | $b_I = 0.0108$            | $Q_R(1) = 0.82$ $p=0.366$    |
| % Empleados                       | 27  | $b_I = -0.0007$           | $Q_R(1) = 0.01$ $p=0.924$    |
| % Desempleados                    | 19  | $b_I = -0.0358$           | $Q_R(1) = 14.80$ $p<0.001^*$ |

(\*) Resultado estadísticamente significativo.

### 3.2.2. Sesgo de publicación

Para evaluar el posible sesgo de publicación en los estudios, se procedió a calcular el número de seguridad (*fail-safe number*). Este número representaría la cifra de estudios con resultados no significativos que deberían de haberse quedado sin publicar para que, junto a los estudios incluidos en la revisión, el efecto dejara de ser significativo (Botella y Sánchez-Meca, 2010). Para obtener el número de seguridad existen tres enfoques posibles, y puesto que no existe un consenso claro acerca de su mejor validez, se procedió al cálculo a través de las tres fórmulas posibles, obteniéndose para el enfoque de Rosenthal un número de seguridad de 46553, para el de Orwin de 2950, y para el de Rosenberg de 30111.

Del contraste de estas cifras con el umbral de referencia establecido por Rosenthal, en este caso 685 ( $5 \cdot k + 10$ ), se pudo establecer que el efecto resultante del meta-análisis era robusto, dado que en ninguno de los tres cálculos se obtuvo un valor inferior a este valor de referencia. En el mejor de los tres casos, se deberían de haber dejado de publicar 2950 estudios para que el resultado del meta-análisis dejara de ser significativo, cifra muy superior a los 685 que, como decíamos, considera posibles el umbral de Rosenthal.

Dado que para poder afirmar con mayor seguridad la existencia real de sesgo de publicación existen herramientas gráficas y estadísticas, se llevaron a cabo ambos procedimientos de evaluación. En primer lugar, se confeccionó un *funnel plot* de las estimaciones para poder comprobar su simetría, dónde visualmente se apreció la presencia de asimetría (ver Figura 4).

En segundo lugar, dada la apreciación de asimetría, se procedió a calcular el coeficiente correlación ordinal de Begg (*Kendall's tau* = 0.2067,  $p=0.0004$ ) y el análisis de regresión lineal de Egger ( $Z = 5.9415$ ,  $p<0.0001$ ), procedimientos que ofrecen mediciones más objetivas de la presencia de asimetría. Por ambas vías se obtuvo un resultado significativo, lo que indicó la existencia de asimetría, y por tanto, de sesgo de publicación.

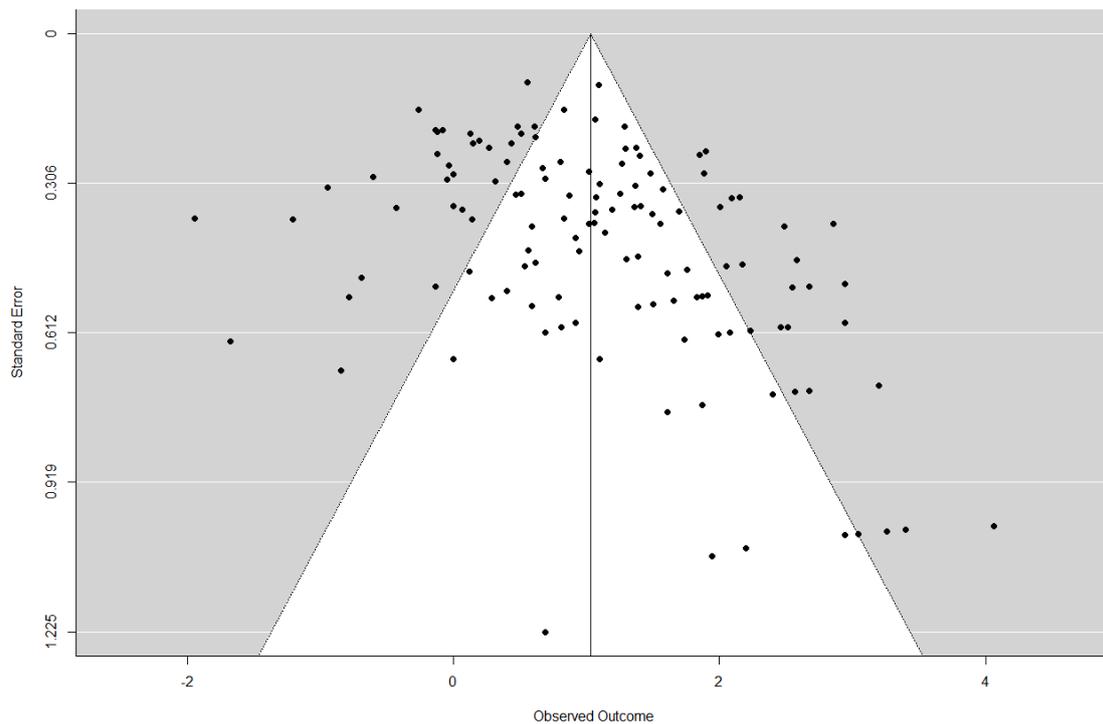


Figura 4. Representación *funnel plot* de las 135 estimaciones del meta-análisis 1

A partir de esta confirmación, se procedió a una corrección del sesgo de publicación a través del método *Trim-and-Fill* de Duval y Tweedie (2000) –citado en Botella y Sánchez-Meca, (2010)–, que consiste en recortar (“*trim*”) los valores más extremos de la distribución de valores para corregir la asimetría (ver Figura 4), y rellenar (“*fill*”) los valores recortados con valores semejantes pero de signo contrario, restableciendo así la reducción de la varianza producida por la eliminación previa de valores. En la Figura 5 puede observarse el *funnel plot* resultante de la aplicación del método, donde se pueden apreciar los valores (en blanco) que el método sitúa, a modo de compensación, de los valores extremos eliminados en un primer momento para resolver, como decíamos, la asimetría.

Con la aplicación de este método se obtuvo como nuevo tamaño del efecto del meta-análisis un valor de  $TE=0.673$  (IC 95% = 0.640 – 0.705,  $p<0.001$ ), resultado sensiblemente

inferior al tamaño del efecto obtenido originalmente:  $TE=0.737$  (IC 95% = 0.708 – 0.764,  $p<0.001$ ).

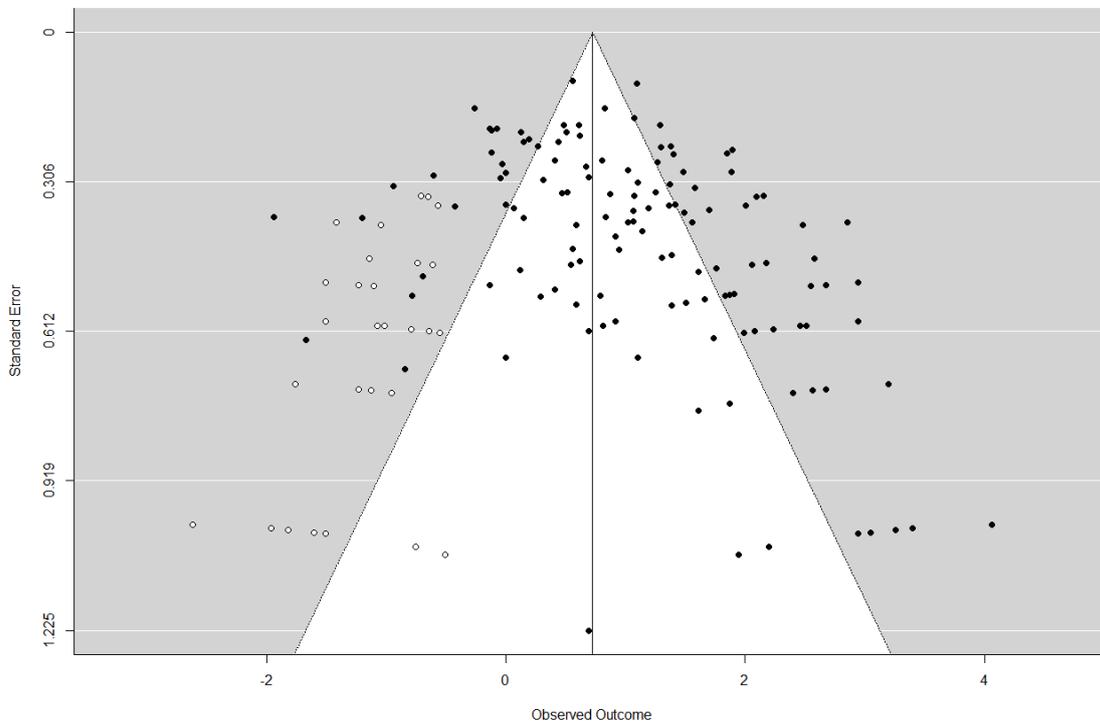


Figura 5. Representación *funnel plot* tras la corrección *Trim-and-Fill* aplicada al meta-análisis 1

### **3.3. Meta-análisis 2: Apego inseguro en personas con trastornos psicopatológicos: comparación con la población general**

El objetivo del segundo meta-análisis fue estimar la mayor o menor probabilidad de tener apego inseguro entre las personas aquejadas de trastornos psicopatológicos. En este caso, de los 129 estudios incluidos en conjunto, 64 aportaron la información necesaria para poder obtener índices de tamaño del efecto de razón de ventajas. Nueve de los trabajos estudiaron distintos trastornos psicopatológicos y aportaron información de más de una muestra, lográndose así un total de 79 estimaciones de tamaño del efecto. En la Tabla 19 pueden consultarse las principales características de esta segunda muestra.

Tabla 19

*Principales características de la muestra de estudios incluidos en el meta-análisis 2*

| <b>Autor(es) y año</b>          | <b>Trastorno psicopatológico</b>                     | <b>Edad</b> | <b>% Hombre</b> | <b>País</b> | <b>Diagnóstico</b> | <b>Instrumento de apego<sup>1</sup></b> | <b>Tipo de instrumento</b> |
|---------------------------------|--|-------------|-----------------|-------------|--------------------|---|----------------------------|
| Allen et al. (1996)             | Trastornos psicopatológicos diversos                 | 25.8        | 50%             | EEUU        | Entrevista         | AAI                                     | Entrevista                 |
| Barone & Guiducci (2009)        | Anorexia / Bulimia / Trastorno por atracón           | 24.4        | 3%              | Italia      | Entrevista         | AAI                                     | Entrevista                 |
| Barone (2003)                   | Trastorno de la personalidad límite                  | 29.0        | 38%             | Italia      | Entrevista         | AAI                                     | Entrevista                 |
| Bauriedl-Schmidt et al. (2017)a | Trastorno depresivo mayor                            | 43.1        | NA              | Alemania    | Entrevista         | AAP                                     | Test proyectivo            |
| Bauriedl-Schmidt et al. (2017)b | Trastorno depresivo persistente                      | 46.7        | NA              | Alemania    | Entrevista         | AAP                                     | Test proyectivo            |
| Broberg et al. (2001)           | Anorexia / Bulimia / Otros trastornos alimentarios   | 21.3        | 0%              | Suecia      | Entrevista         | RQ                                      | Auto-informe               |
| Brown & Wright (2003)           | Psicopatología neurótica no especificada             | 17.0        | 29%             | Reino Unido | Entrevista         | ASAI                                    | Test proyectivo            |
| Chatoor et al. (1998)           | Anorexia nerviosa                                    | 1.8         | 39%             | EEUU        | Entrevista         | SS                                      | Exposición                 |
| Cicerale et al. (2013)          | Anorexia nerviosa                                    | 22.0        | 0%              | Italia      | Entrevista         | AAI                                     | Entrevista                 |
| Ciechanowski et al. (2006)      | Trastorno depresivo mayor                            | 63.6        | 53%             | EEUU        | Test               | RQ                                      | Auto-informe               |
| Cole-Detke & Kobak (1996)a      | Anorexia / Bulimia                                   | 18.6        | 0%              | EEUU        | Test               | AAI                                     | Entrevista                 |
| Cole-Detke & Kobak (1996)b      | Trastorno depresivo mayor                            | 18.6        | 0%              | EEUU        | Test               | AAI                                     | Entrevista                 |
| Coppola et al. (2011)           | Enuresis   | 9.7         | 63%             | Italia      | Entrevista         | SAT                                     | Test proyectivo            |
| Cunha et al. (2008)             | Trastorno de ansiedad social                         | 14.6        | 36%             | Portugal    | Entrevista         | IPPA                                    | Auto-informe               |
| Filippello et al. (2015)        | Trastorno del espectro del autismo                   | 3.6         | 100%            | Italia      | Entrevista         | SS                                      | Exposición                 |
| Fonagy et al. (1996)            | Trastornos psicopatológicos diversos                 | 29.0        | 18%             | Reino Unido | Entrevista         | AAI                                     | Entrevista                 |
| Galynker et al. (2012)          | Trastorno depresivo mayor                            | 24.9        | 0%              | EEUU        | Entrevista         | AAI                                     | Entrevista                 |
| García & Ibáñez (2007)          | Trastorno por déficit de atención con hiperactividad | 7.0         | 82%             | España      | Entrevista         | ASCT                                    | Test proyectivo            |
| Garrido et al. (2015)           | Trastorno depresivo mayor                            | 31.1        | 0%              | Chile       | Entrevista         | CAMIR                                   | Auto-informe               |
| Granot et al. (2011)            | Tr. de dolor genito-pélvico/penetrac. (Dyspareunia)  | 25.5        | 0%              | Israel      | Entrevista         | ECR                                     | Auto-informe               |
| Harari et al. (2009)            | Trastorno de estrés postraumático                    | 33.9        | 100%            | Holanda     | Entrevista         | AAI                                     | Entrevista                 |
| Hamic et al. (2014)             | Trastorno bipolar / Trastorno ciclotímico            | 45.4        | 50%             | Italia      | Entrevista         | ECR                                     | Auto-informe               |
| Hinnen et al. (2012)            | Trastorno depresivo mayor                            | 47.9        | 90%             | Holanda     | Test               | RQ                                      | Auto-informe               |

<sup>1</sup> En el Anexo 2 se pueden consultar la leyenda de las siglas de todos los instrumentos que aparecen en este apartado.

|                             |  |      |      |               |            |       |                 |
|-----------------------------|--|------|------|---------------|------------|-------|-----------------|
| Huguelet et al. (2015)      | Esquizofrenia / Trastorno esquizoafectivo          | 41.6 | 71%  | Suiza         | Entrevista | AAI   | Entrevista      |
| Ivarsson et al. (2010)a     | Trastorno depresivo mayor                          | 16.2 | NA   | Noruega       | Entrevista | AAI   | Entrevista      |
| Ivarsson et al. (2010)b     | Trastorno obsesivo-compulsivo                      | 14.4 | NA   | Noruega       | Entrevista | AAI   | Entrevista      |
| Jamieson & Marshall (2000)  | Trastorno de pedofilia                             | 43.3 | 100% | Canadá        | Entrevista | RQ    | Auto-informe    |
| Jobst et al. (2016)         | Trastorno de la personalidad límite                | 30.0 | 0%   | Alemania      | Entrevista | AAP   | Test proyectivo |
| Kökçü & Kesebir (2010)      | Trastorno bipolar                                  | 40.7 | 36%  | Turquia       | Entrevista | AAS   | Auto-informe    |
| Kuipers et al. (2016)       | Trastornos alimentarios no especificados           | 23.6 | 2%   | Holanda       | Entrevista | AAI   | Entrevista      |
| Kwon et al. (2017)          | Trastorno depresivo mayor                          | 38.8 | 36%  | Corea del Sur | Entrevista | ASI   | Entrevista      |
| Lacasa et al. (2015)        | Tr neuróticos diversos                             | 15.7 | 43%  | España        | Entrevista | CAMIR | Auto-informe    |
| Latzer et al. (2002)a       | Anorexia nerviosa                                  | 22.3 | 0%   | Israel        | Entrevista | AAS   | Auto-informe    |
| Latzer et al. (2002)b       | Bulimia nerviosa                                   | 21.9 | 0%   | Israel        | Entrevista | AAS   | Auto-informe    |
| Lau & Peterson (2011)       | Trastorno del espectro del autismo (Asperger)      | 50.0 | 32%  | Australia     | Entrevista | AAS   | Auto-informe    |
| Lehoux & Howe (2007)        | Bulimia nerviosa                                   | 25.1 | 0%   | Canadá        | Entrevista | RQ    | Auto-informe    |
| Levinson & Fonagy (2004)    | Trastornos de personalidad diversos                | 30.3 | 100% | Reino Unido   | Entrevista | AAI   | Entrevista      |
| Marazziti et al. (2007)a    | Trastorno bipolar                                  | 36.8 | 48%  | Italia        | Entrevista | ECR   | Auto-informe    |
| Marazziti et al. (2007)b    | Trastorno bipolar                                  | 36.8 | 48%  | Italia        | Entrevista | ECR   | Auto-informe    |
| Marazziti et al. (2007)c    | Trastorno de pánico                                | 36.8 | 48%  | Italia        | Entrevista | ECR   | Auto-informe    |
| Marazziti et al. (2007)d    | Trastorno depresivo mayor                          | 36.8 | 45%  | Italia        | Entrevista | ECR   | Auto-informe    |
| Marazziti et al. (2007)e    | Trastorno obsesivo-compulsivo                      | 36.8 | 50%  | Italia        | Entrevista | ECR   | Auto-informe    |
| Marazziti et al. (2015)     | Trastorno obsesivo-compulsivo                      | 29.2 | 52%  | Italia        | Entrevista | ECR   | Auto-informe    |
| Marcaurette et al. (2005)   | Trastorno de pánico                                | 39.8 | 34%  | Canadá        | Entrevista | RQ    | Auto-informe    |
| McMahon et al. (2006)       | Trastorno depresivo mayor                          | 31.4 | 0%   | Australia     | Entrevista | AAI   | Entrevista      |
| Michail & Birchwood (2014)a | Primer episodio psicótico                          | 24.0 | 77%  | Reino Unido   | Entrevista | RAAS  | Auto-informe    |
| Michail & Birchwood (2014)b | Trastorno de ansiedad social                       | 27.6 | 36%  | Reino Unido   | Entrevista | RAAS  | Auto-informe    |
| Minnis et al. (2009)        | Trastorno de apego reactivo                        | 6.6  | 66%  | Reino Unido   | Entrevista | MCAST | Test proyectivo |
| Morriss et al. (2009)       | Trastorno bipolar                                  | 45.0 | 36%  | Reino Unido   | Entrevista | RQ    | Auto-informe    |
| Münch et al. (2016)         | Anorexia / Bulimia / Otros trastornos alimentarios | 24.7 | 0%   | Alemania      | Test       | AAS   | Auto-informe    |
| Murray et al. (2006)        | Trastorno depresivo mayor (Postparto)              | NA   | 0%   | Reino Unido   | Entrevista | AAI   | Entrevista      |
| Naber et al. (2007)a        | Discapacidades intelectuales                       | 2.0  | 67%  | Holanda       | Entrevista | SS    | Exposición      |

|  |   |      |      |             |            |      |              |
|--|---|------|------|-------------|------------|------|--------------|
| Naber et al. (2007)b                   | Trastorno del espectro del autismo                    | 2.5  | 75%  | Holanda     | Entrevista | SS   | Exposición   |
| Naber et al. (2007)c                   | Trastorno del espectro del autismo                    | 2.4  | 86%  | Holanda     | Entrevista | SS   | Exposición   |
| Naber et al. (2007)d                   | Tr. comunicación (Desarrollo del lenguaje)            | 2.1  | 94%  | Holanda     | Entrevista | SS   | Exposición   |
| Niolu et al. (2016)                    | Trastorno depresivo mayor                             | 60.0 | 0%   | Italia      | Entrevista | RQ   | Auto-informe |
| Özer et al. (2015)                     | Trastorno depresivo mayor                             | 34.7 | 11%  | Turquia     | Entrevista | ECR  | Auto-informe |
| Paradiso et al. (2012)                 | Trastorno depresivo mayor                             | 58.5 | 14%  | EEUU        | Entrevista | ECR  | Auto-informe |
| Perren et al. (2007)                   | Trastornos neurocognitivos (Demencia)                 | 74.8 | 62%  | Suiza       | Entrevista | AAQ  | Auto-informe |
| Ponizovsky et al. (2007)               | Esquizofrenia   | 38.4 | 100% | Israel      | Entrevista | AAS  | Auto-informe |
| Ponizovsky et al. (2011)               | Trastornos de adaptación                              | 37.4 | 41%  | Israel      | Entrevista | RQ   | Auto-informe |
| Reiner et al. (2016)                   | Trastorno depresivo mayor                             | 30.1 | 0%   | Alemania    | Entrevista | AAI  | Entrevista   |
| Schindler et al. (2005)                | Trastornos relacionados con los opiáceos              | 19.2 | 61%  | Alemania    | Entrevista | FAI  | Entrevista   |
| Schindler et al. (2009)a               | Trastornos relacionados con el cannabis               | 21.3 | 65%  | Alemania    | Entrevista | FAI  | Entrevista   |
| Schindler et al. (2009)b               | Trastornos relacionados con los alucinógenos          | 23.2 | 65%  | Alemania    | Entrevista | FAI  | Entrevista   |
| Schindler et al. (2009)c               | Trastornos relacionados con los opiáceos              | 19.6 | 73%  | Alemania    | Entrevista | FAI  | Entrevista   |
| Scott et al. (2011)                    | Trastorno negativista desafiante                      | 13.2 | 76%  | UK / EEUU   | Test       | CAI  | Entrevista   |
| Sippel et al. (2017)                   | Trastorno de estrés postraumático                     | 51.5 | 79%  | EEUU        | Test       | ASQ  | Auto-informe |
| Speltz et al. (1990)                   | Trastorno negativista desafiante                      | 4.6  | 72%  | EEUU        | Entrevista | SS   | Exposición   |
| Speltz et al. (1999)                   | Trastorno negativista desafiante                      | 4.8  | 100% | EEUU        | Entrevista | PAAS | Exposición   |
| van Hoof et al. (2015)                 | Trastorno depresivo mayor                             | 16.0 | 14%  | Holanda     | Entrevista | AAI  | Entrevista   |
| Waller et al. (2004)                   | Trastorno de síntomas somáticos                       | 43.1 | 46%  | Alemania    | Entrevista | AAI  | Entrevista   |
| Ward et al. (2006)                     | Trastornos psicopatológicos diversos                  | 29.2 | 0%   | EEUU        | Entrevista | AAI  | Entrevista   |
| Wickham et al. (2015)                  | Esquizofr./ Tr. esquizoafectivo / Tr. psicótico agudo | 37.9 | 70%  | Reino Unido | Entrevista | RQ   | Auto-informe |
| Wilkinson & Mulcahy (2010)             | Trastorno depresivo mayor (Postparto)                 | 32.4 | 0%   | Australia   | Test       | RQ   | Auto-informe |
| Willemsen-Swinkels et al. (2000)a      | Trastorno del espectro del autismo                    | 5.8  | 74%  | Holanda     | Entrevista | SS   | Exposición   |
| Willemsen-Swinkels et al. (2000)b      | Tr. comunicación (Desarrollo del lenguaje)            | 5.3  | 74%  | Holanda     | Entrevista | SS   | Exposición   |
| Wood & Riggs (2009)                    | Trastorno de pedofilia                                | 42.5 | 100% | EEUU        | Entrevista | ECR  | Auto-informe |
| Zeijlmans van Emmichoven et al. (2003) | Trastornos de ansiedad diversos                       | 34.0 | 46%  | Holanda     | Entrevista | AAI  | Entrevista   |

La estimación combinada reportó un resultado de 6.147 (IC 95% = 5.021 – 7.527,  $p < 0.001$ ), lo que indica que una persona con un trastorno psicopatológico tiene 6,147 veces más probabilidad de tener apego inseguro, en comparación con una persona sin trastornos psicopatológicos. La Figura 6 muestra el *forest plot* con los 80 tamaños del efecto y sus intervalos de confianza.

### **3.3.1. Heterogeneidad**

La comprobación de la heterogeneidad de las 79 estimaciones a partir del estadístico  $Q$  mostró en esta ocasión un valor de  $Q(78) = 241.64$ ,  $p < 0.0001$ , lo que probó la existencia de heterogeneidad en los estudios. Aplicando el índice  $I^2$  se estimó el grado real de la misma, mostrando un valor de 68%. Este resultado reflejó que los estudios tenían una heterogeneidad alta.

Ante esta heterogeneidad, se examinó la posible influencia moderadora de las características cualitativas y cuantitativas de los estudios sobre la variabilidad de los tamaños del efecto.

#### **3.3.1.1. Moderadores cualitativos**

Se aplicó un análisis de varianza a cinco de las seis características del primer meta-análisis, dado que no fue posible realizar el análisis a la variable “Sexo” por no disponerse para el contraste de un mínimo de ocho estudios realizados únicamente con hombres. No obstante, como veremos más adelante, esta variable se analizó a través de la característica cuantitativa de porcentaje de hombres en la muestra de estudio.

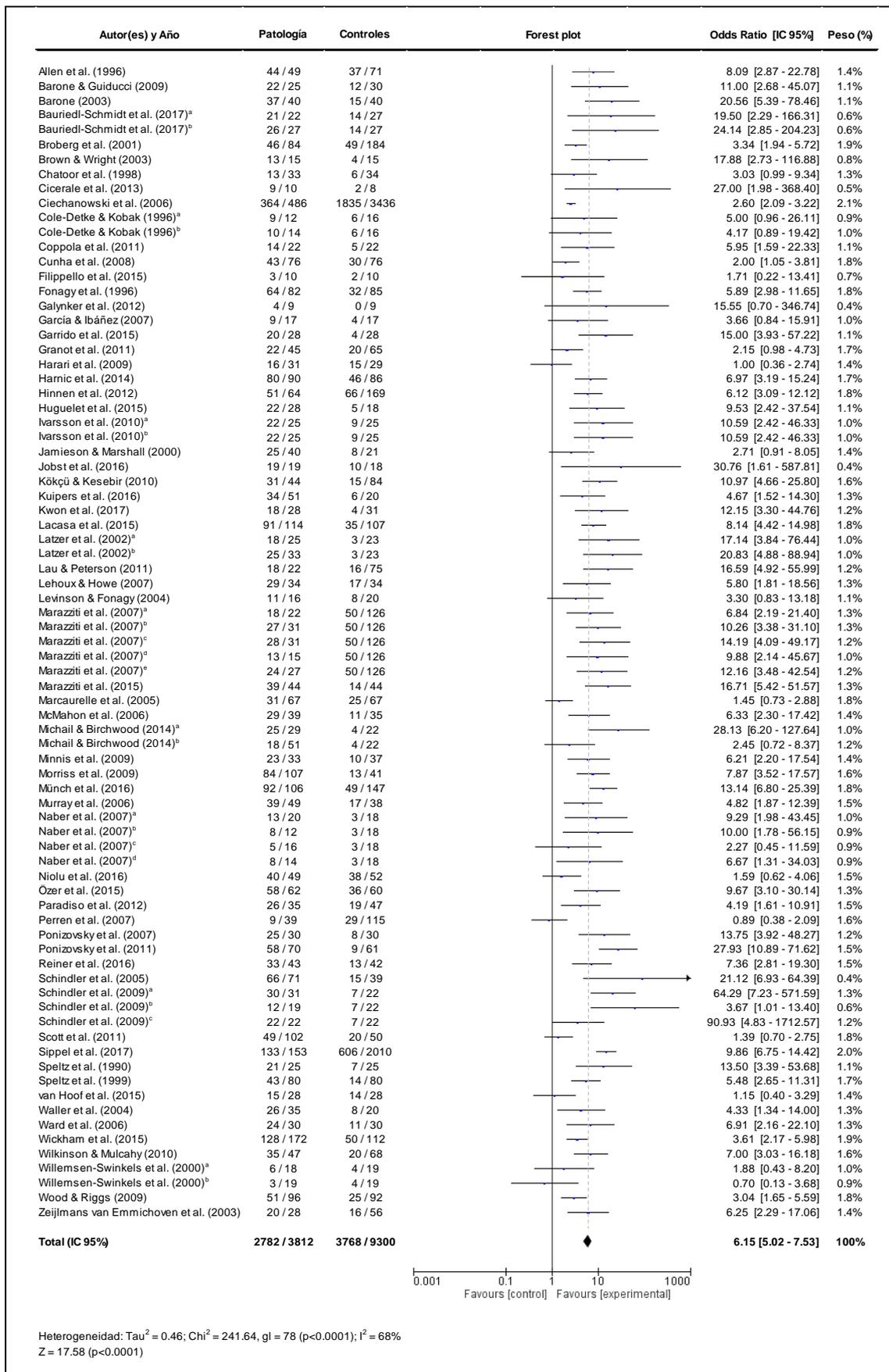


Figura 6. Representación forest plot de las 79 estimaciones de razón de ventajas del meta-análisis 2

En la misma línea, no fue posible contrastar la categoría “trastornos psicóticos” de la variable moderadora “Tipo de trastorno”, analizada en el primer meta-análisis, por no estar presente en este caso en un mínimo de ocho estudios. En este caso, pues, se realizó el análisis con los tres grupos de trastornos que sí alcanzaron un volumen suficiente de estudios para lograr un contraste válido.

No se obtuvo significación estadística para ninguna de las 5 características analizadas, por lo que éstas no explicarían la variabilidad de los tamaños del efecto. En la Tabla 20 se presentan los resultados completos de los contrastes realizados.

Tabla 20

*Resultados de los análisis realizados a las variables moderadoras cualitativas del meta-análisis 2*

| <b>Variable</b>              | <b>Categorías</b>          | <b>N</b> | <b>Proporción simple [IC 95%]</b> | <b>Prueba <math>Q_B</math></b> |
|------------------------------|----------------------------|----------|-----------------------------------|--------------------------------|
| Instrumento de apego         | AAI                        | 21       | TE=6.168 [4.331 - 8.785]          | $Q_B(3) = 4.48$<br>p=0.215     |
|                              | ECR                        | 11       | TE=6.563 [4.278 - 10.068]         |                                |
|                              | RQ                         | 11       | TE=4.081 [2.773 - 6.006]          |                                |
|                              | SS                         | 9        | TE=3.847 [2.091 - 7.076]          |                                |
| Tipo de instrumento de apego | Entrevista                 | 27       | TE=6.588 [4.571 - 9.494]          | $Q_B(3) = 3.69$<br>p=0.297     |
|                              | Auto-informe               | 34       | TE=5.972 [4.496 - 7.932]          |                                |
|                              | Test proyectivo            | 8        | TE=10.278 [4.869 - 21.696]        |                                |
|                              | Exposición                 | 10       | TE=4.064 [2.179 - 7.580]          |                                |
| Tipo de trastorno            | Del desarrollo neurológico | 9        | TE=4.178 [2.149 - 8.121]          | $Q_B(2) = 1.65$<br>p=0.439     |
|                              | Depresivos                 | 18       | TE=5.656 [3.756 - 8.518]          |                                |
|                              | Alimentarios               | 10       | TE=7.320 [4.243 - 12.630]         |                                |
| Continente                   | Europa                     | 51       | TE=6.098 [4.764 - 7.807]          | $Q_B(2) = 5.15$<br>p=0.076     |
|                              | América                    | 16       | TE=4.760 [3.180 - 7.124]          |                                |
|                              | Asia                       | 8        | TE=10.903 [6.034 - 19.704]        |                                |
| Forma de diagnóstico         | Entrevista                 | 71       | TE=6.304 [5.060 - 7.853]          | $Q_B(1) = 0.30$<br>p=0.582     |
|                              | Cuestionario               | 8        | TE=5.269 [2.897 - 9.583]          |                                |

### 3.3.1.2. Moderadores cuantitativos

Se aplicó un modelo estadístico de meta-regresión de efectos mixtos a las once características ya descritas en el primer meta-análisis. En este caso tampoco se obtuvo ningún resultado estadísticamente significativo, no pudiendo explicarse, por tanto, la variabilidad de los resultados a partir de dichas características. La Tabla 21 muestra los resultados completos de los contrastes realizados a las variables moderadoras cuantitativas.

Tabla 21

*Resultados de los análisis realizados a las variables moderadoras cuantitativas del meta-análisis 2*

| <b>Variable</b>                   | <b>N</b> | <b>Coefficiente de regresión</b> | <b>Prueba <math>Q_R</math></b> |
|-----------------------------------|----------|----------------------------------|--------------------------------|
| Año del estudio                   | 79       | $b_I = 0.0183$                   | $Q_R(1) = 1.17$ p=0.280        |
| Calidad del estudio               | 79       | $b_I = 0.1066$                   | $Q_R(1) = 1.82$ p=0.333        |
| Edad de la muestra                | 78       | $b_I = -0.0017$                  | $Q_R(1) = 0.67$ p=0.796        |
| % Hombres en el estudio           | 75       | $b_I = -0.0042$                  | $Q_R(1) = 1.64$ p=0.200        |
| % Solteros                        | 15       | $b_I = -0.0190$                  | $Q_R(1) = 2.15$ p=0.143        |
| % Casados o pareja                | 27       | $b_I = -0.0085$                  | $Q_R(1) = 1.52$ p=0.218        |
| % Separados, divorciados o viudos | 15       | $b_I = 0.0443$                   | $Q_R(1) = 1.62$ p=0.203        |
| Media años de educación           | 11       | $b_I = 0.0865$                   | $Q_R(1) = 0.26$ p=0.611        |
| % Estudiantes                     | 9        | $b_I = 0.0116$                   | $Q_R(1) = 0.81$ p=0.369        |
| % Empleados                       | 17       | $b_I = 0.0017$                   | $Q_R(1) = 0.05$ p=0.831        |
| % Desempleados                    | 9        | $b_I = -0.0113$                  | $Q_R(1) = 0.72$ p=0.395        |

### 3.3.2. Sesgo de publicación

Como en el caso del primer meta-análisis, se procedió a calcular el número de seguridad a través de los tres enfoques planteados previamente, obteniendo el enfoque de Rosenthal un número de seguridad de 25510, el de Orwin de 2960, y el de Rosenberg de 19009. El contraste posterior de estos valores con el umbral de referencia establecido por Rosenthal, 405 en este caso, permitió afirmar que el efecto significativo resultante del meta-análisis era robusto.

En segundo lugar, se representó un *funnel plot* de las estimaciones para poder evaluar su simetría, observándose también en esta ocasión cierta asimetría (ver Figura 7).

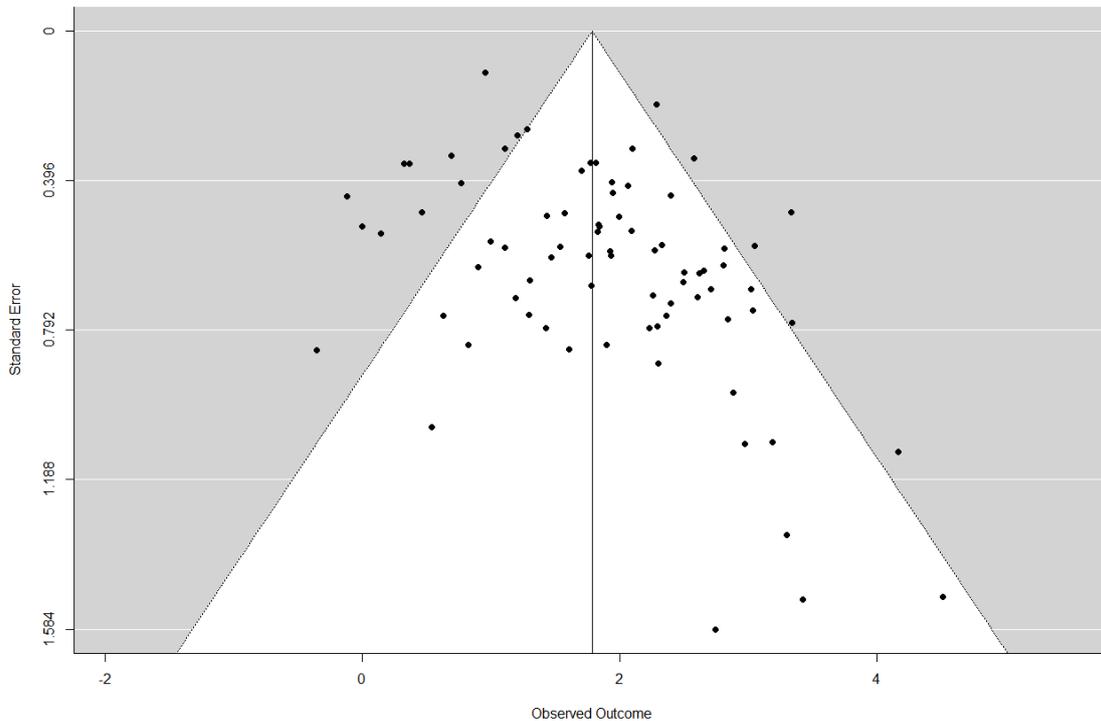


Figura 7. Representación *funnel plot* de las 79 estimaciones del meta-análisis 2

A continuación se procedió a calcular el coeficiente correlación ordinal de Begg (*Kendall's tau* = 0.1619,  $p=0.035$ ) y el análisis de regresión lineal de Egger ( $Z = 3.5921$ ,  $p=0.0003$ ), con los que se confirmó la asimetría, y en consecuencia, el sesgo de publicación.

Dada esta asimetría, se procedió a una corrección del sesgo de publicación a través del método *Trim-and-Fill* ya expuesto anteriormente, obteniéndose como nuevo tamaño del efecto válido del meta-análisis un valor de  $TE=4.812$  (IC 95% = 3.953 – 5.857,  $p<0,001$ ), resultado inferior al tamaño del efecto obtenido originalmente:  $TE=6.147$  (IC 95% = 5.021 – 7.527,  $p<0.001$ ). En la Figura 8 puede verse el *funnel plot* con la corrección aplicada por el método *Trim-and-Fill*.

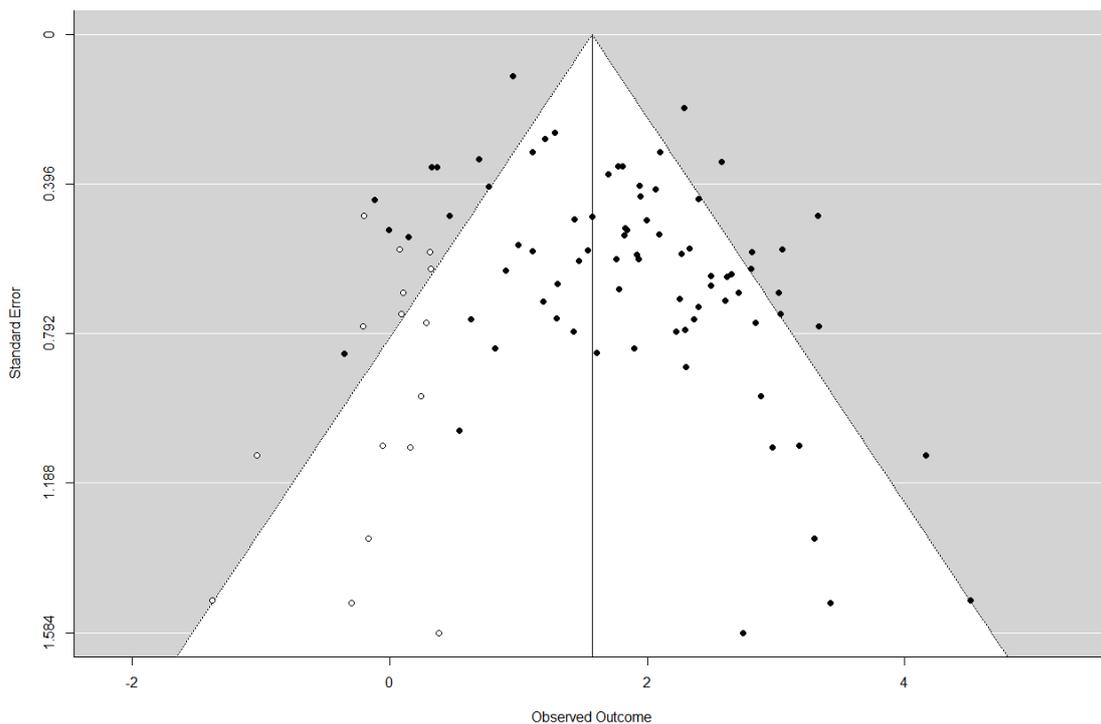


Figura 8. Representación *funnel plot* tras la corrección *Trim-and-Fill* aplicada al meta-análisis 2

### **3.4. Meta-análisis 3: Comparación de ansiedad y evitación de apego entre población con trastornos psicopatológicos y población normal**

El objetivo del tercer meta-análisis fue comparar los niveles de ansiedad y evitación de apego entre personas con trastornos psicopatológicos y población normal. De los 129 estudios incluidos en la revisión, 21 facilitaron datos suficientes para os obtener el índice de tamaño del

efecto de diferencia de medias. Dado que un trabajo estudió distintos trastornos psicopatológicos y aportó información de dos muestras, se alcanzaron un total de 22 estimaciones (ver Tabla 22).

### 3.4.1. Ansiedad de apego

La estimación combinada reportó un resultado de 0.998 (IC 95% = 0.775 – 1.220,  $p < 0.001$ ), lo que indica que la diferencia de ansiedad de apego entre la población con trastornos psicopatológicos y la población normal sería alta, de acuerdo con los criterios generales propuestos por Cohen de 0.20, 0.50 y 0.80 como valores de tamaño del efecto bajo, medio y alto, respectivamente (Botella y Sánchez-Meca, 2015). La figura 9 muestra el *forest plot* con los 22 tamaños del efecto y sus intervalos de confianza.

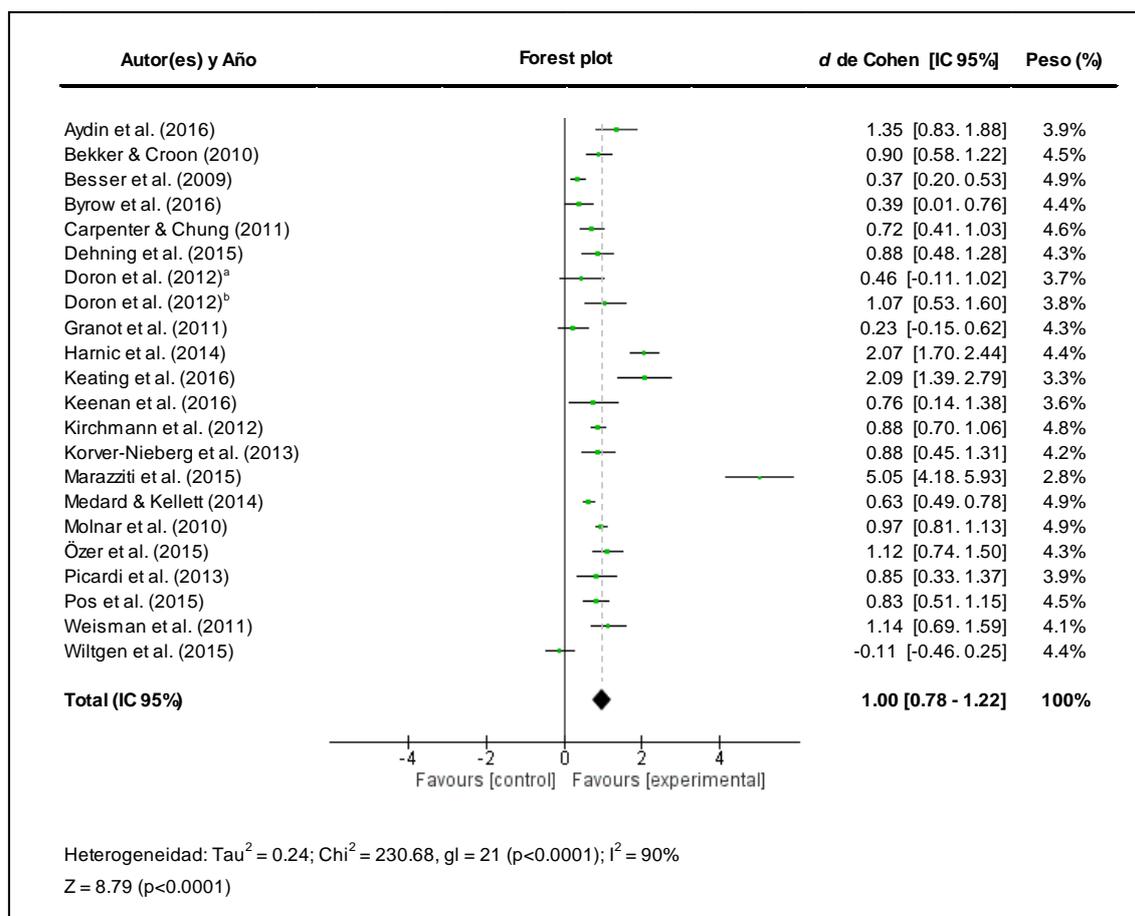


Figura 9. Representación *forest plot* de las 22 estimaciones de diferencia de medias del meta-análisis 3 (ansiedad de apego).

Tabla 22

*Principales características de la muestra de estudios incluidos en el meta-análisis 3*

| <b>Autor(es) y año</b>           | <b>Trastorno psicopatológico</b>                  | <b>Edad</b> | <b>% Hombres</b> | <b>País</b> | <b>Diagnóstico</b> | <b>Instrumento de apego<sup>1</sup></b> | <b>Tipo de instrumento</b> |
|----------------------------------|---|-------------|------------------|-------------|--------------------|---|----------------------------|
| Aydin et al. (2016)              | Esquizofrenia                                     | 29.9        | 63%              | Turquia     | Entrevista         | ECR                                     | Auto-informe               |
| Bekker & Croon (2010)            | Trastorno depresivo mayor / Trastorno de ansiedad | 40.0        | 29%              | Holanda     | Entrevista         | ASQ                                     | Auto-informe               |
| Besser et al. (2009)             | Trastorno de estrés postraumático                 | 33.2        | 44%              | EEUU        | NA <sup>2</sup>    | ECR                                     | Auto-informe               |
| Byrow et al. (2016)              | Trastorno de ansiedad social                      | 32.2        | 52%              | Australia   | Entrevista         | ECR                                     | Auto-informe               |
| Carpenter & Chung (2011)         | Trastorno obsesivo-compulsivo                     | 28.2        | 24%              | Reino Unido | Test               | ECR                                     | Auto-informe               |
| Dehning et al. (2015)            | Trastornos de tics                                | 33.8        | 66%              | Alemania    | Entrevista         | ECR                                     | Auto-informe               |
| Doron et al. (2012) <sup>a</sup> | Trastornos de ansiedad                            | 41.0        | 30%              | Australia   | Entrevista         | ECR                                     | Auto-informe               |
| Doron et al. (2012) <sup>b</sup> | Trastorno obsesivo-compulsivo                     | 37.6        | 40%              | Australia   | Entrevista         | ECR                                     | Auto-informe               |
| Granot et al. (2011)             | Trastorno de dolor genito-pélvico/penetración     | 25.5        | 0%               | Israel      | Entrevista         | ECR                                     | Auto-informe               |
| Harnic et al. (2014)             | Trastorno bipolar / Trastorno ciclotímico         | 45.4        | 50%              | Italia      | Entrevista         | ECR                                     | Auto-informe               |
| Keating et al. (2016)            | Anorexia nerviosa                                 | 23.1        | 0%               | Australia   | Entrevista         | ASQ                                     | Auto-informe               |
| Keenan et al. (2016)             | Trastorno del espectro del autismo                | 10.6        | 79%              | Australia   | Entrevista         | ECR                                     | Auto-informe               |
| Kirchmann et al. (2012)          | Trastornos psicopatológicos diversos              | 32.4        | 28%              | Alemania    | Entrevista         | RSQ                                     | Auto-informe               |
| Korver-Nieberg et al. (2013)     | Primer episodio psicótico                         | 17.1        | 61%              | Holanda     | Entrevista         | PAM                                     | Auto-informe               |
| Marazziti et al. (2015)          | Trastorno obsesivo-compulsivo                     | 29.2        | 52%              | Italia      | Entrevista         | ECR                                     | Auto-informe               |
| Medard & Kellett (2014)          | Trastorno de acumulación                          | 36.7        | 20%              | Reino Unido | Test               | RSQ                                     | Auto-informe               |
| Molnar et al. (2010)             | Trastornos relacionados con el alcohol            | 37.0        | 61%              | Canadá      | Entrevista         | RSQ                                     | Auto-informe               |
| Özer et al. (2015)               | Trastorno depresivo mayor                         | 34.7        | 11%              | Turquia     | Entrevista         | ECR                                     | Auto-informe               |
| Picardi et al. (2013)            | Trastornos de ansiedad                            | 43.2        | 38%              | Italia      | Entrevista         | ECR                                     | Auto-informe               |
| Pos et al. (2015)                | Trastorno psicótico                               | 31.1        | 83%              | Holanda     | Entrevista         | PAM                                     | Auto-informe               |
| Weisman et al. (2011)            | Trastorno de ansiedad social                      | 30.5        | 45%              | Israel      | Entrevista         | ECR                                     | Auto-informe               |
| Wiltgen et al. (2015)            | Trastorno obsesivo-compulsivo                     | 36.4        | 47%              | EEUU        | Entrevista         | RQ                                      | Auto-informe               |

<sup>1</sup> En el Anexo 2 puede consultarse la leyenda de las siglas de todos los instrumentos que aparecen en este apartado.

<sup>2</sup> NA = No aportado

### **3.4.1.1. Análisis de sensibilidad**

Siguiendo los planteamientos de Botella y Sánchez-Meca (2015), a partir del descubrimiento de un valor atípico (*outlier*) en una de las estimaciones de tamaño del efecto (ver Figura 9), correspondiente al estudio de Marazziti et al. (2015), se procedió a reanalizar los datos sin este estudio y comparar ambos resultados, dada la rareza de su valor y la posibilidad de que esta estimación contuviera un valor erróneo.

La estimación combinada sin la inclusión de dicho estudio obtuvo un resultado de 0.862 (IC 95% = 0.685 – 1.039,  $p < 0.001$ ), lo que indicaría que la diferencia de ansiedad de apego entre la población con trastornos psicopatológicos y la población normal seguiría siendo alta, aunque inferior al valor obtenido previamente: 0.998.

Ante los resultados obtenidos y la gran magnitud del valor atípico –con un tamaño del efecto de diferencia de medias superior a 5–, se tomó la decisión de excluir este estudio y continuar los análisis con las 21 estimaciones restantes. La Figura 10 muestra la representación *forest plot* tras la exclusión del valor atípico.

### **3.4.1.2. Heterogeneidad**

La comprobación de la heterogeneidad de las 21 estimaciones con el estadístico  $Q$ , mostró en este caso un resultado de  $Q(20) = 134.98$ ,  $p < 0.0001$ , lo que evidenció la existencia de heterogeneidad en los estudios. Aplicado el índice  $I^2$  para estimar el grado real de la misma se obtuvo un valor de 85%. Este resultado reflejó que los estudios eran altamente heterogéneos, aunque en grado inferior al 90% obtenido antes de la exclusión de la estimación atípica. Dado que el resultado reflejó que los estudios seguían siendo altamente heterogéneos, se procedió a evaluar las características de los estudios para comprobar su posible efecto sobre la variabilidad de los tamaños del efecto.

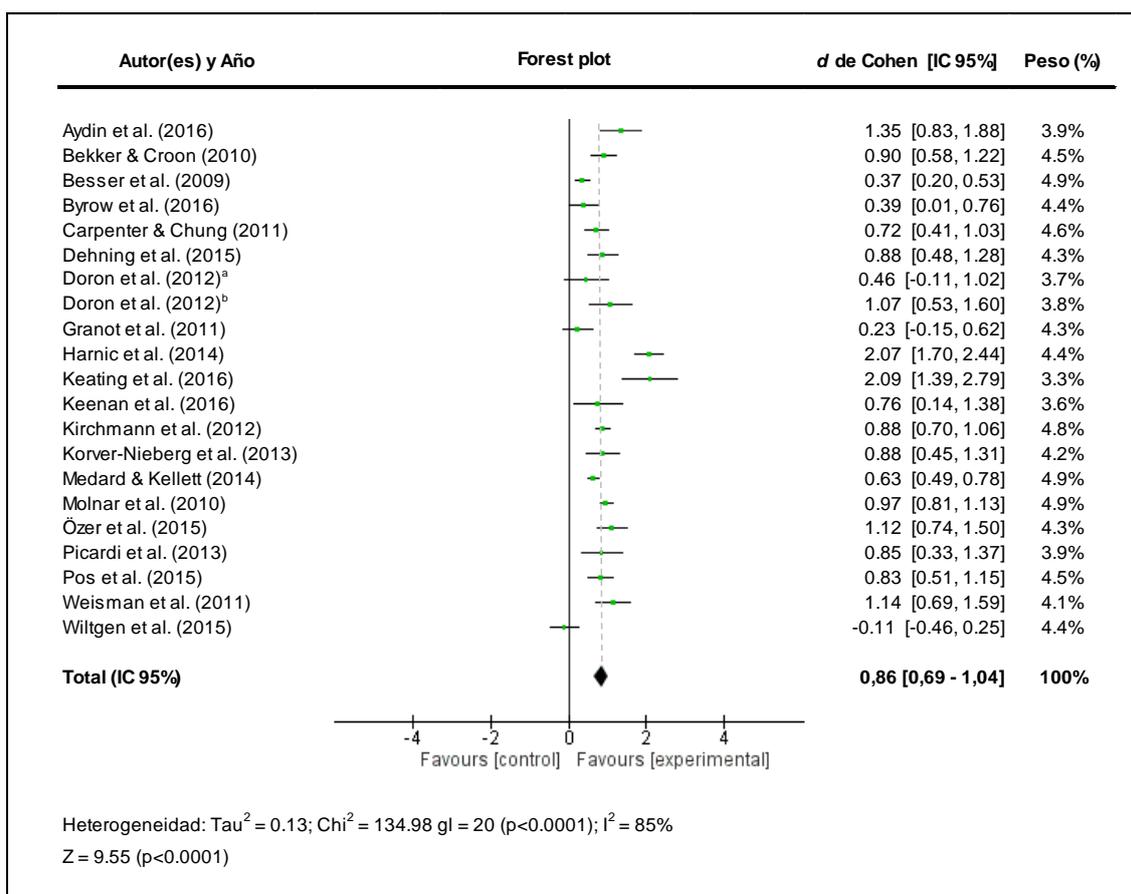


Figura 10. Representación *forest plot* de las estimaciones de diferencia de medias de ansiedad de apego tras la exclusión del valor atípico observado.

### 3.4.1.2.1. Moderadores cualitativos

Dado el limitado número de estudios que se evidenciaron en las categorías de cada una de las variables moderadoras cualitativas en el momento de realizar su análisis –con frecuencias en la mayoría de los casos de uno, dos o tres estudios por categoría–, se tomó la decisión de no analizar estas variables.

### 3.4.1.2.2. *Moderadores cuantitativos*

Como en el caso anterior, algunas de las variables no fueron aportadas en suficientes estudios como para realizar su análisis, haciéndolo únicamente en cuatro de ellas: año del estudio, calidad metodológica del mismo, edad de los participantes del estudio y porcentaje de hombres en la muestra. Se aplicó el modelo estadístico de meta-regresión de efectos mixtos a las cuatro características mencionadas, reportándose resultados estadísticamente significativos en una de ellas (ver Tabla 23), la variable “Calidad del estudio” ( $Q_R(1) = 10.60$ ,  $p=0.001$ ), que indicaría que cuanto mejor es la calidad del estudio, mayor es la diferencia de ansiedad entre población con trastornos y la población normal. Esta variable explicaría, por tanto, parte de la variabilidad de los tamaños del efecto.

Tabla 23

*Resultados de los análisis realizados a las variables moderadoras cuantitativas del meta-análisis 3 (ansiedad de apego)*

| <b>Variable</b>         | <b>N</b> | <b>Coefficiente de regresión</b> | <b>Prueba <math>Q_R</math></b> |
|-------------------------|----------|----------------------------------|--------------------------------|
| Año del estudio         | 21       | $b_I = 0.0542$                   | $Q_R(1) = 1.65$ $p=0.199$      |
| Calidad del estudio     | 21       | $b_I = 0.3244$                   | $Q_R(1) = 10.60$ $p=0.001^*$   |
| Edad de la muestra      | 21       | $b_I = 0.0069$                   | $Q_R(1) = 0.34$ $p=0.562$      |
| % Hombres en el estudio | 21       | $b_I = 0.0003$                   | $Q_R(1) = 0.01$ $p=0.935$      |

(\*) Resultado estadísticamente significativo.

### 3.4.1.3. *Sesgo de publicación*

Se procedió al cálculo del número de seguridad, obteniéndose los siguientes resultados: el enfoque de Rosenthal generó un número de seguridad de 3982, el de Orwin de 349, y el de Rosenberg de 3067. El contraste posterior de estos valores con el umbral de referencia

establecido por Rosenthal, en este caso 115, permitió afirmar una vez más que el efecto significativo resultante del meta-análisis era robusto.

A continuación se procedió a representar gráficamente a través de un *funnel plot* las estimaciones de los estudios para evaluar su posible asimetría (ver Figura 11).

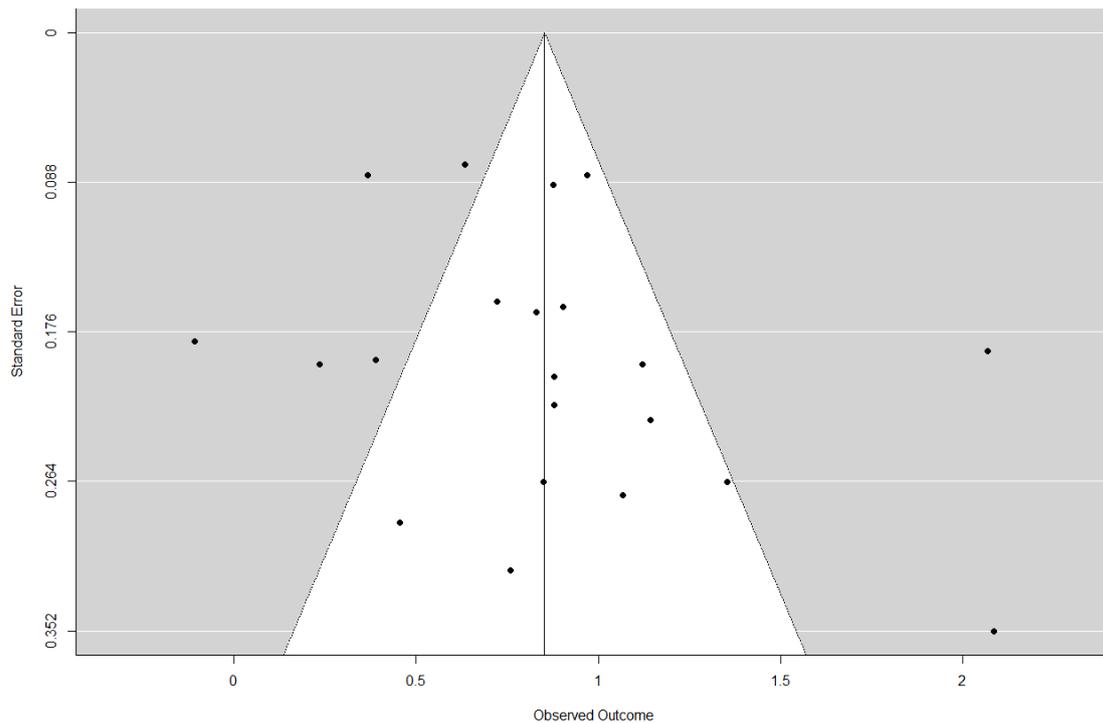


Figura 11. Representación *funnel plot* de las 21 estimaciones de ansiedad de apego.

Aunque el *funnel plot* pareció mostrar pocos indicios de asimetría, se procedió igualmente a calcular la posible asimetría de los resultados con el coeficiente correlación ordinal de Begg ( $Kendall's\ tau = 0.1391$ ,  $p=0.381$ ) y el análisis de regresión lineal de Egger ( $Z = 1.6349$ ,  $p=0.102$ ), que descartaron la existencia de asimetría, y por lo tanto, de sesgo de publicación. Este extremo fue también confirmado con la aplicación del método *Trim-and-Fill*, que indicó que no era necesario realizar ningún ajuste a la muestra de estudios.

### 3.4.2. Evitación de apego

La estimación combinada reportó un resultado de 0.750 (IC 95% = 0.561 – 0.940,  $p < 0.001$ ), lo que indica que la diferencia de evitación de apego entre la población con trastornos psicopatológicos y la población normal es también alta. La Figura 12 muestra el *forest plot* con los 22 tamaños del efecto y sus intervalos de confianza.

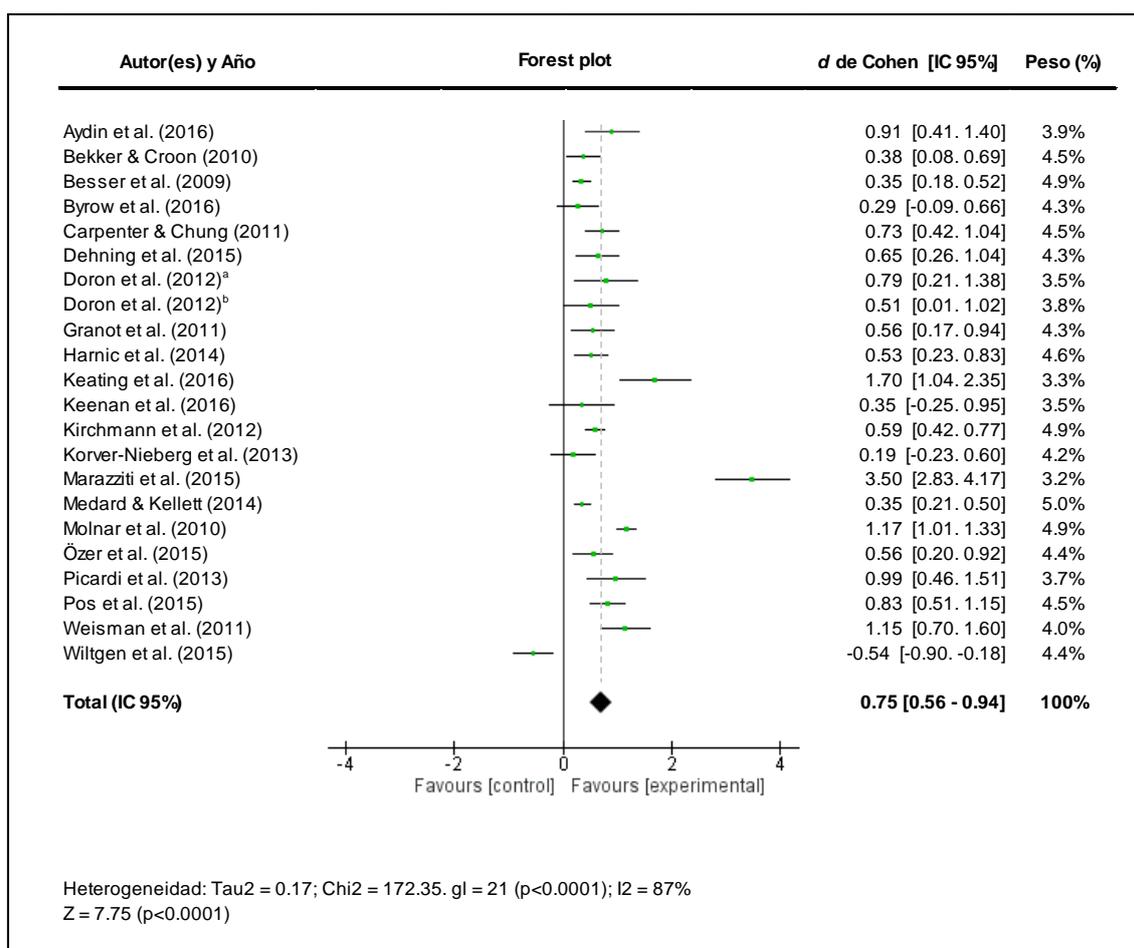


Figura 12 Representación *forest plot* de las 22 estimaciones de diferencia de medias del meta-análisis 3 (evitación de apego).

#### 3.4.2.1. Análisis de sensibilidad

Como en el caso anterior, se observó un valor atípico en una de las estimaciones de tamaño del efecto correspondiente al mismo estudio citado en el caso de la ansiedad de apego,

por lo que se procedió de la misma manera y se reanalizaron y compararon los datos sin este estudio.

La estimación combinada sin la inclusión del estudio mencionado anteriormente obtuvo un resultado de 0.647 (IC 95% = 0.496 – 0.799,  $p < 0.001$ ), lo que indicaría que la diferencia de ansiedad de apego entre la población con trastornos psicopatológicos y la población normal sería menos elevada, situándose en un nivel medio-alto, a diferencia del valor 0.750 obtenido previamente y considerado como alto.

Ante los resultados obtenidos y, de nuevo, la considerable magnitud del valor atípico – en este caso con un tamaño del efecto de diferencia de medias de 3.5–, se tomó la decisión de excluir este estudio y continuar los análisis con las 21 estimaciones restantes. La Figura 13 muestra la representación *forest plot* sin el valor atípico excluido.

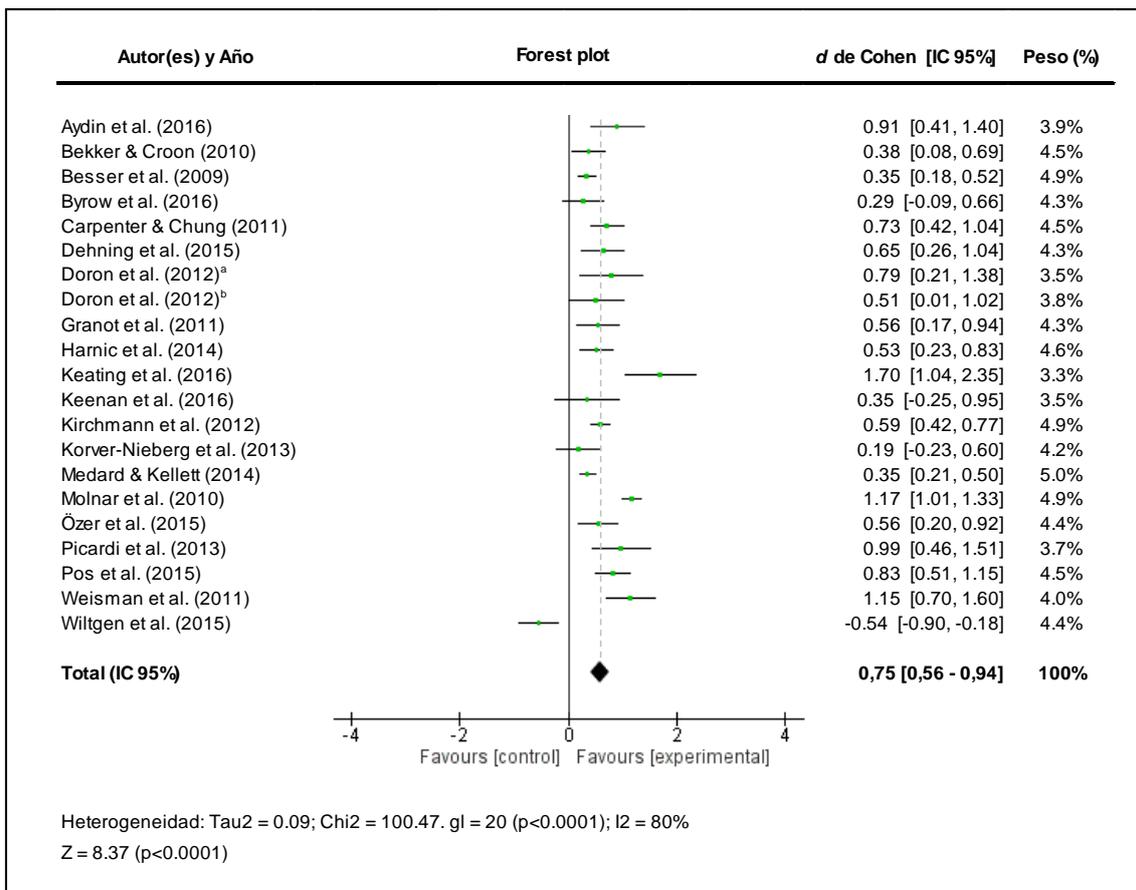


Figura 13. Representación *forest plot* de las estimaciones de diferencia de medias de evitación de apego tras la exclusión del valor atípico observado.

### **3.4.2.2. Heterogeneidad**

La comprobación de la heterogeneidad de las 21 estimaciones con el estadístico  $Q$ , mostró en este caso un resultado de  $Q(20) = 100.47$ ,  $p < 0.0001$ , lo que evidenció la existencia de heterogeneidad en los estudios. Aplicado el índice  $I^2$  para estimar el grado real de la misma se obtuvo un valor de 80%, lo que indicó una alta heterogeneidad, aunque inferior al 87% obtenido antes de la exclusión de la estimación atípica. Ante esto, las características de los estudios fueron evaluadas para comprobar su posible efecto sobre la variabilidad de los tamaños del efecto.

#### ***3.4.2.2.1. Moderadores cualitativos***

Como en el caso anterior, no fue aplicado ningún análisis de varianza a las posibles características moderadoras cualitativas por no disponer dichas variables de suficientes estudios para su contraste.

#### ***3.4.2.2.2. Moderadores cuantitativos***

El modelo estadístico de meta-regresión de efectos mixtos fue aplicado a las cuatro características mencionadas anteriormente, reportándose un único resultado estadísticamente significativo, correspondiente a la misma variable que en el caso de la ansiedad (ver Tabla 24). Así, la “Calidad del estudio”, obtuvo un valor de  $Q_R(1) = 4.60$ ,  $p = 0.032$ , lo que indicaría que cuanto mejor es la calidad del estudio, mayor es la diferencia de evitación entre población con trastornos y la población normal. Esta variable explicaría parte de la variabilidad de los tamaños del efecto.

Tabla 24

*Resultados de los análisis realizados a las variables moderadoras cuantitativas del meta-análisis 3 (evitación de apego)*

| <b>Variable</b>         | <b>N</b> | <b>Coefficiente de regresión</b> | <b>Prueba <math>Q_R</math></b> |
|-------------------------|----------|----------------------------------|--------------------------------|
| Año del estudio         | 21       | $b_I = 0.0022$                   | $Q_R(1) = 0.00$ $p=0.953$      |
| Calidad del estudio     | 21       | $b_I = 0.1672$                   | $Q_R(1) = 4.60$ $p=0.032^*$    |
| Edad de la muestra      | 21       | $b_I = 0.0029$                   | $Q_R(1) = 0.08$ $p=0.785$      |
| % Hombres en el estudio | 21       | $b_I = -0.0006$                  | $Q_R(1) = 0.65$ $p=0.871$      |

(\*) Resultado estadísticamente significativo.

### 3.4.2.3. Sesgo de publicación

Como en el caso anterior, se calculó el número de seguridad, que obtuvo para el enfoque de Rosenthal un valor de 2180, el de Orwin de 240, y el de Rosenberg de 1829. El contraste posterior de estos valores con el umbral de referencia establecido por Rosenthal, 115 para este caso, permitió afirmar aquí también que el efecto significativo resultante del meta-análisis era robusto.

El *funnel plot* confeccionado a continuación (Figura 14) pareció mostrar también en este caso pocos indicios de asimetría, buscándose confirmación a este supuesto con el cálculo del coeficiente de correlación ordinal de Begg (*Kendall's tau* = 0.2212,  $p=0.164$ ) y el análisis de regresión lineal de Egger ( $Z = 1.1245$ ,  $p=0.261$ ). Ambos descartaron la existencia de asimetría, y en consecuencia de sesgo de publicación. Este extremo fue también confirmado con la aplicación del método *Trim-and-Fill*, que indicó que no era necesario realizar ningún ajuste a la muestra de estudios.

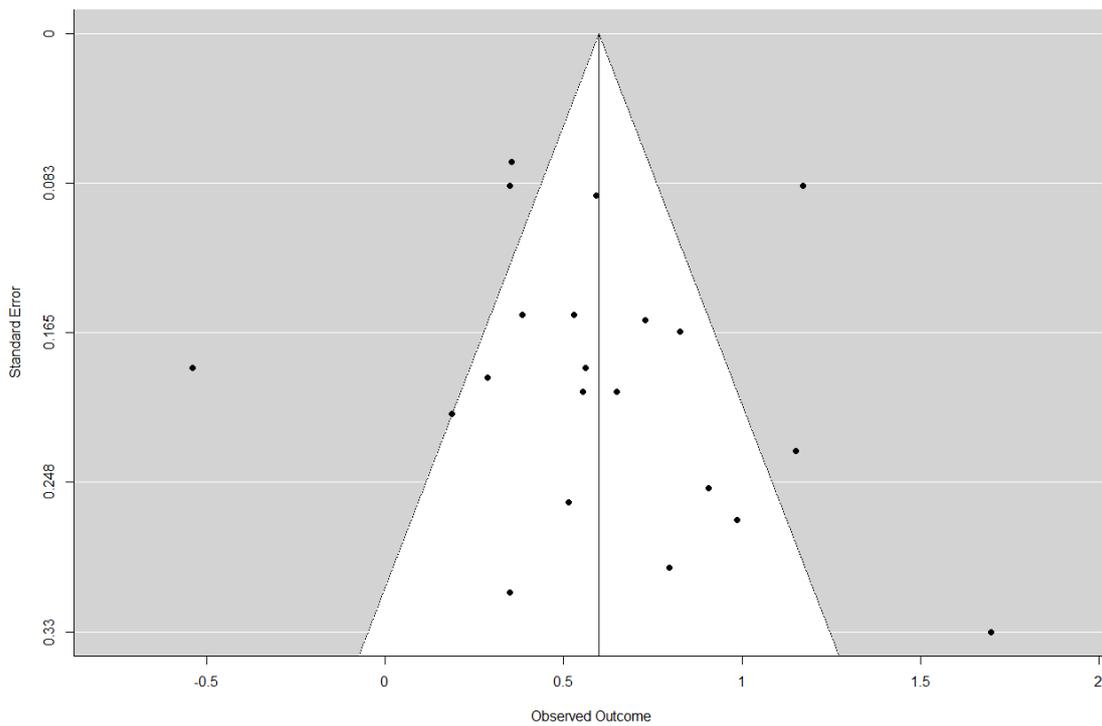


Figura 14. Representación *funnel plot* de las 21 estimaciones de evitación de apego.

### 3.5. Relaciones específicas entre tipologías de apego inseguro y trastornos psicopatológicos

Dado el limitado número de estudios de cada grupo de trastornos psicopatológicos en las distintas tipologías de apego inseguro, no fue posible realizar un análisis de varianza entre cada tipología de apego inseguro y las principales agrupaciones diagnósticas, no pudiéndose evaluar la especificidad de una u otra tipología de apego inseguro a determinados grupos de trastornos.

## **4. Discusión**

El objetivo del presente estudio ha sido evaluar la relación entre apego y presencia de trastornos psicopatológicos mediante la realización de una revisión meta-analítica sobre la cuestión. De los 3185 estudios localizados inicialmente a través de las distintas estrategias de búsqueda utilizadas, 135 trabajos fueron incluidos en la revisión, comprendiendo un total de 20524 individuos, que abarcaron a grupos de población de cuatro continentes distintos, todo tipo de edades, ambos sexos, y la práctica totalidad de trastornos psicopatológicos. Se realizaron tres meta-análisis diferenciados para poder dar respuesta a tres preguntas específicas: ¿la proporción de personas con apego inseguro es mayoritaria entre quienes padecen algún trastorno psicopatológico?, ¿la probabilidad de tener apego inseguro es superior entre las personas aquejadas de trastornos?, ¿los niveles de ansiedad y evitación de apego son superiores entre quienes padecen algún trastorno en comparación con la población normal?

### **4.1. Meta-análisis 1: Prevalencia de apego inseguro en personas con trastornos psicopatológicos**

El meta-análisis mostró que la prevalencia de apego inseguro en personas con trastornos psicopatológicos es del 67%, dato similar al obtenido por Bakermans-Kranenburg y Van IJzendoorn (2009) en su meta-análisis realizado con una muestra más reducida formada por población clínica, subclínica y patologías médicas.

Este resultado es significativamente mayor al 34% obtenido en los grupos de control con personas sin trastornos psicopatológicos, así como al 33% establecido en la literatura para muestras normativas (Shmueli-Goetz et al., 2008; Prior y Glaser, 2006), lo que confirma la primera hipótesis planteada en nuestro estudio: las personas con apego inseguro son mayoritarias entre quienes padecen algún trastorno psicopatológico, observándose que hasta dos de cada tres personas con trastorno psicopatológico tienen apego inseguro.

Dado que los estudios incluidos en nuestro meta-análisis no fueron longitudinales, no se puede establecer relación de causalidad entre apego y trastornos psicopatológicos. Sin embargo, a partir de los resultados obtenidos, podemos afirmar que existe una asociación estadística intensa entre ambas variables, es decir, entre el diagnóstico psicopatológico y el establecimiento de una relación continuada entre el bebé y sus figuras cuidadoras basada en el rechazo, la inconsistencia y la insensibilidad ante las necesidades del bebé (Ainsworth y Bowlby, 1991). El estado actual de la investigación sobre la relación entre apego y psicopatología no permite explicar si la razón más relevante para dicha asociación es la interiorización de unos modelos operativos internos basados en una visión del *self* y de los demás desadaptativa, (Bretherton y Munholland, 1999), la dificultad en las capacidades de autorregulación emocional (Cassidy, 1994), o bien los problemas en la capacidad de mentalización (Fonagy y Bateman, 2012). De hecho, también podría resultar de la combinación de algunas de ellas, o incluso de alguna otra razón, como por ejemplo el temperamento del bebé (Scheper et al., 2017).

El conjunto de estudios incluidos en esta revisión presenta resultados heterogéneos en cuanto a los índices de tamaño del efecto, es decir, entre la magnitud de las prevalencias de apego inseguro obtenidas en las distintas investigaciones. Una de las razones que explicaría en parte esa variabilidad es el instrumento de evaluación del apego utilizado en el estudio, donde se evidencia que el procedimiento de la Situación del extraño (Ainsworth et al. 1978) obtiene proporciones significativamente más bajas de apego inseguro que el resto de instrumentos más comúnmente utilizados. Esto podría deberse a distintos motivos: en primer lugar, tanto a una baja sensibilidad del instrumento de la Situación del extraño como a una baja especificidad del resto de instrumentos –recordemos que una baja sensibilidad implicará una limitada capacidad del instrumento para detectar a aquellas personas con apego inseguro, mientras que una baja especificidad denotará que el instrumento tiene poca capacidad para identificar a aquellas personas con apego seguro–. Por otra parte, una segunda hipótesis explicativa a este resultado radicaría en el hecho de que la Situación del extraño se aplica clásicamente a niños de entre uno y tres años, edad en la que es más difícil diagnosticar de forma precisa la presencia de un

trastorno psicopatológico, por lo que sería posible que entre la muestra de niños con supuestos trastornos, en realidad una parte de ellos no los tuviera.

Muy relacionada con la característica anterior encontramos el tipo de instrumento, donde se observa que el procedimiento de exposición, en su mayor parte representado por la Situación del extraño, refleja de nuevo proporciones de apego inseguro significativamente inferiores a los instrumentos de entrevista y test proyectivos. En este caso, sin embargo, los instrumentos de auto-informe no obtendrían resultados significativamente distintos a la exposición, por lo que el supuesto acerca de la temprana edad de evaluación expuesto anteriormente recibiría aquí sólo un apoyo parcial, cobrando fuerza la hipótesis acerca de la baja sensibilidad de los procedimientos de exposición, o bien, de la baja especificidad de alguno de los instrumentos de auto-informe. Recordemos que en la anterior característica sí se obtenían diferencias significativas entre la Situación del extraño y los auto-informes RQ y ECR, por lo que ésta baja especificidad se encontraría en alguno de los otros instrumentos incluidos en la variable “auto-informes”.

Con respecto a las personas que han conformado las muestras de los distintos estudios, una característica que explicaría parte de la heterogeneidad de los resultados obtenidos es el sexo, donde se evidencia de manera significativa una mayor proporción de mujeres con apego inseguro que hombres, entre las personas que padecen trastornos. La razón de ello podría explicarse desde una perspectiva de género, donde la mujer tiene más tendencia a mostrar sus sentimientos y expresarlos, en contraposición al hombre, quien tendría más propensión a la evitación y la desconexión de sus emociones. Puesto que la mayoría de los estudios revisados se realizan con auto-informes, es posible que los hombres estén reflejando este aspecto en sus respuestas, generándose así esta diferencia en los resultados. En línea con esta idea, la revisión realizada por McLean y Anderson (2009) sobre diferencias de género en trastornos de ansiedad, concluyó que los roles de género socialmente prescritos con los que crecen niños y niñas generan comportamientos y rasgos consistentes con su sexo, mostrando en el caso de los

trastornos de ansiedad una mayor preponderancia en mujeres, justificada por la idea de que la expresión de miedo y ansiedad no es propia del rol masculino establecido.

En otro sentido, dos características relacionadas con experiencias vitales desfavorables obtienen también un resultado significativo, como son la condición de estar separado, divorciado o viudo, y el encontrarse en situación de desempleo. Ambas variables muestran proporciones de apego inseguro significativamente inferiores, lo que indica que existe menor asociación entre tener trastornos psicopatológicos y apego inseguro en estas situaciones vitales. Estos resultados podrían explicarse de acuerdo a los principios de la teoría del apego, donde se establece que las personas inseguras adquieren una visión del mundo como un lugar más hostil y peligroso que las personas con apego seguro, que al no tener esta percepción, experimentan niveles más bajos de ansiedad en su vida cotidiana. En el momento en que la adversidad pasa a ser un hecho real, como en este caso la situación de desempleo o la pérdida de la pareja sentimental, más allá de la visión subjetiva de uno u otro modelo operativo interno, la ansiedad es experimentada de forma similar por ambos: la persona con un apego seguro pasa a experimentar también ansiedad y angustia, mientras que la persona con apego inseguro ya las padecía. En esta línea, se ha observado que entre aquellas personas que han sufrido torturas psicológicas, quienes tienen apego seguro son más vulnerables a desarrollar trastorno de estrés postraumático y síntomas somáticos que aquellos con apego inseguro, lo que se atribuye al hecho de que la tortura psicológica generaría en la persona con apego seguro una contradicción extrema entre, por un lado el abuso y la crueldad infligida por parte de sus semejantes, y por el otro, su internalizada visión de los otros seres humanos como dignos de confianza, a diferencia de las personas de apego inseguro que ya poseen una representación negativa de los demás (Kanninen, Punamäki y Quota, 2003).

Por lo que respecta a los trastornos psicopatológicos, estos también dan cuenta de parte de la variabilidad de los resultados, observándose en este caso que el grupo de trastornos del desarrollo neurológico obtiene resultados significativamente más bajos que el resto de grupos contrastados, es decir, hay menos apego inseguro entre las personas que sufren ese tipo de

trastornos. Este hecho se podría explicar por la base biológica que probablemente subyace buena parte de los trastornos psicopatológicos del desarrollo neurológico, como por ejemplo el retraso mental o el autismo, donde el apego podría jugar un papel importante en el pronóstico del trastorno, pero no en su origen.

#### **4.2. Meta-análisis 2: Apego inseguro en personas con trastornos psicopatológicos: comparación con la población general**

El meta-análisis 1 informa de la prevalencia de apego inseguro en personas con trastorno psicopatológico. Sin embargo, dado que el apego inseguro es un factor de riesgo pero no determina en sí mismo la presencia de trastornos, necesitamos poner en relación esta magnitud con la de las personas que también poseen un apego inseguro pero no han desarrollado trastornos psicopatológicos. El meta-análisis 2 se ha centrado en esta cuestión, comparando las proporciones de apego inseguro presentes en los estudios que comparan población clínica y población general. Su resultado indica que las personas que sufren un trastorno psicopatológico tienen una probabilidad 4.8 veces mayor de tener apego inseguro que las personas que no padecen ningún trastorno. Este resultado confirma la segunda hipótesis planteada en este estudio: la probabilidad de tener apego inseguro es superior entre las personas aquejadas de trastornos psicopatológicos.

En línea con este segundo meta-análisis, distintas revisiones meta-analíticas y estudios epidemiológicos han investigado la asociación entre trastornos psicopatológicos y otras variables, como el abuso físico infantil o el nacimiento prematuro, lo que nos permite poner en relación el resultado obtenido y comprender mejor su significado y su peso en la asociación con la condición psicopatológica. El estudio epidemiológico realizado por Sugaya et al. (2012) con población estadounidense acerca de la asociación entre abusos físicos en la infancia y trastornos psicopatológicos, aporta un tamaño del efecto de 2.06, resultado aproximado al 1.85 obtenido por Ip et al. (2015) en un meta-análisis sobre la misma cuestión realizado en población china.

Ambos resultados muestran una asociación significativamente más alta entre abuso infantil y diagnósticos psicopatológicos que entre aquellos niños sin experiencias de abuso, aunque de menor intensidad que la asociación obtenida en el presente estudio con respecto a la variable apego. Dado que, como ya hemos visto, las experiencias de abuso en la infancia estarían relacionadas con el establecimiento de formas inseguras de vinculación afectiva (Cicchetti et al., 2006), el superior tamaño del efecto obtenido en nuestro estudio con respecto al apego indicaría que no es sólo la experiencia de abuso lo que se asocia con la condición psicopatológica, sino que ésta asociación sería más amplia e incluiría también el establecimiento de otras formas menos graves de relación por parte de las figuras cuidadoras hacia el niño, como el rechazo, la negligencia, o la indisponibilidad.

Por otra parte, el meta-análisis llevado a cabo por Burnett et al. (2011) acerca de la relación entre diagnósticos psicopatológicos y prematuridad en el nacimiento, muestra un tamaño del efecto de 3.66, lo que representa un efecto alto, por lo que este factor jugaría también un papel en relación a la presencia de trastornos psicopatológicos. Tal y como ya apuntan sus autores, los largos periodos aislados de la familia mientras estos bebés están en el hospital podrían tener implicaciones en el formación de sus patrones de apego, y es que la vivencia de separación que pueden experimentar en un momento tan primario y trascendente de sus vidas, unida a su menor capacidad de alerta y respuesta ante estímulos, dificultaría que las figuras de apego puedan relacionarse con él, lo que podría facilitar el establecimiento de formas de apego inseguro (Tarragó-Riverola, 2004). Como podemos observar pues, esta variable guardaría de nuevo relación con el apego, confirmando su importancia y su asociación con la condición psicopatológica.

Con respecto al tamaño del efecto obtenido en nuestro segundo meta-análisis, cabe señalar que se evidenció también una alta heterogeneidad entre sus estudios, aunque en este caso, sin embargo, ninguna de las características moderadoras explicó la variabilidad de los resultados. Se hipotetiza que este hecho se debería a la intensidad del resultado obtenido, que dejaría sin efecto la acción de cualquiera de estas características.

#### **4.3. Meta-análisis 3: Comparación de ansiedad y evitación de apego entre población con trastornos psicopatológicos y población normal**

Como hemos visto en apartados anteriores, el apego puede ser evaluado no sólo de forma categorial –seguro/inseguro–, sino a partir de las dimensiones que lo subyacen: ansiedad y evitación.

Los tamaños del efecto referidos a la ansiedad y evitación de apego entre la población que sufre trastornos psicopatológicos y la población normal, obtienen un tamaño del efecto para ansiedad de 0.86, y para evitación de 0.65, lo que representa un efecto alto y medio-alto, respectivamente. Estos valores evidencian que la ansiedad y la evitación son mayores entre las personas que padecen trastornos psicopatológicos en comparación con la población normal, lo que confirma la tercera hipótesis planteada.

Considerando que el apego inseguro se caracteriza por niveles elevados de ansiedad –tipologías preocupado y temeroso– y/o de evitación –tipos evitativo y temeroso– (ver Figura 1), los resultados obtenidos en este tercer meta-análisis son coherentes. Sin embargo, se observa una magnitud superior en la dimensión ansiedad en comparación con la evitación, lo que parecería indicar un mayor peso de esta dimensión en relación con la presencia de trastornos psicopatológicos. De acuerdo con la clasificación prototípica de Bartholomew y Horowitz (1991), las tipologías de apego inseguro en que existe alta ansiedad son las mismas que aquellas en que predomina una visión negativa de uno mismo, lo que conduce a pensar que esta visión negativa del *self* estaría en la base de la relación con la condición psicopatológica. Este planteamiento ha recibido respaldo en distintos trabajos (McLewin y Muller, 2006; Roche, Runtz y Hunter, 1999).

En el conjunto de estudios incluidos en este tercer meta-análisis se observa una asociación significativa entre los tamaños del efecto de las dimensiones de ansiedad y evitación con respecto a la calidad metodológica de los estudios, de modo que a mayor calidad metodológica de la investigación, mayor diferencia de ansiedad y evitación entre las personas

con trastornos psicopatológicos y la población normal, lo que induciría a pensar que la asociación general entre estas dimensiones y trastornos psicopatológicos podría ser superior a la obtenida, si partimos de la premisa de que una mayor calidad metodológica contribuiría a una mayor precisión de los resultados. En este sentido, recordemos que los ítems de la escala de calidad aplicada evaluaban aspectos como la definición clara y específica de la población de estudio, la semejanza entre muestra de estudio y control, o el control de las variables de confusión, entre otros.

#### **4.4. La investigación sobre apego y trastornos psicopatológicos: aspectos metodológicos**

La revisión meta-analítica realizada a las investigaciones existentes sobre la relación entre apego y trastornos psicopatológicos ha permitido, más allá de los resultados concretos que hayan aportado, obtener una panorámica de cómo se ha abordado la cuestión hasta la fecha.

En primer lugar, la totalidad de trabajos incluidos en esta revisión han sido realizados con un diseño de tipo transversal, dato explicable por la dificultad que supone enfrentar cualquier investigación de carácter prospectivo-longitudinal. Por otra parte, la mayoría de los estudios incluyen muestras de personas diagnosticadas por profesionales en el marco de un proceso de evaluación a través de entrevistas, aunque en un pequeño porcentaje (7.8%), el diagnóstico ha sido obtenido a través de cuestionarios. A pesar de que en el análisis estadístico no se observan diferencias significativas entre los estudios realizados con personas diagnosticadas por entrevista y aquellos que han obtenido su diagnóstico a través de un cuestionario –y por ello no han sido excluidos del análisis–, consideramos que al abordar una investigación es fundamental el establecimiento de procedimientos diagnósticos sólidos y fiables, lo que hace imprescindible la realización de un proceso de entrevistas. En relación con este aspecto, una limitación observada en algunos estudios es la agrupación de distintos trastornos psicopatológicos en un mismo grupo, o en algún caso la ausencia de concreción en el

trastorno de la muestra de estudio, lo que imposibilita el análisis de posibles especificidades entre uno u otro diagnóstico.

Así mismo, se han observado carencias de información relevante en un número considerable de estudios, como la especificación de las tipologías de apego inseguro o información acerca de variables sociodemográficas. Como en el caso anterior, la falta de estos datos imposibilita analizar características que podrían aportar información importante, en este caso acerca de la relación específica entre uno u otro tipo de apego inseguro y la presencia de diagnósticos psicopatológicos, o el papel moderador de variables importantes, como por ejemplo el nivel socioeconómico.

Por último, cabe señalar que algunos estudios revisados han aportado datos insuficientes para poder conocer las frecuencias de apego seguro e inseguro, lo que ha impedido su inclusión en la revisión. En este sentido, a juicio de este autor es crucial encaminar la presentación de resultados de toda investigación hacia la inclusión de la información completa de los resultados o datos brutos con los que se han elaborado los cálculos, multiplicando así la posibilidad de usar la información que contienen por parte de investigadores del mismo u otro problema de estudio, y facilitando la replicabilidad de las investigaciones. Este camino se ha emprendido ya en otros ámbitos en los que se disponen de cantidades importantes de información potencialmente útil, como son las plataformas *open data*, y la investigación científica no debe quedar al margen de ello, máxime cuando persigue el progreso en el conocimiento científico (Zaforas, 2017).

Todos los aspectos mencionados anteriormente, configuran de algún modo cuales deberían de ser los aspectos a tener en cuenta a la hora de diseñar y llevar a cabo futuras investigaciones sobre apego y trastornos psicopatológicos. Así, una investigación de calidad deberá contar con procedimientos diagnósticos basados en entrevistas clínicas, donde se expliciten con claridad los trastornos psicopatológicos de la muestra de estudio y se aporte la información de las representaciones de apego de manera diferenciada para cada uno de dichos diagnósticos, especificando a su vez las frecuencias de cada tipología de apego inseguro, y

aportando un detalle exhaustivo de variables sociodemográficas, así como la información completa de los datos que ha manejado para obtener sus resultados.

Como apunte final, y teniendo en cuenta las distintas formas utilizadas en la actualidad para la evaluación del apego, para una mayor concreción de los resultados sería deseable poder contar con una valoración doble, en la que primeramente se catalogara a los individuos de modo categorial –seguro o inseguro–, y en un segundo momento se realizara una evaluación dimensional calculando sus niveles de ansiedad y evitación. Así, se podría delimitar mejor la relación específica entre apego y trastornos, obteniendo resultados más completos.

#### **4.5. Implicaciones para la prevención y la práctica clínica**

El presente meta-análisis ha mostrado una alta asociación entre apego inseguro y la coexistencia de trastornos psicopatológicos. Aunque, como ya hemos dicho, no se puede establecer relación de causalidad entre ambas variables a través de este trabajo, sí que ha quedado confirmada la elevada asociación estadística entre ambas, lo que plantea distintas implicaciones.

Por una parte, la importancia del vínculo con las figuras cuidadoras durante los primeros años de vida ha quedado reafirmada con los resultados obtenidos. Esto implica la tarea fundamental de educar y concienciar a la sociedad para la interiorización de este aspecto en la relación con los más pequeños, lo que se debería traducir en programas psicoeducativos que hagan visible la importancia de este vínculo temprano a futuros padres, a profesionales del ámbito pediátrico y educativo, y al resto de población general. En este sentido, sería importante potenciar los servicios comunitarios ya presentes en nuestro entorno, como las “escuelas de padres” o los programas de atención a la primera infancia.

Por otro lado, respecto a las personas que sufren de trastornos y malestar psicológico, la importancia de una relación cálida, disponible y como base de apoyo ha quedado también

evidenciada, por lo que la intervención psicológica con cualquier persona debería incluir necesariamente este aspecto como elemento fundamental de una relación terapéutica. De hecho, numerosos psicoterapeutas conciben el vínculo con el paciente como una relación de apego, y es que en ella se cumplirían sus características principales: muchos pacientes perciben a sus terapeutas como personas capaces y “sabias”, del mismo modo que el niño percibe en un entorno adecuado a sus figuras de apego; los pacientes buscan proximidad y seguridad a través de las visitas programadas y regulares, especialmente cuando se sienten ansiosos o asustados; y se utiliza la terapia como base segura para explorar aspectos dolorosos de uno mismo, así como nuevas formas de relación con los demás (Mallinckrodt, 2010). En este sentido, algunos autores destacan el especial valor terapéutico de la internalización de una base segura por parte del paciente y de la experiencia de ser comprendido, lo que genera un sentido de seguridad que facilita la exploración del mundo interno y la regulación de los afectos (Eagle, 2003). Incluso quienes cuestionan la contribución de la teoría del apego a la psicoterapia, como por ejemplo Gullestad (2001), consideran valioso el concepto de disponibilidad emocional del terapeuta para guiar la actitud del profesional frente al paciente.

Del mismo modo que en un contexto apropiado las figuras de apego ayudan al niño a comprender y regular sus estados emocionales, dos objetivos adicionales de la psicoterapia serán: por un lado, contribuir a una adecuada regulación de los afectos, dado que como hemos visto, la mayoría de los pacientes tenderán a la hiperactivación o desactivación de sus emociones (Bowlby, 1989; Silverman, 1998; Wallin, 2012); y por el otro, facilitar la función reflexiva o de mentalización, ayudando a una correcta interpretación y predicción de los estados mentales de uno mismo y de los demás (Fonagy y Allison, 2014).

Con todo, la relación terapéutica deberá servir pues como modelo de una nueva forma de relación, con la experiencia de un tipo distinto de vínculo al que se ha conocido, en el que poder confiar, recibir, y ser ayudado.

#### **4.6. Limitaciones del estudio**

Las limitaciones del estudio son diversas. Primeramente, la imposibilidad de incluir literatura gris en la revisión ha condicionado la precisión de los resultados obtenidos, aunque sin embargo deben señalarse algunos aspectos en este sentido: un cierto volumen de los estudios incluidos no han tenido como objetivo principal de su estudio la evaluación del apego, sino que este ha sido recogido como variable adicional. Este hecho limita la posibilidad de sesgo de publicación en dichos trabajos, puesto que al no ser el foco principal de estudio, la decisión sobre su publicación no depende de los resultados del apego. En otro sentido, los pocos estudios no publicados encontrados a través de citas en otros trabajos muestran resultados similares a los obtenidos, de modo que su inclusión no hubiera representado un cambio en la estimación combinada. Por último, los análisis *Trim-and-Fill* han permitido detectar y corregir el sesgo.

Una segunda limitación se ha derivado del hecho de no realizarse la selección, codificación y el análisis de la calidad de los estudios por parte de dos evaluadores independientes, lo que podría afectar a la fiabilidad del estudio. Idealmente, este proceso debería realizarse interjueces, comprobando el grado de acuerdo sobre las decisiones tomadas. En este caso, se realizó este proceso de manera única, consultándose aquellos casos que generaron dudas sobre la idoneidad de su inclusión, la codificación de alguna característica o cualquier otro aspecto.

#### **4.7. Futuras líneas de trabajo**

Una de las líneas de investigación que deja sin responder el presente trabajo es la posible relación causal entre apego inseguro y trastornos psicopatológicos. Dado que la revisión meta-analítica ha permitido concluir la asociación estadística entre ambas variables cuantificando un alto grado de relación, una importante línea de trabajo a poder encaminar a partir de ahora es la realización de estudios longitudinales sobre esta cuestión. Dados los

avances en conectividad e integración de la información que en nuestros días están adquiriendo los sistemas informáticos de nuestro sistema sanitario, ya es posible disponer de historiales clínicos unificados, donde se refleja la información médica de los distintos profesionales, de modo que es posible seguir los diagnósticos que, desde su nacimiento, la persona va recibiendo a lo largo de toda su vida. En este sentido, si desde el ámbito pediátrico se incluyera algún tipo de evaluación del apego en los primeros años de vida, esto podría representar un avance en la consecución de estudios prospectivos, sirviendo de modelo para su implementación en otros problemas de estudio.

En otro sentido, la imposibilidad de esclarecer la posible relación entre tipos de apego inseguro y trastornos psicopatológicos concretos a causa del limitado número de estudios con ambas informaciones, deja por responder acerca de esta cuestión, siendo otra línea de trabajo a abordar para dilucidar si efectivamente existe algún tipo de especificidad, o en realidad el apego inseguro denota vulnerabilidad pero cada persona desarrolla después uno u otro trastorno en función de características individuales, de su entorno y de los acontecimientos vitales que tenga que afrontar.

#### **4.8. Conclusiones**

La presente tesis doctoral ha representado la primera revisión meta-analítica dirigida a evaluar de manera integral el apego en personas diagnosticadas de trastornos psicopatológicos, en comparación con la población normal. Su objetivo ha sido recoger toda la investigación disponible y obtener con ella un resultado global, exhaustivo y concluyente de la relación entre la calidad de la vinculación afectiva en los primeros años de vida del bebé con sus figuras de apego y su asociación con la condición psicopatológica. Dicha relación ha podido ser confirmada de manera significativa, evidenciándose que hasta dos de cada tres personas con diagnósticos psicopatológicos tienen apego inseguro, y que existe casi cinco veces más probabilidad de tener apego inseguro si se sufre un trastorno psicopatológico. Sus resultados

establecen importantes implicaciones clínicas, como la necesidad de establecer y reforzar programas psicoeducativos que hagan visible la relevancia de los primeros vínculos a futuros padres y población en general, y la importancia de establecer una relación cálida, segura y de base de apoyo en la intervención psicológica de cualquier paciente como elemento fundamental de la relación terapéutica.

## Referencias

Se indican con un asterisco aquellos estudios incluidos en el meta-análisis.

- Abrines, N., Barcons, N., Marre, D., Brun, C., Fornieles, A., & Fumadó, V. (2012). ADHD-like symptoms and attachment in internationally adopted children. *Attachment & Human Development, 14*(4), 405-423. doi:10.1080/14616734.2012.691656
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Ainsworth, M.D.S., & Bowlby, J. (1991). An ethological approach to personality development, *American Psychologist, 46*, 331-341.
- \*Allen, J. P., Hauser, S. T., & Borman-Spurrell, E. (1996). Attachment theory as a framework for understanding sequelae of severe adolescent psychopathology: an 11-year follow-up study. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology, 64*(2), 254-263. doi:10.1037//0022-006X.64.2.254
- Alonso, Y., Fernández, J., Fontanil, Y., Ezama, E., & Gimeno, A. (2018). Contextual determinants of psychopathology. The singularity of attachment as a predictor of mental dysfunction. *Psychiatry Research, 261*, 338-343. doi:10.1016/j.psychres.2018.01.010
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Armsden, G.C., & Greenberg, M.T. (1987). The Inventory of Parent and Peer Attachment: Relationships to well-being in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence, 16*, 427-453. doi:10.1007/BF02202939
- \*Aydin, O., Balikci, K., Tas, C., Aydin, P. U., Danaci, A. E., Brüne, M., & Lysaker, P. H. (2016). The developmental origins of metacognitive deficits in schizophrenia. *Psychiatry Research, 245*15-21. doi:10.1016/j.psychres.2016.08.012
- Bakermans-Kranenburg, M. J., & van IJzendoorn, M. H. (2009). The first 10,000 adult attachment interviews: Distributions of adult attachment representations in clinical and non-clinical groups. *Attachment & Human Development, 11*(3), 223-263. doi:10.1080/14616730902814762

- \*Barone, L. (2003). Developmental protective and risk factors in borderline personality disorder: a study using the Adult Attachment Interview. *Attachment & Human Development, 5*(1), 64-77. doi:10.1080/1461673031000078634
- \*Barone, L., & Guiducci, V. (2009). Mental representations of attachment in eating disorders: a pilot study using the Adult Attachment Interview. *Attachment & Human Development, 11*(4), 405-417. doi:10.1080/14616730902814770
- \*Barone, L., Fossati, A., & Guiducci, V. (2011). Attachment mental states and inferred pathways of development in borderline personality disorder: a study using the Adult Attachment Interview. *Attachment & Human Development, 13*(5), 451-469. doi:10.1080/14616734.2011.602245
- Bartholomew, K. (1990). Avoidance of intimacy: An attachment perspective. *Journal of Social and Personal Relationships, 7*, 147-178. doi:10.1177/0265407590072001
- 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. doi:10.1037/0022-3514.61.2.226
- \*Bauriedl-Schmidt, C., Jobst, A., Gander, M., Seidl, E., Sabaß, L., Sarubin, N., & ... Buchheim, A. (2017). Attachment representations, patterns of emotion regulation, and social exclusion in patients with chronic and episodic depression and healthy controls. *Journal Of Affective Disorders, 210*130-138. doi:10.1016/j.jad.2016.12.030
- \*Bekker, M. J., & Croon, M. A. (2010). The roles of autonomy-connectedness and attachment styles in depression and anxiety. *Journal Of Social & Personal Relationships, 27*(7), 908-923. doi:10.1177/0265407510377217
- Berry, K., Wearden, A., Barrowclough, C., & Liversidge, T. (2006). Attachment styles, interpersonal relationships and psychotic phenomena in a non-clinical student sample. *Personality and Individual Differences, 41*(4), 707-718. doi:10.1016/j.paid.2006.03.009
- \*Besser, A., Neria, Y., & Haynes, M. (2009). Adult attachment, perceived stress, and PTSD among civilians exposed to ongoing terrorist attacks in Southern Israel. *Personality and Individual Differences, 47*(8), 851-857. doi:10.1016/j.paid.2009.07.003
- Bifulco, A., Moran, P. M., Ball, C., & Lillie, A. (2001). *The attachment style interview*. London: Royal Holloway & Bedford New College.

- Bifulco, A.; Mahon, J.; Kwon, J.-H.; Moran, P.M. & Jacobs, C. (2003). The Vulnerable Attachment Style Questionnaire (VASQ): An interview based measure of attachment styles that predict depressive disorder. *Psychological Medicine*, 33(6), 1099–1110. doi: 10.13072/midss.224
- \*Bizzi, F., Cavanna, D., Castellano, R., & Pace, C. S. (2015). Children's mental representations with respect to caregivers and post-traumatic symptomatology in Somatic Symptom Disorders and Disruptive Behavior Disorders. *Frontiers In Psychology*, 61125. doi:10.3389/fpsyg.2015.01125
- \*Bogaerts, S., Vanheule, S., & Desmet, M. (2006). Personality disorders and romantic adult attachment: a comparison of secure and insecure attached child molesters. *International Journal Of Offender Therapy And Comparative Criminology*, 50(2), 139-147. doi:10.1177/0306624X05278515
- Botella, J., & Sánchez-Meca, J. (2015). *Meta-análisis en ciencias sociales y de la salud*. Madrid, España: Editorial Síntesis.
- Bowlby, J. (1969). *El apego y la pérdida: Volumen 1. El Apego*. Barcelona: Paidós.
- Bowlby, J. (1973). *El apego y la pérdida: Volumen 2. La Separación*. Barcelona: Paidós.
- Bowlby, J. (1980). *El apego y la pérdida: Volumen 3. La Pérdida*. Barcelona: Paidós.
- Bowlby, J. (1989). *Una base segura: Aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. Barcelona: Paidós.
- Brennan, K. A., Clark, C. L., & Shaver, P. R. (1998). Self-report measurement of adult romantic attachment: An integrative overview. In J. A. Simpson & W. S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (pp. 46-76). New York: Guilford Press.
- Bretherton, I., & Munholland, K. A. (1999). Internal working models in attachment relationships: A construct revisited. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 89-111). New York: Guilford Press.
- Bretherton, I., Ridgeway, D., & Cassidy, J. (1990). Assessing internal working models of the attachment relationship: An attachment story completion task for 3-year-olds. In M. T. Greenberg, D. Cicchetti, & E. M. Cummings (Eds.), *The John D. and Catherine T. MacArthur Foundation series on mental health and development. Attachment in the*

*preschool years: Theory, research, and intervention* (pp. 273-308). Chicago, IL, US: University of Chicago Press.

- \*Broberg, A. G., Hjalmlers, I. & Nevenon, L. (2001). Eating disorders, attachment and interpersonal difficulties: a comparison between 18- to 24-year-old patients and normal controls. *European Eating Disorders Review*, 9(6), 381-396. doi:10.1002/erv.421
- \*Brown, A. M., & Whiteside, S. P. (2008). Relations among perceived parental rearing behaviors, attachment style, and worry in anxious children. *Journal Of Anxiety Disorders*, 22(2), 263-272. doi:10.1016/j.janxdis.2007.02.002
- \*Brown, L. S., & Wright, J. (2003). The relationship between attachment strategies and psychopathology in adolescence. *Psychology And Psychotherapy*, 76(Pt 4), 351-367. doi:10.1348/147608303770584728
- \*Browne, C. J., & Shlosberg, E. (2005). Attachment behaviours and parent fixation in people with dementia: the role of cognitive functioning and pre-morbid attachment style. *Aging & Mental Health*, 9(2), 153-161. doi:10.1080/13607860412331336760
- Burnett, A. C., Anderson, P. J., Cheong, J., Doyle, L.W., Davey, C. G., & Wood, S. J. (2011). Prevalence of psychiatric diagnoses in preterm and full-term children, adolescents and young adults: A meta-analysis. *Psychological Medicine*, 41(12), 2463-2474. doi:10.1017/S003329171100081X
- \*Byrow, Y., Chen, N. M., & Peters, L. (2016). Time Course of Attention in Socially Anxious Individuals: Investigating the Effects of Adult Attachment Style. *Behavior Therapy*, 47(4), 560-571. doi:10.1016/j.beth.2016.04.005
- Caglar-Nazali, H. P., Corfield, F., Cardi, V., Ambwani, S., Leppanen, J., Olabintan, O., ... Treasure, J. (2014). A systematic review and meta-analysis of 'Systems for Social Processes' in eating disorders. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 42,55-92. doi:10.1016/j.neubiorev.2013.12.002
- \*Capps, L., Sigman, M., & Mundy, P. (1994). Attachment security in children with autism. *Development and Psychopathology*, 6(2), 249-261. doi:10.1017/S0954579400004569
- \*Carpenter, L., & Chung, M. C. (2011). Childhood trauma in obsessive compulsive disorder: the roles of alexithymia and attachment. *Psychology And Psychotherapy*, 84(4), 367-388. doi:10.1111/j.2044-8341.2010.02003.x

- Carr, S. C., Hardy, A., & Fornells-Ambrojo, M. (2018). Relationship between attachment style and symptom severity across the psychosis spectrum: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 59, 145-158. doi:10.1016/j.cpr.2017.12.001
- Carvalho, M. (2007). *Vinculação, temperamento e processamento de informação: Implicações nas perturbações emocionais e comportamentais no início da adolescência* [Attachment, temperament, and information processing]. Unpublished doctoral dissertation, Universidade do Minho, Braga, Portugal.
- Cassidy, J. (1994). Emotional regulation: Influence of attachment relationships. En N.A. Fox (ed.), *Development emotional regulation: Biological and behavioral considerations*. *Monographs of the Society for Research Development*, 59, 228-247.
- Cassidy, J., & Marvin R.S. with the MacArthur Attachment Working Group on Attachment. (1992) *Attachment organization in three- and four-year olds: Coding guidelines*. Unpublished manuscript, University of Virginia.
- Cassidy, J., & Shaver, P. R. (Eds.). (2008). *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (2nd ed.). New York, NY, US: Guilford Press.
- Castillo, J. A. y Medina, P. (2007). Maltrato en la relación de pareja: apego, intimidad y cambios sociales. En A. Talam (Comp.), *Globalización y salud mental* (pp. 393-416). Barcelona: Herder.
- \*Cavaiola, A. A., Fulmer, B. A., & Stout, D. (2015). The Impact of Social Support and Attachment Style on Quality of Life and Readiness to Change in a Sample of Individuals Receiving Medication-Assisted Treatment for Opioid Dependence. *Substance Abuse*, 36(2), 183-191. doi:10.1080/08897077.2015.1019662
- \*Chatoor, I., Ganiban, J., Colin, V., Plummer, N., & Harmon, R. J. (1998). Attachment and feeding problems: a reexamination of nonorganic failure to thrive and attachment insecurity. *Journal Of The American Academy Of Child And Adolescent Psychiatry*, 37(11), 1217-1224. doi:10.1097/00004583-199811000-00023
- Cicchetti, D., Rogosch, F. A., & Toth, S. L. (2006). Fostering secure attachment in infants in maltreating families through preventive interventions. *Development and Psychopathology*, 18(3), 623-649. doi:10.1017/S0954579406060329
- \*Cicerale, A., Settanta, C., D'Agata, F., Caglio, M., Caroppo, P., Coriasco, M., ... Amianto, F. (2013). Neuroanatomical correlates of state of mind with respect to attachment in

patients with anorexia nervosa. *Clinical Neuropsychiatry: Journal of Treatment Evaluation*, 10(5), 217-225.

- \*Ciechanowski, P., Russo, J., Katon, W., Simon, G., Ludman, E., Von Korff, M., & ... Lin, E. (2006). Where is the patient? The association of psychosocial factors and missed primary care appointments in patients with diabetes. *General Hospital Psychiatry*, 28(1), 9-17. doi:10.1016/j.genhosppsy.2005.07.004
- \*Cole-Detke, H., & Kobak, R. (1996). Attachment processes in eating disorder and depression. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, 64(2), 282-290. doi:10.1037/0022-006X.64.2.282
- Collins, N. L. (1996). Working models of attachment: Implications for explanation, emotion, and behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 810–832. doi:10.1037/0022-3514.71.4.810
- Colonnaesi, C., Draijer, E. M., Stams, G. J. J. M., Van der Bruggen, C. O., Bögels, S. M., & Noom, M. J. (2011). The relation between insecure attachment and child anxiety: A meta-analytic review. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 40(4), 630-645. doi:10.1080/15374416.2011.581623
- \*Coppola, G., Costantini, A., Gaita, M., & Saraulli, D. (2011). Psychological correlates of enuresis: a case-control study on an Italian sample. *Pediatric Nephrology (Berlin, Germany)*, 26(10), 1829-1836. doi:10.1007/s00467-011-1880-3
- \*Couture, S., Lecomte, T., & Leclerc, C. (2007). Personality characteristics and attachment in first episode psychosis: impact on social functioning. *The Journal Of Nervous And Mental Disease*, 195(8), 631-639. doi:10.1097/NMD.0b013e31811f4021
- \*Cunha, M., & Soares, I., & Pinto-Gouveia, J. (2008). The role of individual temperament, family and peers in social anxiety disorder: A controlled study. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8 (3), 631-655.
- \*Cyranowski, J. M., Bookwala, J., Feske, U., Houck, P., Pilkonis, P., Kostelnik, B., & Frank, E. (2002). Adult attachment profiles, interpersonal difficulties, and response to interpersonal psychotherapy in women with recurrent major depression. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 21(2), 191-217. doi:10.1521/jscp.21.2.191.22514
- \*Daniel, S. F., Poulsen, S., & Lunn, S. (2016). Client attachment in a randomized clinical trial of psychoanalytic and cognitive-behavioral psychotherapy for bulimia nervosa:

Outcome moderation and change. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 53(2), 174-184.  
doi:10.1037/pst0000046

- \*De Rick, A., Vanheule, S., & Verhaeghe, P. (2009). Alcohol Addiction and the Attachment System: An Empirical Study of Attachment Style, Alexithymia, and Psychiatric Disorders in Alcoholic Inpatients. *Substance Use & Misuse*, 44(1), 99-114.  
doi:10.1080/10826080802525744
- \*Dehning, S., Burger, M. B., Krause, D., Jobst, A., Yundina, E., Müller, N., & ... Buchheim, A. (2015). Tourette syndrome is associated with insecure attachment and higher aggression. *The International Journal Of Neuroscience*, 125(7), 521-525.  
doi:10.3109/00207454.2014.951040
- \*Delvecchio, E., Di Riso, D., Salcuni, S., Lis, A., & George, C. (2014). Anorexia and attachment: dysregulated defense and pathological mourning. *Frontiers In Psychology*, 51218. doi:10.3389/fpsyg.2014.01218
- \*Diamond, D., Levy, K. N., Clarkin, J. F., Fischer-Kern, M., Cain, N. M., Doering, S., & ... Buchheim, A. (2014). Attachment and mentalization in female patients with comorbid narcissistic and borderline personality disorder. *Personality Disorders*, 5(4), 428-433.  
doi:10.1037/per0000065
- \*Dolev, S., Oppenheim, D., Koren-Karie, N., & Yirmiya, N. (2014). Early attachment and maternal insightfulness predict educational placement of children with autism. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 8(8), 958-967. doi:10.1016/j.rasd.2014.04.012
- \*Doron, G., Moulding, R., Nedeljkovic, M., Kyrios, M., Mikulincer, M., & Sar-El, D. (2012). Adult attachment insecurities are associated with obsessive compulsive disorder. *Psychology And Psychotherapy*, 85(2), 163-178. doi:10.1111/j.2044-8341.2011.02028.x
- \*Domas, D. M., Blasey, C. M., & Mitchell, S. (2007). Adult attachment, emotional distress, and interpersonal problems in alcohol and drug dependency treatment. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 24(4), 41-54. doi:10.1300/J020v24n04\_04
- Duval, S.T., & Tweedie, R. (2000). Trim and fill: A simple funnel-plot-based method of testing and adjusting for publication bias in meta-analysis. *Biometrics*, 56 2, 455-63.
- Eagle, M. (2003). Clinical implications of attachment theory. *Psychoanalytic Inquiry*, 23, 27-53.

- \*Eng, W., Heimberg, R. G., Hart, T. A., Schneier, F. R., & Liebowitz, M. R. (2001). Attachment in individuals with social anxiety disorder: the relationship among adult attachment styles, social anxiety, and depression. *Emotion (Washington, D.C.)*, *1*(4), 365-380. doi:10.1037//1528-3542.1.4.365
- Feeney, J., Noller, P., & Hanrahan, M. (1994). Assessing adult attachment. In M. Sperling & W. Berman (Eds.), *Attachment in adults: Clinical and developmental perspectives* (pp. 128-152). New York: Guilford Press.
- \*Filippello, P., Marino, F., Chilà, P., & Sorrenti, L. (2015). Attachment and social behavior in children's autistic disorders. *Life Span and Disability*, *18*(1), 101-118.
- \*Finzi-Dottan, R., Cohen, O., Iwaniec, D., Sapir, Y., & Weizman, A. (2003). The Drug-User Husband and His Wife: Attachment Styles, Family Cohesion, and Adaptability. *Substance Use & Misuse*, *38*(2), 271. doi:10.1081/JA-120017249
- Fonagy, P., & Allison, E. (2014). The role of mentalizing and epistemic trust in the therapeutic relationship. *Psychotherapy*, *51*(3), 372-380. doi:10.1037/a0036505
- Fonagy, P., & Bateman, A. (Eds.). (2012). *Handbook of Mentalizing in mental health practice*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, Inc.
- \*Fonagy, P., Leigh, T., Steele, M., Steele, H., Kennedy, R., Mattoon, G., & ... Gerber, A. (1996). The relation of attachment status, psychiatric classification, and response to psychotherapy. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, *64*(1), 22-31. doi:10.1037/0022-006X.64.1.22.
- Fonagy, P., Luyten, P., Bateman, A., Gergely, G., Straathearn, L., Target, M., & Allison, E. (2010). Attachment and Personality Pathology. In Fonagy, P., Gabbard, G.O., Clarkin, J.F. (Eds.), *Psychodynamic Psychotherapy for Personality Disorders. A Clinical Handbook* (pp.37-88), Washington, DC, US: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Frías, M. T., Shaver, P. R., & Mikulincer, M. (2015). Measures of adult attachment and related constructs. In G. J. Boyle, D. H. Saklofske, & G. Matthews (Eds.), *Measures of personality and social psychological constructs* (pp. 417-447). San Diego, CA, US: Elsevier Academic Press. doi:10.1016/B978-0-12-386915-9.00015-2
- \*Gajwani, R., Patterson, P., & Birchwood, M. (2013). Attachment: developmental pathways to affective dysregulation in young people at ultra-high risk of developing psychosis. *The British Journal Of Clinical Psychology*, *52*(4), 424-437. doi:10.1111/bjc.12027

- \*Galynker, I. I., Yaseen, Z. S., Katz, C., Zhang, X., Jennings-Donovan, G., Dashnaw, S., & ... Winston, A. (2012). Distinct but overlapping neural networks subserve depression and insecure attachment. *Social Cognitive And Affective Neuroscience*, 7(8), 896-908. doi:10.1093/scan/nsr074
- \*García Quiroga, M., & Ibáñez Fanes, M. (2007). Apego e hiperactividad: Un estudio exploratorio del vínculo madre-hijo. *Terapia Psicológica*, 25(2), 123-134. doi:10.4067/S0718-48082007000200003
- \*Garrido, L., Guzmán, M., Santelices, M.P., Vitriol, V., & Baeza, E. (2015). Estudio comparativo de los estilos de apego adulto en un grupo de mujeres con y sin diagnóstico de depresión. *Terapia psicológica*, 33(3), 285-295. doi:10.4067/S0718-48082015000300011
- George, C., & West, M.(2001). The development and preliminary validation of a new measure of adult attachment: the adult attachment projective. *Attachment & Human Development*, 3, 30-61. doi:10.1080/14616730010024771
- George, C., Kaplan, N., & Main, M. (1984). *Attachment interview for adults*. Unpublished manuscript, University of California, Berkeley.
- Gotlib, I. H., McLachlan, A. L., & Katz, A. N. (1988). Biases in visual attention in depressed and nondepressed individuals. *Cognition and Emotion*, 2(3), 185-200. doi:10.1080/02699938808410923
- \*Granot, M., Zisman-Ilani, Y., Ram, E., Goldstick, O., & Yovell, Y. (2011). Characteristics of attachment style in women with dyspareunia. *Journal Of Sex & Marital Therapy*, 37(1), 1-16. doi:10.1080/0092623X.2011.533563
- \*Green, J., Stanley, C., & Peters, S. (2007). Disorganized attachment representation and atypical parenting in young school age children with externalizing disorder. *Attachment & Human Development*, 9(3), 207-222. doi:10.1080/14616730701453820
- Green, J., Stanley, C., Smith, V., & Goldwyn, R. (2000). A new method of evaluating attachment representations in the young school age children: The Manchester Child Attachment Story Task (MCAST). *Attachment and Human Development*, 2, 48–70.
- Griffin, D. W., & Bartholomew, K. (1994). Models of the self and other: Fundamental dimensions underlying measures of adult attachment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67(3), 430-445. doi:10.1037/0022-3514.67.3.430

- Gullestad, S. E. (2001). Attachment theory and psychoanalysis: Controversial issues. *The Scandinavian Psychoanalytic Review*, 24(1), 3-16.  
doi:10.1080/01062301.2001.10592610
- \*Gumley, A. I., Schwannauer, M., Macbeth, A., Fisher, R., Clark, S., Rattrie, L., & ... Birchwood, M. (2014). Insight, duration of untreated psychosis and attachment in first-episode psychosis: prospective study of psychiatric recovery over 12-month follow-up. *The British Journal Of Psychiatry: The Journal Of Mental Science*, 205(1), 60-67.  
doi:10.1192/bjp.bp.113.126722
- \*Harari, D., Bakermans-Kranenburg, M. J., de Kloet, C. S., Geuze, E., Vermetten, E., Westenberg, H. G. M., & van IJzendoorn, M. H. (2009). Attachment representations in Dutch veterans with and without deployment-related PTSD. *Attachment & Human Development*, 11(6), 515-536. doi:10.1080/14616730903282480
- \*Harnic, D., Pompili, M., Innamorati, M., Erbuto, D., Lamis, D. A., Bria, P., & ... Janiri, L. (2014). Affective temperament and attachment in adulthood in patients with Bipolar Disorder and Cyclothymia. *Comprehensive Psychiatry*, 55(4), 999-1006.  
doi:10.1016/j.comppsy.2013.12.006
- Harris, T., Brown, G. W., & Bifulco, A. T. (1990). Loss of parent in childhood and adult psychiatric disorder: A tentative overall model. *Development and Psychopathology*, 2(3), 311-328. doi:10.1017/S0954579400000791
- Hazan, C., & Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(3), 511-24.
- Hernández-Guzmán, L., & del Palacio, A., & Freyre, M., & Alcázar-Olán, R. (2011). La perspectiva dimensional de la psicopatología. *Revista Mexicana de Psicología*, 28 (2), 111-120.
- \*Hinnen, C., Schreuder, I., Jong, E., van Duijn, M., Dahmen, R., & van Gorp, E. M. (2012). The contribution of adult attachment and perceived social support to depressive symptoms in patients with HIV. *AIDS Care*, 24(12), 1535-1542.  
doi:10.1080/09540121.2012.672714
- Höger, D. (1999). Der Bielefelder Fragebogen zu Klientenerwartungen (BFKE). *Psychotherapeut*, 44(3), 159-166. doi:10.1007/s002780050161

- \*Huguelet, P., Mohr, S., Rieben, I., Hasler, R., Perroud, N., & Brandt, P. (2015). Attachment and coping in psychosis in relation to spiritual figures. *BMC Psychiatry*, 15237. doi:10.1186/s12888-015-0617-4
- Ip, P., Wong, R. S., Li, S. L., Chan, K. L., Ho, F. K., & Chow, C.-b. (2016). Mental health consequences of childhood physical abuse in chinese populations: A meta-analysis. *Trauma, Violence, & Abuse*, 17(5), 571-584. doi:10.1177/1524838015585317
- \*Ivarsson, T., Granqvist, P., Gillberg, C., & Broberg, A. G. (2010). Attachment states of mind in adolescents with Obsessive-Compulsive Disorder and/or depressive disorders: a controlled study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 19(11), 845-853. doi:10.1007/s00787-010-0120-x
- \*Jamieson, S., & Marshall, W. L. (2000). Attachment styles and violence in child molesters. *Journal of Sexual Aggression*, 5(2), 88-98. doi:10.1080/13552600008413301
- Jarde, A., Losilla, J., & Vives, J. (2012). Methodological quality assessment tools of non-experimental studies: a systematic review. *Anales de Psicología*, 28 (2), 617-628. doi:10.6018/analesps.28.2.148911
- \*Jobst, A., Padberg, F., Mauer, M., Daltrozzo, T., Bauriedl-Schmidt, C., Sabass, L., & ... Buchheim, A. (2016). Lower Oxytocin Plasma Levels in Borderline Patients with Unresolved Attachment Representations. *Frontiers In Human Neuroscience*, 10125. doi:10.3389/fnhum.2016.00125
- Kanninen, K., Punamäki, R.-L., & Qouta, S. (2003). Personality and Trauma: Adult Attachment and Posttraumatic Distress Among Former Political Prisoners. *Peace and Conflict: Journal of Peace Psychology*, 9(2), 97-126. doi:10.1207/S15327949PAC0902\_01
- \*Keating, C., Castle, D. J., Newton, R., Huang, C., & Rossell, S. L. (2016). Attachment Insecurity Predicts Punishment Sensitivity in Anorexia Nervosa. *The Journal Of Nervous And Mental Disease*, 204(10), 793-798. doi:10.1097/NMD.0000000000000569
- \*Keenan, B. M., Newman, L. K., Gray, K. M., & Rinehart, N. J. (2016). Parents of Children with ASD Experience More Psychological Distress, Parenting Stress, and Attachment-Related Anxiety. *Journal Of Autism And Developmental Disorders*, 46(9), 2979-2991. doi:10.1007/s10803-016-2836-z
- \*Kirchmann, H., Steyer, R., Mayer, A., Joraschky, P., Schreiber-Willnow, K., & Strauss, B. (2012). Effects of adult inpatient group psychotherapy on attachment characteristics: an

observational study comparing routine care to an untreated comparison group. *Psychotherapy Research: Journal Of The Society For Psychotherapy Research*, 22(1), 95-114. doi:10.1080/10503307.2011.626807

Klagsbrun, M., & Bowlby, J. (1976). Responses to separation from parents: A clinical test for young children. *British Journal of Projective Psychology & Personality Study*, 21(2), 7-27.

\*Koemans, R. G., van Vroenhoven, S., Karreman, A., & Bekker, M. J. (2015). Attachment and autonomy problems in adults with ADHD. *Journal Of Attention Disorders*, 19(5), 435-446. doi:10.1177/1087054712453170

\*Kökçü, F., & Kesebir, S. (2010). The relationship between attachment style, and temperament, personality and bipolar symptoms: a controlled study on bipolar patients and their children. *Turkish Journal Of Psychiatry*, 21(4), 309-318.

\*Korver-Nieberg, N., Berry, K., Meijer, C., de Haan, L., & Ponizovsky, A. M. (2015). Associations between attachment and psychopathology dimensions in a large sample of patients with psychosis. *Psychiatry Research*, 228(1), 83-88. doi:10.1016/j.psychres.2015.04.018

\*Korver-Nieberg, N., Fett, A. J., Meijer, C. J., Koeter, M. J., Shergill, S. S., de Haan, L., & Krabbendam, L. (2013). Theory of mind, insecure attachment and paranoia in adolescents with early psychosis and healthy controls. *The Australian And New Zealand Journal Of Psychiatry*, 47(8), 737-745. doi:10.1177/0004867413484370

\*Kuipers, G. S., van Loenhout, Z., van der Ark, L. A., & Bekker, M. J. (2016). Attachment insecurity, mentalization and their relation to symptoms in eating disorder patients. *Attachment & Human Development*, 18(3), 250-272. doi:10.1080/14616734.2015.1136660

Kurdek, L. A. (2002). On being insecure about the assessment of attachment styles. *Journal of Social and Personal Relationships*, 19(6), 811-834. doi:10.1177/0265407502196005

\*Kwon, H., Lee, J., & Kwon, J. (2017). Interpersonal mediating mechanism underlying insecure attachment and depression in people with major depressive disorder. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 36(1), 64-86. doi:10.1521/jscp.2017.36.1.64

- \*Lacasa, F., Mitjavila, M., Ochoa, S., & Balluerka, N. (2015). The relationship between attachment styles and internalizing or externalizing symptoms in clinical and nonclinical adolescents. *Anales De Psicología*, 31(2), 422-432. doi:10.6018/analesps.31.2.169711
- \*Latzer, Y., Hochdorf, Z., Bachar, E., & Canetti, L. (2002). Attachment style and family functioning as discriminating factors in eating disorders. *Contemporary Family Therapy: An International Journal*, 24(4), 581-599. doi:10.1023/A:1021273129664
- \*Lau, W., & Peterson, C. C. (2011). Adults and Children with Asperger Syndrome: Exploring Adult Attachment Style, Marital Satisfaction and Satisfaction with Parenthood. *Research In Autism Spectrum Disorders*, 5(1), 392-399. doi:10.1016/j.rasd.2010.06.001
- \*Lehoux, P., & Howe, N. (2007). Perceived non-shared environment, personality traits, family factors and developmental experiences in bulimia nervosa. *British Journal Of Clinical Psychology*, 46(1), 47-66. doi:10.1348/014466506X111285
- \*Lerma, J. A., Muñoz Suárez, M. A., Ortiz, H. O., & Ramos, M. (2016). Relación del trastorno límite de la personalidad y estilos de apego en una población mexicana de una institución de salud mental. *Psiquis*, 25(4), 3-11.
- \*Levinson, A., & Fonagy, P. (2004). Offending and Attachment: The Relationship between Interpersonal Awareness and Offending in a Prison Population with Psychiatric Disorder. *Canadian Journal of Psychoanalysis / Revue Canadienne de Psychanalyse*, 12(2), 225-251.
- \*Levy, K. N., Meehan, K. B., Kelly, K. M., Reynoso, J. S., Weber, M., Clarkin, J. F., & Kernberg, O. F. (2006). Change in attachment patterns and reflective function in a randomized control trial of transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, 74(6), 1027-1040. doi:10.1037/0022-006X.74.6.1027
- \*Levy, K. N., Meehan, K. B., Weber, M., Reynoso, J., & Clarkin, J. F. (2005). Attachment and borderline personality disorder: implications for psychotherapy. *Psychopathology*, 38(2), 64-74. doi:10.1159/000084813
- \*Lingiardi, V., Giovanardi, G., Fortunato, A., Nassisi, V., & Speranza, A. M. (2017). Personality and Attachment in Transsexual Adults. *Archives Of Sexual Behavior*, 46(5), 1313-1323. doi:10.1007/s10508-017-0946-0

- Lipsey, M. W. (1994). Identifying potentially interesting variables and analysis opportunities. In H. Cooper & L. V. Hedges (Eds.), *The handbook of research synthesis* (pp. 111-123). New York, NY, US: Russell Sage Foundation.
- Lipsey, M. W., & Wilson, D. B. (2001). *Practical meta-analysis*. Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc.
- Lorenzini, N., & Fonagy, P. (2014). Apego y trastornos de la personalidad: Breve revisión. *Mentalización. Revista de Psicoanálisis y Psicoterapia*, 1(2), 1-44. Recuperado de: [https://revistamentalizacion.com/ultimonumero/apego\\_y\\_trastornos\\_de\\_la\\_personalidad\\_breve\\_revision.pdf](https://revistamentalizacion.com/ultimonumero/apego_y_trastornos_de_la_personalidad_breve_revision.pdf)
- \*MacBeth, A., Gumley, A., Schwannauer, M., & Fisher, R. (2011). Attachment states of mind, mentalization, and their correlates in a first-episode psychosis sample. *Psychology & Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 84(1), 42-57.  
doi:10.1348/147608310X530246
- \*Macinnes, M., Macpherson, G., Austin, J., & Schwannauer, M. (2016). Examining the effect of childhood trauma on psychological distress, risk of violence and engagement, in forensic mental health. *Psychiatry Research*, 246314-320.  
doi:10.1016/j.psychres.2016.09.054
- \*Magai, C., & Cohen, C. I. (1998). Attachment style and emotion regulation in dementia patients and their relation to caregiver burden. *The Journals Of Gerontology. Series B, Psychological Sciences And Social Sciences*, 53(3), P147-P154.
- Main, M., & Solomon, J. (1986). Discovery of an insecure disorganized/disoriented attachment pattern: procedures, findings and implications for classification of behavior. In M. Yogman & T.B. Brazelton (Eds.), *Affective development in infancy* (pp. 95-124). Norwood, Nj: Ablex
- Main, M., Kaplan, N., & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood and adult-hood: A move to the level of representation. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50, 66-104. Doi: 10.2307/3333827
- Mallinckrodt, B. (2000). Attachment, social competencies, social support, and interpersonal process in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 10(3), 239-266.  
doi:10.1093/ptr/10.3.239

- Mallinckrodt, B. (2010). The psychotherapy relationship as attachment: Evidence and implications. *Journal of Social and Personal Relationships*, 27(2), 262-270.  
doi:10.1177/0265407509360905
- \*Marazziti, D., Baroni, S., Giannaccini, G., Catena-Dell'Osso, M., Piccinni, A., Massimetti, G., & Dell'Osso, L. (2015). Plasma Oxytocin Levels in Untreated Adult Obsessive-Compulsive Disorder Patients. *Neuropsychobiology*, 72(2), 74-80.  
doi:10.1159/000438756
- \*Marazziti, D., Dell'osso, B., Catena Dell'Osso, M., Consoli, G., Del Debbio, A., Mungai, F., & ... Dell'Osso, L. (2007). Romantic attachment in patients with mood and anxiety disorders. *CNS Spectrums*, 12(10), 751-756.  
doi:10.1017/S1092852900015431
- \*Marcaurelle, R., Bélanger, C., Marchand, A., Katerelos, T. E., & Mainguy, N. (2005). Marital predictors of symptom severity in panic disorder with agoraphobia. *Journal Of Anxiety Disorders*, 19(2), 211-232. doi:10.1016/S0272-7358(02)00207-6
- \*Marin-Avellan, L. E., McGauley, G., Campbell, C., & Fonagy, P. (2005). Using the SWAP-200 in a personality-disordered forensic population: is it valid, reliable and useful?. *Criminal Behaviour And Mental Health: CBMH*, 15(1), 28-45.  
doi:10.1002/cbm.35
- McLean, C. P., & Anderson, E. R. (2009). Brave men and timid women? A review of the gender differences in fear and anxiety. *Clinical Psychology Review*, 29(6), 496-505.  
doi:10.1016/j.cpr.2009.05.003
- McLewin, L. A., & Muller, R. T. (2006). Attachment and social support in the prediction of psychopathology among young adults with and without a history of physical maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 30(2), 171-191.  
doi:10.1016/j.chiabu.2005.10.004
- \*McMahon, C. A., Barnett, B., Kowalenko, N. M., & Tennant, C. C. (2006). Maternal attachment state of mind moderates the impact of postnatal depression on infant attachment. *Journal Of Child Psychology And Psychiatry, And Allied Disciplines*, 47(7), 660-669. doi:10.1111/j.1469-7610.2005.01547.x
- \*Medard, E., & Kellett, S. (2014). The role of adult attachment and social support in hoarding disorder. *Behavioural And Cognitive Psychotherapy*, 42(5), 629-633.  
doi:10.1017/S1352465813000659

- \*Michail, M., & Birchwood, M. (2014). Social anxiety in first-episode psychosis: the role of childhood trauma and adult attachment. *Journal Of Affective Disorders*, 163102-109. doi:10.1016/j.jad.2014.03.033
- Mikulincer, M., & Shaver, P.R. (2007), *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change*, New York, Guilford.
- \*Minnis, H., Green, J., O'Connor, T. G., Liew, A., Glaser, D., Taylor, E., & ... Sadiq, F. A. (2009). An exploratory study of the association between reactive attachment disorder and attachment narratives in early school-age children. *Journal Of Child Psychology And Psychiatry, And Allied Disciplines*, 50(8), 931-942. doi:10.1111/j.1469-7610.2009.02075.x
- \*Molnar, D. S., Sadava, S. W., DeCourville, N. H., & Perrier, C. K. (2010). Attachment, Motivations, and Alcohol: Testing a Dual-Path Model of High-Risk Drinking and Adverse Consequences in Transitional Clinical and Student Samples. *Canadian Journal Of Behavioural Science*, 42(1), 1-13. doi:10.1037/a0016759
- \*Morriss, R. K., van, d. G., Lancaster, G., & Bentall, R. P. (2009). Adult attachment in bipolar I disorder. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 82(3), 267-277. doi:10.1348/147608309X415309
- \*Münch, A. L., Hunger, C., & Schweitzer, J. (2016). An investigation of the mediating role of personality and family functioning in the association between attachment styles and eating disorder status. *BMC Psychology*, 4(1), 36. doi:10.1186/s40359-016-0141-4
- \*Murray, L., Halligan, S. L., Adams, G., Patterson, P., & Goodyer, I. M. (2006). Socioemotional development in adolescents at risk for depression: the role of maternal depression and attachment style. *Development And Psychopathology*, 18(2), 489-516. doi:10.1017/S0954579406060263
- \*Naber, F. A., Swinkels, S. N., Buitelaar, J. K., Bakermans-Kranenburg, M. J., van IJzendoorn, M. H., Dietz, C., & ... van Engeland, H. (2007). Attachment in toddlers with autism and other developmental disorders. *Journal Of Autism And Developmental Disorders*, 37(6), 1123-1138.
- \*Nelis, S. M., Clare, L., & Whitaker, C. J. (2012). Attachment representations in people with dementia and their carers: implications for well-being within the dyad. *Aging & Mental Health*, 16(7), 845-854. doi:10.1080/13607863.2012.667779

- Niederhofer, H. (2009). Attachment as a component of attention-deficit hyperactivity disorder. *Psychological Reports, 104*(2), 645-648. doi:10.2466/PRO.104.2.645-648
- \*Niolu, C., Bianciardi, E., Di Lorenzo, G., Nicolai, S., Celi, M., Ribolsi, M., & ... Siracusano, A. (2016). Insecure attachment style predicts low bone mineral density in postmenopausal women. A pilot study. *Rivista Di Psichiatria, 51*(4), 143-148. doi:10.1708/2342.25118
- \*Nye, E. C., Katzman, J., Bell, J. B., Kilpatrick, J., Brainard, M., & Haaland, K. Y. (2008). Attachment organization in Vietnam combat veterans with posttraumatic stress disorder. *Attachment & Human Development, 10*(1), 41-57. doi:10.1080/14616730701868613
- \*Oppenheim, D., Koren-Karie, N., Dolev, S., & Yirmiya, N. (2009). Maternal insightfulness and resolution of the diagnosis are associated with secure attachment in preschoolers with autism spectrum disorders. *Child Development, 80*(2), 519-527. doi:10.1111/j.1467-8624.2009.01276.x
- \*Özer, Ü., Yildirim, E. A., & Erkoç, Ş. N. (2015). Relationship of Suicidal Ideation and Behavior to Attachment Style in Patients with Major Depression. *Noro Psikiyatri Arsivi, 52*(3), 283-288. doi:10.5152/npa.2015.7459
- \*Paradiso, S., Naridze, R., & Holm-Brown, E. (2012). Lifetime romantic attachment style and social adaptation in late-onset depression. *International Journal Of Geriatric Psychiatry, 27*(10), 1008-1016. doi:10.1002/gps.2814
- \*Pasalich, D. S., Dadds, M. R., Hawes, D. J., & Brennan, J. (2012). Attachment and callous-unemotional traits in children with early-onset conduct problems. *Journal Of Child Psychology And Psychiatry, And Allied Disciplines, 53*(8), 838-845. doi:10.1111/j.1469-7610.2012.02544.x
- \*Patrick, M., Hobson, R. P., Castle, D., Howard, R., & Maughan, B. (1994). Personality disorder and the mental representation of early social experience. *Development and Psychopathology, 6*(2), 375-388. doi:10.1017/S0954579400004648
- \*Pedrosa Gil, F., Scheidt, C. E., Hoeger, D., & Nickel, M. (2008). Relationship between attachment style, parental bonding and alexithymia in adults with somatoform disorders. *International Journal Of Psychiatry In Medicine, 38*(4), 437-451. doi:10.2190/PM.38.4.d

- \*Perren, S., Schmid, R., Herrmann, S., & Wettstein, A. (2007). The impact of attachment on dementia-related problem behavior and spousal caregivers' well-being. *Attachment & Human Development, 9*(2), 163-178. doi:10.1080/14616730701349630
- \*Picardi, A., Caroppo, E., Fabi, E., Proietti, S., Di Gennaro, G., Meldolesi, G. N., & Martinotti, G. (2013). Attachment and parenting in adult patients with anxiety disorders. *Clinical Practice And Epidemiology In Mental Health: CP & EMH, 9*, 157-163. doi:10.2174/1745017901309010157
- Pierrehumbert, B., Karmaniola, A., Sieye, A., Meister, C., Miljkovitch, R., y Halfon, O. (1996). Les modèles de relations: Développement d'un auto-questionnaire d'attachement pour adultes. *Psychiatrie de l'Enfant, 1*, 161-206.
- \*Ponizovsky, A. M., Levov, K., Schultz, Y., & Radomislensky, I. (2011). Attachment insecurity and psychological resources associated with adjustment disorders. *The American Journal Of Orthopsychiatry, 81*(2), 265-276. doi:10.1111/j.1939-0025.2011.01095.x
- \*Ponizovsky, A. M., Nechamkin, Y., & Rosca, P. (2007). Attachment patterns are associated with symptomatology and course of schizophrenia in male inpatients. *The American Journal Of Orthopsychiatry, 77*(2), 324-331. doi:10.1037/0002-9432.77.2.324
- \*Ponizovsky, A. M., Vitenberg, E., Baumgarten-Katz, I., & Grinshpoon, A. (2013). Attachment styles and affect regulation among outpatients with schizophrenia: relationships to symptomatology and emotional distress. *Psychology And Psychotherapy, 86*(2), 164-182. doi:10.1111/j.2044-8341.2011.02054.x
- \*Pos, K., Bartels-Velthuis, A. A., Simons, C. P., Korver-Nieberg, N., Meijer, C. J., & de Haan, L. (2015). Theory of Mind and attachment styles in people with psychotic disorders, their siblings, and controls. *The Australian And New Zealand Journal Of Psychiatry, 49*(2), 171-180. doi:10.1177/0004867414546386
- \*Potik, D., Peles, E., Abramsohn, Y., Adelson, M., & Schreiber, S. (2014). The relationship between vulnerable attachment style, psychopathology, drug abuse, and retention in treatment among methadone maintenance treatment patients. *Journal Of Psychoactive Drugs, 46*(4), 325-333. doi:10.1080/02791072.2014.944290
- Prior, V., & Glaser, D. (2006). *Child and adolescent mental health series. Understanding attachment and attachment disorders: Theory, evidence and practice*. London, England: Jessica Kingsley Publishers.

- \*Quijada, Y., Kwapil, T. R., Tizón, J., Sheinbaum, T., & Barrantes-Vidal, N. (2015). Impact of attachment style on the 1-year outcome of persons with an at-risk mental state for psychosis. *Psychiatry Research*, 228(3), 849-856. doi:10.1016/j.psychres.2015.05.013
- \*Quijada, Y., Tizón, J. L., Artigue, J., Kwapil, T. R., & Barrantes-Vidal, N. (2012). Attachment style predicts 6-month improvement in psychoticism in persons with at-risk mental states for psychosis. *Early Intervention In Psychiatry*, 6(4), 442-449. doi:10.1111/j.1751-7893.2012.00342.x
- \*Ramacciotti, A., Sorbello, M., Pazzagli, A., Vismara, L., Mancone, A., & Pallanti, S. (2001). Attachment processes in eating disorders. *Eating And Weight Disorders: EWD*, 6(3), 166-170. doi:10.1007/BF03339766
- \*Ramos, V., Canta, G., de Castro, F., & Leal, I. (2014). Discrete subgroups of adolescents diagnosed with borderline personality disorder: a latent class analysis of personality features. *Journal Of Personality Disorders*, 28(4), 463-482. doi:10.1521/pedi\_2013\_27\_126
- \*Reiner, I., Bakermans-Kranenburg, M. J., Van IJzendoorn, M. H., Fremmer-Bombik, E., & Beutel, M. (2016). Adult attachment representation moderates psychotherapy treatment efficacy in clinically depressed inpatients. *Journal Of Affective Disorders*, 195163-171. doi:10.1016/j.jad.2016.02.024
- \*Reis, S., & Grenyer, B. F. S. (2004). Fearful Attachment, Working Alliance and Treatment Response for Individuals with Major Depression. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 11(6), 414-424. doi:10.1002/cpp.428
- Richard, M. H., Fonagy, P., Smith, P. K., Wright, J. C., & Binney, V. (1998). *The Adolescent Separation Anxiety Interview*. Unpublished interview protocol, Goldsmiths College, University of London.
- \*Riggs, S. A., Paulson, A., Tunnell, E., Sahl, G., Atkison, H., & Ross, C. A. (2007). Attachment, personality, and psychopathology among adult inpatients: self-reported romantic attachment style versus Adult Attachment Interview states of mind. *Development And Psychopathology*, 19(1), 263-291. doi:10.1017/S0954579407070149
- Roche, D. N., Runtz, M. G., & Hunter, M. A. (1999). Adult attachment: A mediator between child sexual abuse and later psychological adjustment. *Journal of Interpersonal Violence*, 14(2), 184-207. doi:10.1177/088626099014002006

- \*Rosenstein, D. S., & Horowitz, H. A. (1996). Adolescent attachment and psychopathology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(2), 244-253. doi:10.1037/0022-006X.64.2.244
- Rutgers, A. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., van IJzendoorn, M. H., & van Berckelaer-Onnes, I. A. (2004). Autism and attachment: A meta-analytic review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(6), 1123-1134. doi:10.1111/j.1469-7610.2004.t01-1-00305.x
- Sánchez-Meca, J. (2010). Cómo realizar una revisión sistemática y un meta-análisis. *Aula Abierta*, 38(2), 53-64. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/11162/5126>
- Scheper, F. Y., Majdandžić, M., van de Ven, P. M., Jansen, L. M. C., Doreleijers, T. A. H., Schuengel, C., & de Vries, A. L. C. (2017). Temperament traits and psychopathology in young clinically referred children compared to a general population sample. *Child Psychiatry and Human Development*, 48(6), 841-850. doi:10.1007/s10578-016-0708-6
- \*Schindler, A., Thomasius, R., Petersen, K., & Sack, P. (2009). Heroin as an attachment substitute? differences in attachment representations between opioid, ecstasy and cannabis abusers. *Attachment & Human Development*, 11(3), 307-330. doi:10.1080/14616730902815009
- \*Schindler, A., Thomasius, R., Sack, P., Gemeinhardt, B., Küstner, U., & Eckert, J. (2005). Attachment and substance use disorders: a review of the literature and a study in drug dependent adolescents. *Attachment & Human Development*, 7(3), 207-228. doi:10.1080/14616730500173918
- Scholten, S., Rydell, A.-M., Bohlin, G., & Thorell, L. B. (2014). ADHD symptoms and attachment representations: Considering the role of conduct problems, cognitive deficits and narrative responses in non-attachment-related story stems. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 42(6), 1033-1042. doi:10.1007/s10802-014-9854-0
- \*Scott, S., Briskman, J., Woolgar, M., Humayun, S., & O'Connor, T. G. (2011). Attachment in adolescence: overlap with parenting and unique prediction of behavioural adjustment. *Journal Of Child Psychology And Psychiatry, And Allied Disciplines*, 52(10), 1052-1062. doi:10.1111/j.1469-7610.2011.02453.x
- \*Shapiro, T., Sherman, M., Calamari, G., & Koch, D. (1987). Attachment in autism and other developmental disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 26(4), 480-484. doi:10.1097/00004583-198707000-00003

- Shmueli-Goetz, Y., Target, M., Fonagy, P., & Datta, A. (2008). The Child Attachment Interview: A psychometric study of reliability and discriminant validity. *Developmental Psychology, 44*(4), 939-956. doi:10.1037/0012-1649.44.4.939
- Silverman, D.K. (1998). The tie that binds. *Psychoanalytic Psychology, 15*, 187-212.
- Simpson, J. A., Rholes, W. S., & Nelligan, J. S. (1992). Support seeking and support giving within couples in an anxiety-provoking situation: The role of attachment styles. *Journal of Personality and Social Psychology, 62*(3), 434-446. doi:10.1037/0022-3514.62.3.434
- \*Sippel, L. M., Han, S., Watkins, L. E., Harpaz-Rotem, I., Southwick, S. M., Krystal, J. H., & ... Pietrzak, R. H. (2017). Oxytocin receptor gene polymorphisms, attachment, and PTSD: Results from the National Health and Resilience in Veterans Study. *Journal Of Psychiatric Research, 94*139-147. doi:10.1016/j.jpsychires.2017.07.008
- \*Speltz, M. L., DeKlyen, M., & Greenberg, M. T. (1999). Attachment in boys with early onset conduct problems. *Development And Psychopathology, 11*(2), 269-285.
- \*Speltz, M. L., Greenberg, M. T., & Deklyen, M. (1990). Attachment in preschoolers with disruptive behavior: A comparison of clinic-referred and nonproblem children. *Development and Psychopathology, 2*(1), 31-46.  
doi:10.1017/S0954579400000572
- \*Storebø, O. J., Gluud, C., Winkel, P., & Simonsen, E. (2012). Social-skills and parental training plus standard treatment versus standard treatment for children with ADHD--the randomised SOSTRA trial. *Plos One, 7*(6), e37280. doi:10.1371/journal.pone.0037280
- \*Storebø, O. J., Skoog, M., Rasmussen, P. D., Winkel, P., Gluud, C., Pedersen, J., & ... Simonsen, E. (2015). Attachment Competences in Children With ADHD During the Social-Skills Training and Attachment (SOSTRA) Randomized Clinical Trial. *Journal Of Attention Disorders, 19*(10), 865-871. doi:10.1177/1087054713520220
- \*Stovall-McClough, K. C., & Cloitre, M. (2006). Unresolved attachment, PTSD, and dissociation in women with childhood abuse histories. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology, 74*(2), 219-228. doi:10.1037/0022-006X.74.2.219
- Sugaya, L., Hasin, D. S., Olfson, M., Lin, K.-H., Grant, B. F., & Blanco, C. (2012). Child physical abuse and adult mental health: A national study. *Journal of Traumatic Stress, 25*(4), 384-392. doi:10.1002/jts.21719

- Target, M., Fonagy, P., & Shmueli-Goetz, Y. (2003). Attachment representations in school-age children: The development of the child attachment interview (CAI). *Journal of Child Psychotherapy*, 29(2), 171-186. doi:10.1080/0075417031000138433
- Tarragó-Riverola, R. (2004). Prematuritat i vincle: intervencions psicoterapèutiques en una unitat de cures intensives neonatals (UCIN). *Aloma: Revista de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport* 14, 61-66.
- \*Taylor, E. L., Target, M., & Charman, T. (2008). Attachment in adults with high-functioning autism. *Attachment & Human Development*, 10(2), 143-163. doi:10.1080/14616730802113687
- Thorell, L. B., Rydell, A.-M., & Bohlin, G. (2012). Parent-child attachment and executive functioning in relation to ADHD symptoms in middle childhood. *Attachment & Human Development*, 14(5), 517-532. doi:10.1080/14616734.2012.706396
- Urrútia, G., & Bonfill, X. (2010). Declaración PRISMA: una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metaanálisis. *Medicina Clínica*, 135(11), 507-11. doi:10.1016/j.medcli.2010.01.015
- \*Van Hoof, M., van Lang, N. J., Speekenbrink, S., van IJzendoorn, M. H., & Vermeiren, R. M. (2015). Adult Attachment Interview differentiates adolescents with Childhood Sexual Abuse from those with clinical depression and non-clinical controls. *Attachment & Human Development*, 17(4), 354-375. doi:10.1080/14616734.2015.1050420
- Van IJzendoorn, M., Goldberg, S., Kroonenberg, P.M., & Frenkel, O. (1992) The relative effects of maternal and child problems on the quality of attachment: a meta-analysis of attachment in clinical samples. *Child Development*, 63, 840-858. doi:10.2307/1131237
- Varese, F., Smeets, F., Drukker, M., Lieverse, R., Lataster, T., Viechtbauer, W., ... Bentall, R. P. (2012). Childhood adversities increase the risk of psychosis: A meta-analysis of patient-control, prospective- and cross-sectional cohort studies. *Schizophrenia Bulletin*, 38(4), 661-671. doi:10.1093/schbul/sbs050
- \*Venta, A., Shmueli-Goetz, Y., & Sharp, C. (2014). Assessing attachment in adolescence: a psychometric study of the child attachment interview. *Psychological Assessment*, 26(1), 238-255. doi:10.1037/a0034712
- Viechtbauer, W. (2010). Conducting meta-analyses in R with the metafor package. *Journal of Statistical Software*, 36(3), 1-48. Recuperado de: <http://www.jstatsoft.org/v36/i03/>

- \*Waller, E., Scheidt, C. E., & Hartmann, A. (2004). Attachment representation and illness behavior in somatoform disorders. *The Journal Of Nervous And Mental Disease*, 192(3), 200-209. doi:10.1097/01.nmd.0000116463.17588.07
- Wallin, D.J. (2012). *El apego en psicoteràpia*. Bilbao: DDB.
- \*Ward, A., Ramsay, R., Turnbull, S., Steele, M., Steele, H., & Treasure, J. (2001). Attachment in anorexia nervosa: a transgenerational perspective. *The British Journal Of Medical Psychology*, 74(Pt 4), 497-505. doi:10.1348/000711201161145
- \*Ward, M. J., Lee, S. S., & Polan, H. J. (2006). Attachment and psychopathology in a community sample. *Attachment & Human Development*, 8(4), 327-340. doi:10.1080/14616730601048241
- \*Wedekind, D., Bandelow, B., Heitmann, S., Havemann-Reinecke, U., Engel, K. R., & Huether, G. (2013). Attachment style, anxiety coping, and personality-styles in withdrawn alcohol addicted inpatients. *Substance Abuse Treatment, Prevention, And Policy*, 81. doi:10.1186/1747-597X-8-1
- \*Weisman, O., Aderka, I. M., Marom, S., Hermesh, H., & Gilboa-Schechtman, E. (2011). Social rank and affiliation in social anxiety disorder. *Behaviour Research And Therapy*, 49(6-7), 399-405. doi:10.1016/j.brat.2011.03.010
- \*West, M., & George, C. (2002). Attachment and dysthymia: the contributions of preoccupied attachment and agency of self to depression in women. *Attachment & Human Development*, 4(3), 278-293. doi:10.1080/14616730210167258
- Wichstrøm, L., Belsky, J., & Berg-Nielsen, T. S. (2013). Preschool predictors of childhood anxiety disorders: A prospective community study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(12), 1327-1336. doi:10.1111/jcpp.12116
- \*Wickham, S., Sitko, K., & Bentall, R. P. (2015). Insecure attachment is associated with paranoia but not hallucinations in psychotic patients: The mediating role of negative self-esteem. *Psychological Medicine*, 45(7), 1495-1507. doi:10.1017/S0033291714002633
- \*Wilkinson, R. B., & Mulcahy, R. (2010). Attachment and interpersonal relationships in postnatal depression. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 28(3), 252-265. doi:10.1080/02646831003587353

- \*Willemsen-Swinkels, S. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., Buitelaar, J. K., van IJzendoorn, M. H., & van Engeland, H. (2000). Insecure and disorganised attachment in children with a pervasive developmental disorder: relationship with social interaction and heart rate. *Journal Of Child Psychology And Psychiatry, And Allied Disciplines*, 41(6), 759-767. doi:10.1111/1469-7610.00663
- \*Wiltgen, A., Adler, H., Smith, R., Rufino, K., Frazier, C., Shepard, C., & ... Fowler, J. C. (2015). Attachment insecurity and obsessive-compulsive personality disorder among inpatients with serious mental illness. *Journal Of Affective Disorders*, 174411-415. doi:10.1016/j.jad.2014.12.011
- \*Wood, E., & Riggs, S. (2009). Adult attachment, cognitive distortions, and views of self, others, and the future among child molesters. *Sexual Abuse: A Journal Of Research And Treatment*, 21(3), 375-390. doi:10.1177/1079063209340142
- World Health Organization. (2001). *The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope*. Geneva, DC: Autor.
- Yáñez, S. (2008). La evaluación desde la teoría del apego: El lugar de los autoinformes y otros instrumentos en la evaluación del apego en niños, adolescentes y adultos. En S. Yáñez (comp.), *La teoría del apego en la clínica, I: Evaluación y clínica* (pp. 95-155). Madrid: Psimatica.
- Yáñez, S. y Comino, P. (2011). Evaluación del apego adulto: Análisis de la convergencia entre diferentes instrumentos. *Acción Psicológica*, 8(2), 67-85.
- \*Zachrisson, H. D., Sommerfeldt, B., & Skårderud, F. (2011). What you use decides what you get: comparing classificatory procedures for the Adult Attachment Interview in eating disorder research. *Eating And Weight Disorders: EWD*, 16(4), e285-e288. doi:10.1007/BF03327474
- Zaforas, M. (2017). *Open Data, o cómo los datos están cambiando el mundo*. Recuperado el 26 de septiembre de 2018, de <https://www.paradigmadigital.com/techbiz/open-data-los-datos-estan-cambiando-mundo/>
- \*Zeijlmans van Emmichoven, I. A., van IJzendoorn, M. H., de Rooter, C., & Brosschot, J. F. (2003). Selective processing of threatening information: effects of attachment representation and anxiety disorder on attention and memory. *Development And Psychopathology*, 15(1), 219-237. doi:10.1017/S0954579403000129

## **ANEXOS**

## ANEXO 1: Herramienta de evaluación de la calidad utilizada

| Ítem | Pregunta  | Si | No | NA/<br>NR <sup>1</sup> | Criterios  |
|------|---|----|----|------------------------|--|
| 1    | ¿Fue la pregunta de investigación u objetivo en este documento claramente establecidos y apropiados?  |    |    |                        | ¿Se describe el objetivo de esta investigación? ¿Es fácil entender lo que se busca?  |
| 2    | ¿Estaba la población del estudio claramente especificada y definida?  |    |    |                        | ¿Se describe el grupo de personas a partir del cual se seleccionaron o reclutaron los casos y controles (datos demográficos, ubicación etc.)? Si los investigadores realizaran este estudio nuevamente, ¿sabrían exactamente a quién reclutar, desde dónde, etc? |
| 3    | ¿Los autores incluyeron una justificación del tamaño de muestra?  |    |    |                        | ¿Se discuten las razones para seleccionar o reclutar la cantidad de individuos incluidos?  |
| 4    | ¿Los controles fueron seleccionados o reclutados de la misma población o población similar que dio origen a los casos (y en el mismo período de tiempo)?  |    |    |                        | Si un control desarrollara la condición que se utilizó para seleccionar los casos, ¿esa persona habría sido elegible para convertirse en un caso?  |
| 5    | ¿Las definiciones, los criterios de inclusión y exclusión, los algoritmos o los procesos utilizados para identificar o seleccionar casos y controles son válidos, confiables e implementados sistemáticamente en todos los participantes del estudio? |    |    |                        | ¿Los criterios de inclusión y exclusión se desarrollaron antes de la selección de la población de estudio? Los investigadores usan la misma edad (o rango de edad), sexo, raza y otras características para seleccionar la muestra?                              |
| 6    | ¿Los casos fueron claramente definidos y diferenciados de los controles?  |    |    |                        | ¿Se proporciona una descripción específica de "caso" y "control"?  |
| 7    | Si se seleccionaron menos del 100% de los casos y/o controles elegibles para el estudio, ¿se seleccionaron aleatoriamente los casos y/o controles entre los elegibles?  |    |    |                        | ¿Se indica si se utilizó muestreo aleatorio para seleccionar los controles?  |
| 8    | ¿Hubo uso de controles concurrentes?  |    |    |                        | Un control simultáneo es un control seleccionado en el momento en que otra persona se convirtió en un caso.  |
| 9    | ¿Los investigadores pudieron confirmar que la exposición/riesgo ocurrió antes del desarrollo de la condición o evento que definió a un participante como un caso?   |    |    |                        | Para que una asociación entre una exposición y un resultado se considere causal, la exposición debe haber ocurrido antes del resultado.  |
| 10   | ¿Las medidas de exposición/riesgo fueron claramente definidas, válidas, confiables e implementadas de manera consistente (incluido el mismo período de tiempo) en todos los participantes del estudio?  |    |    |                        | ¿Las herramientas utilizadas fueron precisas y confiables, por ejemplo, han sido validadas?  |
| 11   | ¿Los evaluadores de la exposición / riesgo estaban cegados al caso o al estado de control de los participantes?   |    |    |                        | ¿Los evaluadores de resultados sabían si los participantes estaban expuestos o no?   |
| 12   | ¿Se midieron y ajustaron estadísticamente las principales variables de confusión en los análisis? Si se utilizó la coincidencia, ¿los investigadores explicaron la coincidencia durante el análisis del estudio?                                      |    |    |                        | Los investigadores necesitan controlar todos los factores clave que pueden estar asociados con la exposición de interés y el resultado y no son de interés para la pregunta de investigación.  |

<sup>1</sup>NR/NA: No aplicable/No reportado

## ANEXO 2: Leyenda de las abreviaturas de los instrumentos de apego utilizados

|                     | Abreviatura            | Instrumento de apego                                 |
|---------------------|------------------------|--|
| <b>Entrevista</b>   | AAI                    | Adult Attachment Interview                           |
|                     | ASI                    | Attachment style interview                           |
|                     | CAI                    | Child Attachment Interview                           |
|                     | FAI                    | Family Attachment Interview                          |
| <b>Auto-informe</b> | AAQ                    | Adult Attachment Questionnaire                       |
|                     | AAS                    | Adult Attachment Scale                               |
|                     | ASQ                    | Attachment Style Questionnaire                       |
|                     | BFKE                   | Bielefeld Client Expectations Questionnaire          |
|                     | CaMir                  | Cartes: Modèles Individuels de Relation              |
|                     | ECR                    | Experiences in Close Relationships Scale             |
|                     | IACA                   | Inventory of Attachment in Childhood and Adolescence |
|                     | IPPA                   | Inventory of Parent and Peer Attachment              |
|                     | PAM                    | Psychosis Attachment Measure                         |
|                     | RQ                     | Relationship Questionnaire                           |
|                     | RSQ                    | Relationship Scales Questionnaire                    |
|                     | RAAS                   | Revised adult attachment scale                       |
|                     | VASQ                   | Vulnerable Attachment Style Questionnaire            |
|                     | <b>Test proyectivo</b> | ASAI   |
| AAP                 |                        | Adult Attachment Projective Picture System           |
| ASCT                |                        | Attachment Story Completion Task                     |
| MCAST               |                        | Manchester Child Attachment Story Task               |
| SAT                 |                        | Separation anxiety test                              |
| <b>Exposición</b>   | PAAS                   | Preschool Attachment Assessment System               |
|                     | SS                     | Strange Situation Procedure                          |

Esta Tesis Doctoral ha sido defendida el día \_\_\_\_ d\_\_\_\_\_ de 201\_\_

En el Centro\_\_\_\_\_

de la Universidad Ramon Llull, ante el Tribunal formado por los Doctores y Doctoras  
abajo firmantes, habiendo obtenido la calificación:

Presidente/a

\_\_\_\_\_

Vocal

\_\_\_\_\_

Vocal \*

\_\_\_\_\_

Vocal \*

\_\_\_\_\_

Secretario/a

\_\_\_\_\_

Doctorando/a

\_\_\_\_\_

(\*): Sólo en el caso de tener un tribunal de 5 miembros