

Marina Nolla Panisello

**LA QUALITAT DEL PROCÉS DE CONSTRUCCIÓ DE LES
DIFERENTS RELACIONS D'AFERRAMENT I EL
DESENVOLUPAMENT DE LA PSICOPATOLOGIA**

TREBALL DE FI DE GRAU

Dirigit per la Dra. Anna Huguet Roselló

Grau de Psicologia



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Tarragona

2022

Índex

1.- Introducció	Pàg. 5
1.1.- Teoria de l'Aferrament	Pàg. 5
1.2.- Diferència entre aferrament i vincle	Pàg. 6
1.3.- Tipus d'aferraments	Pàg. 7
1.4.- Aferrament insegur i psicopatologia	Pàg. 9
1.5.- Aferrament i esdeveniments traumàtics	Pàg. 10
1.6.- Tipus d'aferrament i diagnòstic clínic	Pàg. 11
2.- Objectius i plantejament d'hipòtesis	Pàg. 13
3.- Mètode	Pàg. 14
3.1.- Participants	Pàg. 14
3.2.- Instruments	Pàg. 14
3.2.1.- CaMir-R	Pàg. 14
3.2.2.- Beck Depression Inventory 21 (BDI)	Pàg. 16
3.2.3.- Zung Self-Rating Anxiety (SAS)	Pàg. 17
3.3.- Procediment	Pàg. 18
3.4.- Pla d'anàlisi de dades	Pàg. 19
3.5.- Resultats	Pàg. 20
4.- Discussió i conclusions	Pàg. 26
5.- Referències bibliogràfiques	Pàg. 30
6.- Annexes	Pàg. 34

Resum

Des de la teoria de l'aferrament de Bowlby es considera que les persones tenen una forma força estable de pensar, sentir i actuar en les relacions íntimes, anomenada estil d'aferrament o patró d'aferrament, que es desenvolupa en la infància i adolescència, i aquest estil es manté relativament estable la resta de la vida. En aquest estudi s'ha avaluat la presència de simptomatologia ansiosa i depressiva quan existeix un estil d'aferrament insegur en una mostra de població adulta no clínica resident a Catalunya. Per dur-ho a terme, es va passar un qüestionari de Google Forms a la mostra, on s'englobava; el CaMir-R (versió reduïda) per avaluar el tipus d'aferrament, el BDI (Beck Depression Inventory) per detectar la presència de simptomatologia depressiva i l'Escales de Autoevaluación de la Ansiedad de Zung (EAA) per detectar la presència de simptomatologia ansiosa. La distribució dels estils d'aferrament obtinguts en la nostra mostra de 147 subjectes va ser d'un 57,14% amb un aferrament segur, un 10,88% presentava un aferrament insegur ansiós-ambivalent, un 19,05% presentava un aferrament insegur evitatiu, i finalment, un 12,93% presentava un aferrament insegur desorganitzat. Es va observar que existeix una relació significativa entre el tipus d'aferrament i la vivència d'un esdeveniment traumàtic, i el nivell de simptomatologia depressiva i ansiosa.

Els resultats d'aquest estudi contribueixen a enforteixen les hipòtesis plantejades respecte que el grau de seguretat desenvolupat en l'estil de aferrament influeix sobre la salut mental al llarg de la vida. Segons els resultats obtinguts, un aferrament segur actuaria com un mecanisme protector davant a problemes d'ajust socioemocional, específicament simptomatologia ansiós-depressiva.

Paraules clau: aferrament, relació afectiva, psicopatologia.

Abstract

From the Bowlby Attachment Theory, it is considered that people have a stable way of thinking, feeling, and acting in intimate relationships, known as attachment style or attachment pattern, which is developed in childhood and adolescence, and this style is to keep you relatively stable for the rest of your life. In this study, the presence of anxious and depressive symptomatology as well as an insecure attachment style is evaluated in a sample of non-clinical adult population residing in Catalonia. To do this, a Google Forms questionnaire was passed to the sample, which included; the CaMir-R (reduced version) to assess the type of attachment, the BDI (Beck Depression Inventory) to detect the presence of depressive symptoms and the Zung Anxiety Self-Evaluation Scale (EAA) to detect the presence of symptoms anxious. The distribution of attachment styles obtained in our sample of 147 subjects was 57.14% with a secure attachment, 10.88% presented an anxious-ambivalent insecure attachment, 19.05% presented an attachment avoidant insecure, and finally, 12.93% presented a disorganized insecure attachment. It was observed that there is a significant relationship between the type of attachment and the experience of a traumatic event, and the level of depressive and anxious symptoms.

The results of this study contribute to strengthen the hypotheses raised regarding that the degree of security developed in the attachment style influences mental health throughout life. According to the results obtained, a secure attachment would act as a protective mechanism against socio-emotional adjustment problems, specifically anxiety-depressive symptoms.

Keywords: attachment, affective relationship, psychopathology

1.- Introducció

1.1.- Teoria de l'Aferrament

La teoria de l'aferrament és un model que explica la manera com un individu es relaciona amb les persones del seu entorn proper: com els seus pares, fills i parelles sexuals. Aquesta forma de relacionar-se és apresada durant la primera infància i serveix de patró per a totes les relacions íntimes que tindran lloc al llarg de la vida del subjecte.

La Teoria de l'Aferrament estudia en profunditat les experiències de trauma infantil, i més en concret el trauma sofert en el marc de la relació amb les figures d'aferrament parentals durant aquesta etapa, és a dir, el trauma complex. En aquest sentit, segons Marrone et al. (2001), els efectes més severos produïts per situacions traumàtiques són aquells generats per l'ésser humà, i més en particular per a una figura d'aferrament durant la infància. D'acord amb Sadurní (2011), el trauma infantil causat per les figures d'aferrament protectores té moltes probabilitats d'afectar la salut mental, generant patologia, o incidint en la creació d'un model operatiu intern insegur o sistema d'aferrament insegur del futur adult.

Així, la Teoria de l'Aferrament estudia, entre d'altres, la relació entre les experiències traumàtiques viscudes durant la infància, la psicopatologia i l'estil d'aferrament desenvolupat. Lorenzini i Fonagy (2014) esmenten la correlació entre els models operatius insegurs i alguns trastorns de la personalitat. De fet, els trastorns de la personalitat difícilment estaran presents entre persones que han desenvolupat un model operatiu intern segur, atès que, en haver confiat en les seves figures d'aferrament primàries, perceben l'ambient com a poc amenaçador i, per tant, no han tingut la necessitat d'utilitzar mecanismes de defensa excessius, presents als trastorns de la personalitat.

La psicopatologia es concep com una desviació del desenvolupament, resultat d'una sèrie successiva de desadaptacions; un patró d'aferrament insegur en la infància pot iniciar un procés de desviació del centre, però la psicopatologia només és previsible si les adaptacions següents continuen presentant una desviació de la trajectòria adaptativa. El canvi continua sent possible, però és més difícil si la qualitat de les experiències del desenvolupament continuen sent promotores de la desviació (Sroufe, Carlson, Levy i Egeland, 1999).

Una altra noció teòrica important per a entendre la relació entre l'establiment de relacions d'aferrament i la psicopatologia és la noció de models interns dinàmics. Durant els primers anys de vida, al llarg de les diferents interaccions amb les figures de referència o cuidadors, el nen va constituint gradualment un conjunt de coneixements i expectatives sobre la forma com aquestes figures actuen i responen a les seves necessitats i protecció, i sobre un mateix, quant al seu valor propi i la seva capacitat per a influir als demés.

Aquests models interns permeten a l'individu prendre decisions sobre els seus comportaments d'inclinació cap a una figura particular, anticipar el futur i fer plans, per a aconseguir operar de forma més eficient. Sobre aquest tema, Bowlby (1985) va destacar el rol de les experiències primerenques en el desenvolupament de psicopatologia, suggerint que en els casos en què els nens desenvolupen representacions negatives de si mateix i dels altres, tendeixen a ser més vulnerables a la psicopatologia, ja que aquests models operatius interns afecten l'experiència i el comportament, per tant, l'autoconcepte, l'autoestima i les relacions interpersonals (Mason et al., 2005).

1.2.- Diferència entre aferrament i vincle

El que sabem de la teoria de l'aferrament és que aquesta assenyala que hi ha un sistema motivacional que neix de la necessitat primària dels nens de mantenir proximitat física amb els seus cuidadors principals, com a manera de garantir la seva pròpia supervivència. Els més petits detecten aquesta resposta del cuidador davant les seves necessitats, i gràcies a aquesta resposta van integrant a la seva vida emocional la seva presència i la manera de ser calmat. La resposta sistemàtica permet que la nostra resposta es torni predictable i els nens puguin sentir-se segurs davant de diferents contextos. La figura d'aferrament seria llavors una persona que m'organitza des de fora (Lorenzini i Fonagy, 2014).

Des d'aquesta base podem anar entenent com els nens es desenvolupen emocionalment, van desenvolupant estils d'aferrament i van tenint representacions mentals de si mateix i dels altres. Els patrons d'aferrament són dinàmics i poden anar canviant si canvia la figura d'aferrament o la resposta davant les necessitats del nen,

no obstant, l'aferrament llavors és dona sempre des de l'infant cap al seu cuidador, no al revés.

En canvi, el vincle és un procés des del nen a la mare i de la mare al nen. Tots dos influeixen l'un a l'altre, hi posen les seves expectatives, necessitats i tots els processos psíquics. El vincle mare i fill s'estableix abans de néixer, neix com una unió biològica que es desenvolupa fins a convertir-se en una simbòlica que servirà de referent per a vincles posteriors. Els vincles serveixen per estructurar la realitat, serveixen com a marc de referència, establint límits i prohibicions.

1.3.- Tipus d'aferraments

En l'aferrament segur la persona ha internalitzat una relació de confiança amb els pares o cuidadors durant la infància i, per tant, capaç d'adaptar-se a diferents contextos socials, i de mantenir un equilibri adequat entre autonomia i dependència per a la regulació de l'estrès. Un model operatiu intern segur, o estil d'aferrament segur, comporta la capacitat per desenvolupar relacions confiades i sanes, basades en la confiança en un mateix i les pròpies capacitats per desenvolupar-se a l'entorn. Segons Ainsworth et, al. (1978) representa entre el 55-65% de la població.

Un model operatiu insegur, o estil d'aferrament insegur, es caracteritza per la dificultat per establir relacions confiades i sanes, i la inseguretat respecte de les capacitats pròpies per desenvolupar-se en el medi. A més, és freqüent, com veurem, que les persones que han desenvolupat un model operatiu intern insegur experimentin també trastorns psicopatològics. Els estils insegurs d'aferrament es divideixen en tres tipus:

1. L'aferrament insegur evitatiu: La figura de referència de les persones amb aquest tipus d'aferrament sol tenir característiques sobreestimulants i intrusives (Aizpuru, 1994). Es mostren desapegats i les seves figures de referència tendeixen a rebutjar el contacte amb ells (Gayó, 1999). Es mostra hiposensible a les interaccions socials, per la qual cosa tendeix a aïllar-se, no necessàriament en termes de contacte físic, sinó més aviat a nivell emocional. Aquestes persones tenen una alta autoestima i una visió positiva de si mateixes. No volen dependre dels altres, ni busquen suport i aprovació en vincles socials. També tendeixen a amagar o suprimir els seus sentiments quan s'enfronten a una situació potencialment carregada d'emocions. Segons Ainsworth et. al (1978) representen aproximadament un 20% de la població.

2. L'aferrament insegur ansiós-ambivalent o preocupat: Són persones que busquen proximitat amb la figura de referència, però al mateix temps es resisteixen a ser tranquil·litzats per ella i es frustren fàcilment. Les figures de referència responen de manera inconsistent i oscil·len entre la distància i la intromissió. Les persones amb aquest tipus d'afecció solen tenir una autoimatge negativa, alhora que tenen una visió positiva dels altres. L'adult ansiós sovint busca l'aprovació, el suport i la capacitat de resposta dels seus éssers propers, és hipersensible al rebuig i intenta cridar l'atenció dels altres de manera compulsiva. Hi ha una forta por a l'abandonament i la seguretat és una prioritat. D'altra banda, l'absència de suport i intimitat pot portar el tipus ansiós/preocupat a tornar-se més aferrat i exigent, preocupat per la relació i desesperat per obtenir l'afecte dels altres.

Segons Ainsworth et. al. (1978) representen entre un 10-15% de la població.

3. L'aferrament desorganitzat va ser afegit posteriorment, per Main i Solomon (1986) el subjecte és incapaç de controlar les seves reaccions d'estrès, per la qual cosa tendeix a patir desregulacions afectives generalitzades.

Un ambient adequat permet un major impacte a nivell cerebral i un millor desenvolupament dels mecanismes reguladors i defensors contra les amenaces de l'exterior (Barroso, 2011; Liotti & Gilbert, 2011). Cada persona estableix la seva manera de vincular-se amb les figures de referència que l'envolten, aquesta manera depèn de l'entorn on es trobi i dels rols que executi en cada un d'ells. Aquests vincles, resultat de la interacció primerenca amb els cuidadors primaris, es redirigiran cap a altres persones en l'edat adulta, com per exemple, la parella, els fills o els pares (Bowlby, 1976a, 1976b.). Així doncs, els tipus d'aferrament que s'estableixen en els primers anys de vida són la base de les relacions afectives durant tota la vida, una base segura on acudir davant de situacions de vulnerabilitat. Bowlby (1976) va elaborar la seva teoria de l'aferrament i va ressaltar que les interaccions familiars en les etapes primerenques, influeixen directament en el desenvolupament del nen. El cuidador o figura de referència ha d'atendre les necessitats i expectatives de manera estable per a que l'infant pugui explorar l'entorn de manera segura. Amb el progrés de la teoria i de la investigació sobre el desenvolupament de l'aferrament després de la infància, la preocupació per

l'impacte dels processos que es relacionen en el desenvolupament de la psicopatologia guanya una atenció significativa en el terreny de la cerca d'orientació clínica, com analitzarem al llarg d'aquest estudi teòric.

Al camp empíric, diversos estudis han trobat una associació entre la depressió i l'organització d'aferrament preocupat (ColeDetke i Kobak, 1996; Fonagy et al., 1996; Rosenstein i Horowitz, 1996). En relació amb els trastorns d'ansietat, Bowlby (1973) va defensar que la majoria d'aquests trastorns podrien ser explicats per l'ansietat sobre la disponibilitat de la figura de referència, desenvolupat en contextos familiars marcats per un elevat control parental, a través del recurs a la sobreprotecció o al rebuig.

S'han realitzat pocs estudis sobre l'associació entre les representacions de l'aferrament i les alteracions d'ansietat (Dozier, Stovall i Albus, 1999), però els publicats han trobat una elevada prevalença de conductes preocupades per pacients diagnosticats amb trastorns d'ansietat (Fonagy et al., 1996; Rosenstein i Horowitz, 1996), però sense diferenciar-los d'altres alteracions psicopatològiques. Aquests estudis revelen, també, un gran nombre d'individus amb un tipus d'aferrament desorganitzat.

1.4.- Aferrament insegur i psicopatologia

Nombrosos estudis mostren que les situacions en què s'observa una manca d'estratègies d'aferrament coherents i unitàries en els nens generalment s'associen a mares o pares afectats per estrès o depressió cròniques (Dubois-Comtois & Moss, 2004; Edhborg, Lundh, Seimyr & Widström, 2003; Raikes & Thompson, 2006; Teti, Gelfand, Messinger & Isabella, 1995). D'acord amb el plantejat per Adams (2005), les mares deprimides constitueixen un grup d'alt risc, perquè la depressió interfereix amb la seva habilitat per a adonar-se de les necessitats del seu fill i proveir una cura emocionalment nutritiva.

Diversos estudis han aconseguit establir una relació entre estils d'aferrament i diferents psicopatologies. Així, s'ha observat que l'estil d'aferrament ansiós ambivalent/preocupat en adults s'associa a la presència de trastorns d'ansietat (Dozier, Stovall & Albus, 1999), alts rangs de símptomes psiquiàtrics, indicadors d'estrès percebut i dificultats en les relacions interpersonals (Pianta, Egeland & Adam, 2006). També s'ha demostrat que un alt percentatge de persones que presenten trastorns depressius, presenten patrons d'aferrament insegur evitatiu (Pilkonis, 1988).

Així mateix, s'ha vist una gran prevalença d'aferrament desorganitzat en subgrups clínics i una gran proporció de persones amb experiències traumàtiques no resoltes entre pacients amb trastorns alimentaris, desordres afectius, d'ansietat i amb personalitat limítrofa (Dozier, Stovall & Albus, 1999).

1.5.- Aferrament i esdeveniments traumàtics

Les experiències traumàtiques viscudes durant la infància, des de la mirada de la Teoria de l'Aferrament de John Bowlby, poden incidir en l'aparició de psicopatologia durant la vida adulta. Segons Marrone et al. (2001), són considerades experiències potencialment traumàtiques els esdeveniments com a desastres naturals, els que són conseqüència de causes tecnològiques com accidents aeris, marítims, o nuclears, també separacions dels pares per circumstàncies diverses com moviments migratoris, l'internament a la presó, o els esdeveniments relacionats amb la salut. També són potencialment traumàtiques les experiències de pèrdua i dol. Aquests fets susceptibles d'afectar la salut mental d'una persona són, però, diferents del que anomenem el trauma complex. Aquest esdevé quan la desprotecció que un ésser humà sent és causada pels propis pares que han estat constitutius pel nen com a figures d'aferrament protectores. Entren en aquest capítol les formes d'abús i els diferents tipus de maltractament.

Una interessant aportació en el camp de la psicopatologia i la inclinació, és el que ha fet Peter Fonagy (1991; 1999). Amb múltiples treballs sobre la relació entre desordre de personalitat i el tipus de relació primerenca, Fonagy (1999) ha proposat que pacients que pateixen d'un desordre sever de la personalitat han estat víctimes d'abús o maltractament, la qual cosa els ha fet vulnerables a les relacions íntimes i ha generat incapacitat per a transmetre una inclinació segura en els seus propis fills.

Tot i això, no tots els que han patit traumes infantils desenvolupen trastorns de la personalitat. Els efectes del trauma són influenciats tant per predisposicions biològiques com pels estils d'aferrament (Riggs et al., 2007). Per exemple, dones víctimes de maltractament i abús sexual durant la adolescència i adulta, són més propenses a desenvolupar símptomes posttraumàtics si el seu estil d'aferrament és ansiós (Sandberg, Suess, & Heaton, 2010). Així mateix, dones víctimes de trauma infantil tenen més risc de desenvolupar símptomes de somatització si tenen un estil ansiós d'aferrament (Waldinger, Schulz, Barsky, & Ahern, 2006).

Si considerem que els esdeveniments traumàtics solen provocar l'activació del sistema d'aferrament, aleshores no és difícil hipotetitzar que els individus que tendeixen a respondre a aquests esdeveniments amb desregulació emocional i inhibició de la mentalització seran menys capaços de resoldre aquests esdeveniments, i per tant més propensos a manifestar patologies de la personalitat més tard a la vida.

1.6.- Tipus d'aferrament i diagnòstic clínic

El cervell de l'ésser humà està dissenyat per esdevenir addicte a les relacions d'aferrament (Insel, 2003; Panksepp, 1998). Després d'aquests descobriments, les dues xarxes neurològiques més importants implicades en els comportaments d'aferrament han estat identificades: el sistema dopaminèrgic de recompensa i el sistema oxitocinèrgic (Fonagy et al., 2011). El rol del sistema dopaminèrgic de recompensa pel que fa als comportaments d'aferrament s'entén com un mecanisme evolutiu que motiva la reproducció, la cura materna i la supervivència dels fills. Aquest sistema impulsa els individus a buscar relacions properes amb altres i produeix una sensació de satisfacció quan aquestes relacions són obtingudes. L'àrea més important del cervell inclosa en aquest sistema és el cos estriat, una projecció massiva de neurones dopaminèrgiques del cervell mitjà que inclou el putamen i el nucli caudat (Fonagy et al., 2011).

L'oxitocina és una hormona neuroactiva produïda a l'hipotàlem i projectada sobre àrees del cervell relacionades amb les emocions i el comportament social. Els receptors d'oxitocina es troben en zones del cervell que han estat identificades com les reguladores de l'aferrament i altres comportaments socials, com el nucli del llit de l'estría terminal, el nucli paraventricular de l'hipotàlem, el nucli central de l'amígdala, l'àrea tegmental central i el septum lateral.

L'oxitocina funciona com a facilitador de l'aferrament (Baird et al., 2005; Buchheim et al., 2009), augmenta la sensibilitat a senyals de comunicació social (Guastella, Mitchell, & Dadds, 2008; Strathearn, Fonagy, Amico, & Montague, 2009; Strathearn, Iyengar, Fonagy, & Kim, 2012), accelera l'acostament social (Bartz & Hollander, 2006), millora l'exercici de la memòria social (Baumgartner, Heinrichs, Vonlanthen, Fischbacher, & Fehr, 2008; , Heinrichs, & Klaver, 2009), i facilita la codificació i recuperació de records positius sobre trobades socials (Guastella, Mitchell, & Mathews, 2008). Atès que

L'oxitocina atenua l'activitat a l'amígdala dreta (Petrovic, Kalisch, Singer, & Dolan, 2008), ajuda a neutralitzar sentiments negatius davant de situacions socials i augmenta la confiança en altres (Bartz & Hollander, 2006; Heinrichs, von Dawans, & Domes, 2009; Theodoridou, Rowe, Penton-Voak, & Rogers, 2009). L'oxitocina té el poder d'inhibir l'eix hipotalàmic-pituitariadrenal (HPA), regulador de les respostes d'estrès, en els moments en què el sistema d'aferrament s'activa (Fonagy et al., 2011): l'aferrament segur es tradueix en una hipoactivitat adaptativa d'aquest eix, reduint tant l'ansietat social com l'ansietat en general (Nolte et al., 2011).

Així mateix, els estils d'aferrament insegur estan estretament relacionats amb efectes divergents de l'oxitocina. Aquest neuropèptid es troba en menors concentracions en nens maltractats i en adults amb històries de separació primerenca, com també durant el període puerperal de dones amb aferrament insegur, cosa que alhora dificulta el desenvolupament de l'aferrament segur en els seus fills (Fonagy et al., 2011). En pacients amb trastorn de la personalitat límit i aferrament insegur, l'oxitocina actua disminuint la confiança i la probabilitat de comportament cooperatiu, i redueix respostes de tipus disfòric davant l'estrès social (Bartz et al., 2011; Simeon et al., 2011).

En conclusió, l'oxitocina no facilita la confiança i el comportament prosocial de manera uniforme. Els seus efectes en el comportament estan intervinguts pel context social, trets de personalitat, i la qualitat de l'aferrament primerenc (Bartz et al., 2011; Bartz, Zaki, Bolger, & Ochsner, 2011). Aquest fet subratlla la importància d'entendre els trastorns de la personalitat i la salut mental en general com una combinació inextricable de factors ambientals, psicològics i físics (Braun & Bock, 2011; Teicher et al., 2002).

La literatura clínica sobre adolescents i adults dona suport a l'existència d'aferraments insegurs i psicopatologia. Tot i això, els estudis es mantenen en marc descriptiu, i caldria avançar cap a un anàlisi més comprensiu sobre els mecanismes i processos immersos en les relacions entre aferrament i psicopatologia, per això, calen més estudis que confirmen el que diu la teoria que, a més d'avaluar la correlació d'altres variables amb aquests estils d'aferrament, també estudiïn la relació de la presència d'esdeveniments traumàtics amb els estils d'aferrament, i, en conseqüència, amb simptomatologia ansiosa i depressiva per comprendre aquests processos (Soares, I. i Dias, P. 2007).

2.- Objectius i plantejament d'hipòtesis

Aquest estudi està basat en una investigació sobre els vincles que s'estableixen al llarg del cicle vital. Concretament en els que s'inicien durant els primers anys de vida, amb la cura i la protecció de la figura de referència i que poden influir directament en les relacions i etapes posteriors, basats en els records i les expectatives de la infància. Per tant, centrarem l'estudi en tres objectius principals:

- 1.- Avaluar els diferents estils d'aferrament en una mostra de població general major de 18 anys resident a Catalunya i capaç d'entre el castellà.
- 2.- Estudiar si hi ha una relació entre estils d'aferrament insegurs i la simptomatologia ansiós-depressiva.
- 3.- Analitzar les diferències de presència de nivells d'ansietat i depressió en subjectes que han experimentat esdeveniments traumàtics i els que no han patit esdeveniments traumàtics.

Per dur a terme aquest estudi s'han plantejat les següents hipòtesis per el segon i tercer objectiu:

- Un aferrament insegur augmentarà la probabilitat de manifestar simptomatologia depressiva i ansiosa.
- Haver viscut experiències traumàtiques en la infància o adolescència incidirà en presentar nivells més alts d'ansietat i depressió en l'adulthood que aquells que no n'han patit.

No s'ha plantejat cap hipòtesis respecte el primer objectiu, ja que aquest objectiu és de caràcter exploratori per poder obtenir informació a l'hora de plantejar les dos hipòtesis esmentades.

3.- Mètode

S'ha realitzat un estudi transversal, amb un disseny correlacional no experimental, amb la finalitat de mostrar associacions entre les variables esmentades anteriorment, no per generar models de causalitat.

3.1.- Participants

L'estudi compta amb una mostra no clínica extreta de la comunitat, per participar en l'estudi els participants havien de complir els següents criteris d'inclusió: persones provinents de tot Catalunya, amb una bona comprensió de la llengua espanyola, tenir entre 18 i 70 anys, i proporcionar el consentiment informat per participar en l'estudi. Els participants no havien d'estar necessàriament diagnosticats d'un trastorn mental ni estar acudint a teràpia periòdicament.

3.2.- Instruments

En primer lloc, s'administrarà el Questionari CAMIR-R per mesurar l'estil d'aferrament en adults, seguidament, dos qüestionaris per avaluar la presència de simptomatologia depressiva (Beck Depression Inventory) i simptomatologia ansiosa (Zung Self-Rating Anxiety).

3.2.1.- CaMir-R (*Annex 1*)

El CaMir-R (Balluerka, Lacasa, Gorostiaga, Mola i Pierrehumbert, 2011) és un qüestionari que mesura les representacions d'aferrament i la concepció del funcionament familiar a l'adolescència i principi de l'edat adulta. Consta de 32 ítems que el participant ha de respondre a una escala tipus Likert de 5 punts (1 = Totalment en desacord, 5 = Totalment d'acord). El CaMir-R es fonamenta en les avaluacions que realitza el subjecte sobre les experiències d'aferrament passades i presents i sobre el funcionament familiar. És un instrument àmpliament utilitzat tant en l'àmbit de la recerca com en l'àmbit clínic.

El CAMIR-R avalua els estils d'aferrament segur, ansiós-ambivament/preocupat i evitatiu. Aquesta eina té una sèrie d'avantatges sobre altres mesures d'aferrament; en primer lloc, pot ser administrat independentment de l'estructura familiar en la qual està immers el subjecte avaluat. Així, és adequat tant per a subjectes que han crescut al costat de la seva família biològica com per als que han estat separats d'aquesta i es troben, per exemple, en situació d'acolliment familiar o residencial. A més, proporciona

mesures contínues de les dimensions d'aferrament, les quals permeten examinar els fenòmens clínics més exhaustivament que les mesures basades en categories (Bakermans-Kranenburg i van Ijzendoorn, 2009).

El CaMir (Pierrehumbert et al., 1996) ha estat utilitzat en diverses recerques (Benony, et, al. 2001; Lacasa, 2008; Pierrehumbert et, al. 2005; Queixal, 2010), en les quals s'ha examinat la relació entre la inclinació i la psicopatologia i entre la inclinació i el maltractament.

Per conèixer els resultats del qüestionari, les puntuacions del subjecte s'han de traslladar a la taula Excel creada per a aquest efecte, a partir de la qual s'obtenen les puntuacions T de les dimensions de aferrament. Les dimensions d'aferrament permeten conèixer les característiques de les representacions d'aferrament, a més algunes d'aquestes dimensions permeten estimar el estil d'aferrament de la persona. L'estructura interna del qüestionari consta de 7 dimensions, cinc referides a les representacions de l'aferrament (Seguretat: disponibilitat i suport de les figures d'aferrament; Preocupació familiar; Interferència dels pares; Autosuficiència i rencor contra els pares; i Traumatisme infantil) i les dues restants referides a les representacions de l'estructura familiar (Valor de l'autoritat dels pares i Permissivitat parental).

El CaMir-R presenta una consistència interna adequada. Excepte al factor "Permissivitat parental", els valors de l'alpha de Cronbach van oscil·lar entre 0,60 i 0,85, cosa que cal considerar com a valors acceptables per a escales de menys de vuit ítems. D'altra banda, les correlacions test-retest van mostrar valors superiors a 0,56 en tots els factors excepte al factor "permissivitat parental", que va adoptar el valor de 0,45. A més, el CaMir-R té una adequada validesa factorial, convergent i de decisió (Balluerka et al., 2011). Al CaMir-R, l'avaluació de l'estratègia primària es fa a partir del factor 1 Seguretat: Disponibilitat i suport de les figures d'aferrament. Segons els resultats de l'estudi de Balluerka et al.(2011), aquest factor correlaciona positivament amb l'estil d'aferrament segur i negativament amb l'estil d'aferrament insegur. Si la puntuació en la dimensió Seguretat: Disponibilitat i suport de les figures d'apego assoleix la puntuació T de tall de 50 o més, l'estil d'aferrament és segur. Si és inferior a 50, considerarem que el seu estil d'aferrament és insegur. En aquest cas passarem a avaluar l'estratègia secundària, que es calcularà en funció de la dimensió d'aferrament insegur que presenti la puntuació més alta.

Entre els subjectes amb un aferrament insegur, la persona serà classificada amb un estil d'aferrament preocupat o evitatiu depenent de la seva puntuació a les dimensions de preocupació familiar i interferència dels pares del CaMirR. Si el subjecte presenta una puntuació més gran en les dimensions 2 i 3 (preocupació familiar i interferència dels pares) que en la dimensió 6 d'autosuficiència i rancor cap als pares, es considera que presenta un estil d'aferrament insegur preocupat/ansiós ambivalent. Si el subjecte presenta una puntuació més gran en la dimensió 6 d'evitació (autosuficiència i rancúnia contra els pares) que en les dimensions de preocupació (preocupació familiar i interferència dels pares), es considera que mostra un estil d'aferrament insegur evitatiu.

Finalment, cal assenyalar que tot i que el CaMir-R no avalua l'aferrament desorganitzat, una alta puntuació en la dimensió 7 (traumatisme infantil), suggereix que el subjecte presenta indicadors d'un aferrament desorganitzat.

3.2.2.- Beck Depression Inventory 21 (BDI) (*Annex 1*)

El test utilitzat per mesurar els nivells de depressió dels participants és *Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II)* (Aaron T. Beck et al. 1996). Hi ha tres versions del BDI: la versió original, publicada el 1961, la revisió de 1971 sota el títol de BDI-1A; i el BDI-II, publicat el 1996

L'autor de l'adaptació espanyola és Jesús Sanz y Carmelo Vázquez (2005) (Sanz J, i Vázquez C, 2005). Adaptación española del inventario para la depresión del Beck-II . *Clinica y Salud*, 2005,1,121-142), en col·laboració amb el Departament de I+D de Pearson Clinical and Talent Assessment España: Frédérique Vallar, Elena de la Guía y Ana Hernández. L'editor de la versió espanyola és Pearson Educación, S.A.

L'Inventari de Depressió de Beck-II (BDI-II) és un autoinforme de llaips i paper compost per 21 ítems de tipus Likert. L'inventari proposat inicialment per Beck i les seves versions posteriors han estat els instruments més utilitzats per detectar i avaluar la gravetat de la depressió. De fet, és el cinquè test més utilitzat pels psicòlegs espanyols (Muñiz i Fernández-Hermida, 2010). Els seus ítems no es deriven de cap teoria concreta sobre el constructe mesurat, sinó que descriuen els símptomes clínics més freqüents dels pacients psiquiàtrics amb depressió.

Els estudis psicomètrics de la versió espanyola del BDI-II s'han dut a terme amb diverses mostres de mida moderada-alta, extretes en major part de la Comunitat de Madrid; pacients adults amb diversos trastorns psicològics que seguien tractaments

psicològics ambulatoris, adults de la població general y estudiantes universitaris de diverses facultades. Els ítems presenten altes saturacions en un factor o dimensió bàsica de depressió. Les puntuacions presenten una alta fiabilitat, estimada mitjançant dissenys de consistència interna (Sanz J, i Vázquez C, 2005).

Les puntuacions mostren una alta discriminació entre persones amb un trastorno depressiu major i sense depressió, diagnosticats mitjançant entrevistes estructurades (Sanz J, i Vázquez C, 2005).

Les instruccions per al BDI-II sol·liciten a les persones avaluades que elegeixin les afirmacions més característiques que cobreixen el marc temporal de les darreres dues setmanes, inclòs el dia d'avui, per ser consistent amb els criteris del DSM-IV per a la depressió major. Cada ítem es respon en una escala de 4 punts, de 0 a 3, excepte els ítems 16 (canvis en el patró de son) i 18 (canvis en la gana) que contenen 7 categories. Si una persona ha triat diverses categories de resposta en un ítem, s'assigna la categoria a què correspon la puntuació més alta. Les puntuacions mínima i màxima al test són 0 i 63. S'han establert punts de tall que permeten classificar a els avaluats en un dels quatre grups següents: 0-13, mínima depressió; 14-19, depressió lleu; 20-28, depressió moderada; i 29-63, depressió greu.

3.2.3.- Zung Self-Rating Anxiety (SAS) (*Annex 1*)

La SAS és una mesura d'ansietat dissenyada per Zung (1971) per quantificar el nivell d'ansietat per als subjectes que experimenten els seus símptomes relacionats.

És una prova autoadministrada que originalment té 20 preguntes; cada pregunta es qualifica a una escala de 1-4 (Mai, Algunes vegades, Gairebé sempre i Sempre). És una escala que està sent utilitzada a la comunitat científica des de els seus inicis i actualment també està sent utilitzada en estudis per la conjuntura de la Pandèmia per la Covid-19. S'han reduït 5 elements de l'escala original del SAS. La versió traduïda i revisada a l'espanyol de 15 ítem de la Zung Self-Rating Anxiety Scale-15 (SAS-15) (Rodríguez-de Avila et al, 2020). La puntuació d'una persona es calcula sumant tots els valors seleccionats. Les puntuacions més altes indiquen nivells més alts d'ansietat. Segons Zung, les puntuacions brutes totals es converteixen en un nombre d'índex d'ansietat mitjançant un gràfic de conversió. Els números de l'índex d'ansietat s'interpreten de la següent manera: menys de 45 rang normal, entre 45 i 59 es consideren nivells

d'ansietat lleus a moderats, entre 60 i 74 es consideren nivells d'ansietat marcats a severs i, entre 75 i 80 es consideren nivells d'ansietat extrems.

Aquesta escala té bones propietats psicomètriques, com ara una bona consistència interna, validesa concurrent, validesa convergent i la capacitat de discriminar entre mostres clíniques i no clíniques. Hi ha certa confusió sobre els valors de tall d'aquesta escala o els valors que indiquen nivells clínics. No obstant això, s'ha realitzat una gran quantitat d'investigacions per establir encara més la puntuació de tall recomanada (Rodríguez-de Avila et al, 2020).

Finalment, després dels tres tests, s'han formulat quatre preguntes adhoc al final del qüestionari de Google Forms (*Annex 1*) per obtenir informació d'altres variables que no obtenim amb els tests esmentats anteriorment i que són essencials per poder estudiar les hipòtesis plantejades. L'única que ens aporta informació de qualitat per el nostre estudi és la pregunta sobre la vivència d'esdeveniments traumàtics (Objectiu 3), la resta de preguntes són de caràcter exploratori que podrien ser útils de cara a futures investigacions en aquest àmbit però no en aquest estudi.

3.3.- Procediment

Una vegada obtingut el permís ètic del comitè d'ètica de la institució involucrada en l'estudi, el Comitè d'Ètica d'Investigació en Persones, Societat i Medi Ambient (CEIPSA) de la Universitat Rovira i Virgili, es va iniciar la recollida de dades.

Va ser amb l'ajuda de les xarxes socials, amics i familiars, que es va divulgar l'enllaç del qüestionari i així es va aconseguir arribar al nombre de participants esperat. Es va utilitzar el Google Forms per recollir les dades. Els participants se'ls demanava que llegissin i donessin el consentiment informat per el tractament de les seves dades (*Annex 1*).

Aquells que van donar el consentiment se'ls demanava via online emplenar els qüestionaris descrits en l'apartat d'instruments, en l'*Annex 1* es troba el qüestionari sencer amb les preguntes adhoc. Les dades que es recollien eren totalment anònimes. Finalment, es comprovà que les enquestes estiguessin contestades correctament i sense cap ítem en blanc, és a dir, les persones que van començar a omplir els ítems i no van acabar de respondre tot el qüestionari. O bé, persones que puntuaven tots els ítems amb el mateix número, van ser exclosos de l'estudi.

3.4.- Pla d'anàlisi de dades

Es va utilitzar el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versió 25. Per assolir el primer objectiu, dirigit a l'avaluació dels diferents tipus d'aferrament, es van eliminar els outliers detectats i després es va calcular els descriptius de les set dimensions del CaMir-R. Després d'aquesta eliminació, es van classificar els subjectes en els quatre tipus d'aferrament (segur, insegur ambivalent, insegur evitatiu i insegur desorganitzat), seguint la guia d'interpretació d'aquest instrument proposada per Lacasa i Muela (2014) i, seguint els criteris explicats a la descripció de l'instrument en aquest estudi.

Per realitzar l'estudi de la relació entre els estils d'aferrament i la simptomatologia ansiosa i depressiva, es va calcular el coeficient de correlació de Pearson entre les set dimensions del CaMir-R i les puntuacions totals del BDI i Zunk Self-Rating Anxiety. Es va optar per aquest coeficient paramètric tot i que les distribucions de les variables avaluades no presentaven un bon ajustament a la Normalitat, perquè no es van observar biaixos rellevants en cap variable (coeficient d'asimetria < 1) i la mida de la mostra és gran ($n=147$).

De forma complementària, es van distribuir els tipus d'aferrament en dos grans grups (segur vs. insegur) per comparar les mitjanes de les puntuacions totals en simptomatologia ansiosa i depressiva mitjançant la prova t Student per a mostres independents i l'estadístic d de Cohen per avaluar la magnitud de les diferències. Es va optar per treballar només amb aquests dos grans grups perquè la mida de les mostres dels tipus ambivalent i desorganitzat no arribaven als 20 subjectes i, per tant, treballant amb els quatre tipus d'aferraments les mides de mostra estaven molt desequilibrades. Aprofitant que els qüestionaris per avaluar la simptomatologia depressiva i ansiosa presenten punts de tall per fer una interpretació qualitativa de les puntuacions, es va calcular la prova exacta de Fisher entre els dos tipus bàsics d'aferrament (segur vs. insegur) i els nivells de simptomatologia. Es va emprar aquesta prova com alternativa a la prova Xi-quadrat donat l'incompliment del criteri d'aplicació del Xi-quadrat que exigeix que totes les freqüències esperades de les caselles de la taula de contingència siguin iguals o superiors a cinc.

Finalment, per comparar les mitjanes en simptomatologia ansiosa i depressiva en funció d'haver patit o no un esdeveniment traumàtic al llarg de la vida es va aplicar també la prova t Student per a mostres independents i l'estadístic d de Cohen per avaluar la magnitud de les diferències.

3.5- Resultats

Abans de començar a analitzar els resultats es van tenir en compte els 147 subjectes que havien donat el seu consentiment. Un 74% dels subjectes eren dones i un 26% de la mostra homes. Un 67% dels subjectes es trobava dins de la franja d'edat entre els divuit anys i els trenta-cinc anys, un 22% dels subjectes es trobava dins de la franja d'edat de trenta-sis i cinquanta anys, i un 11% dels subjectes es trobava dins de la franja d'edat de cinquanta-un anys i setanta anys. No es va tenir en compte el gènere dels subjectes a l'hora d'analitzar els resultats, ja que es una dada que no ens aportava informació en relació als objectius que es volien assolir. En total, van ser 158 els subjectes que van contestar el qüestionari, no obstant això, hi va haver onze outliers que mostraven puntuacions extremes. Per tant, es va extreure els subjectes que podien afectar a l'estimació dels paràmetres de l'estudi.

- Quins són els estils d'aferrament a la mostra d'estudi (objectiu 1)?

Tal com es planteja en el primer objectiu, es van avaluar els estadístics descriptius de les set dimensions del qüestionari CaMir-R versió reduïda (Balluerka, Lacasa, Gorostiaga, Muela y Pierrehumbert, 2011) (Taula 1). Es va observar que totes les mitjanes de les dimensions quedaven situades dins del rang de la normalitat (interval de 40 a 60) excepte la mitjana de la dimensió Permissivitat, que quedava lleugerament per damunt (mitjana=63,82).

Taula 1

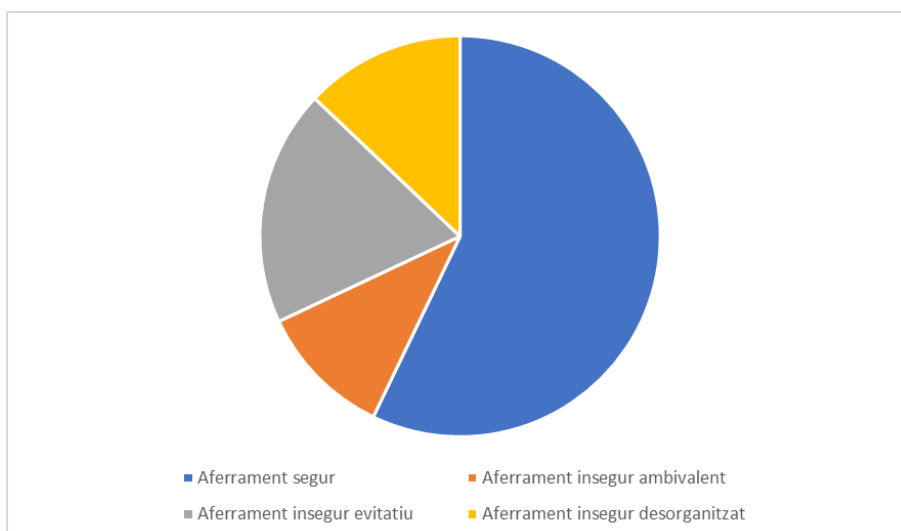
Estadístics descriptius de les dimensions d'aferrament

Dimensions	Mín.	Màx.	Rang	Mediana	Mitjana	SD
Seguretat	15,50	61,43	45,93	53,78	50,20	11,88
Preocupació	25,66	76,37	50,72	47,39	49,34	12,33
Interferència	29,86	85,42	55,56	50,69	51,46	12,36
Autoritat dels pares	21,57	61,97	40,40	51,87	50,75	10,18
Permissivitat	41,96	90,99	49,03	66,48	63,82	9,66
Autosuficiència i rencor	32,15	76,46	44,31	54,30	54,93	9,93
Traumatisme	39,54	91,83	52,29	54,92	56,30	13,58

La distribució dels estils d'aferrament obtinguts en la nostra mostra de 147 subjectes en la població no clínica de Catalunya van ser els següents (Figura 1): un 57,14% (n= 84) dels subjectes presentava un aferrament segur, un 10,88% (n= 16) dels subjectes presentava un aferrament insegur ansiós-ambivalent, un 19,05% (n= 28) dels subjectes presentava un aferrament insegur evitatiu, i finalment, un 12,93% (n= 19) dels subjectes presentava un aferrament insegur desorganitzat.

Figura 1

Classificació dels tipus d'aferrament



- Hi ha una relació entre els estils d'aferrament i la presència de simptomatologia depressiva i ansiosa (Objectiu 2)?

A la taula 2 es presenten els coeficients de correlació de Pearson entre les set dimensions del CaMir-R i les puntuacions totals de simptomatologia depressiva (BDI) i ansiosa (Zunk Self-Rating Anxiety). La dimensió de Seguretat presentava una correlació negativa, significativa i de magnitud moderada-baixa amb la simptomatologia depressiva i ansiosa. Les dimensions de Preocupació, Interferència dels pares, Autosuficiència i rancor cap als pares, i Traumatisme infantil presentaven una correlació positiva, significativa i de magnitud moderada-baixa amb la simptomatologia depressiva i ansiosa. La dimensió d'Autoritat dels pares presentava una correlació negativa, significativa i de magnitud baixa amb la simptomatologia depressiva i ansiosa. La dimensió de Permissivitat presentava una correlació negativa, no significativa i de magnitud gairebé nul·la amb la simptomatologia depressiva i ansiosa.

Es va agafar de referència la taula d'interval de Sancho, González Such i Bakieva, (2014) per interpretar la intensitat de la relació.

Taula 2

Taula de correlacions

Dimensions	Depressió	Ansietat
Seguretat	-,400**	-,276**
Preocupació	,274**	,236**
Interferència	,359**	,328**
Autoritat dels pares	-,203*	-,165*
Permissivitat	-,004	,020
Autosuficiència i rancor	,377**	,218**
Traumatisme	,359**	,303**

**Correlació significativa a nivell .01

*Correlació significativa a nivell .05

A la taula 3 es presenten els resultats de la prova t Student de comparació de mitjanes de simptomatologia depressiva (BDI) i ansiosa (Zunk Self-Rating Anxiety) en funció del tipus de vincle (segur vs. insegur). Es va observar que existien diferències estadísticament significatives tant en depressió ($t=-4,427$, $gl=145$, $p<,001$) com en ansietat ($t=-2,325$, $gl=145$, $p=,021$). Les persones amb vincle insegur presentaven una mitjana més alta tant en simptomatologia depressiva ($M_{\text{segur}} = 7,94$ vs. $M_{\text{insegur}} = 13,37$) com ansiosa ($M_{\text{segur}} = 39,40$ vs. $M_{\text{insegur}} = 42,44$). En referència a la magnitud de les diferències entre mitjanes, en la variable depressió es pot considerar gran ($d=-0,728$) i en la variable ansietat entre petita i mitjana ($d=-0,384$).

Taula 3

Prova T Student de comparació de simptomatologia depressiva i ansiosa en funció d'aferrament segur vs. insegur

		N	Mitjana	Desviació estàndard	t	gl	P (significació)	d Cohen
Total depressió	Aferrament segur	84	7,94	6,78	-4,427	145	<,001	-0,728
	Aferrament insegur	63	13,37	8,06				
Total ansietat	Aferrament segur	84	39,40	7,40	-2,325	145	,021	-0,384
	Aferrament insegur	63	42,44	8,40				

A les taules 4 i 5 es presenten les taules de contingència per relacionar el tipus d'aferrament (segur vs. insegur) amb els nivells de simptomatologia depressiva i ansiosa. Es va observar que existeix una relació significativa entre el tipus d'aferrament i el nivell de simptomatologia depressiva (Fisher=14,60, $p=,003$, $C=,299$), de manera que les persones amb un vincle segur presentaven amb major proporció fluctuacions normals de l'estat d'ànim (residu estandarditzat corregit=3,5) mentre que les persones amb un vincle insegur presentaven amb major proporció nivells moderats de depressió (residu estandarditzat corregit=2,8). En el cas de els nivells d'ansietat, la relació amb

la seguretat de l'aferrament també és significativa (Fisher=5,193, $p=,050$, $C=,192$), de manera que els participants amb aferrament segur presentaven en major proporció que els participants amb aferrament insegur, nivells d'ansietat dins del rang de la normalitat (residu estandarditzat corregit=2,0).

Taula 4

Relació entre el tipus d'aferrament (segur vs insegur) i els Nivells de depressió

	Fluctuacions normals de l'estat d'ànim	Alteració lleu de l'estat d'ànim	Al límit de la depressió clínica	Depressió moderada	Depressió greu	Prova exacta de Fisher	p	Coefficient de contingència
Aferrament segur	71,4% (n=60)	19,0% (n=16)	3,6% (n=3)	4,8% (n=4)	1,2% (n=1)	14,60	,003	,299
Aferrament insegur	42,9% (n=27)	28,6% (n=18)	7,9% (n=5)	19,0% (n=12)	1,6% (n=1)			

Taula 5

Relació entre el tipus d'aferrament (segur vs. insegur) i els Nivells d'ansietat

	Nivell d'ansietat normal	Nivell d'ansietat lleuger-moderat	Nivell d'ansietat marcat o greu	Prova exacta de Fisher	p	Coefficient de contingència
Aferrament segur	79,8% (n=67)	20,2% (n=17)	0,0% (n=0)	5,195	,050	,192
Aferrament insegur	65,1% (n=41)	31,7% (n=20)	3,2% (n=2)			

- Haver patit un esdeveniment traumàtic pot relacionar-se directament amb presentar simptomatologia depressiva i ansiosa (Objectiu 3)?

A la taula 6, es presenten els resultats de la prova t Student de comparació de mitjanes de simptomatologia depressiva (BDI) i ansiosa (Zunk Self-Rating Anxiety) en funció de l'ítem que avalua el fet d'haver patit o no un esdeveniment traumàtic al llarg de la vida (Sí vs. No). Es va poder observar que existeixen diferències estadísticament significatives tant en depressió ($t=2,617$, $gl=145$, $p=,010$) com en ansietat ($t=3,789$, $gl=145$, $p<,001$). Les persones que han patit un esdeveniment traumàtic presenten una mitjana més alta tant en simptomatologia depressiva ($M_{sí}= 13,167$ vs. $M_{no}=9,324$) com ansiosa ($M_{sí}=44,889$ vs. $M_{no}=39,351$). En referència a la magnitud de les diferències entre mitjanes, en la variable depressió es pot considerar mitjana ($d=-0,494$) i en la variable ansietat, gran ($d=0,715$).

Taula 6

Prova T Student de comparació de simptomatologia depressiva i ansiosa en funció d'haver patit un esdeveniment traumàtic

	Esdeveniment traumàtic	N	Mitjana	Desviació estàndard	t	gl	P (significació)	d Cohen
Total depressió	SI	36	13,167	7,998	2,617	145	,010	-0,494
	NO	111	9,324	7,542				
Total ansietat	SI	36	44,889	8,053	3,788	145	<,001	0,715
	NO	111	39,351	7,480				

4.- Discussió i conclusions

Aquest estudi té com a objectiu principal estudiar els tipus d'aferrament i com aquests afecten a l'estat d'ànim de la persona. Tenint en compte les dues hipòtesis plantejades en aquest estudi, es va poder comprovar que les dues són certes. En primer lloc, es va veure que amb la presència de simptomatologia ansiosa i depressiva hi havia una relació significativa amb els estils d'aferrament insegurs, per tant podem afirmar que, un aferrament insegur augmentarà la probabilitat de manifestar simptomatologia depressiva i ansiosa. La segona hipòtesis plantejava que el fet d'haver viscut experiències traumàtiques en la infància o adolescència incidirà en el desenvolupament de la psicopatologia en l'adulthood. Com es va poder observar que existeixen diferències significatives tant en la depressió com en la ansietat i la vivència d'esdeveniments traumàtics.

En relació al primer objectiu, que pretenia avaluar el percentatge de cada tipus d'aferrament de la mostra, en aquest cas, un 57,14% dels subjectes presentava aferrament segur, un 10,88% dels subjectes presentava un aferrament insegur ansiós-ambivalent, un 19,05% dels subjectes presentava un aferrament insegur evitatiu. Prenent en consideració la distribució dels estils d'aferrament determinats en el metanàlisi de Bakermans-Kranenbourg i Van Ijzendoorn (2009), un estudi realitzat amb adolescents sense cap diagnòstic clínic on es va obtenir la següent distribució: un 52% dels subjectes van presentar un aferrament segur, un 13% dels subjectes un aferrament insegur ansiós-ambivalent, un 35% dels subjectes un aferrament insegur evitatiu. En el meu estudi, també es va avaluar el quart tipus d'aferrament desorganitzat on els resultats mostraven que, un 12,93% dels subjectes presentaven un aferrament insegur desorganitzat.

Es va poder observar que en els tres estudis presentats a continuació predomina l'estil d'aferrament segur i el que menys predomina és l'aferrament insegur ansiós-ambivalent. Podríem considerar una hipòtesis que en el nostre estudi el percentatge de subjectes amb una ferrament insegur evitatiu es més baix que en el metanàlisi de Bakermans-Kranenbourg i Van Ijzendoorn (2009) degut a que en el nostre si que es va tenir en compte els subjectes amb un estil d'aferrament desorganitzat, i, per tant, el nombre de subjectes amb un estil d'aferrament insegur evitatiu del present estudi es menor. D'altra banda, un altre estudi on també es va utilitzar la versió reduïda del

CaMir-R (Lacasa y Muela, 2014) la distribució dels estils d'aferrament obtinguts a la mostra de Catalunya i el País Basc, van ser els següents: un 60% dels subjectes amb un aferrament segur, un 18% dels subjectes amb un aferrament insegur ansiós-ambivalent i un 22% dels subjectes amb un aferrament insegur evitatiu.

Crida l'atenció el baix percentatge d'aferrament segur identificat a la mostra (57,14%), per exemple, un estudi realitzat a Estats Units amb una mostra representativa a nivell nacional va revelar un 59% d'aferrament segur (Mickelson, Kessler & Shaver, 1997), i encara és més baixa si ho comparem amb la proporció d'aferrament segur en infants trobada en un estudi realitzat a Xile amb un 73,1% (Lecannelier, Kimelman, González, Núñez i Hoffman, 2009).

En base a aquests darrers resultats es podria hipotetitzar que, les pautes actuals de criança, acompanyades de la major visualització de les necessitats socioafectives a la infantesa primerenca, afavoreixen el desenvolupament d'un estil d'aferrament segur en els infants de forma més marcada que en generacions anteriors, no obstant, falta molta investigació per confirmar-ho.

Els resultats d'aquest estudi contribueixen a enfortir la hipòtesi de Bowlby (1985) respecte que el grau de seguretat desenvolupat en l'estil de aferrament influeix sobre la salut mental al llarg de la vida. Segons els resultats obtinguts, un aferrament segur actuaria com un mecanisme protector davant a problemes d'ajust socioemocional, específicament simptomatologia ansiós-depressiva, problemes de relació interpersonal i dificultats en el desenvolupament dels rols socials, la qual cosa està en línia amb investigacions prèvies realitzades a altres països (Soares & Dias, 2007).

Alguns dels punts forts d'aquest estudi es que la recopilació de dades ha estat força ràpida amb la difusió del qüestionari en línia i s'ha pogut arribar al nombre de subjectes esperat per obtenir una mostra significativa de la població no clínica. Aquesta metodologia ha permès un estudi més ampli, involucrant un nombre més gran de subjectes i potenciant la generalització i precisió dels resultats i una major objectivitat. Un altre fortlesa és que no hi ha gaires estudis que s'hagin plantejat avaluar la simptomatologia ansiosa y depressiva dels subjectes després d'administrar-los el qüestionari CaMir-R (versió reduïda).

Una de les limitacions que m'he trobat al llarg d'aquesta recerca és la complexitat del qüestionari CaMir-R i la interpretació d'aquest. Una altra limitació és que no es s'han pogut establir relacions causals entre l'estil d'aferrament i el grau de desajust socioemocional amb el present disseny de recerca, ja que és de caràcter transversal i correlacional, és a dir, apunta a mostrar associacions entre ambdues variables, no pas a generar models de causalitat. Per avançar en aquesta línia, es requereix desenvolupar estudis longitudinals a altres països, que a més considerin la comparació transcultural de les concepcions d'aquest estudi, ja que s'han trobat diferències en la distribució dels estils d'aferrament en els diversos països (Lecannelier et al., 2009; Mickelson et al., 1997). Una altra limitació d'aquest estudi és que els resultats es veuen limitats a descripcions numèriques, enlloc de narracions detallades. En general, ens proporcionen descripcions menys elaborades de la percepció humana de la mostra.

Com a futura línia d'investigació, convindria establir associacions sobre quin és l'estil d'aferrament que suposi un major factor de risc per la salut mental. Aquestes associacions podrien reforçar les aportacions de recerca com la de Dozier i col·laboradors (1999), Pianta i col·laboradors (2006), els qui associen un estil de aferrament insegur al desenvolupament de diverses psicopatologies a l'edat adulta.

Hi ha estudis (Santelices A, M. P., et al. 2011) que han obtingut correlacions significatives amb un $p < 0,01$, amb una associació entre aferrament insegur preocupat (ansiós-ambivalent) i ajust socioemocional amb el doble de mida (0,47) que les observades per a l'aferrament insegur evitatiu (0,18). És possible llavors que l'aferrament preocupat (ansiós-ambivalent) tingui un impacte més gran sobre la salut mental dels adults que l'evitatiu. En cas de que aquesta hipòtesis es confirmés en un futur, es podrien plantejar implicacions pràctiques com per exemple; preparar als professionals de l'educació per una detecció precoç de senyals quotidianes que indiquin un tipus d'aferrament preocupat i el tractament d'aquestes senyals, com treballar les emocions de l'infant a l'hora de separar-se de la seva figura de referència, entre d'altres situacions. Aquesta hipòtesi que obre noves línies de recerca sobre això, per exemple, respecte a les influències diferencials del tipus d'aferrament insegur adult sobre la manifestació particular d'un quadre psicopatològic determinat (per exemple; depressió, ansietat, etc.). Avançar a l'estudi de la relació entre aferrament i psicopatologia en adults constitueix un programa de recerca que aportarà a l'aclariment de els múltiples camins que porten una persona cap a la salut mental i l'ajust social, o bé cap a la

patologia i el patiment, amb perspectiva de cicle vital des del naixement fins la vellesa (Bowlby, 1985; Main, 1996; Weinfield et al., 2000). El rol de les relacions interpersonals al llarg de la vida, ja sigui com a factors de risc vulnerabilitat, o com a escuts protectors i mecanismes de resiliència per a la salut mental, encara es troba incomplet i amb múltiples preguntes per respondre.

5.- Referències bibliogràfiques

Ainsworth, M. D. S (1989). Attachments beyond infancy. *The American Psychologist*, 44, 709-716.

Ainsworth, M. D. S, Blehar, M. C, Waters, E and Wall, S (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Bakermans-Kranenburg, M. J and van IJzendoorn, M. H (2009). The first 10,000 Adult Attachment Interviews: distributions of adult attachment representations in clinical and non-clinical groups. *Attachment and Human Development*, 11(3), 223–263.

Balluerka, N, Lacasa, F, Gorostiaga, A, Muela, A y Pierrehumbert, B (2011). Versión reducida del cuestionario CaMir (CaMir-R) para la evaluación del apego. *Psicothema*, 23(3), 486–494.

Belsky, J (2005). Attachment theory and research in ecological perspective: Insights from the Pennsylvania Infant and Family Development Project and the NICHD Study of

Bowlby, J (1969/1998). *El apego y la pérdida: Vol. 1. El apego*. Barcelona: Paidós.

Bowlby, J (1973/1998). *El apego y la pérdida: Vol. 2. La separación (3ª ed.)*. Barcelona: Paidós.

Bowlby, J (1979/2006). *Vínculos afectivos: Formación, desarrollo y pérdida*. Madrid: Morata.

Bowlby, J (1980/1997). *El apego y la pérdida: Vol. 3. La pérdida afectiva, tristeza y depresión (2ª ed.)*. Barcelona: Paidós.

Bowlby, J (1988). *Una base segura: aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. Barcelona: Paidós.

Dozier, M., Stovall, K. C. & Albus, K. (1999). Attachment and Psychopathology in Adulthood. En J. Cassidy y P. Shaver (Eds.), *Handbook of Attachment: Theory, Research and Clinical Applications*, (pp. 497-519). New York, London: The Guilford Press.

Dozier, M and Kobak, R (1992). Psychophysiology in attachment interviews: Converging evidence for deactivating strategies. *Child Development*, 63, 1473- 1480.

- Early Child Care. In K. E. Grossmann, K. Grossmann y E. Waters (Eds.), *Attachment from infancy to adulthood: the major longitudinal studies* (pp. 71-97). New York: GuildfordPress.
- Fonagy, P. (2004). *Teoría del apego y psicoanálisis*. Barcelona: Espaxs
- Galán A. (2010). El apego: Más allá de un concepto inspirador. *Asociación Española Neuropsiquiatría*, 30 (108), 581-595.
- Garrido, L. (2016). Apego, emoción y regulación emocional. implicaciones para la salud. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38 (3).493-507.
- Giraldo, D. Castañeda, H. y Mazo, H. (2017). Factores demográficos relacionados con el apego materno infantil. *Revista Universidad de Salud*, 19(2), 197-206.
- Granados, J. y Ortiz, L. (2003). Patrones de daños a la salud mental: Psicopatología y diferencias de género. *Salud Mental*, 26(1), 42-50.
- Isabella, R. (1993). Origins of attachments: Maternal interactive behaviour across the first year. *Child Development*, 64, 605-621.
- Lambert, M., Hansen, N., Umphress, V., Lunnen, K., Okiishi, J., Burlingame, G. Hefner, J & Reisinger, C. (1996). *Administration and scoring manual for the outcome questionnaire (OQ-45.2)*. Wilmington, DE: American Profesional Credentialing Service LLC.
- Lecannelier, F., Kimelman, M., González, L., Nuñez, C. y Hoffmann, M. (2009). Evaluación de Patrones de Apego en Infantes durante su Segundo Año en Dos Centros de Atención de Santiago de Chile. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 18, 197-207
- Lyons, R. (1999). Attachment Relationships among children with aggressive behavior problems: role of disorganized early attachment patterns. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64 (1), 64-73.
- López, F (2006). Apego: estabilidad y cambio a lo largo del ciclo vital. *Infancia y aprendizaje*, 29(1), 9-23.
- López, F y Ortiz, M. J (2005). El desarrollo del apego durante la infancia. In F. López, I. Etxebarria, M. J. Fuentes y M. J. Ortiz (Eds.), *Desarrollo afectivo y social* (pp. 39-66). Madrid: Pirámide.

- Main, M (1990). Cross-cultural studies of attachment organization: Recent studies changing methodologies and the concept of conditional strategies. *Human Development*, 33, 48–61.
- Main, M (1999). Epilogue: Attachment theory: Eighteen points with suggestions for future studies. In J. Cassidy y P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 845- 888). New York: Guildford Press.
- Main, M, Kaplan, N and Cassidy, J (1985). Security in infancy, childhood, and adulthood: A move to level of representation. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50 (1-2), 66-104.
- Mickelson, K., Kessler, R. & Shaver, P. (1997). Adult Attachment in a Nationally Representative Sample. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73(5), 1092-1106.
- Mikulincer, M and Shaver, P. R (2007). *Attachment in adulthood*. New York: The Guildford Press.
- Muller, R. T, Lemieux, K. E and Sicoli, L. A (2001). Attachment and psychopathology among formerly maltreated adults. *Journal of Family Violence*, 16(2), 151-169.
- Rikhye, K, Tyrka, A. R, Kelly, M. M, Gagne, G. G, Mello, A. F, Mello, M. F et al. (2008). Interplay between childhood maltreatment, parental bonding, and gender effects: Impact on quality of life. *Child Abuse and Neglect*, 32, 19-34.
- Sanz, J., García-Vera, M.P. y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck—II (BDI-II): 3. Propiedades psicométricas en pacientes con trastornos psicológicos. Manuscrito en preparación.
- Sanz, J. y Vázquez, C. (1998). Fiabilidad, validez y datos normativos del Inventario para la Depresión de Beck. *Psicothema*, 10(2), 303-318.
- Soares, I. & Dias, P. (2007). Apego y psicopatología en jóvenes y adultos: Contribuciones recientes de la Investigación. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(1), 177-195.
- Solomon, J and George, C (1999). *Attachment disorganization*. New York: Guildford Press.

Sroufe, L. A, Carlson, E. A, Levy, A. K and Egeland, B (1999). Implications of attachment theory for developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 11(1), 1-13.

Toth, S. L and Cicchetti, D (1996). Patterns of relatedness and depressive symptomatology in maltreated children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 32-41.

Van IJzendoorn, M. H (1995). Adult attachment representations, parental responsiveness, and infant attachment: A meta-analysis on the predictive validity of the Adult Attachment Interview. *Psychological Bulletin*, 117, 387-403.

Vega, Verónica, Sanchez, Magali Luz y Roitman, Denise (2011). Tipos de apego en una muestra de adolescentes con y sin trastornos de la conducta alimentaria. III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Zung W. A Rating Instrument For Anxiety Disorders. *Psychosomatics*. 1971; 12(6): 371-379. DOI:10.1016/S0033-3182(71)71479-0

Weinfield, N., Sroufe, L. A. & Egeland, B. (2000). Attachment from infancy to Early Adulthood in a HighRisk Sample: Continuity, Discontinuity, and Their Correlates. *Child Development*, 71(3), 695-702.

Whiple, N., Bernier, A. & Genevieve, A. (2011). Broadening the study if infant security of attachment: Manual Autonomy-Support in the context of the infant exploration. Blackwell Publishing, 20 (1), 17-3.

6.- ANNEXES

- Annex 1 Qüestionari administrat amb Google Forms

Consentiment

Esta investigación se realiza como parte del Trabajo de Fin de Grado desarrollado por Marina Nolla Panisello, estudiante de cuarto curso de Psicología de la Universidad Rovira i Virgili.

El objetivo del trabajo es evaluar los estilos de apego y cómo éstos influirán en la calidad de la salud mental. Si acepta participar, se le pedirá únicamente que sea mayor de edad y residente en España.

La utilización y tratamiento de los datos recogidos serán tratados de acuerdo con la Ley orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales. La información recogida se utilizará íntegramente para los fines de esta investigación académica y será completamente anónima.

Asimismo, puedes retirarte de esta investigación en el momento que lo desees, dejando de contestar el cuestionario, sin que ello tenga alguna consecuencia negativa o la perjudique en algún aspecto. No hay respuestas correctas e incorrectas por lo que se ruega a los participantes que contesten con total sinceridad. El tiempo total estimado para contestar este cuestionario es de 5 a 10 minutos.

Versió espanyola del CAMIR-R (Versió reduïda)

Este cuestionario trata sobre las ideas y sentimientos que tienes de tus relaciones personales y familiares. Tanto del presente, como de tu infancia. Lee cada frase atentamente y marca con sinceridad la casilla que mejor describa tus ideas y sentimientos.

Siendo las opciones de respuesta:

1 = Muy en desacuerdo

2 = En desacuerdo

3 = Ni de acuerdo ni en desacuerdo

4 = *De acuerdo*

5 = *Muy de acuerdo*

Trata de ser lo más sincero/a y preciso/a que puedas. Recuerda que no hay respuestas correctas o incorrectas.

1. Las amenazas de separación, de traslado a otro lugar, o de ruptura de los lazos familiares son parte de mis recuerdos infantiles.
2. Mis padres eran incapaces de tener autoridad cuando era necesario.
3. En caso de necesidad, estoy seguro(a) de que puedo contar con mis seres queridos para encontrar consuelo.
4. Desearía que mis hijos fueran más autónomos de lo que yo lo he sido.
5. En la vida de familia, el respeto a los padres es muy importante.
6. Cuando yo era niño(a), sabía que siempre encontraría consuelo en mis seres queridos.
7. Las relaciones con mis seres queridos durante mi niñez, me parecen, en general, positivas.
8. Detesto el sentimiento de depender de los demás.
9. Sólo cuento conmigo mismo para resolver mis problemas.
10. Cuando yo era niño(a), a menudo, mis seres queridos se mostraban impacientes e irritables.
11. Mis seres queridos siempre me han dado lo mejor de sí mismos.
12. No puedo concentrarme sobre otra cosa, sabiendo que alguno de mis seres queridos tiene problemas.
13. Cuando yo era niño(a), encontré suficiente cariño en mis seres queridos como para no buscarlo en otra parte.
14. Siempre estoy preocupado(a) por la pena que puedo causar a mis seres queridos al dejarlos.

15. Cuando era niño(a), tenían una actitud de dejarme hacer.
16. De adolescente, nadie de mi entorno entendía del todo mis preocupaciones.
17. Cuando yo era niño(a), teníamos mucha dificultad para tomar decisiones en familia.
18. Tengo la sensación de que nunca superaría la muerte de uno de mis seres queridos.
19. Los niños deben sentir que existe una autoridad respetada dentro de la familia.
20. Mis padres no se han dado cuenta que un niño(a) cuando crece tiene necesidad de tener vida propia.
21. Siento confianza en mis seres queridos.
22. Mis padres me han dado demasiada libertad para hacer todo lo que yo quería.
23. Cuando yo era niño(a), tuve que enfrentarme a la violencia de uno de mis seres queridos.
24. A partir de mi experiencia de niño(a), he comprendido que nunca somos suficientemente buenos para los padres.
25. Cuando yo era niño(a), se preocuparon tanto por mi salud y mi seguridad, que me sentía aprisionado(a).
26. Cuando me alejo de mis seres queridos, no me siento bien conmigo mismo.
27. Mis padres no podían evitar controlarlo todo: mi apariencia, mis resultados escolares e incluso mis amigos.
28. Cuando era niño(a), había peleas insoportables en casa.
29. Es importante que el niño aprenda a obedecer.
30. Cuando yo era niño(a), mis seres queridos me hacían sentir que les gustaba compartir su tiempo conmigo.
31. La idea de una separación momentánea con uno de mis seres queridos, me deja una sensación de inquietud.
32. A menudo, me siento preocupado(a), sin razón, por la salud de mis seres queridos.

Versió espanyola de Beck Depression Inventory (BDI).

A continuación, aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lee con atención cada una y señala cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de marcar la que más te representa.

1) .

No me siento triste

Me siento triste.

Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.

Me siento tan triste o desgraciado que no puedo soportarlo.

2) .

No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.

Me siento desanimado respecto al futuro.

Siento que no tengo que esperar nada.

Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3) .

No me siento fracasado.

Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.

Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.

Me siento una persona totalmente fracasada.

4) .

Las cosas me satisfacen tanto como antes.

No disfruto de las cosas tanto como antes.

Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.

Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

5) .

No me siento especialmente culpable.

Me siento culpable en bastantes ocasiones.

Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.

Me siento culpable constantemente.

6) .

No creo que esté siendo castigado.

Me siento como si fuese a ser castigado.

Espero ser castigado.

Siento que estoy siendo castigado.

7) .

No estoy decepcionado de mí mismo.

Estoy decepcionado de mí mismo.

Me da vergüenza de mí mismo.

Me detesto.

8) .

No me considero peor que cualquier otro.

Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores.

Continuamente me culpo por mis faltas.

Me culpo por todo lo malo que sucede.

9) .

No tengo ningún pensamiento de suicidio.

A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.

Desearía suicidarme.

Me suicidaría si tuviese la oportunidad.

10) .

No lloro más de lo habitual.

Ahora lloro más que antes.

Ahora lloro todo el tiempo.

Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo aunque quiera.

11) .

No estoy más irritado de lo normal en mí.

Ahora estoy un poco más irritado que de costumbre.

Estoy bastante molesto o irritado la mayor parte del tiempo.

Me siento irritado todo el tiempo.

12) .

No he perdido el interés por los demás.

Estoy menos interesado en los demás que antes.

He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.

He perdido todo el interés por los demás.

13) .

Tomo decisiones de la mejor forma que podría.

Pospongo la toma de decisiones más que antes.

Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.

Ya no puedo tomar decisiones.

14) .

No creo tener peor aspecto que antes.

Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.

Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.

Creo que tengo un aspecto horrible.

15) .

Trabajo igual que antes.

Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.

Tengo que obligarme mucho para hacer algo.

No puedo hacer nada en absoluto.

16) .

Duermo tan bien como siempre.

No duermo tan bien como antes.

Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.

Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.

17) .

No me siento más cansado de lo normal.

Me canso más fácilmente que antes.

Me canso en cuanto hago cualquier cosa.

Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18) .

Mi apetito no ha disminuido.

No tengo tan buen apetito como antes.

Ahora tengo mucho menos apetito.

He perdido completamente el apetito.

19) .

Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.

He perdido más de 2 kilos y medio.

He perdido más de 4 kilos.

He perdido más de 7 kilos.

20) .

No estoy más preocupado por mi salud que de costumbre.

Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.

Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en otras cosas.

Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.

21) .

No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.

Estoy menos interesado por el sexo que antes.

Casi no tengo interés por el sexo.

He perdido completamente el interés por el sexo.

La Escala de Autoevaluación de la Ansiedad de Zung (EAA)

A continuación, vas a leer frases relacionadas con el estado de ánimo, indica con qué frecuencia te sientes identificado con cada una de ellas. Trata de ser lo más sincero/a y preciso/a que puedas. Recuerda que no hay respuestas correctas o incorrectas.

Siendo las opciones de respuesta:

1 = Nunca o casi nunca

2 = A veces

3 = Con bastante frecuencia

4 = Siempre o casi siempre

1. Me siento más intranquilo y nervioso que de costumbre
2. Me siento atemorizado sin motivo
3. Me altero o me angustio fácilmente
4. Siento como si me estuviera deshaciendo en pedazos
5. Creo que todo está bien y no va a pasar nada malo
6. Me tiemblan los brazos y las piernas
7. Sufro dolores de cabeza, del cuello y de la espalda
8. Me siento débil y me canso fácilmente
9. Me siento calmado y me es fácil estar tranquilo
10. He tenido el pulso acelerado últimamente
11. Me siento mareado a menudo
12. Me desmayo o siento que voy a desmayarme
13. Puedo respirar fácilmente
14. Se me duermen y me hormiguean /falta de sensibilidad en los dedos de las manos y de los pies
15. Sufro náuseas o dolores de estómago
16. Tengo que orinar con mucha frecuencia
17. Generalmente tengo las manos secas y calientes
18. La cara se me pone caliente y roja

19. Me duermo fácilmente y descanso bien por la noche

20. Tengo pesadillas

- ¿Alguno de tus familiares cercanos ha sido diagnosticado de alguna enfermedad mental? En caso de que la respuesta anterior sea afirmativa, ¿cuál?

- ¿Has acudido a terapia psicológica durante los últimos seis meses?

- ¿Te han diagnosticado alguna enfermedad mental a lo largo de tu vida? En el caso de que la respuesta sea afirmativa, ¿cuál?

- ¿Has vivido alguna experiencia traumática (haber sufrido abusos, un accidente, haber presenciado una catástrofe como puede ser un incendio, etc.)? En el caso de que la respuesta sea afirmativa, ¿cuál?