
RELACIÓN ENTRE
EL APEGO Y LA
SINTOMATOLOGÍA
DEPRESIVA EN
PERSONAS CON
TRASTORNO
MENTAL GRAVE Y
DURADERO: EL
PAPEL DE LA
EVITACIÓN
EXPERIENCIAL¹

RELATIONSHIP BETWEEN
ADULT ATTACHMENT
AND DEPRESSIVE
SYMPTOMATOLOGY IN
PEOPLE WITH SEVERE
MENTAL ILLNESS: THE
ROLE OF EXPERIENTIAL
AVOIDANCE



Trucharte, A.
Espinosa, R.
Valiente, C.
Contreras, A.
Peinado, V.

*Universidad Camilo José Cela
Universidad Complutense de Madrid*

email: respinosa@ucjc.edu

RESUMEN

El Trastorno Mental Grave y Duradero (TMGD) presenta una alta tasa de comorbilidad con síntomas depresivos, causando un gran

ABSTRACT

Severe and Chronic Mental Disorder (SMD) presents a high rate of comorbidity with depressive symptoms, causing a great

¹ Esta investigación ha sido subvencionada por el Ministerio de Ciencia e Innovación (PSI2016-74987-P). Los autores agradecen la colaboración de los usuarios y profesionales de la Fundación Manantial para Enfermos Mentales de Leganés y al Centro MENNI, Hermanas Hospitalarias de Aravaca.

impacto personal, económico y reduciendo la calidad de vida de las personas que lo sufren. En los últimos años, los estilos de apego inseguro y la evitación de experiencias negativas internas parecen variables relacionadas no sólo con la presencia de psicopatología grave, sino que podrían estar implicados en el desarrollo y mantenimiento de estas altas tasas de comorbilidad. El objetivo de este estudio fue explorar las relaciones entre los estilos de apego inseguros, la evitación experiencial y la sintomatología depresiva en 41 individuos con diagnóstico de TMGD. Los resultados mostraron que los estilos de apego inseguros se asociaron con mayor depresión. Esta relación fue mediada por la evitación experiencial. En definitiva, la presencia generalizada de depresión en los TMGD subraya la necesidad urgente de desarrollar nuevos tratamientos que incluyan el trabajo con los estilos de apego y el desarrollo de estrategias basadas en la aceptación.

PALABRAS CLAVE

Trastorno Mental Grave y Duradero, Apego, Evitación Experiencial, Depresión, Psicosis.

personal and economic impact and reducing the quality of life of people who suffer it. In recent years, insecure attachment styles and the avoidance of internal negative experiences seem to be variables related, not only, to the presence of severe psychopathology but it could, also, be involved in the development and maintenance of these comorbidity rates. The aim of this study was to explore the relationships between insecure attachment styles, experiential avoidance and depressive symptomatology in 41 individuals diagnosed with SMD. The results showed that insecure attachment styles were associated with an increase in depression. This relationship was intermediate by experiential avoidance. In sum, the widespread presence of depression in SMD highlights the urgent need to develop new treatments focused on working with attachment styles and the development of strategies based on acceptance.

KEYWORDS

Severe and Chronic Mental Disorder, Attachment, Experiential Avoidance, Depression, Psychosis.

INTRODUCCIÓN

Las cifras de comorbilidad entre los síntomas depresivos y trastornos depresivos con los trastornos mentales graves y duraderos (TMGD) son muy elevadas. Por ejemplo, en la esquizofrenia se dan tasas de prevalencia de depresión entre el 25% (Siris y Bench, 2003) y el 39,4% (Conley, Ascher-Svanum, Zhu, Faries, y Kinon, 2007). Llegando incluso a cifras del 64% de comorbilidad entre la depresión y los trastornos de personalidad (Fava et al., 2002). No sólo los síntomas depresivos y la depresión son altamente prevalentes entre los trastornos mentales, sino que también son prevalentes en la población general (Lim et al., 2018; Ferrari et al., 2013).

Estos síntomas y síndromes depresivos comórbidos están presentes en los distintos momentos del curso de la enfermedad mental (Upthegrove et al., 2010). Se han identificado como algo intrínseco al diagnóstico, como una respuesta del individuo a una situación traumática en la infancia, pero también como una reacción psicológica al diagnóstico por sus implicaciones sociales (Birchwood, Iqbal y Upthegrove, 2005). En muchas ocasiones, las personas con TMGD sufren los síntomas depresivos como respuesta a situaciones de victimización (Loinaz, Echeburúa y Irureta, 2011) y como consecuencia del estigma asociado a la enfermedad mental (Birchwood y Iqbal, 1998). Además, la sintomatología depresiva condiciona el grado de recuperación de estas personas, ya que conlleva un impacto significativo sobre su funcionamiento y su calidad de vida (Andrianarisoa et al., 2017), asociándose con un mayor número de recaídas, hospitalizaciones y con un mayor riesgo de suicidio (Abramowitz, Ginger, Gollan y Smith, 2014; Dan, Kumar, Avasthi, y Grover, 2011). A menudo, todo ello conlleva mayores costes en la atención médica, mayor pérdida de días de trabajo productivos y discapacidad (Vos et al., 2013).

Dada la alta prevalencia y la gran repercusión clínica de la sintomatología depresiva en los TMGD, nos parece esencial tratar de identificar factores y mecanismos psicológicos que contribuyen a su desarrollo y mantenimiento, ya que esto permitirá identificar dianas terapéuticas apropiadas.

Un factor importante en el desarrollo y mantenimiento de la psicopatología lo aporta el paradigma del apego, que señala la existencia de una relación entre los estilos de vinculación y la psicopatología (Dozier, Stovall y Albus, 1999; Green y Goldwyn, 2002; Mikulincer y Shaver, 2007; Mikulincer y Shaver, 2012). La teoría del apego de Bowlby (1973) proporciona un marco teórico que permite entender el impacto de las relaciones interpersonales tempranas en la salud mental, a través de la formación de sesgos cognitivos, desregulación afectiva, y alteración de patrones interpersonales tanto en población clínica como en población no clínica (Read y Gumley, 2008). Los estilos de apego reflejan diferencias individuales en las creencias sobre uno mismo y sobre los demás que se han formado a edad temprana mediante la interacción con figuras significativas (Shaver y Mikulincer, 2002). Existen distintas formas de conceptualizar los estilos de apego (Gumley, Taylor, Schwannauer, y McBeth, 2013). Por ejemplo, autores como Bartholomew y Horowitz (1991) utiliza una visión de prototipos para clasificar las orientaciones de apego frente al cual los individuos pueden variar en diferentes grados. Este modelo reconoce que muchos individuos exhiben elementos de más de un patrón y que para evaluar adecuadamente los sentimientos, expectativas y comportamientos de las personas en sus relaciones de apego, es necesario considerar cuatro estilos de apego en adultos: seguro, preocupado, rechazante y temeroso (v. Figura 1).

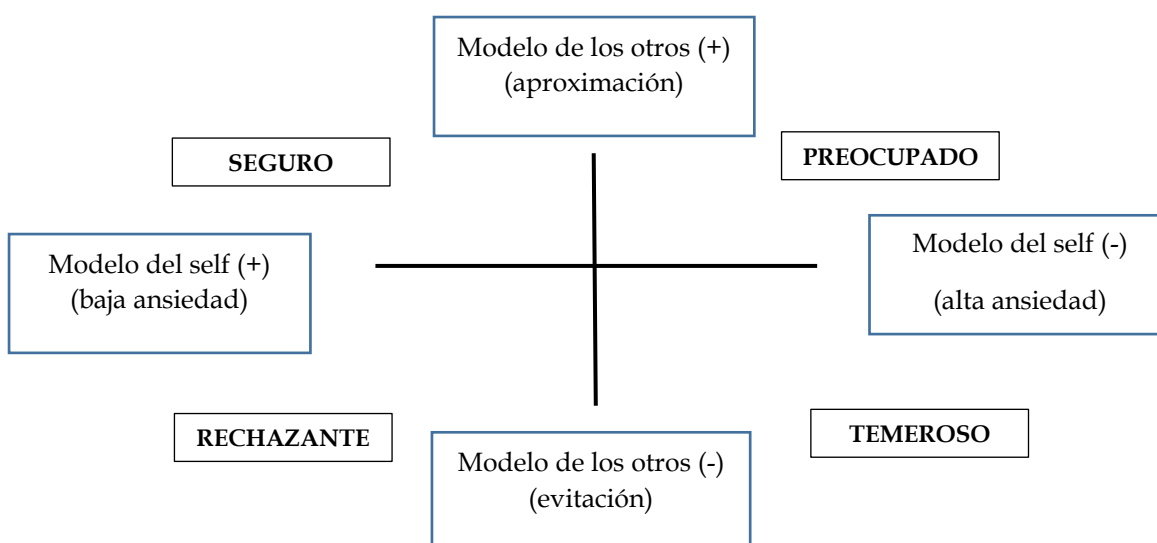


Figura 1. Modelo de dos dimensiones y cuatro categorías (Bartholomew y Horowitz, 1991). Adaptado de Bartholomew, Kwong y Hart (2001).

Mikulincer y Shaver (2007) señalan que los estilos de apego inseguros (ansioso y evitativo), derivados del modelo de dimensiones y cuatro categorías de Bartholomew y Horowitz (1991), son comunes en las personas con trastorno mental, encontrándose en un amplio espectro de problemas psicológicos, desde la angustia leve a los trastornos de personalidad graves y la esquizofrenia. Los estilos de apego inseguros se han vinculado con el desarrollo de síntomas psicóticos (Berry, Barrowclough, y Wearden, 2007; Sitko, Bentall, Shevlin, O'Sullivan y Sellwood, 2014), especialmente cuando el inicio del cuadro es temprano (Ponizvsky, Nechamkin, y Rosca, 2007) y con elevados niveles de depresión y ansiedad social en individuos con alto riesgo de psicosis (Gajwani, Patterson y Birchwood, 2013). Asimismo, existen estudios que apuntan también una relación entre los estilos de apego inseguro y el desarrollo de depresión en población general (Catanzaro y Wei, 2010; Murphy y Bates, 1997; Roberts, Gotlib y Kassel, 1996). Por tanto, los estilos de apego inseguros pueden ser conceptualizados como una vulnerabilidad general a sufrir algún trastorno mental, planteándose que, durante períodos de estrés o percepción de amenaza, promueve formas defensivas de responder (Read, Bentall y Fosse, 2009) y estrategias evitación experiencial (Mikulincer y Shaver, 2008; Vanwoerden, Kalpakci y Sharp, 2015).

La evitación experiencial puede definirse como la intolerancia de experiencias internas negativas, ya sean pensamientos, sentimientos o sensaciones físicas, que están asociadas con intentos de evitar, suprimir o modificar esas experiencias (Hayes, 1994; Hayes, Strosahl y Wilson, 1999; Hayes et al., 2004). Este constructo se ha

asociado con el desarrollo y mantenimiento de síntomas y síndromes psicopatológicos (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999; Hayes et al., 2004; Kasdhan, Barrios, Forsyth y Steger, 2005) y con una disminución del bienestar psicológico en población clínica (Fledderus, Bohlmeijer, y Pieterse, 2010). Asimismo, la evitación experiencial se ha relacionado con depresión en personas con trauma y en población general (Muris, Schmidt, Lambrichs, y Meesters, 2001; Tull, Gratz, Salters y Roemer, 2004), con síntomas paranoides tanto en población clínica como no clínica (Udachina et al., 2009; Udachina, Varese, Myin-Germeys y Bentall, 2014; Valiente, Espinosa, Villavicencio, Cantero y Fuentenebro, 2017) y con el desarrollo de alucinaciones (Varese et al., 2016; Varese, Udachina, Myin-Germeys, Oorschot, y Bentall, 2011). Además, diversos estudios han destacado el papel mediador de la evitación experiencial que puede ayudar a comprender la relación entre factores ontogénicos, como el apego o el trauma, y la psicopatología (Castilho et al., 2017; Goldstone, Farhall y Ong, 2011; Valiente et al., 2017).

Por tanto, y considerando, a) la elevada prevalencia de la sintomatología depresiva y sus repercusiones (Conley et al., 2007; Siris y Bench, 2003; Vos et al., 2013); b) la importancia de los estilos de apego inseguro en el desarrollo de la vulnerabilidad a la psicopatología (Mikulincer y Shaver, 2012); c) y el potencial papel mediador de la evitación experiencial (Chawla y Ostafin, 2007), el presente trabajo plantea: 1) explorar las relaciones entre los estilos de apego inseguros y la sintomatología depresiva en personas con TMGD, mayoritariamente con diagnósticos de psicosis; 2) analizar el papel mediador de la evitación experiencial entre el apego inseguro y la sintomatología depresiva en personas con TMGD.

MÉTODO

PARTICIPANTES

En la tabla 1 se muestran los datos demográficos y clínicos de los participantes. En este estudio participaron 41 personas con TMGD procedentes de dos centros de rehabilitación psicosocial de la Comunidad de Madrid. Tras la firma del consentimiento informado por parte de todos los participantes, la muestra quedó formada por un 59,5% de mujeres, con una edad media de casi 49 años. En cuanto a su estado civil la mayoría estaban solteros (75,6%) y la mayoría tenía un nivel de estudios secundarios (53,6%). Todos ellos se encontraban sin trabajo (100%). De estos 41 participantes, el 69% tenían un diagnóstico de trastorno psicótico, un 19% presentaron un diagnóstico principal de trastornos de personalidad y un 9,5% tenían algún diagnóstico de trastornos afectivos. En relación con el tratamiento médico que recibían los participantes, se encontró que un 95% seguían tratamiento farmacológico y el 90,5% acudían a tratamiento psicológico (v. Tabla 1).

Tabla 1. Datos sociodemográficos y clínicos

Variables	Participantes n= 41
Sexo, mujeres, n (%)	25 (59,5)
Edad, media (DT)	48,95 (8,65)
Estado Civil, n (%)	
- Soltero	31 (75,6)
- Casado o conviviendo	6 (14,6)
- Separado /Divorciado	4 (9,8)
Nivel de estudios, n (%)	
- Primarios	12 (29,2)
- Secundarios	22 (53,6)
- Superiores	7 (17,2)
Situación Laboral, n (%)	
- Sin trabajo	41 (100)
Tratamiento farmacológico:	
- Benzodiacepinas SI, n (%)	28 (66,7)
- Hipnóticos (no BZD) SI, n (%)	5 (11,9)
- Antipsicóticos SI, n (%)	37 (88,1)
- Antidepresivos SI, n (%)	12 (28,6)
- Estabilizadores SI, n (%)	19 (45,2)
Psicoterapia, n (%)	
- Sin terapia	4 (9,5)
- 1 hora por semana	6 (14,3)
-1 hora cada 15 días	12 (28,6)
-1 hora al mes	14 (33,3)
-1 hora cada dos meses	5 (11,9)
Diagnóstico principal, n (%)	
- Trastorno Psicóticos	29 (69)
- Trastorno Afectivos	8 (19)
- Trastorno Personalidad	4 (9,5)

INSTRUMENTOS

En este estudio se utilizaron las siguientes medidas e instrumentos:

A. Estilo de apego adulto. Se usó el Relationship Questionnaire (RQ; Bartholomew y Horowitz, 1991) que consta de 4 ítems y evalúa, sobre una escala de 7 puntos, en qué medida se ven reflejados los cuatro prototipos de estilos de apego: seguro, preocupado, temeroso y rechazante. Ofrece también la posibilidad de obtener las dos dimensiones, ansiedad y evitación, subyacentes a los instrumentos de autoinforme que evalúan el apego en adultos (Griffin y Bartholomew, 1994). Siguiendo estos modelos, se calculó el estilo de apego ansioso: (Temeroso + Preocupado) – (Seguro +

Rechazante) y el estilo de apego evitativo: (Rechazante + temeroso) – (Seguro + Preocupado) que fueron junto a la puntuación en el apego seguro, las variables que se analizaron en este trabajo.

- B. Evitación experiencial. Cuestionario de Aceptación y Acción-II (AAQ-II; Bond et al., 2011), una revisión de 10 ítems del original AAQ de 9 ítems que evalúa el nivel de tolerancia a eventos mentales angustiantes tales como sensaciones corporales, pensamientos o emociones (por ejemplo, "Tengo miedo de mis sentimientos"). Cada elemento se clasifica en una escala de Likert de 7 puntos que va de 1 (nunca verdadero) a 7 (siempre verdadero). Estas calificaciones se suman para obtener una puntuación total. Las puntuaciones altas indican una mayor evitación experiencial e inflexibilidad psicológica. En nuestro estudio, la consistencia interna para esta sub-escala fue $\alpha = 0,78$.
- C. Niveles de depresión. se utilizó el inventario el Inventario de Síntomas de Derogatis, Revisado (SCL-90-R; Derogatis, 1994), un instrumento de autoinforme usado para evaluar el grado de malestar psicológico actual que experimenta una persona. SCL-90-R compuesto por 90 ítems que intentan ser una muestra representativa de los síntomas psiquiátricos más característicos de los síndromes que el inventario evalúa (Somatización, Obsesiones, Sensibilidad Interpersonal, Depresión, Ansiedad, Hostilidad, Ansiedad Fóbica, Ideación Paranoide y Psicoticismo). Los ítems son puntuados asignando entre 0 a 4 puntos a cada alternativa ("Nada" = 0; "Muy poco"=1; "Poco"=2; "Bastante"=3; "Mucho"=4). Se utilizó la escala de depresión. Los ítems que integran esta subescala representan las principales manifestaciones clínicas de un trastorno depresivo: estado de ánimo disfórico, falta de motivación, poca energía vital, sentimientos de desesperanza, ideaciones suicidas. En nuestro estudio, la consistencia interna para esta subescala fue $\alpha = 0,88$.

Las variables demográficas y clínicas fueron analizadas con estadísticos descriptivos. La relación entre los niveles de depresión y tipos de apego y la evitación experiencial fue analizada mediante la correlación de Pearson (r). Finalmente, el papel mediador de la evitación experiencial entre el apego ansioso y la depresión, utilizamos el procedimiento PROCESS del SPSS para hacer un análisis de mediación simple (Hayes, 2013).

RESULTADOS

A continuación, en la tabla 2 se muestra las relaciones entre las variables estudiadas. Inicialmente, se puede observar que no hubo una relación estadísticamente significativa entre los niveles de depresión de las personas con

TMGD y las variables demográficas, sexo ($p=0,59$) y edad ($p=0,41$). En cuanto a la relación de los distintos tipos de apego adulto y la variable dependiente (nivel de depresión), encontramos que hubo una relación estadísticamente significativa y positiva con el apego ansioso ($p=0,02$) y con el apego evitativo ($p=0,03$). De manera que aquellos participantes con mayores niveles de apego ansioso y aquellos participantes con mayores niveles de apego evitativo presentaban mayores niveles de depresión. Sin embargo, no se encontraron relaciones estadísticamente significativas entre los niveles de depresión y el apego seguro ($p=0,06$) (ver tabla 2). Cuando se exploró la relación entre la evitación experiencial y los niveles de depresión se encontraron una relación estadísticamente significativa entre ambas variables ($p=0,004$); de modo que, a mayores puntuaciones en evitación experiencial, mayores niveles de depresión. Por último, se encontró una relación estadísticamente significativa entre la evitación experiencial con el apego ansioso ($p<0,0001$), aunque no hubo relación estadísticamente significativa con el resto de los tipos de apego (evitativo, $p=0,81$; seguro, $p=0,28$).

Tabla 2. Correlaciones entre los niveles de depresión y variables demográficas y psicológicas

	1	2	3	4	5	6	7
1.Depresión	1						
2.Sexo	-0,08	1					
3.Edad	-0,13	-0,23	1				
4.Evitación Experiencial	0,44**	0,24	0,13	1			
5.Apego ansioso	0,35*	-0,08	-0,09	0,53**	1		
6.Apego Evitativo	0,33*	-0,16	0,18	-0,03	-0,006	1	
7.Apego Seguro	-0,29	0,28	-0,07	-0,17	-0,61**	-0,47**	1

Al observar las diferentes relaciones estadísticamente significativas entre los tipos de apego inseguro adulto, la evitación experiencial y los niveles de depresión en personas con TMGD, concretamente entre el apego ansioso, la evitación experiencial y los niveles de depresión, nos planteamos si la evitación experiencial podría ser el mecanismo mediador por el que el apego ansioso incrementaba los niveles de depresión.

Para evaluar el papel mediador de la evitación experiencial entre el apego ansioso y la depresión, utilizamos el procedimiento PROCESS del SPSS para realizar un análisis de mediación simple (Hayes, 2013). La variable dependiente (Y) fue las

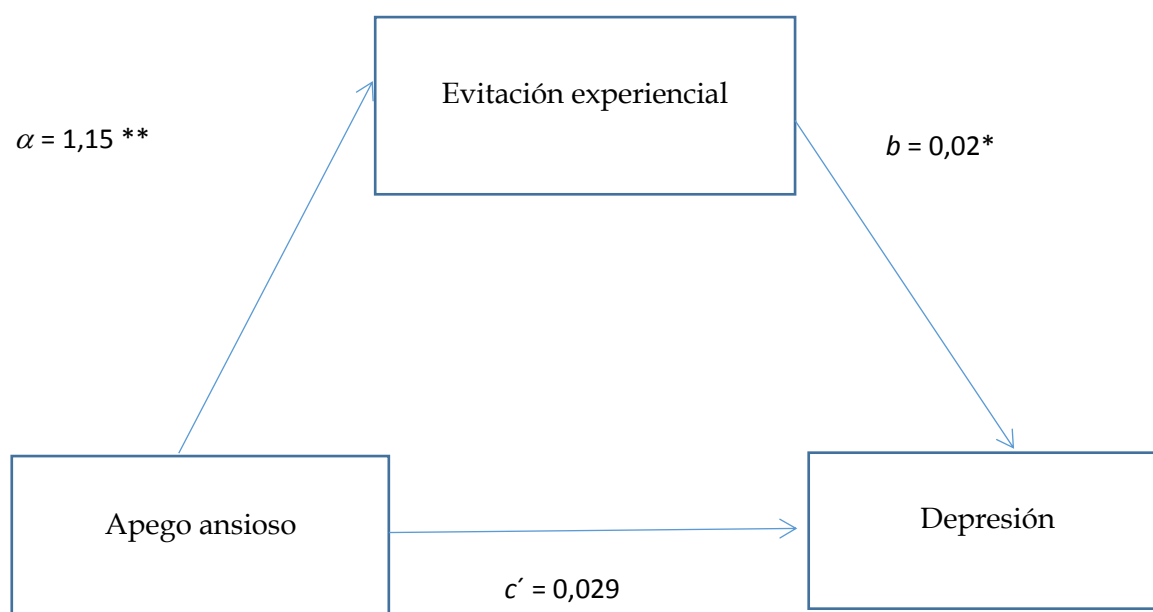
puntuaciones en la escala de depresión, la variable predictora (X) fue el apego ansioso y la variable mediadora (M) fue la evitación experiencial (v. tabla 3).

Se realizó un análisis de mediación simple utilizando el análisis de los componentes principales que mostraron que el apego ansioso afecta indirectamente a los niveles de depresión a través de su efecto sobre la evitación experiencial.

Primero, como puede verse en la figura 2 y en la tabla 3, los participantes con mayores puntuaciones en apego ansioso presentaron mayores niveles de evitación experiencial ($a = 1,15$), y los participantes con mayores niveles de evitación experiencial tenían mayores puntuaciones en depresión ($b = 0,02$). Una corrección bootstrap de intervalos de confianza para el efecto indirecto ($ab = 0,03$) basado en 10.000 muestras bootstrap fue introducido mayor que cero (desde 0,005 a 0,08). Los resultados mostraron que hubo una mediación total que mostró que el apego ansioso afectaba indirectamente a los niveles de depresión a través de su efecto sobre la evitación experiencial ($c' = 0,029$) con un intervalo de confianza para el efecto directo desde -0,03 hasta 0,09.

Tabla 3: Coeficientes del modelo de mediación. Efectos de la evitación experiencial mediando la relación entre el apego ansioso y los niveles de depresión en personas con TMGD

Predictores		Evitación experiencial				Y (Depresión)		
		Coef.	SE	P		Coef.	SE	P
X (Apego ansioso)	a	1,15	0,29	0,0004**	c'	0,029	0,03	0,33
M (Evitación experiencial)		--	--		b	0,02	0,01	0,04*
Constant.	i_1	43,5	1,40	0,00**	i_2	0,19	0,62	0,75
$R^2 = 0,53$					$R^2 = 0,46,$			
$F(1,38) = 14,85, p < 0,001$					$F(2,37) = 5,03, p < 0,05$			
* $p < 0,05$ ** $p < 0,001$								



Efecto Directo = 0,029, 95% CI: (-0,03, 0,09)

Efecto indirecto = 0,03, 95% CI: (0,005, 0,08)

Efecto total = 0,06, 95% CI: (0,008, 0,11)

Figura 2: Modelo de mediación simple total para la evitación experiencial, el apego ansioso y los niveles de depresión

DISCUSIÓN

El objetivo de este estudio fue explorar las relaciones entre los diferentes tipos de apego en adultos y la sintomatología depresiva en personas con TMGD, evaluando el papel mediador en estas relaciones de la evitación experiencial.

Según los modelos cognitivos, las dificultades en las relaciones tempranas con personas significativas y los traumas interpersonales conducen a la formación de creencias negativas sobre uno mismo y los demás que facilitan el desarrollo y mantenimiento de los síntomas psicóticos (Garety, Kuipers, Fowler, Freeman, y Bebington, 2001). En línea con los modelos cognitivos y los hallazgos previos (Kvrgic et al., 2012), los resultados mostraron que ambos estilos de apego inseguros, es decir ansioso y evitativo, estuvieron asociados con mayores puntuaciones en la escala de depresión en personas con TMGD. Aunque, la mayoría de los estudios señalan que

es, especialmente, el apego ansioso el predictor de los síntomas depresivos, tanto en población clínica con psicosis (Berry, Barrowclough y Wearden, 2009; Kvirgic et al., 2012) como en población general (Shaver, Schachner, y Mikulincer, 2005; Wei, Mallinckrodt, Larson, y Zakalik, 2005; Wei, Mallinckrodt, Russell, y Abraham, 2004).

Por otro lado, estos resultados mostraron que la evitación experiencial fue un mecanismo mediador entre el apego ansioso y la depresión en personas con TMGD. Este modelo podría ser indicativo de que en situaciones estresantes o de malestar emocional, las personas con TMGD y de apego ansioso, tratan de evitar la presencia de eventos internos negativos (afecto negativo, recuerdos y/o pensamientos negativos). Paradójicamente, estos intentos de evitación por parte del individuo aumentarían el afecto negativo y la sintomatología depresiva. Por tanto, esta estrategia reguladora resulta ineficaz ya que mantiene un patrón de pensamientos negativos hacia uno mismo, y de desconfianza y temor al rechazo hacia los demás, lo que promueve las dificultades en sus relaciones interpersonales. Así, los estilos de apego inseguros como el ansioso, que evita el temor al rechazo de los demás, se asocian con síntomas afectivos como ansiedad, culpa, depresión y con síntomas psicóticos a través de la evitación experiencial (Ponizovsky, Vitenberg, Baumgarten-Katz y Grinshpoon, 2013; Strand, Goulding y Tidefors, 2015).

Estudios previos habían señalado el papel mediador de la evitación experiencial en psicopatología (Fledderus et al., 2010) y en ideación paranoide (Castilho et al., 2017; Valiente et al., 2017) mientras que se señala también su importancia como mecanismo mediador entre el estilo de apego y la sintomatología depresiva.

Este estudio cuenta con una serie de limitaciones que pasamos a enumerar. En primer lugar, nuestros resultados se basan en datos transversales y no podemos sacar conclusiones sobre la causalidad por lo que estudios futuros deberían emplear diseños experimentales y longitudinales para examinar hasta qué punto la evitación experiencial podría estar relacionada con el apego ansioso en el estudio de los síntomas depresivos. Además, dado que nuestra muestra es pequeña, aunque heterogénea de personas con TMGD, los resultados podrían no ser representativos de una población y generalizables. Además, los datos que se han analizado deben interpretarse con cautela, ya que este estudio se basa principalmente en cuestionarios de autoinforme, que pueden obtener respuestas socialmente deseables.

No obstante, este estudio conlleva una serie de implicaciones clínicas relevantes: primero, destaca la relevancia de prestar atención a la presencia de la sintomatología depresiva que acompaña al TMGD. Esto va en la línea de estudios que reconocen la alta prevalencia entre depresión y la esquizofrenia y que, en conjunto, proponen que la depresión es más que una comorbilidad, por lo que

asumen que se necesitará una mayor atención terapéutica efectiva a estos síntomas del estado de ánimo para mejorar los resultados, apoyar avances en la recuperación y mejorar la calidad de vida de las personas con TMGD (véase Upthegrove, Marwaha y Birchwood, 2017). Segundo, una vía para tratar la sintomatología depresiva en personas con TMGD incluiría la necesidad de abordar en el tratamiento el trabajo con el apego inseguro no sólo, por su papel en el desarrollo y mantenimiento de esta sintomatología, sino también por su vínculo con un menor enganche a los servicios de salud mental y con una mayor probabilidad de abandono (Gumley, Taylor, Schwannauer y McBeth, 2014). Y, tercero, este estudio señala la importancia de la evitación experiencial como una estrategia desadaptativa como intentos de evitar la presencia de eventos internos negativos. Esto implicaría que es necesario ayudar a las personas con TMGD a desarrollar estrategias basadas en la aceptación desde enfoques de tercera generación como la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y Mindfulness que han mostrado efectos positivos en personas con psicosis (Cramer, Lauche, Haller, Langhorst y Dobos, 2016; Morris, Johns y Oliver, 2013). Esto podría ser beneficioso para reducir la sintomatología depresiva ya que, hasta el momento, la gran mayoría de las intervenciones se han basado en la reducción de los síntomas positivos de la enfermedad más que en la mejora del bienestar (Valiente et al., 2019, aceptado).

La presencia generalizada de depresión en la esquizofrenia y los TMG, y el papel propuesto de variables como la evitación experiencial subrayan la necesidad urgente de estudios sobre la eficacia de nuevos tratamientos para la depresión en personas con TMGD, especialmente para las personas con Esquizofrenia.

REFERENCIAS

- Abramowitz, A. C., Ginger, E. J., Gollan, J. K., y Smith, M. J. (2014). Empathy, depressive symptoms, and social functioning among individuals with schizophrenia. *Psychiatry research*, 216(3), 325-332.
- Andrianarisoa, M., Boyer, L., Godin, O., Brunel, L., Bulzacka, E., Aouizerate, B., ... Dubreucq, J. (2017). Childhood trauma, depression and negative symptoms are independently associated with impaired quality of life in schizophrenia. Results from the national FACE-SZ cohort. *Schizophrenia research*, 185, 173-181.
- Bartholomew, K., y 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.

- Bartholomew, K., Kwong, M. J., y Hart, S. D. (2001). Attachment. In W. J. Livesley (Ed.), *Handbook of personality disorders: Theory, research, and treatment* (pp. 196-230). New York, NY, US: Guilford Press.
- Berry, K., Barrowclough, C., y Wearden, A. (2007). A review of the role of adult attachment style in psychosis: unexplored issues and questions for further research. *Clinical psychology review*, 27(4), 458-475.
- Berry, K., Barrowclough, C., y Wearden, A. (2009). Adult attachment, perceived earlier experiences of care giving and trauma in people with psychosis. *Journal of Mental Health*, 18(4), 280-287.
- Birchwood, M., y Iqbal, Z. (1998). Depression and suicidal thinking in psychosis: A cognitive approach. In T. Wykes, N. Tarrrier, & S. Lewis (Eds.), *Outcome and innovation in psychological treatment of schizophrenia* (pp. 81-100). Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons Inc.
- Birchwood, M., Iqbal, Z., y Upthegrove, R. (2005). Psychological pathways to depression in schizophrenia. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 255(3), 202-212.
- Bowlby, J. (1973). *Attachemnt and loss: Vol.2. Separation*. New York: Basic Books.
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., ... y Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior therapy*, 42(4), 676-688.
- Cantazaro, A., y Wei, M. (2010). Adult attachment, dependence, self-criticism, and depressive symptoms: A test of a mediational model. *Journal of Personality*, 78(4), 1135-1162.
- Castilho, P., Martins, M. J., Pinto, A. M., Viegas, R., Carvalho, S., y Madeira, N. (2017). Understanding the effect of attachment styles in paranoid ideation: The mediator role of experiential avoidance. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 6(1), 42-46.
- Cramer, H., Lauche, R., Haller, H., Langhorst, J., y Dobos, G. (2016). Mindfulness-and acceptance-based interventions for psychosis: a systematic review and meta-analysis. *Global advances in health and medicine*, 5(1), 30-43.
- Chawla, N., y Ostafin, B. (2007). Experiential avoidance as a functional dimensional approach to psychopathology: An empirical review. *Journal of Clinical Psychology*, 63, 871-890.
- Conley, R.R., Ascher-Svanum, H., Zhu, B., Faries, D.E., y Kinon, B.J. (2007). The burden of depressive symptoms in the long-term treatment of patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 90, 186-197.
- Dan, A., Kumar, S., Avasthi, A., y Grover, S., (2011). A comparative study on quality of life of patients of schizophrenia with and without depression. *Psychiatry Research*, 189 (2), 185-189.

- Derogatis, L. R. (1994). *SCL-90-R. Administration, Scoring and Procedures Manual (Third Edition)*. Minneapolis: National Computer Systems.
- Dozier, M., Stovall, K. C., y Albus, K. E. (1999). Attachment and psychopathology in adulthood. In J. Cassidy, y P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 497-519). New York: Guilford Press.
- Fava, M., Farabaugh, A.H., Sickinger, A.H., Wright, E., Alpert, J.E, Sonawalla, S., Nierenberg, A.A., Worthington, J.J. (2002). Personality disorders and depression. *Psychological Medicine*, 32(6):1049-57.
- Ferrari, A.J., Charlson, F.J., Norman, R.E., Patten, S.B., Freedman, G., Murray, C.J., Vos, T., Whiteford, H.A. (2013). Burden of depressive disorders by country, sex, age, and year: findings from the global burden of disease study. *PLoS Med*; 10: e1001547.
- Fledderus, M., Bohlmeijer, E. T., y Pieterse, M. E. (2010). Does experiential avoidance mediate the effects of maladaptive coping styles on psychopathology and mental health?. *Behavior modification*, 34(6), 503-519.
- Gajwani, R., Patterson, P., y Birchwood, M. (2013). Attachment: developmental pathways to affective dysregulation in Young people at ultra-high risk of developing psychosis. *British Journal of clinical psychology* 52, 424-437.
- Garety, P. A., Kuipers, E., Fowler, D., Freeman, D., y Bebbington, P. E. (2001). A cognitive model of the positive symptoms of psychosis. *Psychological medicine*, 31(2), 189-195.
- Goldstone, E., Farhall, J., y Ong, B. (2011). Life hassles, experiential avoidance and distressing delusional experiences. *Behaviour Research and Therapy*, 49(4), 260-266.
- Gumley, A. I., Taylor, H. E. F., Schwannauer, M., y MacBeth, A. (2014). A systematic review of attachment and psychosis: measurement, construct validity and outcomes. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 129(4), 257-274
- Green, J., y Goldwyn, R. (2002). Annotation: attachment disorganisation and psychopathology: new findings in attachment research and their potential implications for developmental psychopathology in childhood. *Journal of child psychology and psychiatry*, 43(7), 835-846.
- Griffin, D.W. y Bartholomew, K. (1994). The metaphysics of measurement: The case of adult attachment. In Bartholomew, K. y Perlman, D. (Eds.), *Advances in personal relationships. Attachment processes in adulthood*, 5, 17-52.
- Hayes, S. C. (1994). Content, context, and the types of psychological acceptance. In S. C. Hayes, N. S. Jacobson, V. M. Follette, y M. J. Dougher (Eds.), *Acceptance and change: Content and context in psychotherapy* (pp. 13-32). Reno NV: Context Press.

- Hayes, A. F. (2013). *Introduction to Mediation, Moderation, and Conditional Process Analysis: A Regression-Based Approach*. New York, NY: The Guilford Press. *Journal of Educational Measurement*, 51(3), 335-337.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., y Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., Wilson, K. G., Bissett, R. T., Pistorello, J., Toarmino, D., y McCurry, S. M. (2004). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *Psychological Record*, 54, 553-578.
- Kashdan, T. B., Barrios, V., Forsyth, J. P., y Steger, M. F. (2006). Experiential avoidance as a generalized psychological vulnerability: Comparisons with coping and emotion regulation strategies. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1301-1320.
- Kvrgic, S., Beck, E. M., Cavelti, M., Kossowsky, J., Stieglitz, R. D., y Vauth, R. (2012). Focusing on the adult attachment style in schizophrenia in community mental health centres: validation of the Psychosis Attachment Measure (PAM) in a German-speaking sample. *International Journal of Social Psychiatry*, 58(4), 362-373.
- Lim, G.Y., Tam, W.W., Lu, Y., Ho, C.S., Zhang, M.W., y Ho, R.C. (2018). Prevalence of Depression in the Community from 30 Countries between 1994 and 2014. *Scientific Reports* 8, 2861.
- Loinaz, I., Echeburúa, E., y Irureta, M. (2011). Trastornos mentales como factor de riesgo de victimización violenta. *Psicología conductual*, 19(2), 421.
- Mikulincer, M., y Shaver, P. R. (2007). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change*. Guilford Press.
- Mikulincer, M., y Shaver, P. R. (2008). Adult attachment and emotion regulation. , in: Cassidy, J., y Shaver, P. R. (Eds.). (2008). *Handbook of attachment: Theory, research and clinical implications* (3rd ed.). New York, NY: Guilford Press.
- Mikulincer, M., y Shaver, P. R. (2012). An attachment perspective on psychopathology. *World Psychiatry*, 11(1), 11-15.
- Morris, E. M., Johns, L. C., y Oliver, J. E. (Eds.). (2013). *Acceptance and commitment therapy and mindfulness for psychosis*. John Wiley & Sons.
- Murphy, B., y Bates, G. W. (1997). Adult attachment style and vulnerability to depression. *Personality and Individual Differences*, 22(6), 835-844.
- Muris, P., Schmidt, H., Lambrichts, R., y Meesters, C. (2001). Protective and vulnerability factors of depression in normal adolescents. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 555-565.
- Ponizovsky, A.M., Nechamkin, Y., y Rosca, P. (2007). Attachment patterns are associated with symptomatology and course of schizophrenia in male inpatients. *American Journal of Orthopsychiatry*, 77, 324-331.

- Ponizovsky, A. M., Vitenberg, E., Baumgarten-Katz, I., y Grinshpoon, A. (2013). Attachment styles and affect regulation among outpatients with schizophrenia: relationships to symptomatology and emotional distress. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 86(2), 164-182.
- Read, J., Bentall, R.P., y Fosse, R. (2009). Time to abandon the bio-bio-bio model of psychosis: exploring the epigenetic and psychological mechanisms by which adverse life events lead to psychotic symptoms. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 18, 299-310.
- Read, J., y Gumley, A. (2008). Can attachment theory help explain the relationship between childhood adversity and psychosis?. *Attachment*, 2, 1-35.
- Roberts, J. E., Gotlib, I. H., y Kassel, J. D. (1996). Adult attachment security and symptoms of depression: The mediating roles of dysfunctional attitudes and low self-esteem. *Journal of personality and social psychology*, 70(2), 310.
- Shaver, P. R., & Mikulincer, M. (2002). Attachment-related psychodynamics. *Attachment & human development*, 4(2), 133-161.
- Shaver, P. R., Schachner, D. A., y Mikulincer, M. (2005). Attachment style, excessive reassurance seeking, relationship processes, and depression. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 31(3), 343-359.
- Siris, S.G., y Bench, C. (2003). Depression and schizophrenia. In: *Schizophrenia, Schizophrenia*, Hirsch, S.R. and Weinberg, D.R. (Eds), Blackwell Publishing Company, Malden, p.142.
- Sitko, K., Bentall, R. P., Shevlin, M., O' Sullivan, N., y Sellwood, W., (2014). Associations between specific psychotic symptoms and specific childhood adversities are mediated by attachment styles: an analysis of the National Comorbidity Survey. *Psychiatry Research*, 217, 202-209.
- Strand, J., Goulding, A., y Tidefors, I. (2015). Attachment styles and symptoms in individuals with psychosis. *Nordic journal of psychiatry*, 69(1), 67-72.
- Tull, M. T., Gratz, K. L., Salters, K., y Roemer, L. (2004). The role of experiential avoidance in posttraumatic stress symptoms and symptoms of depression, anxiety, and somatization. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 192, 754-761.
- Udachina, A., Thewissen, V., Myin-Germeys, S., Fitzpatrick, A., O'Kane, A., y Bentall, R. P. (2009). Understanding the relationships between self-esteem, experiential avoidance, and paranoia: structural equation modelling and experience sampling studies. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 197(9), 661-668.

- Udachina, A., Varese, F., Myin-Germeys, I., y Bentall, R. P. (2014). The role of experiential avoidance in paranoid delusions: An experience sampling study. *British Journal of Psychology*, 53(4), 422-432.
- Upthegrove, R., Birchwood, M., Ross, K., Brunett, K., McCollum, R., y Jones, L. (2010). The evolution of depression and suicidality in first episode psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 122(3), 211-218.
- Upthegrove, R., Marwaha, S., y Birchwood, M. (2017). Depression and schizophrenia: cause, consequence, or trans-diagnostic issue?. *Schizophrenia bulletin*, 43(2), 240-244.
- Valiente, C., Espinosa, R., Villavicencio, P., Cantero, D., y Fuentenebro, F. (2017). Adversity and persecutory ideation: A moderated mediational model. *Psychiatry research*, 258, 51-58.
- Valiente, C., Espinosa, R., Trucharte, A., Nieto, J., y Martínez-Prado, L. (2019). The challenge of well-being and quality of life: a meta-analysis of psychological interventions in schizophrenia. *Schizophrenia Research* (aceptado).
- Vanwoerden, S., Kalpakci, A. H., y Sharp, C. (2015). Experiential avoidance mediates the link between maternal attachment style and theory of mind. *Comprehensive Psychiatry*, 57, 117-124.
- Varese, F., Morrison, A. P., Beck, R., Heffernan, S., Law, H., y Bentall, R. P. (2016). Experiential avoidance and appraisals of voices as predictors of voice-related distress. *British Journal of Clinical Psychology*, 55(3), 320-331.
- Varese, F., Udachina, A., Myin-Germeys, I., Oorschot, M., y Bentall, R. P. (2011). The relationship between dissociation and auditory verbal hallucinations in the flow of daily life of patients with psychosis. *Psychosis*, 3(1), 14-28.
- Vos, T., Flaxman, A. D., Naghavi, M., Lozano, R., Michaud, C., Ezzati, M., ... y Abraham, J. (2012). Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The lancet*, 380(9859), 2163-2196.
- Wei, M., Mallinckrodt, B., Larson, L. M., y Zakalik, R. A. (2005). Adult Attachment, Depressive Symptoms, and Validation From Self Versus Others. *Journal of Counseling Psychology*, 52(3), 368-377.
- Wei, M., Mallinckrodt, B., Russell, D. W., y Abraham, W. T. (2004). Maladaptive Perfectionism as a Mediator and Moderator Between Adult Attachment and Depressive Mood. *Journal of Counseling Psychology*, 51(2), 201-212.