
Psicoterapia Analítica Funcional (FAP): Relación de la Experiencia del Yo con el grado de malestar psicológico y la conducta de apego en la edad adulta



UNIVERSIDAD DE ALMERÍA

Cynthia María López Palenzuela

Trabajo Fin de Máster

Máster en Investigación en Ciencias del Comportamiento

José Manuel García Montes

Convocatoria extraordinaria Julio de 2022

“La culpa, querido Bruto, es de nuestras contingencias de reforzamiento, no nuestra”.

Shakespeare

Julio César

Tabla de Contenido

Resumen	4
Abstract	5
Introducción	6
Psicoterapia Analítico Funcional	6
Análisis funcional del lenguaje	8
<i>Tacto</i>	9
<i>Mando</i>	9
<i>Respuesta intraverbal</i>	10
Teoría sobre la formación del Yo desde FAP	10
Nociones sobre el desarrollo del apego infantil y adulto	15
Método	20
Participantes	20
Diseño	20
Instrumentos	20
<i>Escala Experiencia del Yo</i>	21
<i>Inventario Breve de Síntomas</i>	22
<i>Cuestionario Experiencias en las Relaciones Íntimas</i>	23
Procedimiento	23
Análisis de datos	24
Resultados	24
Análisis Correlacional	26
Comparación de Grupos	28
Modelo Predictivo	29
Discusión	32
Referencias	36
Apéndice	42

Resumen

La Psicoterapia Analítica Funcional (FAP) plantea una teoría conductual de la formación del Yo, que explica la presencia de sintomatología psicológica en un continuo de severidad si no se produce el desarrollo esperado. Por otro lado, existe evidencia sobre el papel mediador del apego y los síntomas psicopatológicos, especialmente en relación al apego inseguro. Por tanto, el presente estudio tiene tres objetivos principales. En primer lugar, conocer si existe relación entre la experiencia del Yo, el estilo de apego adulto y la sintomatología psicopatológica. Segundo, comparar dos grupos, experiencia del Yo pública y privada, en relación al grado de malestar psicológico. Y por último, comprobar si esta sintomatología puede ser predicha por la experiencia del Yo y el estilo de apego adulto. Este estudio consta de 119 participantes, que han respondido vía telemática a los cuestionarios EOSS, BSI y ECR. Los resultados arrojaron que existe relación directa entre las tres variables; con lo cual, a mayores problemas en la experiencia del Yo, mayor grado de malestar psicológico y mayor probabilidad de mostrar un estilo de apego inseguro. Así mismo, el grupo con una experiencia pública del Yo presenta un mayor grado de sintomatología psicológica comparado con el grupo con experiencia privada del Yo. Las sub-escalas *Yo en General* y *Ansiedad por las Relaciones*, del EOSS y el ECR respectivamente, explican un 45,9% de la varianza del malestar psicológico. Debido que no se pueden establecer relaciones de causalidad, las conclusiones se elaboran bajo un análisis preliminar y limitado.

Palabras clave: FAP, Psicoterapia Analítica Funcional, experiencia del Yo, sintomatología psicopatológica, estilo de apego adulto.

Abstract

Functional Analytical Psychotherapy (FAP) proposes a behavioral theory of the formation of the Self, which explains the presence of psychological symptomatology in a continuum of severity if the expected development does not occur. On the other hand, there is evidence on the mediating role of attachment and psychopathological symptoms, especially in relation to insecure attachment. Therefore, the present study has three main objectives. In the first place, to know if there is a relationship between the experience of the Self, the adult attachment style and the psychopathological symptomatology. Second, to compare two groups, public and private experience of the Self, in relation to the degree of psychological distress. And finally, check if this symptomatology can be predicted by the experience of the Self and the adult attachment style. This study consists of 119 participants, who have responded electronically to the EOSS, BSI and ECR questionnaires. The results showed that there is a direct relationship between the three variables; with which, the greater the problems in the experience of the Self, the greater the degree of psychological discomfort and the greater the probability of showing an insecure attachment style. Likewise, the group with a public experience of the Self presents a higher degree of psychological symptomatology compared to the group with a private experience of the Self. *The General Self and Relationship Anxiety* sub-scales of the EOSS and ECR, respectively, explain 45.9% of the variance of psychological distress. Because causal relationships cannot be established, the conclusions are drawn based on a preliminary and limited analysis.

Keywords: FAP, Functional Analytic Psychotherapy, experiencing of the Self, psychopathological symptomatology, adult attachment style.

Psicoterapia Analítica Funcional (FAP): Relación de la Experiencia del Yo con el grado de malestar psicológico y la conducta de apego en la edad adulta

Introducción

A partir de los años 90 surge una nueva ola en la historia de la psicología clínica, la llamada Tercera Ola de Terapias de Conducta (Hayes, 2004), de Tercera Generación, o Terapias Contextuales. Las terapias contextuales representaron una revolución en las terapias imperantes, ya que no se centran en la eliminación de los síntomas cognitivos o emocionales —como sí plantea la Terapia Cognitivo Conductual—, sino que se encaminan hacia la alteración de sus funciones a través de la modificación del contexto, tanto público como privado, en la que aparece la sintomatología (Valero y Ferro, 2018). Este conjunto de terapias recibe el nombre de contextuales, por el énfasis en el contexto —antecedente y consecuente— que mantiene las conductas problemáticas del cliente.

En este trabajo, nos centraremos en la Psicoterapia Analítica Funcional, llamada FAP de forma abreviada. La FAP utiliza dos principios básicos de análisis de conducta: la evaluación funcional y la aplicación de las intervenciones en vivo (Kohlenberg y Tsai, 2001; Ferro-García, 2006). Según Ferro-García y Valero-Aguayo (2017), esta psicoterapia “propone una teoría acerca de la formación del Yo como una construcción social y verbal”. Sus principales autores, Kohlenberg y Tsai (1991), abordaron el estudio del fenómeno de la experiencia del Yo basándose en su experiencia clínica y en los estudios sobre el análisis funcional del lenguaje de Skinner (1953, 1957, 1974). Desde la infancia se va formando la propia experiencia del Yo, condicionado por las experiencias tempranas y el contexto social (Kohlenberg y Tsai, 2001).

Psicoterapia Analítica Funcional

A final de la década de los 80, fue presentada por primera vez la FAP (Kohlenberg y Tsai, 1987) junto con la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) (Hayes, 1987). Desde ese momento, se ha expuesto en diversos manuales y se ha estado investigando mediante estudios de casos, cuestionarios y estudios de efectividad (Pérez-Álvarez, 1996a, 1996b; Valero y Ferro, 2018). Se asienta sobre los conocimientos del *análisis experimental de la conducta*; fundada sobre las bases

teóricas y metodológicas del *conductismo radical* de la filosofía de Skinner (1953, 1957): naturaleza contextual del conocimiento y la realidad, y una visión no mentalista de la conducta (Ferro, 2006; Kanter, et al., 2001; Kohlenberg y Tsai, 1991). Tanto la FAP como la ACT se encuadran en el *análisis conductual clínico* (Kohlenberg et al., 1993), que se considera una evolución del análisis funcional de conducta teniendo en cuenta los estudios sobre la conducta gobernada por reglas y las relaciones de equivalencia entre estímulos (Ferro, 2016).

La herramienta básica que utiliza FAP es la propia conducta verbal y sus propiedades relacionales que se dan en vivo como un proceso continuo, dinámico e interactivo, fruto de una vinculación mutua; se utiliza el contexto durante la sesión clínica para la evaluación e intervención terapéutica (Valero y Ferro, 2018). El énfasis que se le da a la relación terapéutica en esta terapia, se considera un aspecto diferencial de la terapia de conducta “tradicional” (Pérez Álvarez, 1996; Valero-Aguayo y Ferro-García, 2018). La FAP nació por la necesidad de abordar los problemas psicológicos más complejos y crónicos, tales como problemas interpersonales difusos, que no se trataban en ese momento desde las terapias de conducta tradicionales (Ferro-García, 2016). Hay que resaltar que esta terapia no se contrapone a las terapias conductuales y cognitivos-conductuales que se han utilizado hasta el momento; sino que supuso un avance que buscaba solventar las limitaciones que presentaban estas terapias.

A las conductas que aparecen en consulta desde la FAP, se denominan Conductas Clínicamente Relevantes (CCR'S) (Kohlenberg, et al., 1993; Kohlenberg y Tsai, 1991, 1994b, 1995a). Es fundamental que el terapeuta sepa clasificar la conducta verbal del cliente bajo las categorías funcionales elaboradas por Skinner (1957): ya sea un *tacto*, un *mando* o *mando disfrazado*, o una *respuesta intraverbal*, entre otras (Véase Punto 1.2). Se distinguen tres tipos de CCR's que se describen a continuación (Kohlenberg y Tsai, 1991; Pérez-Álvarez, 1996; Ferro-García et al., 2009; Valero-Aguayo y Ferro-García, 2018).

Las CCR1 se consideran problemas que aparecen durante la sesión. El contexto terapéutico debe ser un espacio seguro, de intimidad, en el que el cliente pueda mostrarse sin temor a la evaluación negativa por parte del terapeuta. Desde este contexto, aparecerían este tipo de conductas que, generalmente, también ocurren en la vida cotidiana del individuo. El objetivo terapéutico es extinguir las conductas problema; que suelen estar relacionadas con aspectos

evitativos, como podría ser “evitar establecer intimidad en las relaciones sociales por miedo al rechazo”. Desde FAP resulta fundamental que el terapeuta sepa evocar estas CCR1.

Las CCR2 son mejorías y modificaciones de acuerdo a la acción terapéutica que se aprecian durante la sesión. La habilidad del terapeuta para estos comportamientos debe ser la de reforzarlas, de forma natural, tal y como ocurrirá en los distintos ambientes en los que transcurre la vida del cliente. Una CCR2 podría ser, basándonos en el ejemplo del punto anterior, que el cliente empiece a establecer relaciones interpersonales cercanas e íntimas.

Finalmente, las CCR3 hacen referencia a las interpretaciones del cliente sobre lo que le ocurre, tanto dentro como fuera de la consulta; y normalmente aparecen o aumentan al avanzar la terapia. Estas interpretaciones se explican sin tecnicismos, con sus propias palabras, en términos de la vida cotidiana. De esta forma, el cliente puede darse cuenta de cuáles son las verdaderas causas o funciones de su conducta; y se daría un cambio en el contexto, tanto público como privado.

Por otro lado, hay cinco reglas en FAP que serán las bases que el terapeuta tendrá presentes cuando realiza la intervención (Kohlenberg y Tsai, 1911, 1994a): 1) *Observar las CCR*, y sobre esta base se desarrollarán el resto de reglas; 2) *Evocar las CCR1*, si no aparecen estas conductas, el terapeuta deberá crear las condiciones para que aparezcan; 3) *Reforzamiento positivo de las CCR2*, reforzando sobre todo clases de respuesta y no conductas específicas, siendo esta regla fundamental para producir el cambio en consulta y en consecuencia, fuera de ella; 4) *Estar atentos a los efectos del reforzamiento*, ya que un reforzador se define por su efecto, aumentando la probabilidad de la conducta que le sigue; y 5) *Generar en el cliente un repertorio de descripción de las relaciones funcionales entre las variables de control y las conductas, sin tecnicismos, facilitando de esta forma la aparición de CCR3*.

Análisis de las funciones del lenguaje

Tal y como ocurre en todas las psicoterapias, FAP maneja fundamentalmente el lenguaje como una interacción entre el terapeuta y el cliente. Según Valero y Ferro (2018, p. 57), “la conducta pasada es el mejor predictor de la conducta futura del cliente”. Por lo que conocer el análisis funcional del lenguaje, va a dar al terapeuta a una amplia información sobre las posibles variables

que están influyendo en la conducta. Los sistemas de clasificación de la conducta verbal se consideran una introducción al uso de los principios de Skinner en el marco de la psicoterapia (Kohlenberg y Tsai, 1991). A continuación, se describen algunas funciones de relevancia clínica para este estudio.

Tacto

Un *tacto* se define como una respuesta verbal que está bajo el control de la presencia de un estímulo discriminativo previo específico, y es reforzada por reforzadores generalizados secundarios, como una contingencia de reforzamiento amplia y general. Por ejemplo, un *tacto* sería si a un niño le muestran un globo y su padre le pregunta “¿qué es esto?”, y contesta “un *blobo*” (*un globo*). Sería un *tacto* ya que la forma de su respuesta está controlada por el estímulo específico “*globo*” y es reforzada por un reforzador condicionado generalizado, como podría ser la reacción del padre diciendo “¡muy bien cariño!”.

Mando

Según Skinner (1957, p. 50), un *mando* puede definirse como “una operante verbal en la cual la respuesta es reforzada por una consecuencia característica y, por tanto, está bajo el control funcional de las condiciones relevantes de privación o de estimulación aversiva”. Skinner (1957) refiere que hay distintas clases de *mandos*: preguntas, órdenes, solicitudes, súplica o ruego, o advertencias. A lo largo de nuestra vida, se aprenden múltiples operantes verbales diferentes bajo control de diversos estímulos discriminativos.

También se producen *mandos disfrazados*, en el que puede parecer un *tacto* por su forma, pero la persona en realidad está utilizando un *mando* por la función que presenta. Aún siendo a veces complicado diferenciar si es un *mando disfrazado* o un *tacto*, se puede discernir de qué se trata en función del contexto, de la historia, y sobre todo, del análisis funcional de la persona que lo realiza. Por ejemplo, si una persona a la que conocemos y que suele hacer peticiones indirectas dice “*tengo frío*”, puede parecer un *tacto* pero pensamos que es un *mando disfrazado* ya que en realidad está pidiendo que otra persona “*cierre la ventana*”. Los *mandos disfrazados* generalmente son CCR1,

puesto que son formas indirectas de pedir algo, cuando un estilo directo generalmente es más efectivo (Kohlenberg y Tsai, 1991).

Respuesta intraverbal

Este término hace referencia a una conducta verbal que no muestra correspondencia exacta con los estímulos verbales que los evocan: con frecuencia, una pregunta se presenta como el estímulo para una amplia respuesta, siendo ésta la única variable de control (Skinner, 1957). Un ejemplo podría ser preguntarle a una persona “¿cuáles son las letras del abecedario?” (estímulo verbal) y la otra persona contesta “A, B, C, D...” (conducta verbal), siendo cada letra el estímulo discriminativo de la letra que va a continuación.

Teoría sobre la formación del Yo desde FAP

Kohlenberg y Tsai (1991) y más tarde Kanter et al., (2001), desarrollan un trabajo que se centra en el estudio de la compleja experiencia del Yo, el *self*, el *sí mismo*. Este fenómeno se ha estudiado desde un enfoque fenomenológico, el conductismo radical y contextual (Ferro-García y Valero-Aguayo, 2017; Martín-Murcia y Ferro-García, 2016), sin hacer referencia a una entidad mentalista. Esta ampliación de la terapia de conducta, nos hace plantearnos aspectos que hasta hace un tiempo solo se planteaba la psicoterapia psicoanalítica (Kohlenberg y Tsai, 1994a; Pérez Álvarez, 1996). La explicación conductual de la formación del Yo de Kohlenberg y Tsai (2001), está basada en cómo “las condiciones ambientales pueden producir un control estimular de aquellos *tactos* conocidos como *auto-referidos*”. Skinner (1974) refiere que las experiencias o conductas privadas, se aprenden de la misma manera que las conductas públicas en función de los estímulos discriminativos. Se considera que la formación del Yo se produce entre los 6 meses y los 2 años de edad, en función del contexto socio-verbal llevado a cabo por los cuidadores; y dependiendo de esta experiencia los niños desarrollarán un control más público o privado de ese concepto individual del Yo personal (Ferro-García y Valero-Aguayo, 2017). Un control privado del Yo se asocia con mayor estabilidad psicológica y un control público se relaciona con personas que tienen dificultades en

saber qué quieren, sienten o piensan, ya que dependen de los estímulos externos, como otras personas, para darle nombre a lo que están experimentando.

A veces, la formación del Yo puede no desarrollarse de una forma adecuada, y desde FAP se le llama *trastornos del Yo* (Kohlenberg y Tsai, 2001). En estos casos, los cuidadores pueden haber reforzado *tactos* en el niño de un tipo de forma aleatoria, según su estado de ánimo o el cansancio que experimentaban en el momento (Ferro-García y Valero-Aguayo, 2017). Esto puede provocar que el niño quede confundido, sin saber qué siente en realidad, y qué experiencias privadas está teniendo. Por ejemplo, un niño que dice “tengo hambre” y su madre le dice “no, no tienes hambre, no es la hora de comer; yo te diré cuando tienes hambre”. Este niño quedará confuso ante la respuesta que acaba de recibir. Un caso aislado de este tipo no provoca dificultades en la formación del yo; esto ocurre en un proceso gradual y acumulativo (Kanter, et al., 2001). Linehan (1993) está de acuerdo con esta teoría, considerando que las personas diagnosticadas de un Trastorno Límite de la Personalidad han formado su Yo en un ambiente invalidante. Las personas que acaban formando un Yo *inseguro* o *inestable*, o en casos más grave un Yo *ausente*, suelen acudir a consulta con experiencias de angustia, o problemas de personalidad, con afirmaciones como “no sé quien soy” o “me encuentro vacío”.

A continuación, se presentan nociones comunes sobre el Yo que se aprecian tanto en la práctica clínica como en la vida cotidiana. El Yo como uso común y no patológico se define con cuatro características (Kohlenberg y Tsai, 1991). La primera hace referencia a la *experiencia de sí mismo como el Yo*, definiendo el sentimiento del Yo como algo central, permanente y que es testigo de todos los acontecimientos, tanto externos como internos. La segunda, señala el *Yo como el origen de las acciones*, apareciendo en afirmaciones como el “yo quiero”. La tercera, hace referencia al *Yo como el origen de los gestos espontáneos*, siendo una característica fundamental para explicar el Yo real o Yo verdadero, debido a que proviene de la espontaneidad y la creatividad; un falso Yo no tiene ideas personales u originales, sino que éstas proceden de los demás. Y por último, la cuarta característica, define el *Yo como la identidad personal*, como la experiencia consciente de la percepción de la auto-identidad tanto en la propia existencia en el espacio y el tiempo, como la que es reconocida por los otros.

Se producen tres etapas del desarrollo de la conducta verbal desde los primeros meses de vida (véase Tabla 1), que da como resultado la emergencia del yo como una pequeña unidad funcional independiente separada de frases más largas previamente aprendidas; definida como un “subproducto de la adquisición de respuestas más largas que contienen elementos idénticos” (Skinner, 1957, p. 120).

En la *etapa I*, el niño aprende en función de estímulos públicos, normalmente por parte de los padres, unidades funcionales pequeñas como “luz” o “calor”, u otras unidades funcionales más grandes que hacen referencia a un todo como “yo calor”, que constituyen la base para la siguiente etapa.

En la *etapa II* aparecen unidades más pequeñas, más abstractas, de un nivel intermedio como “yo siento” o “yo quiero”. En esta etapa, el niño puede combinar estas expresiones con cualquier otra que haya en su repertorio, o utilizar otras nuevas; puede decir “yo quiero fútbol” a pesar de que no haya pronunciado esa frase anteriormente. Esta fase es crucial para la posible aparición posterior de problemas del Yo (Ferro-García y Valero-Aguayo, 2017). En este punto, los padres deben detectar cuando el niño están teniendo una experiencia privada, ya sea en función de un estímulo externo real (como por ejemplo, una pelota) o un estímulo imaginario. Pongamos el ejemplo de que el niño ha visto una pelota esconderse entre los arbustos, pero sus padres no la han podido ver. Los padres, en un ambiente ideal, darían por válidas las experiencias privadas del niño, aún sin verlas por ellos mismos. Pero, si los padres no toman en serio lo que el niño ha expresado, se reducirá el control por su parte de los estímulos privados y éste puede sentir rechazo a informar sobre sus experiencias internas (Kohlenberg y Tsai, 1991).

Finalmente en la *etapa III* aparece una unidad sola, la unidad más simple “Yo”; y de forma paralela surge la propia experiencia del “Yo”. Así mismo, surge la perspectiva propia del niño, que incluye componentes públicos y privados. Se considera que la formación de la experiencia del Yo es similar a la adquisición de la experiencia “fútbol” o “mamá”, ya que todos los informes verbales están bajo control de estímulos relevantes, con la diferencia de que éstos están bajo control de estímulos públicos específicos que se aprenden de forma separada, y la experiencia del “Yo” bajo estímulos privados que se aprenden a partir de unidades más largas (Kohlenberg y Tsai, 2001; Kohlenberg y Tsai, 1991). En un desarrollo normal, la perspectiva y experiencia del Yo —como

estímulos relevantes privados— son únicos y permanecen siempre con el niño, como “una conciencia permanente, tranquila, sin rasgos distintivos e inmutables, un algo central que es testigo de todos los eventos, interiores y exteriores” (Deikman, 1973).

Tabla 1

Etapas de formación del yo (Kohlenberg y Tsai, 1991)

Etapa I	Etapa II	Etapa III
Yo tengo calor		
Yo tengo hambre	Yo tengo X	
Yo tengo juguete		
Yo siento mal		
Yo siento enfermo	Yo siento X	YO
Yo siento contento		
Yo quiero helado		
Yo quiero zumo	Yo quiero X	
Yo quiero papá		

Se propone la existencia de *trastornos del yo* a lo largo de un continuo de severidad. Si el proceso descrito de emergencia del Yo no se ha formado adecuadamente en el ambiente de aprendizaje del individuo, no se producen suficientes estímulos privados para controlar el informe verbal “Yo”.

En un extremo del continuo se encuentran los trastornos *leves* del Yo, desarrollados a partir de un control privado insuficiente sobre un número pequeño de respuestas “yo X”; lo que esa persona siente estaría bajo control parcial de los otros. En el otro extremo del continuo se encuentran los trastornos *graves* del Yo, que se corresponde con una falta de control privado sobre numerosas unidades “yo X” (Kohlenberg y Tsai, 1991).

Los trastornos *leves* del Yo, son esencialmente frecuentes en la práctica clínica y pueden ser considerados como un factor transdiagnóstico (Ferro-García y Valero-Aguayo, 2017; Valero-Aguayo y

Ferro-García, 2015). En el extremo de este continuo, se encuentra el Yo *inseguro* o *inestable*. En estos casos se produce un control privado insuficiente, encontrándose bajo control público parcial o total; por lo que al depender de estímulos públicos externos —al menos de forma parcialmente—, están condicionados por los demás para dar una respuesta en relación a lo que desean o necesitan. Esto puede ocurrir cuando se ha impedido en algún grado la emergencia del “yo” como pronombre, produciendo un desarrollo desadaptativo en el que se genera un pequeño grado de control de “yo” por parte de los estímulos privados. Kohlenberg y Tsai (1991) describen dos subtipos: 1) *Dificultad para saber lo que uno siente o quiere (relacionado con el Yo inseguro)*, por lo que cuantas menos respuestas tenga el niño bajo control privado, mayor será la confusión que experimente en sus preferencias personales, deseos y valores; y 2) *Sensibilidad extrema ante las opiniones de los demás (relacionado con el Yo inestable)*, que hace que la vida para esa persona se vuelva caótica, impredecible y sujeta a los caprichos de los demás. Entre los trastornos *leves* del Yo, también se describe a las personas *con dificultad para ser espontáneas, creativas y para acceder al verdadero yo*. Las acciones espontáneas y creativas suelen estar asociadas, al menos en nuestra cultura, a una clase de respuestas que normalmente son rechazadas por los demás, por considerarse inusuales, obscenas o groseras; de este modo, una elevada sensibilidad a la crítica puede ir asociada a un debilitamiento de la espontaneidad y la creatividad (Kohlenberg y Tsai, 1991; Ferro-García y Valero-Aguayo, 2017). Por otro lado, en este extremo del continuo también se encuentra el *trastorno narcisista de la personalidad*. Estas personas crecen bajo condiciones típicas de un Yo *inestable*, pero fueron reforzados de un modo superficial por mostrarse encantadores, exigentes, bellos o poderosos; dando lugar a una pérdida del control privado sobre el Yo, lo que dificultaría la diferenciación de sus propias necesidades de las del resto, confiando excesivamente en los reforzadores externos, y aprendiendo a cómo manipular a los demás para hacer más tolerables sus relaciones interpersonales (Kohlenberg y Tsai, 1991).

Por otro lado, esta teoría permite explicar trastornos más graves del Yo, como el *trastorno límite de la personalidad* o el *trastorno de personalidad múltiple* (Kohlenberg y Tsai, 1991). El *trastorno límite de la personalidad* (TLP) se relaciona con una alta emocionabilidad y relaciones interpersonales caóticas (Kohlenberg y Tsai, 2001). Así mismo, está asociado a un gran número de relaciones “Yo X” bajo control de estímulos públicos, condicionales, ambiguos o inconsistentes. Por

tanto, estos individuos muestran una ausencia de estímulos discriminativos privados que controlen la experiencia del Yo. Apoyarse en estímulos externos para ello puede provocar el fenómeno psicológico de despersonalización; y en los momentos en los que no se encuentren esos estímulos fuera, puede tener la sensación de “sentirse vacío” (Kohlenberg y Tsai, 1991, 2001). Desde FAP, el TLP presentaría la característica de un Yo *ausente*; que se manifiesta en el sentido de estar aislados de todo lo que les rodea sin darse cuenta de lo que ocurre alrededor (Ferro-García y Valero-Aguayo, 2017). En relación al aprendizaje en la infancia, esto puede deberse a situaciones en la que los padres acaban mostrándose inestables e inconsistentes en el cuidado de sus hijos, como prestar atención solo a las demandas de atención cuando el niño tiene una explosión intensa y muy emocional, o estar distraídos, retraídos o preocupados a menudo, o estar sufriendo un episodio psicótico, entre otras múltiples circunstancias (Kohlenberg y Tsai, 1991; Ferro-García y Valero-Aguayo, 2017). Por otro lado, el *trastorno de personalidad múltiple (TPM)*, como factor etiológico se relaciona con el trauma infantil. Kohlenberg y Tsai (1991) consideran que antes del trauma, el niño ya ha desarrollado repertorios de conducta que predisponen al desarrollo de un TPM; y en el momento en el que aparece el evento traumático, la experiencia del Yo no se encontraría bajo un control privado. En cuanto al papel que desempeña el trauma como un estímulo aversivo, el niño estaría altamente motivado para escapar de éste; y uno de los repertorios que puede surgir, si no es posible el escape o la evitación, es el de “ser otra persona”. Esto a su vez, facilita la amnesia de esos recuerdos traumáticos; aislando el trauma y produciendo un Yo fragmentado, susceptible de desarrollar un TPM. Si no se produjera dicha amnesia, daría lugar a un *trastorno de estrés postraumático* (Kohlenberg y Tsai, 1991).

Main (1991) demuestra que la seguridad en el apego, guarda relación con la postura del Yo y la aptitud del individuo para adoptar una postura reflexiva ante la experiencia. Por lo que Bowlby, Ainsworth y Main, en el estudio del apego, se han centrado en los vínculos íntimos, el ámbito no verbal y la relación del *Yo con la experiencia*.

Nociones sobre el desarrollo del apego infantil y adulto

John Bowlby se considera el padre de la teoría del apego; y sus aportaciones fueron corroboradas a nivel empírico por Mary Ainsworth. Las conclusiones de ambos autores, fueron

ampliadas por Mary Main, que centró su estudio en el apego en la edad adulta. A su vez, Main fue una fuente de inspiración para Peter Fonagy y colaboradores (Wallin, 2007).

La principal aportación de Bowlby fue el reconocimiento del vínculo de apego, denominándolo *sistema conductual del apego*; como una necesidad biológica, innata e instintiva del niño en relación a su cuidador, con el fin de obtener proximidad física y seguridad emocional para asegurar su supervivencia. La función de esta primera relación de apego es proporcionar al niño una base segura que le ofrezca protección desde la que explorar el entorno, su mundo emocional y relacional, mediante el *sistema conductual exploratorio* (Bowlby, 1969, 1999). En cambio, si no existe esta figura de apego por encontrarse ausente o por no satisfacer sus necesidades, el niño no percibe seguridad y no se siente libre para explorar el entorno.

A partir de ese primer vínculo, se adquieren unos esquemas relacionales de apego que condicionan los vínculos futuros. Mikulincer y Shaver (2007) proponen el *sistema de apego* como un sistema conductual que se activa ante el estrés emocional; por lo que el individuo busca seguridad y protección en figuras de apego externas o representaciones internas de las mismas. Así como el vínculo inicial de apego permite el desarrollo del individuo, ocurre un proceso similar en una intervención terapéutica, que puede propiciar un cambio en el cliente. Parafraseando a Bowlby (1988), “ese vínculo ofrece una base segura para que el paciente se arriesgue a sentir lo que supuestamente no debe sentir y a saber lo que supuestamente no debe saber” (original: “*on knowing what you are not supposed to know and feeling what you are not supposed to feel*”). Para Wallin (2007), los vínculos de apego son el contexto clave para el desarrollo, siendo la postura del Yo respecto a la experiencia la que mejor predice la seguridad del apego.

Ainsworth amplió algunas nociones de Bowlby sobre el apego en sus observaciones madre-hijo en Baltimore y en Uganda, mediante dos proyectos longitudinales intensivos de recogida de datos, en la que desarrolló la famosa «Situación Extraña» (Feeney y Noller, 2001). Destacó la importancia de la calidad de la comunicación entre el niño y su cuidador y observó que los niños mostraban diversas conductas en la interacción con sus cuidadores que se clasifican en tres estilos de apego: apego *seguro* (grupo B), apego *inseguro evitativo* (grupo A) y apego *inseguro ansioso-ambivalente* (grupo C) (véase Tabla 2). 20 años más tarde, Mary Main y sus colegas observaron que muchos de los niños presentaban conductas contradictorias e inexplicables. En ese momento dan

nombre al llamado «Apego Desorganizado/Desorientado». Estos niños perciben a su cuidador como un refugio seguro, y a su vez, como una fuente de peligro; encontrándose en una situación contradictoria de aproximación y evitación, que estaría asociado a una probabilidad mayor de desarrollo de psicopatología en etapas posteriores (Wallin, 2007).

Tabla 2

Clasificación de Ainsworth del apego en la infancia (Ainsworth et al., 1978; Feeney y Noller, 2001; Wallin, 2007)

Estilo de apego infantil	Conducta infantil	Características del cuidador
<i>Evitativo</i> (grupo A)	Conductas de distanciamiento; evitación e indiferencia ante el cuidador; eluden comunicación susceptible de establecer un vínculo	Conductas de rechazo; rigidez; hostilidad; aversión al contacto; inhibición; brusquedad
<i>Seguro</i> (grupo B)	Exploración activa; disgusto ante la separación; respuesta positiva frente al cuidador; buscan consuelo si perciben amenaza	Disponibilidad; receptividad; colaboración; calidez; comunicación colaborativa y contingente
<i>Ansioso-ambivalente</i> (grupo C)	Conductas de protesta; ansiedad de separación; enfado y ambivalencia ante el cuidador; no exploración libre del entorno	Disponibilidad inconsistente y ocasional; Insensibilidad; intrusividad; obstaculización de la autonomía del niño

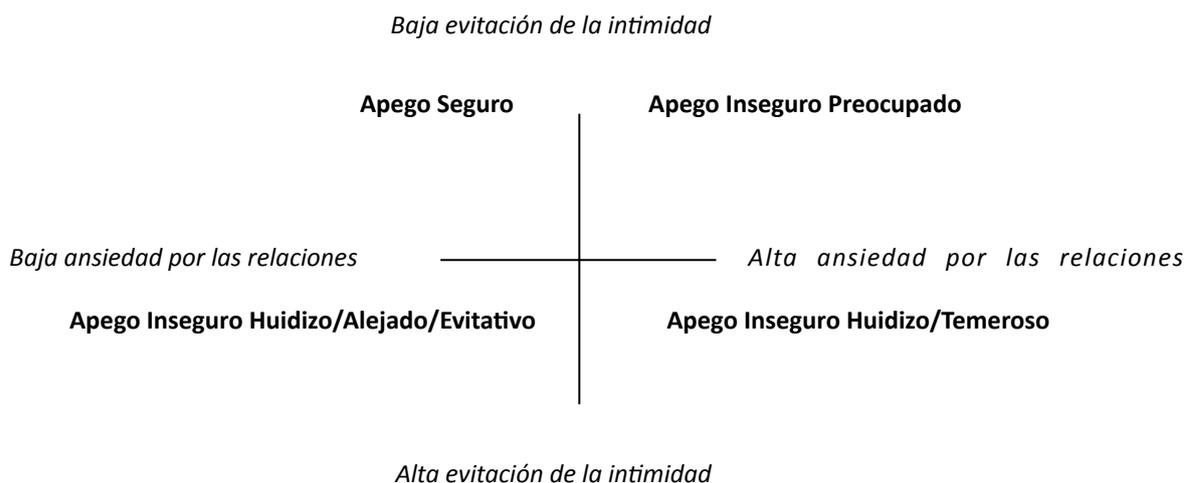
Según la literatura existente, los patrones de apego persisten en un 70% de los casos hasta la edad adulta y se transmiten de una generación a otra a través del comportamiento de los cuidadores (Rygaard, 2008, p.27). Las medidas del estilo de apego adulto surgen en la década de los 80, con las investigaciones de Hazan y Shaver (1987) y Shaver et al., (1988) sobre el apego en las relaciones amorosas, y los estudios de George et al., (1985) sobre los estilos afectivos adultos. Estos estudios iniciales definieron tres estilos de apego por analogía con la clasificación tradicional del apego infantil (Ainsworth et al., 1978); sin embargo, investigaciones posteriores ampliaron la tipología del apego

adulto a cuatro estilos afectivos: apego *seguro*, apego *huidizo-alejado-evitativo*, apego *preocupado* y apego *huidizo-temeroso* (Bartholomew y Horowitz, 1991).

Las estrategias de apego de cada individuo responde a dos dimensiones, *Evitación de la Intimidad* y *Ansiedad por las Relaciones*; cuya intensidad dependerá de su historia vincular y del contexto. Estas dimensiones se pueden evaluar mediante el cuestionario Experiencias en las Relaciones Íntimas (ECR), creando un eje mediante las dos dimensiones en el que se pueden interpretar de forma categórica los cuatro estilos de apego adulto: apego *seguro*, apego inseguro *preocupado*, apego inseguro *evitativo-huidizo-alejado* y apego inseguro *huidizo-temeroso* (véase Figura 1). El apego *seguro* corresponde con una baja puntuación en ambas dimensiones; el apego inseguro *preocupado* con una baja puntuación en evitación y alta en ansiedad; el apego inseguro *huidizo-alejado-evitativo* con una baja puntuación en ansiedad y alta en evitación; y el apego inseguro *huidizo-temeroso* con una alta puntuación en ambas dimensiones.

Figura 1

Dimensiones del cuestionario Experiencias en las Relaciones Íntimas



Sideli et al., (2020) en una revisión sistemática informa de evidencia consistente sobre el papel mediador del apego y los síntomas del estado de ánimo, siendo el estilo de apego *inseguro* un factor de riesgo para desarrollar sintomatología psicopatológica (Chatziioannidis et al., 2019; Goodall et al., 2015; Sheinbaum et al., 2015; Palmier-Claus et al., 2016). Un meta-análisis de Carr et al., (2018), realizado sobre una muestra de más de 11.000 individuos, confirmó la alta prevalencia del apego *inseguro* en pacientes con trastorno psicótico (76%), comparado con individuos sanos (38%). Estas investigaciones nos hacen plantearnos el papel que tiene el estilo de apego en el desarrollo de problemas psicológicos.

Desde FAP, se han establecido hipótesis transdiagnósticas con elementos como las *relaciones de intimidad*, siendo un factor de riesgo común en el contexto clínico (Kohlenberg et al., 2009a, 2009b). Desde la psicología, este elemento se relaciona con el concepto de *apego* para referirse a la necesidad de intimidad y de contacto con otros. Así mismo, desde FAP se defiende que, si la experiencia del Yo en el individuo queda bajo control público en su contexto socio-verbal, produciendo así problemas o trastornos del Yo, puede llevar a la aparición de *evitación de las relaciones de intimidad* (Ferro-García y Valero-Aguayo, 2017).

Este estudio preliminar tiene tres objetivos. En primer lugar, comprobar si existe relación entre tres variables: experiencia del Yo, sintomatología psicopatológica y estilo de apego adulto. En segundo lugar, se comparan dos grupos: 1) personas que muestran una experiencia pública del Yo (como grupo Clínico) con 2) personas que muestran experiencia privada del Yo (como grupo No Clínico), en relación al resultado obtenido en la puntuación total y en cada una de las sub-escalas asociadas a la sintomatología psicopatológica. Y por último, analizar si las variables asociadas a la experiencia del Yo y al estilo de apego, tienen capacidad para predecir el grado de malestar psicológico a nivel global, en el Índice Sintomático General (GSI). En base a estos objetivos, esperamos encontrar que las personas con mayores puntuaciones en problemas del Yo y con un estilo de apego adulto *inseguro* obtengan mayores puntuaciones en sintomatología psicopatológica; y que las personas con experiencia pública del yo, presenten un mayor grado de malestar psicológico comparado con el grupo con experiencia privada del Yo. Por otro lado, se espera que el grado de malestar psicológico pueda ser predicho por la experiencia del Yo y el estilo de apego adulto.

Método

Participantes

En este estudio participaron 119 personas con edades comprendidas entre los 18 y los 70 años ($M=36,49$, $DT=11,625$), siendo el 71,4% mujeres ($n=85$) y el 26,9% hombres ($n=32$). Como datos sociodemográficos de interés se registraron otras variables, como la edad y la situación civil. Un 34,5% ($n=41$) se encuentra soltero/a, un 41,2% ($n=49$) tiene pareja sin estar casado/a, un 21,8% ($n=26$) tiene pareja estando casado/a, y un 2,5% ($n=3$) no se clasifica en ninguna de estas opciones. Los participantes se seleccionaron mediante muestreo no probabilístico por conveniencia, facilitando el cuestionario a las personas de fácil acceso mediante redes sociales y correo electrónico.

Diseño

Este estudio se basa en un diseño de investigación *ex post facto* retrospectivo, de tipo analítico. Este diseño nos permite hacer comparaciones entre grupos, pero la ausencia de control en la asignación aleatoria no admite poder establecer relaciones causales (Quintanilla et al., 2019). Todos los participantes han respondido a un cuestionario compuesto por tres instrumentos (véase Apéndice A, B y C) con el objetivo de operativizar cada una de las variables de estudio: estilo de apego adulto, experiencia del Yo y sintomatología psicopatológica (o grado de malestar psicológico). En relación al orden de los instrumentos, en primer lugar se aplicó el cuestionario Experiencias en las Relaciones Íntimas (ECR; Brenann et al., 1998); en segundo lugar, la escala de Experiencia del Yo (EOSS; Kanter et al., 2001); y en último lugar, el Inventario Breve de Síntomas (BSI; Derogatis, L. R., 2001).

Instrumentos

Al comienzo del cuestionario, cada participante presta su consentimiento de forma voluntaria mediante la opción "sí", pudiendo elegir la opción "no" e interrumpir el procedimiento. A continuación, cada participante registra sus datos personales en relación a: 1) edad, 2) género (opciones a elegir: *masculino, femenino, otro*), y 3) situación civil (opciones a elegir: *soltero/a, con pareja pero sin estar casado/a, con pareja estando casado/a, otro*).

Escala de Experiencia del Yo (EOSS; Kanter et al., 2001)

Este instrumento analiza y mide el grado de control —público o privado— sobre la experiencia del Yo. Resulta útil para indicar al clínico su gravedad, qué tipo de relaciones sociales son las que más influyen en el concepto de Yo, y si muestra problemas en la espontaneidad y la creatividad (Ferro-García y Valero-Aguayo, 2017). En este estudio, se ha utilizado su adaptación española (véase Apéndice A) que actualmente ha sido validada (Valero-Aguayo, et al., 2012, 2014), obteniendo datos poblacionales en población clínica y no clínica, tanto en hombres como en mujeres. Los resultados señalan una alta fiabilidad y validez. Está compuesto por 37 ítems con un formato de respuesta tipo Likert, entre 1 (Nunca) y 7 (Siempre). La puntuación total se obtiene mediante la suma de la puntuación en todos los ítems, teniendo en cuenta que algunos de ellos son inversos. Dicha puntuación se puede encontrar entre 37 y 259, interpretando que a mayor puntuación total, mayor control público de la experiencia del Yo. En función de los baremos poblacionales de la adaptación española (Valero-Aguayo, et al., 2012, 2014), se establece que una puntuación menor de 91 se considera cercana a una experiencia privada del Yo, y a partir de una puntuación de 107, la experiencia del Yo quedaría bajo control público. No queda claro si se establecen grupos sub-clínicos en función de los resultados, por lo que no se incluyen en este estudio.

Este instrumento se divide en cuatro sub-escalas que se relacionan con cinco experiencias propias (necesidades, opiniones, sentimientos, actitudes y acciones) según la naturaleza del control de las experiencias y la cercanía a las otras personas. La *sección I* evalúa las experiencias respecto a sí mismo de forma global, y una puntuación alta (puntuaciones entre 7 y 49) indicaría un control público del yo, conducta disociativa y trastorno del yo. La *sección II* valora la expresión de necesidades, opiniones, actitudes y acciones con respecto a personas conocidas o no-conocidas de forma superficial, sin tener una relación estrecha como compañeros de trabajo, vecinos o conocidos de vista; una puntuación alta (puntuación entre 10 y 70) indicaría Yo bajo control público, especialmente grave si se da en los ítems “cuando está solo”. La *sección III*, evalúa la expresión de necesidades, opiniones, actitudes y acciones con respecto a una relación personal como un amigo íntimo, un familiar, o seres queridos; y una puntuación alta (puntuación entre 10 y 70) implicaría una experiencia del Yo bajo control público por parte de esas relaciones estrechas, especialmente grave si

se da en los ítems “cuando está solo”. Finalmente, la *sección IV* evalúa la experiencias respecto a sí mismo en relación a los demás, en cuanto a espontaneidad, creatividad, opiniones o críticas, tanto cuando está con otras personas como cuando está solo; y, de nuevo, una puntuación alta (puntuación entre 10 y 70) indicaría una experiencia del Yo bajo control público.

Valero-Aguayo et al., (2014) analizaron las propiedades psicométricas de la versión española del cuestionario EOSS. Obtuvieron resultados que indicaban una alta consistencia interna ($\alpha = .941$). El EOSS mostró 4 factores principales: 1) *Yo en las Relaciones Íntimas*, 2) *Yo en las Relaciones Sociales*, 3) *Yo en General*, y 4) *Yo en Positivo*. En nuestra muestra, se lleva a cabo un análisis de propiedades psicométricas de este instrumento, obteniendo un resultado que evidencia una consistencia interna aceptable ($\alpha = 0.773$) y un valor de 0,852 en el coeficiente de dos mitades de Guttman (véase Tabla 3).

Inventario Breve de Síntomas (BSI; Derogatis, L. R., 2001)

Este instrumento es un cuestionario auto-aplicado en el que el individuo valora cada uno de los ítems en función de cómo se ha sentido en los últimos siete días (véase Apéndice B), y proporciona una breve descripción de los síntomas psiquiátricos y del grado de malestar psicológico. En este estudio se ha utilizado su adaptación española, teniendo en cuenta que muestra propiedades psicométricas adecuadas (Ruipérez et al., 2001). Consta de 53 ítems agrupados en sub-escalas de síntomas específicos, que se contestan mediante una escala tipo Likert donde 1 es nada y 4 es mucho. Las nueve sub-escalas son: *Somatización*, *Obsesión-Compulsión*, *Sensibilidad Interpersonal*, *Ansiedad*, *Depresión*, *Ansiedad Fóbica*, *Hostilidad*, *Ideación Paranoide* y *Psicoticismo*. Se pueden obtener distintos índices mediante la obtención del resultado en el BSI: *Índice Sintomático General* (GSI), que nos proporciona una índice global de gravedad, siendo el mejor indicador sintomatología psicopatológica; el *Total de Síntomas Positivos* (PST); y el *Índice de Malestar por Síntomas Positivos* (PSDI). Se interpretan los datos obtenidos en función de los baremos en centiles y puntuación T. En nuestra muestra, se lleva a cabo un análisis de propiedades psicométricas de este instrumento, obteniendo un resultado que muestra una alta consistencia interna ($\alpha = 0.957$) y un valor de 0,948 en el coeficiente de dos mitades de Guttman (véase Tabla 3).

Cuestionario Experiencias en las Relaciones Íntimas (ECR; Brenann et al., 1998)

Este instrumento evalúa los estilos de apego en adultos (véase Apéndice C). Este instrumento ha sido validado y adaptado a población española (ECR-S; Alonso-Arbiol et al., 2007), por lo que en este estudio se ha utilizado esta versión. Brenann et al., (1998) llevaron a cabo un análisis factorial y concluyeron que se encontraban dos dimensiones independientes: *Evitación de la Intimidad* y *Ansiedad por las relaciones* (véase Figura 1). Este instrumento consta de 32 ítems en total: 17 ítems de la dimensión *Evitación de la Intimidad* y 15 ítems de la dimensión *Ansiedad por las Relaciones*. En nuestra muestra, se lleva a cabo un análisis de propiedades psicométricas de este instrumento, obteniendo un resultado que muestra una consistencia interna aceptable ($\alpha = 0.802$) y un valor de 1 en el coeficiente de dos mitades de Guttman (véase Tabla 3).

Tabla 3

Estadísticos de fiabilidad obtenidos en este estudio de los tres instrumentos

	EOSS	BSI	ECR
<i>Alfa de Cronbach</i>	0,773	0,957	0,802
<i>Coefficiente de dos mitades de Guttman</i>	0,852	0,948	1

Procedimiento

El cuestionario compuesto por los tres instrumentos se administró vía telemática, compartido de forma masiva a través de redes sociales y correo electrónico. La duración total para realizar el cuestionario fue de unos 15 minutos aproximadamente. Todos los participantes accedieron de forma voluntaria y prestaron su consentimiento antes de cumplimentar el cuestionario. Se garantizó la confidencialidad y el anonimato de los participantes, no dando nombre, apellidos, ni correo electrónico; de forma que sólo se obtiene la marca temporal en la que lo cumplimentaron, datos sociodemográficos y los resultados obtenidos en cada uno de los ítems.

Análisis de datos

Las respuestas van a conformar una base de datos que ha sido analizada mediante el paquete estadístico IBM SPSS Statistics, versión 27.0.1.0. En primer lugar, se muestran los estadísticos descriptivos de cada una de las sub-escalas o dimensiones de las tres variables de este estudio: experiencia del Yo, estilo de apego adulto, y sintomatología psicopatológica (o grado de malestar psicológico). Se lleva a cabo un análisis correlacional de estas tres variables con sus escalas o dimensiones correspondientes mediante el Coeficiente de Correlación Lineal de Pearson, ofreciéndonos información acerca de la intensidad y la dirección de la relación.

A continuación, se realiza un análisis de comparación de medias de dos grupos mediante la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney, debido que no se cumplen los supuestos requeridos para poder llevar a cabo una prueba paramétrica. Como grupo clínico, personas con experiencia *pública* del Yo, y como grupo no clínico, personas con experiencia *privada* del Yo, asignadas en función de la puntuación obtenida en la escala EOSS. No se han establecido tres grupos —incluyendo un grupo subclínico— debido a que no se incluye en el baremo del instrumento EOSS en su adaptación española.

Por último, se lleva a cabo un análisis mediante Regresión Lineal Múltiple. Al objeto de conocer si la experiencia del Yo tiene una influencia sobre el grado de malestar psicológico independiente de los estilos de apego, en el primer paso de la ecuación de regresión lineal se introdujo, mediante el método “Enter” las sub-escalas del ECR. En el segundo paso, mediante el método Pasos Sucesivos, se introdujeron aquellos factores del EOSS que podían predecir el malestar psicológico, dejando fuera los que no resultaron significativos para mejorar la predicción.

Resultados

En primer lugar, se muestran los estadísticos descriptivos obtenidos en cada uno de los instrumentos (véase Tabla 4, 5 y 6).

Tabla 4*Estadísticos descriptivos del BSI*

	Media	Desviación estándar	N
<i>Somatización</i>	1,7872	0,73285	119
<i>Obsesión Compulsión</i>	2,1103	0,71151	119
<i>Sensibilidad Interpersonal</i>	2,0273	0,80306	119
<i>Ansiedad</i>	1,9858	0,74162	119
<i>Depresión</i>	2,032	0,81615	119
<i>Ansiedad Fóbica</i>	1,4941	0,62752	119
<i>Hostilidad</i>	1,7025	0,63399	119
<i>Ideación Paranoide</i>	1,8134	0,76257	119
<i>Psicoticismo</i>	1,7076	0,70581	119
Índice Sintomático General	1,8529	0,6144	119

Tabla 5*Estadísticos descriptivos del ECR*

	Media	Desviación estándar	N
<i>Evitación de la Intimidad</i>	49,95	17,586	119
<i>Ansiedad por las Relaciones</i>	64,33	19,926	119

Tabla 6*Estadísticos descriptivos del EOSS*

	Media	Desviación estándar	N
<i>Yo en Positivo</i>	20,24	6,747	119
<i>Yo en las Relaciones Sociales</i>	20,76	9,734	119
<i>Yo en las Relaciones Íntimas</i>	33,36	13,626	119
<i>Yo en General</i>	31,13	11,274	119
Puntuación Total	105,31	29,425	119

Análisis Correlacional

En el análisis se incluye el grado de malestar psicológico, el estilo de apego adulto y la experiencia del Yo, y las correspondientes sub-escalas o dimensiones de cada instrumento.

En el análisis correlacional de cada una de las dimensiones asociadas al estilo de apego adulto (véase Tabla 7), se observa que ambas, la *Evitación de la Intimidad* y la *Ansiedad por las Relaciones*, tienen una relación significativa —baja y alta respectivamente— con la puntuación total del grado de malestar psicológico y de la experiencia del Yo. Así mismo, la dimensión *Evitación de la Intimidad* y *Ansiedad por las Relaciones* presenta una relación significativa —moderada y alta respectivamente— con las sub-escalas *Yo en Relaciones Sociales*, *Yo en Relaciones Íntimas* y *Yo General*.

Tabla 7

Correlaciones de las dimensiones del estilo de apego adulto con el índice sintomático general y la experiencia del Yo

	BSI		EOSS			
	GSI	P. T.	Yo P.	Yo R. S.	Yo R. I.	Yo G.
Evitación de la Intimidad	.248**	.306**	.121	.24**	.196**	.274**
Ansiedad por las Relaciones	.504**	.564**	.019	.426**	.449**	.548**

** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Nota: GSI = Índice Sintomático General del BSI; P. T. = Puntuación total de experiencia del Yo del EOSS; Yo P. = Sub-escala del EOSS *Yo Positivo*; Yo R.S. = Sub-escala del EOSS *Yo en las Relaciones Sociales*; Yo R. I. = Sub-escala del EOSS *Yo en las Relaciones Íntimas*; Yo G. = Sub-escala del EOSS *Yo General*.

En relación al análisis correlacional del grado de malestar psicológico (véase Tabla 8), se puede observar que existe relación significativa baja-moderada del *Índice Sintomático General*, y las subescalas *Obsesión Compulsión*, *Depresión*, *Ansiedad Fóbica*, *Ideación Paranoide* y *Psicoticismo*, con la dimensión *Evitación de la Intimidad*. Así mismo, muestra una relación significativa moderada de todas las subescalas del BSI con la dimensión *Ansiedad por las Relaciones*. También se observa una relación significativa moderada-alta en todas las sub-escalas del BSI —excepto en la sub-escala

Somatización—, con la experiencia del Yo en su puntuación total y en todas sus sub-escalas excepto en *Yo Positivo*.

Tabla 8

Correlaciones de las dimensiones del grado de malestar psicológico con el estilo de apego adulto y la experiencia del Yo

	ECR		EOSS					
	E.I.	A.R.	P. T.	Yo P.	Yo R. S.	Yo. R. I.	Yo G.	
GSI	.248**	.504**	.582**	.013	.474**	.349**	.663**	
S.	.133	.349**	.415	-0,077	.368**	.260**	.481**	
O. C.	.261**	.363**	.490**	.020	.378**	.28**	.582**	
S. I.	.136	.509**	.572**	.047	.479**	.314**	.653**	
BSI	A.	.139	.453**	.477**	.049	.355**	.27**	.578**
	D.	.201*	.464**	.600**	.07	.439**	.381**	.666**
A. F.	.232*	.363**	.412**	.128	.352**	.20*	.442**	
H.	.158	.402**	.419**	-.87	.387**	.279**	.471**	
I. P.	.313**	.507**	.484**	-.84	.436**	.269**	.60*	
P.	.381**	.539**	.591**	.001	.471**	.371**	.671**	

** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

Nota: GSI = Índice Sintomático General del BSI; S = Sub-escala *Somatización* del BSI; O.C. = Sub-escala *Obsesión Compulsión* del BSI; S.I. = Sub-escala *Sensibilidad Interpersonal* del BSI; A.= Sub-escala *Ansiedad* del BSI; D.= Sub-escala *Depresión* del BSI; A.F.= Sub-escala *Ansiedad Fóbica* del BSI; H.= Sub-escala *Hostilidad* del BSI; I.P. = Sub-escala *Ideación Paranoide* del BSI; P.= Sub-escala *Psicoticismo* del BSI; E. I. = Dimensión *Evitación de la Intimidación* del ECR; A.R. = Dimensión *Ansiedad por las Relaciones* del ECR, P. T. = Puntuación total del EOSS.

Finalmente, el análisis correlacional de la experiencia del Yo (véase Tabla 9) nos ofrece relaciones significativas en la puntuación total y en las subescalas *Yo en las Relaciones Sociales*, *Yo en las Relaciones Íntimas* y *Yo General*, tanto con el grado de malestar psicológico —relación entre moderada y alta—, como con las dimensiones del estilo de apego adulto, *Evitación de la Intimidación* y *Ansiedad por las relaciones* —relación baja y moderada-alta, respectivamente—. No se observan relaciones significativas de la subescala *Yo Positivo* con el resto de variables.

Tabla 9

Correlaciones de las dimensiones de la experiencia del Yo con el grado de malestar psicológico y el estilo de apego adulto

	BSI	ECR	
	GSI	E. I.	A. R.
<i>Yo en Positivo</i>	.013	.121	.019
<i>Yo en Relaciones Sociales</i>	.474**	.240**	.426**
EOSS <i>Yo en Relaciones Íntimas</i>	.349**	.196*	.449**
<i>Yo en General</i>	.663**	.274**	.548**
Puntuación Total	.582**	.306**	.564**

** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

Nota: GSI = Índice Sintomático General del BSI; E.I. = Dimensión *Evitación de la Intimidad* del ECR; A.R. = Dimensión *Ansiedad por las Relaciones* del ECR.

Teniendo en cuenta que una puntuación alta en experiencia del Yo y en sus sub-escalas —con la excepción del *Yo en Positivo*—, indica que el Yo queda bajo control público, una puntuación alta en BSI y sus sub-escalas indica un mayor grado de malestar psicológico, y una puntuación alta en ECR y en sus dos dimensiones, mayor asociación con un estilo de apego *inseguro*, podemos concluir en líneas generales que, a mayor control público de la experiencia del Yo, mayor grado de malestar psicológico y mayor asociación con un estilo de apego *inseguro*.

Comparación de Grupos

Se comparan los grupos de personas que muestran a una experiencia del Yo *Privada* (Grupo No Clínico) y experiencia del Yo *Pública* (Grupo Clínico), en relación a la puntuación total y las sub-escalas asociadas al grado de malestar psicológico. Se calcula el tamaño del efecto asociado a cada una de las variables mediante *g* de Hedges.

Los resultados de la prueba de U de Mann-Whitney nos indican que encontramos diferencias estadísticamente significativas en ambos grupos (véase Tabla 10) en todas las variables dependientes relacionadas con el grado de malestar psicológico.

Tabla 10

Comparación del grado de malestar psicológico en experiencia del Yo Privada y Pública

	PRIVADA (n=67)	PÚBLICA (n=52)	U	p	g de Hedges
	Mdn (Rango)	Mdn (Rango)			
GSI	1,5472 (1,87)	2,1509 (2,6)	2759**	<.001	0,27
<i>Somatización</i>	1,4286 (2)	1,9286 (3)	2384**	<.001	0,20
<i>Obsesión Compulsión</i>	1,8333 (2,67)	2,5 (2,83)	2618**	<.001	0,24
<i>Sensibilidad Interpersonal</i>	1,5 (2)	2,5 (3)	2740,5**	<.001	0,40
<i>Depresión</i>	1,6667 (2,33)	2,5 (3)	2711**	<.001	0,31
<i>Ansiedad</i>	1,5 (2,67)	2,333 (3)	2705**	<.001	0,29
<i>Hostilidad</i>	1,4 (2)	1,8 (2,4)	2396**	<.001	0,18
<i>Ansiedad Fóbica</i>	1 (2)	1,6 (2,8)	2658**	<.001	0,25
<i>Ideación Paranoide</i>	1,4 (2,2)	2 (2,8)	2394**	<.001	0,24
<i>Psicoticismo</i>	1,2 (1,8)	1,8 (3)	2642**	<.001	0,25

** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Nota: GSI = Índice Sintomático General.

Modelo Predictivo

Como variable criterio se utilizó la puntuación total del grado de malestar psicológico (GSI). En el primer paso, al objeto de controlar la influencia de los estilos de apego, se introducen mediante el método "Enter" las dos sub-escalas de ECR, la *Ansiedad por las Relaciones* y la *Evitación de la Intimidad*. En el segundo paso, al objeto de conocer qué sub-escalas del EOSS llegaban a predecir el malestar psicológico una vez controlado el apego, se añadieron, mediante el método de "Pasos Sucesivos" las puntuaciones en las distintas sub-escalas del EOSS.

Para aplicar la Regresión Lineal Múltiple, los datos deben cumplir cinco supuestos. En primer lugar, se analiza la independencia de los residuos mediante la prueba de Durbin-Watson, obteniendo un valor de 2,047; lo que nos permite asumir que los errores en la medición de las variables explicativas son independientes entre sí. En relación al supuesto de linealidad, mediante un diagrama de dispersión parcial se verifica que se cumple. En función de los resultados obtenidos en los estadísticos de multicolinealidad en el Factor de Inflación de la Varianza (VIF) y en Tolerancia (véase Tabla 10), podemos deducir que las variables independientes no presentan colinealidad. Así mismo, se comprueba mediante una gráfica de dispersión que no hay relación sistemática ni pautas de asociación entre los residuos tipificados y los valores pronosticados tipificados; por tanto, considerando que la variación de los residuos es uniforme, se cumple el supuesto de homocedasticidad. En relación al supuesto de normalidad, la distribución de los residuos sigue el modelo de distribución normal.

En la prueba de Análisis de la Varianza (ANOVA), se obtiene un resultado estadísticamente significativo en el modelo 1 [$F(2, 116) = 22,876, p < .001$] y en el modelo 2 [$F(3, 115) = 34,327, p < .001$], por lo que se concluye que todas las variables predictoras contribuyen de forma significativa a explicar el grado de malestar psicológico.

En la Tabla 11, observamos que las variables que han obtenido un resultado significativo han sido la *Ansiedad por las Relaciones* y el *Yo en General*, mostrando una influencia más destacada el *Yo en General* con coeficiente estandarizado mayor ($\beta = .534, p < .001$), que la *Ansiedad por las Relaciones* ($\beta = .20, p = .015$). Ambas variables muestran una tendencia positiva. En cambio, los resultados evidencian que la *Evitación de la Intimidación* no predice el grado de malestar psicológico ($\beta = .069, p = .327$). Por tanto, para la variable grado de malestar psicológico (GSI), el modelo que mejor se ajusta es el número dos, evidenciándose que la *Ansiedad por las Relaciones* del ECR y el *Yo en General* del EOSS son las variables que mejor predicen el grado de malestar psicológico.

Tabla 11*Coefficientes del modelo de la variable grado de malestar psicológico*

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.	Estadísticos de colinealidad	
	B	DE	β			Tolerancia	VIF
1	<i>Constante</i>	.609	.199		3,061	.003	
	Evitación de la Intimidad	.006	.003	.171	2,148	.034	.974 1.027
	Ansiedad por las Relaciones	.015	.002	.477	5,984	<.001	.974 1.027
2	<i>Constante</i>	.429	.174		2,470	.015	
	Evitación de la Intimidad	.002	.002	.069	0,984	.327	.925 1,081
	Ansiedad por las Relaciones	.006	.002	.20	2,470	.015	.699 1,430
	Yo en General	.029	.005	.534	6,428	<.001	.664 1,506

Como podemos observar en la Tabla 12, las tres variables predictoras incluidas en el análisis, *Ansiedad por las Relaciones*, *Evitación de la Intimidad* y *Yo en General*, explican un 27% de la varianza del grado de malestar psicológico (GSI), de forma significativa. En el primer modelo queda explicada el 27% de la varianza en el GSI. En el segundo modelo queda explicada el 45,9%. Por tanto, el segundo modelo, basado en la variable *Yo en General*, implica una mejora del 18,9%.

Tabla 12*Estadísticos de la regresión de la variable grado de malestar psicológico*

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	Error estándar de la estimación
1	0,532	0,283	0,27	0,52477
2	0,687	0,472	0,459	0,45204

Discusión

El presente estudio pretende —teniendo en cuenta que los resultados son preliminares y limitados— ampliar la información existente, por un lado, sobre la relación del grado de malestar psicológico que pueden presentar las personas que sufren un trastorno del Yo (Kohlenberg y Tsai, 1991), y por otro lado, su posible relación con el estilo de apego *inseguro* (Ferro-García y Valero-Aguayo, 2017). El presente estudio ha añadido un nuevo constructo que según la literatura revisada, no habría sido analizado con anterioridad en relación a la experiencia del Yo y la sintomatología psicológica, como es el estilo de apego en la edad adulta.

Kohlenberg y Tsai (1991) presentan los problemas del Yo desde una perspectiva dimensional, ofreciendo una alternativa a los sistemas de clasificación de diagnóstico actuales como DSM-5 (APA, 2014) y CIE-10 (OMS, 2000). Las personas con problemas del Yo, muestran mayor dificultad para conocer qué sienten y qué quieren, mostrando un Yo dependiente de las opiniones de los demás, que les lleva a dejarse llevar fácilmente por el resto de personas y a mostrar grandes dificultades en las relaciones íntimas (Valero-Aguayo et al., 2014). En general, suelen presentar una mayor sensibilidad ante las opiniones de los demás, una mayor dificultad para ser espontáneos y creativos, y se relaciona con una mayor probabilidad de padecer un trastorno de la personalidad, como el narcisista o el límite, o un trastorno de personalidad múltiple (Kohlenberg y Tsai, 1991, 2001; Kanter et al., 2001). La escala EOSS distingue a personas con o sin problemas del Yo a lo largo de un continuo, considerando una alta puntuación como un mayor control público del Yo, a excepción de la subescala *Yo Positivo* que debería mostrar un resultado inverso (Valero-Aguayo, et al., 2014). Así mismo, el estilo de apego *inseguro*, se asocia como un factor de riesgo para el desarrollo de sintomatología psicopatológica (Chatziioannidis et al., 2019; Goodall et al., 2015; Palmier-Claus et al., 2016; Sheinbaum et al., 2015). Desde FAP, se establecen hipótesis transdiagnósticas con elementos como las *relaciones de intimidación*, especialmente asociadas con la evitación, como un factor relevante en la aparición de sintomatología psicopatológica (Kohlenberg et al., 2009a, 2009b). Por tanto, basado en la literatura existente, en este estudio lleva a cabo un análisis preliminar de estas tres variables, estilo de apego adulto, experiencia del Yo y sintomatología psicopatológica (o grado de malestar psicológico); con tres objetivos principales.

En cuanto al primer objetivo, los resultados evidencian que se produce una relación positiva entre la experiencia del Yo, el estilo de apego adulto y la sintomatología psicopatológica; con ciertas excepciones en los que no se encuentran resultados significativos, como en la sub-escala *Yo Positivo* del EOSS. Las relaciones más altas las encontramos con el *Yo en General*, presentando una relación alta significativa tanto con el *Índice Sintomático General*, siendo una medida del malestar psicológico total, como con la dimensión *Ansiedad por las Relaciones*, asociada a un estilo de apego *inseguro preocupado*. El *Yo en General*, se puede tomar como medida de la experiencia del Yo en su totalidad ya que evalúa las experiencias respecto a sí mismo de forma global; una puntuación alta indicaría una experiencia del Yo bajo control público, conducta de tipo disociativa y presencia de un trastorno del Yo. Por otro lado, la evaluación de los estilos de apego se basa en los ejes *Evitación de la Intimidad*, asociada al concepto sobre los demás, y *Ansiedad por las Relaciones*, relacionada con el concepto de uno mismo, siendo ésta la que arroja una relación más destacada en nuestro estudio.

El resultado obtenido concuerda con la hipótesis inicial: nos indica que a mayores problemas en la experiencia del Yo, mayor es el grado de malestar psicológico, y mayor probabilidad de pertenecer a un estilo de apego adulto *inseguro*, especialmente con el tipo *preocupado*. Estos resultados se relacionan con la teoría de los problemas del Yo de Kohlenberg y Tsai (1991, 2001), en la que presentan un continuo ordenado según la cantidad de respuestas “Yo X”, asociado a un control privado insuficiente del Yo. El estilo de apego *inseguro preocupado* se asocia con un comportamiento ambivalente en las relaciones interpersonales, con frecuencia relacionada con sintomatología ansiosa (Feeney y Noller, 2001). A colación de los resultados obtenidos, la postura del Yo respecto a la experiencia influye en la seguridad del apego, tal y como afirmaba Wallin (2007).

En cuanto al segundo objetivo, los resultados confirman las hipótesis establecidas inicialmente. Se han encontrado diferencias significativas en los grupos de personas con una experiencia bajo control *público* y *privado* del Yo. Las personas que presentan una experiencia *pública* del Yo, muestran un mayor grado de sintomatología psicológica global y específica en todas las sub-escalas, y una mayor puntuación en el eje de dimensiones asociadas al estilo de apego *inseguro (preocupado, alejado, y temeroso)*, comparado con el grupo asociado a una experiencia *privada* del Yo. En relación a los síntomas psicológicos específicos, la *Sensibilidad Interpersonal* ha reportado un tamaño del efecto mediano, por encima del resto de factores, seguido de *Depresión*,

con un tamaño del efecto pequeño. La *Sensibilidad Interpersonal* se describe en el BSI, como manifestación de sentimientos de inferioridad e inadecuación personal, especialmente en comparación con otras personas, como auto-depreciación e incomodidad durante las relaciones interpersonales; siendo una puntuación alta un indicador de elevados niveles de auto-conciencia pública (Derogatis, 2001). El hecho de que la *Sensibilidad Interpersonal* obtenga una potencia mayor que el resto de dimensiones, puede deberse a la relación que presenta la propia experiencia del Yo con las interacciones de tipo social, con los seres queridos, conocidos, etc., fundamentada bajo una construcción socio-verbal. Este aspecto se podría tener especialmente en cuenta a la hora de enfocar la intervención psicoterapéutica con clientes que presenten problemas del Yo y sintomatología de estas características, relacionada con sentimientos de inferioridad e inadecuación personal con los otros, ya que nos puede dar una información más detallada acerca del análisis funcional del caso.

Respecto al tercer objetivo de este estudio, los análisis han arrojado que la *Ansiedad por las Relaciones* y el *Yo en General*, relacionadas con el estilo de apego adulto y la experiencia del Yo respectivamente, explican en torno a un 45,9% de la varianza asociada al grado de malestar psicológico; siendo el *Yo en General*, la sub-escala que ha obtenido una influencia más destacada, produciendo una mejora del 18,9% en el modelo predictivo. Este resultado evidencia que, una vez que se controlan las dimensiones asociadas al estilo de apego, el *Yo en General* puede predecir de manera independiente el grado de malestar psicológico. Por tanto, la escala EOSS se muestra como una medida útil a la hora de predecir sintomatología psicopatológica, tal y como evidencia la literatura existente relacionada con las hipótesis de los problemas del Yo (Ferro-García y Valero-Aguayo, 2017; González-Palma et al., 2021). El *Yo en General* hace referencia a la experiencia del Yo en su expresión global, con el sí-mismo, con el hecho de sentir “vacío”, o bien, con el ser espontáneo y creativo. Sin embargo, el resto de escalas del EOSS como el *Yo en Relaciones Sociales* y el *Yo en Relaciones Íntimas*, hacen referencia a aspectos interpersonales, lo que nos hace plantearnos que el estilo de apego adulto puede influir en mayor medida en estos constructos con un tinte más social, con el foco centrado en los otros. Así mismo, una puntuación alta en estas dos sub-escalas del EOSS, indicaría una experiencia del Yo bajo control público, especialmente grave si se da en los ítems “cuando está solo”. Desde FAP, resulta interesante conocer en mayor profundidad estas variables que influyen en la experiencia del Yo, tanto en relación al sí mismo como en las relaciones

interpersonales, ya que va a proporcionar al terapeuta una amplia información sobre las posibles variables que están influyendo en la conducta del cliente.

En este estudio se ha utilizado un instrumento de evaluación continua para el estilo de apego adulto, ya que las investigaciones recientes abogan por el uso de estos instrumentos frente a los categóricos (Bartholomew y Shaver, 1998; Crowell et al., 2008; Fraley et al., 2000). Sin embargo, en las pautas de corrección se puede realizar una conversión de los estilos de apego a variables categóricas, que resulta de utilidad en lo que respecta a cuestiones de investigación (Alonso-Arbiol et al., 2007; Melero y Cantero, 2008). Se ha optado por utilizar el cuestionario Experiencias en las Relaciones Íntimas (ECR; Brenann et al., 1998), ya que Fraley et al., (2000) llevó a cabo un estudio para determinar si las escalas de apego existentes sufren de problemas de escala mediante un análisis de Teoría de Respuesta al Ítem (IRT), y concluyó que las escalas del ECR tenían funciones de información de prueba claramente superiores a las de otras escalas de apego.

En definitiva, los resultados obtenidos aportan información sugerente —fundamentada bajo un prisma, sin duda, limitado y preliminar— sobre la que se puede seguir investigando, ampliando el conocimiento existente, sobre la formación de la experiencia del Yo bajo un enfoque transdiagnóstico, desde la Psicoterapia Analítica Funcional.

A modo de conclusión, este estudio no se encuentra exento de limitaciones que deben de ser consideradas. Por un lado, el tamaño muestral no es grande, y por otro lado, la selección de la muestra se ha llevado a cabo mediante muestreo no probabilístico por conveniencia; son aspectos que habría que tener en cuenta en la generalización de los resultados. Además, el análisis correlacional no nos proporciona una evidencia causal de los resultados obtenidos en nuestras variables de estudio, por lo que no podemos determinar que la experiencia del Yo y el estilo de apego adulto estén implicados como variables causales en la sintomatología psicopatológica. Por otro lado, no conocemos cómo se comportan las variables en población clínica. Finalmente, al ser un estudio transversal, no conocemos los resultados en distintos momentos temporales. Sería deseable conocer cómo se comportan estas variables a largo plazo, arrojando una mayor evidencia al estudio. En definitiva, estas limitaciones se deben tener en cuenta para estudios posteriores y líneas de investigación futuras.

Referencias

- Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E., y Wall, S. (1978). *Patterns of Attachment*. Lawrence Erlbaum Associates.
- Alonso-Arbiol, I., Balluerka, N., y Shaver, P. R. (2007). A Spanish version of the Experiences in Close Relationships (ECR) adult attachment questionnaire. *Personal Relationships*, *14*(1), 45–63. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6811.2006.00141.x>
- Alonso-Arbiol, I., Balluerka, N., Shaver, P. R., y Gillath, O. (2008). Psychometric properties of the Spanish and American versions of the ECR Adult Attachment Questionnaire: A comparative study. *European Journal of Psychological Assessment*, *24*(1), 9–13. <https://doi.org/10.1027/1015-5759.24.1.9>
- American Psychiatric Association - APA. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5* (5a. ed.). Editorial Médica Panamericana.
- Bartholomew, K. (1990). Avoidance of intimacy: An attachment perspective. *Journal of Social and Personal Relationships*, *7*(2), 147–178. <https://doi.org/10.1177/0265407590072001>
- 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*(2), 226–244. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.61.2.226>
- Bartholomew, K., & Shaver, P. R. (1998). Methods of assessing adult attachment: Do they converge? In J. A. Simpson & W. S. Rholes (Eds.), *Attachment Theory and Close Relationships* (pp. 25-45). The Guilford Press.
- Bowlby, J. (1969, 1999). *Attachment and Loss*. Basic Books.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. Basic Books.
- Brennan, K. A., Clark, C. L., & Shaver, P. R. (1998). Self-report measurement of adult romantic attachment: An integrative overview. In J. A. Simpson & W. S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (pp. 46-76). The Guilford Press.

- Chatziioannidis, S., Andreou, C., Agorastos, A., Kaprinis, S., Malliaris, Y., Garyfallos, G., y Bozikas, V. P. (2019). The role of attachment anxiety in the relationship between childhood trauma and schizophrenia-spectrum psychosis. *Psychiatry research*, 276, 223–231. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.05.021>
- Crowell, J. A., Fraley, R. C., y Shaver, P. R. (2008). Measurement of individual differences in adolescent and adult attachment. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 599–634). The Guilford Press.
- Debbané, M., Salaminios, G., Luyten, P., Badoud, D., Armando, M., Solida Tozzi, A., Fonagy, P., y Brent, B. K. (2016). Attachment, Neurobiology, and Mentalizing along the Psychosis Continuum. *Frontiers in human neuroscience*, 10, 406. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2016.00406>
- Derogatis, L. R., y Melisaratos, N. (1983). The Brief Symptom Inventory: An introductory report. *Psychological Medicine*, 13(3), 595–605. <https://doi.org/10.1017/S0033291700048017>
- Derogatis, L.R. (2001). Cuestionario de 90 síntomas (SCL-90-R). TEA Ediciones, S.A.
- Feeney, J., y Noller, P. (2001). *Apego Adulto*. Desclée de Brouwer.
- Ferro-García, R. (2006). La psicoterapia analítica funcional (PAF): estableciendo relaciones terapéuticas intensas y curativas. *Psicología Conductual*, 14(3), 343-359.
- Ferro-García, R. y Valero-Aguayo, L. (2017). Hipótesis transdiagnóstica desde la Psicoterapia Analítica Funcional: La formación del Yo y sus problemas. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 19(3), 145-165.
- Ferro-García, R., Valero-Aguayo, L., y López-Bermúdez, M. A. (2009). La conceptualización de casos clínicos desde la Psicoterapia Analítica Funcional. *Papeles del Psicólogo*, 30(3), 255-264.
- Fraiberg, S. (1977). *Insights from the blind. Comparative studies of blind and sighted infants*. Basic Books.
- Fraley, R. C., Waller, N. G., y Brennan, K. A. (2000). An item response theory analysis of self-report measures of adult attachment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78(2), 350–365. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.78.2.350>
- George, C., Kaplan, M., y Main, M. (1985). *Adult Attachment Interview*. University of California.

- González Palma A. M., Sánchez-Sánchez L. C. and Garcia-Montes J. M. (2021). Is “Self-Experience” Really a Transdiagnostic Concept? Preliminary Evidence in Favor of the Transdiagnostic Conception of Functional Analytic Psychotherapy. *Frontiers of Psychiatry* 12:671223. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.671223>
- Hayes, S. C. (1987). A contextual approach to therapeutic change. In N. S. Jacobson (dir.), *Psychotherapists in clinical practice: cognitive and behavioral perspectives* (pp. 327-387). The Guilford Press.
- Hayes, S.C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35(4), 639-665. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80013-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80013-3)
- Hazan, C., y Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(3), 511–524. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.52.3.511>
- Kanter, J. W., Parker, C. R., y Kohlenberg, R. J. (2001). Finding the self: A behavioral measure and its clinical implications. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(2), 198–211. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.38.2.198>
- Kohlenberg, R. J., Hayes, S. C., y Tsai, M. (1993). Radical behavioral psychotherapy: Two contemporary examples. *Clinical Psychology Review*, 13(6), 579–592. [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(93\)90047-P](https://doi.org/10.1016/0272-7358(93)90047-P)
- Kohlenberg, R. J., Tsai, M., Ferro-García, R., Aguayo, L. V., Fernández-Parra, A., y Virués-Ortega, J. (2005). Psicoterapia Analítico-Funcional y Terapia de Aceptación y Compromiso: Teoría, aplicaciones y continuidad con el análisis del comportamiento. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(2), 37-67.
- Kohlenberg, R. J., Tsai, M., y Dougher, M. J. (1993). The dimensions of clinical behavior analysis. *The Behavior analyst*, 16(2), 271–282. <https://doi.org/10.1007/BF03392636>
- Kohlenberg, R. J. y Tsai, M. (1987). Functional analytic psychotherapy. In N. S. Jacobson (dir.), *Psychotherapists in clinical practice: Cognitive and behavioral perspectives* (pp. 388-443). The Guilford Press.

- Kohlenberg, R. J. y Tsai, M. (1991). *Functional analytic psychotherapy. Creating intense and curative therapeutic relationship*. Plenum Press.
- Kohlenberg, R. J., y Tsai, M. (1994a). Functional analytic psychotherapy: A radical behavioral approach to treatment and integration. *Journal of Psychotherapy Integration*, 4(3), 175–201. <https://doi.org/10.1037/h0101264>
- Kohlenberg, R. J., y Tsai, M. (1994b). Improving cognitive therapy for depression with functional analytic psychotherapy: Theory and case study. *The Behavior Analyst*, 17(2), 305–319. <https://doi.org/10.1007/BF03392678>
- Kohlenberg, R. J. y Tsai, M. (1995a). Functional analytic psychotherapy: a behavioral approach to intensive treatment. In W. O'Donohue y L. Krasner (dirs.), *Theories of behavior therapy. Exploring behavior change* (pp. 637-658). American Psychological Association.
- Kohlenberg, R. J., y Tsai, M. (2001). Hablo, luego existo: Una aproximación conductual para entender los problemas del Yo. *Escritos De Psicología - Psychological Writings*, 1(5), 58-62. <https://doi.org/10.24310/espiescpsi.vi5.13467>
- Kohlenberg, R. J., Tsai, M., & Kanter, J. W. (2009). What is Functional Analytic Psychotherapy? In M. Tsai, R. J. Kohlenberg, J. W. Kanter, B. Kohlenberg, W.C. Follette, y G. M. Callaghan, G.M. (Eds). *A Guide to Functional Analytic Psychotherapy. Awareness, Courage, Love and Behaviorism*. (pp. 1-19). Springer Publishing.
- Kohlenberg, R. J., Tsai, M., Kanter, J. W., & Parker, C. R. (2009). Self and mindfulness. In M. Tsai, R. J. Kohlenberg, J. W. Kanter, B. Kohlenberg, W. C. Follette, & G. M. Callaghan, *A guide to functional analytic psychotherapy: Awareness, courage, love, and behaviorism* (pp. 103–130). Springer Science + Business Media.
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of borderline personality disorder*. The Guildford Press.
- Martín-Murcia, F. Y Ferro-García, R., (2016). Building the Self: A contextual approach. *Psychology, Society & Education*, 8(2), 149- 156. <https://doi.org/10.21071/psye.v8i2.13831>
- Melero, R., y Cantero, M. J. (2008). Los estilos afectivos en la población española: un cuestionario de evaluación del apego adulto. *Clínica y Salud*, 19(1), 83-100.

- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change*. The Guilford Press.
- Palmier-Claus, J., Berry, K., Darrell-Berry, H., Emsley, R., Parker, S., Drake, R., y Bucci, S. (2016). Childhood adversity and social functioning in psychosis: Exploring clinical and cognitive mediators. *Psychiatry research*, 238, 25–32. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.02.004>
- Peters, A. N. (1983). *The units of language acquisition*. Londres: Cambridge University Press.
- Pérez-Álvarez, M. (1996a). *La psicoterapia desde el punto de vista conductista*. Biblioteca Nueva.
- Pérez Álvarez, M. (1996b). *Tratamientos psicológicos*. Universitas Editorial.
- Pérez-Álvarez, M. (2004). *Contingencia y drama. La psicología según el conductismo*. Minerva Ediciones.
- Pérez-Álvarez, M. (2014). *Las terapias de tercera generación como terapias contextuales*. Editorial Síntesis.
- Quintanilla-Cobián, L., García-Gallego, M.C., Rodríguez-Fernández, R., Fontes de Gracia, S., y Sarriá-Sánchez, E. (2019). *Fundamentos de Investigación en Psicología*. UNED.
- Ruipérez, M. A., Ibáñez, M. I., Lorente, E., Moro, M., y Ortet, G. (2001). Psychometric properties of the Spanish version of the BSI. Contributions to the relationship between personality and psychopathology. *European Journal of Psychological Assessment*, 17 (3), 241-250. <https://doi.org/10.1027//1015-5759.17.3.241>
- Rygaard, N. P., (2008). *El niño abandonado: guía para el tratamiento de los trastornos del apego*. Gedisa Editorial.
- Shaver, P., Hazan, C., & Bradshaw, D. (1988). Love as Attachment: The Integration of Three Behavioral Systems. In R. J. B. Sternberg, & M. L. Barnes (Eds.), *The Psychology of Love* (pp. 68-99). Yale University Press.
- Skinner, B.F. (1953). *Science and human behavior*. Macmillan.
- Skinner, B.F. (1957). *Verbal behavior*. Appleton-Century-Crofts.
- Skinner, B.F. (1974). *About behaviorism*. Knopf.

- Sideli, L., Murray, R. M., Schimmenti, A., Corso, M., La Barbera, D., Trotta, A., y Fisher, H. L. (2020). Childhood adversity and psychosis: a systematic review of bio-psycho-social mediators and moderators. *Psychological medicine*, 50(11), 1761–1782. <https://doi.org/10.1017/S0033291720002172>
- Valero-Aguayo, L., Ferro-García, R., López-Bermúdez, M. A., y Selva-López, M. A. (2012). Reliability and validity of the Spanish adaptation of Experiencing of Self Scale (EOSS) comparing normal and clinical samples. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 7(2-3), 151-158. <https://doi.org/10.1037/h0100951>
- Valero-Aguayo, L., Ferro-García, R., López-Bermúdez, M. A., y Selva-López, M. A. (2014) Psychometric properties of the Spanish version of the Experiencing of Self Scale (EOSS) for assessment in Functional Analytic Psychotherapy. *Psicothema*, 26(3), 415-422. <https://doi.org/10.7334/psicothema2014.15>
- Valero-Aguayo, L., y Ferro-García, R. (2015). *La Psicoterapia Analítica Funcional: El análisis funcional en la sesión clínica*. Editorial Síntesis.
- Valero-Aguayo, L., y Ferro-García, R. (2018). *Tratando con... Psicoterapia Analítica Funcional*. Ediciones Pirámide.
- Wallin, D. J. (2007). *El apego en psicoterapia*. Desclée de Brouwer.
- World Health Organization - OMS (2000). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Editorial Médica Panamericana.

Apéndice A. Escala de Experiencia del Yo

Por favor, responda con sinceridad a las distintas preguntas en una escala de 1 a 7 sobre el grado de verdad con que esas afirmaciones corresponden a su propia experiencia.

SECCIÓN I. Respeto a sí mismo en general

	<i>Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>A menudo</i>	<i>Siempre</i>				
1. Me encuentro perdido cuando la gente me dice "sé tú mismo"	1	2	3	4	5	6	7	
2. Siento como si fuera diferente según con qué personas esté.	1	2	3	4	5	6	7	
3. Tengo la sensación como de estar fuera de mi cuerpo, observándome a mí mismo.	1	2	3	4	5	6	7	
4. Me siento vacío.	1	2	3	4	5	6	7	
5. Soy creativo.	1	2	3	4	5	6	7	
6. Soy espontáneo.	1	2	3	4	5	6	7	
7. Soy sensible a la crítica.	1	2	3	4	5	6	7	

SECCIÓN II. Respeto a un conocido (compañero, vecino/a, conocido/a de vista, etc.)

	<i>Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>A menudo</i>	<i>Siempre</i>				
8. Estas personas influyen en la forma como me siento conmigo mismo cuando estoy con ellas.	1	2	3	4	5	6	7	
9. Mis necesidades o preferencias (lo que quiero hacer o conseguir) están influenciadas por estar personas cuando estoy con ellas.	1	2	3	4	5	6	7	
10. Mis opiniones están influenciadas por estas personas cuando estoy con ellas.	1	2	3	4	5	6	7	
11. Mis actitudes están influenciadas por estas personas cuando estoy con ellas.	1	2	3	4	5	6	7	
12. Mis acciones están influenciadas por estas personas cuando estoy con ellas.	1	2	3	4	5	6	7	
13. Estas personas influyen en la forma como me siento conmigo mismo cuando estoy solo.	1	2	3	4	5	6	7	

	<i>Nunca A veces A menudo Siempre</i>						
14. Mis necesidades o preferencias (lo que quiero hacer o conseguir) están influenciadas por estas personas cuando estoy	1	2	3	4	5	6	7
15. Mis opiniones están influenciadas por estas personas cuando estoy solo.	1	2	3	4	5	6	7
16. Mis actitudes están influenciadas por estas personas cuando estoy solo.	1	2	3	4	5	6	7
17. Mis acciones están influenciadas por estas personas cuando estoy solo.	1	2	3	4	5	6	7

SECCIÓN III. Respecto a una relación personal (familiar, amigo íntimo, seres queridos)

	<i>Nunca A veces A menudo Siempre</i>						
18. Estas personas influyen en la forma como me siento conmigo mismo cuando estoy con ellas.	1	2	3	4	5	6	7
19. Mis necesidades o preferencias (lo que quiero hacer o conseguir) están influenciadas por estas personas cuando estoy con ellas.	1	2	3	4	5	6	7
20. Mis opiniones están influenciadas por estas personas cuando estoy con ellas.	1	2	3	4	5	6	7
21. Mis actitudes están influenciadas por estas personas cuando estoy con ellas.	1	2	3	4	5	6	7
22. Mis acciones están influenciadas por estas personas cuando estoy con ellas.	1	2	3	4	5	6	7
23. Estas personas influyen en la forma como me siento conmigo mismo cuando estoy solo.	1	2	3	4	5	6	7
24. Mis necesidades o preferencias (lo que quiero hacer o conseguir) están influenciadas por estas personas cuando estoy	1	2	3	4	5	6	7
25. Mis opiniones están influenciadas por estas personas cuando estoy solo.	1	2	3	4	5	6	7
26. Mis actitudes están influenciadas por estas personas cuando estoy solo.	1	2	3	4	5	6	7
27. Mis acciones están influenciadas por estas personas cuando estoy solo.	1	2	3	4	5	6	7

SECCIÓN IV. Respecto a sí mismo en relación a los demás

	<i>Nunca A veces A menudo Siempre</i>						
28. Tengo la sensación de como estar fuera de mi cuerpo, observándome a mí mismo, cuando estoy con otras personas.	1	2	3	4	5	6	7
29. Me siento vacío cuando estoy con otras personas.	1	2	3	4	5	6	7
30. Soy creativo cuando estoy con otras personas.	1	2	3	4	5	6	7
31. Soy espontáneo cuando estoy con otras personas.	1	2	3	4	5	6	7
32. Soy sensible a las críticas de alguien con quien tengo una relación superficial.	1	2	3	4	5	6	7
33. Tengo la sensación de como estar fuera de mi cuerpo, observándome a mí mismo, cuando estoy solo.	1	2	3	4	5	6	7
34. Me siento vacío cuando estoy solo.	1	2	3	4	5	6	7
35. Soy creativo cuando estoy solo.	1	2	3	4	5	6	7
36. Soy espontáneo cuando estoy solo.	1	2	3	4	5	6	7
37. Soy sensible a las críticas de alguien con quien tengo una relación estrecha.	1	2	3	4	5	6	7

	Rango	Puntuación	Porcentaje
Sección I	7-49		
Sección II	10-70		
Sección III	10-70		
Sección IV	10-70		
Puntuación total	37-259		

Apéndice B. Inventario Breve de Síntomas

A continuación hay un listado de problemas que en ocasiones tienen las personas. Por favor, léalo cuidadosamente y seleccione, en cada caso su respuesta, marcando la letra que mejor describa HASTA QUÉ PUNTO SE HA SENTIDO MOLESTO POR ESE PROBLEMA DURANTE LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS INCLUIDO HOY.

¿HASTA QUÉ PUNTO SE HA SENTIDO AFECTADO POR?

<i>Ítems</i>	<i>Nada</i>	<i>Un poco</i>	<i>Moderadamente</i>	<i>Mucho</i>
1. Nerviosismo o agitación interior	1	2	3	4
2. Sensaciones de desmayo o mareo	1	2	3	4
3. La idea de que otra persona puede controlar sus pensamientos	1	2	3	4
4. La impresión de que la mayoría de sus problemas son culpa de los demás.	1	2	3	4
5. Dificultad para recordar las cosas.	1	2	3	4
6. Sentirse fácilmente irritado o enfadado.	1	2	3	4
7. Dolores en el corazón o en el pecho.	1	2	3	4
8. Sentir miedo de los espacios abiertos o de la calle.	1	2	3	4
9. Pensamientos o ideas de acabar con su vida.	1	2	3	4
10. La idea de que no se puede fiar de la mayoría de las personas.	1	2	3	4
11. Falta de apetito.	1	2	3	4
12. Tener miedo de repente y sin razón.	1	2	3	4
13. Arrebatos de cólera o ataques de furia que no logra controlar.	1	2	3	4
14. Sentirse solo aunque esté con más gente.	1	2	3	4
15. Sentirse incapaz de lograr cosas.	1	2	3	4
16. Sentirse solo.	1	2	3	4
17. Sentirse triste.	1	2	3	4
18. No sentir interés por las cosas.	1	2	3	4
19. Sentirse temeroso.	1	2	3	4
20. Ser demasiado sensible o sentirse herido con facilidad.	1	2	3	4
21. La impresión de que la gente es poco amistosa o que usted no le gusta.	1	2	3	4
22. Sentirse inferior a los demás.	1	2	3	4

23. Náuseas o malestar en el estómago.	1	2	3	4
24. Sensación de que otras personas le miran o hablan de usted.	1	2	3	4
25. Dificultad para conciliar el sueño.	1	2	3	4
26. Tener que comprobar una y otra vez lo que hace.	1	2	3	4
27. Encontrar difícil el tomar decisiones.	1	2	3	4
28. Sentir temor a viajar en coches, autobuses, metro, trenes, etc.	1	2	3	4
29. Dificultad para respirar.	1	2	3	4
30. Sentir calor o frío de repente.	1	2	3	4
31. Tener que evitar ciertas cosas, lugares o actividades porque le den miedo.	1	2	3	4
32. Que se le quede la mente en blanco.	1	2	3	4
33. Entumecimiento u hormigueo en alguna parte del cuerpo.	1	2	3	4
34. La idea de que debería ser castigado por sus pecados.	1	2	3	4
35. Sentirse desesperanzado con respecto a futuro.	1	2	3	4
36. Tener dificultad para concentrarse.	1	2	3	4
37. Sentirse débil en alguna parte del cuerpo.	1	2	3	4
39. Pensamientos sobre muerte o el hecho de morir.	1	2	3	4
40. Sentir el impulso de golpear, herir o hacer daño a alguien.	1	2	3	4
41. Tener fuertes deseos de romper algo.	1	2	3	4
42. Sentirse muy cohibido con otras personas.	1	2	3	4
43. Sentirse muy incomodo entre mucha gente, p. ej. en el cine, en las tiendas.	1	2	3	4
44. No sentirse cercano o íntimo con nadie.	1	2	3	4
45. Ataques de terror o pánico.	1	2	3	4
46. Tener discusiones frecuentes.	1	2	3	4
47. Sentirse nervioso cuando se encuentra solo.	1	2	3	4
48. El que otros no reconozcan adecuadamente sus logros.	1	2	3	4
49. Sentirse tan inquieto que no puede ni estar sentado tranquilo.	1	2	3	4
50. La sensación de ser inútil o de no valer nada.	1	2	3	4
51. La impresión de que la gente intentaría aprovecharse de usted si les dejara.	1	2	3	4
52. Sentimientos de culpabilidad.	1	2	3	4
53. La idea de que algo anda mal en su mente.	1	2	3	4

Apéndice C. Experiencias en las Relaciones Íntimas

Las siguientes frases se refieren a cómo te sientes en las relaciones de pareja. Nos interesa cómo vives las relaciones de pareja en general, no cómo te estás sintiendo en tu relación actual. En el caso de no tener, ni haber tenido pareja, piensa en personas significativas para ti. Responde a cada frase rodeando con un círculo el número que corresponde al grado de acuerdo o de desacuerdo que sientes que tienes respecto a cada una de ellas. Asegúrate de escoger solamente un número para cada frase. Debido a que cada persona es diferente no hay respuestas correctas ni incorrectas.

- | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---------------|
| <hr/> | | | | | | |
| 1. | Prefiero no mostrar a mi pareja cómo me siento por dentro | | | | | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 2. | Me preocupa que me abandonen | | | | | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 3. | Me siento muy cómodo/a teniendo un alto grado de intimidad con mi pareja | | | | | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 4. | Me preocupo mucho por mis relaciones | | | | | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 5. | Cuando mi pareja comienza a establecer mayor intimidad conmigo, me doy cuenta que me suelo cerrar | | | | | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 6. | Me preocupa que mi pareja no se interesa por mí tanto como yo me intereso por ella | | | | | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 7. | Me siento violento/a cuando mi pareja quiere demasiada intimidad afectiva | | | | | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 8. | Me preocupa bastante el hecho de perder a mi pareja | | | | | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 9. | No me siento cómodo/a abriéndome a mi pareja | | | | | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 10. | A menudo deseo que los sentimientos de mi pareja hacia mí fueran tan fuertes como mis sentimientos hacia él/ella | | | | | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 11. | Quiero acercarme afectivamente a mi pareja, pero a la vez marco las distancias con él/ella | | | | | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 12. | A menudo quiero fusionarme completamente con mi pareja, pero me doy cuenta que esto a veces le asusta | | | | | 1 2 3 4 5 6 7 |

13. Me pongo nervioso/a cuando mi pareja consigue demasiada intimidad afectiva conmigo
..... 1 2 3 4 5 6 7
14. Me preocupa estar sólo/a 1 2 3 4 5 6 7
15. Me siento a gusto compartiendo mis sentimientos y pensamientos íntimos con mi pareja
..... 1 2 3 4 5 6 7
16. A veces mi deseo de excesiva intimidad asusta a la gente 1 2 3 4 5 6 7
17. Intento evitar establecer un grado de intimidad muy elevado con mi pareja 1 2 3 4 5 6 7
18. Necesito que mi pareja me confirme constantemente que me ama 1 2 3 4 5 6 7
19. Encuentro relativamente fácil establecer intimidad afectiva con mi pareja 1 2 3 4 5 6 7
20. A veces siento que presiono a mi pareja para que muestre más sentimientos, más compromiso
..... 1 2 3 4 5 6 7
21. Encuentro difícil permitirme depender de mi pareja 1 2 3 4 5 6 7
22. No me preocupa a menudo la idea de ser abandonado/a por mi pareja 1 2 3 4 5 6 7
23. Prefiero no tener demasiada intimidad afectiva con mi pareja 1 2 3 4 5 6 7
24. Si no puedo hacer que mi pareja muestre interés por mí, me disgusto o me enfado
..... 1 2 3 4 5 6 7
25. Se lo cuento todo a mi pareja 1 2 3 4 5 6 7
26. Creo que mi pareja no quiere tener tanta intimidad afectiva conmigo como a mí me gustaría
..... 1 2 3 4 5 6 7
27. Normalmente discuto mis problemas y preocupaciones con mi pareja 1 2 3 4 5 6 7
28. Cuando no tengo una relación, me siento un poco ansioso/a e inseguro/a 1 2 3 4 5 6 7
29. Me siento bien dependiendo de mi pareja 1 2 3 4 5 6 7
30. Me siento frustrado/a cuando mi pareja no me hace tanto caso como a mí me gustaría
..... 1 2 3 4 5 6 7
31. No me importa pedirle a mi pareja consuelo, consejo o ayuda 1 2 3 4 5 6 7
32. Me siento frustrado/a si mi pareja no está disponible cuando la necesito 1 2 3 4 5 6 7

33. Ayuda mucho recurrir a la pareja en épocas de crisis..... 1 2 3 4 5 6 7
34. Cuando mi pareja me critica, me siento muy mal..... 1 2 3 4 5 6 7
35. Recorro a mi pareja para muchas cosas, entre otras, consuelo y tranquilidad 1 2 3 4 5 6 7
36. Me tomo a mal que mi pareja pase tiempo lejos de mi 1 2 3 4 5 6 7