



**UNIVERSIDAD CATOLICA DEL NORTE  
FACULTAD DE HUMANIDADES  
ESCUELA DE PSICOLOGIA**

**MEMORIA CLINICA PARA OPTAR AL GRADO DE MAGISTER EN  
PSICOLOGIA CLINICA CON MENCION EN PSICOTERAPIA  
SISTEMICA:**

**“INTERVENCIÓN SISTÉMICA Y TEORÍA DEL APEGO: ANÁLISIS DE  
UN CASO”.**

**Psic. Joselyn Miranda Díaz**

**Profesora Guía: Mónica Guzmán Gonzales.**

**Antofagasta, marzo 2019.**

**Resumen:** El presente estudio tiene por objetivo describir y analizar el caso clínico de una mujer de veintinueve años, quien mantiene como motivo de consulta crisis de pánico recurrentes y un quiebre matrimonial debido a una infidelidad por parte de su pareja. En primer lugar, se describe el trabajo terapéutico relacionado con el reconocimiento y expresión emocional, modificación de su rol en su dinámica transgeneracional, además de la reparación de las injurias del apego sufridas en su matrimonio. Luego de ello, se realiza un análisis del caso a partir de la teoría del apego, dado que es una formulación teórica que permite la comprensión de diversos aspectos del funcionamiento individual y relacional. Específicamente, se aborda la comprensión de su sintomatología asociada a su cuadro ansioso y el posterior afrontamiento de la crisis gatillada por la infidelidad a partir de su estilo vincular y de la construcción de la imagen de sí y los otros a lo largo de sus experiencias con personas significativas. Finalmente se discute en como las personas con trastorno de sintomatología ansiosa, tienden a mantener una base de apego ansioso, debido a que presentan dificultades para regular sus emociones, considerando que mantienen hiperactivado sus funciones de apego- en este caso respecto de las necesidades de otros-, las rumiaciones asociadas a la desvalorización de sí mismos, interpretaciones emocionales de forma negativa y manteniendo la sobreactivación de las acciones a fin de recuperar y/o mantener sus vinculaciones afectivas.

**Palabras clave:** Apego ansioso - modelos operacionales internos - mecanismos de regulación emocional – microtrauma - injuria del apego - trastorno de ansiedad.

## **Marco teórico**

### **La teoría del apego.**

La teoría del apego, desarrollada por John Bowlby en 1955, es un marco conceptual que permite comprender el funcionamiento en relaciones cercanas. Bowlby, define el apego como:

*“La conducta de apego es cualquier forma de conducta que tiene como resultado el logro o conservación de la proximidad con otro individuo claramente identificado al que se considera mejor capacitado para enfrentarse al mundo. Esto resulta sumamente obvio cada vez que la persona está asustada, fatigada o enferma, y se siente aliviada con el consuelo y los cuidados (Bowlby, 1995, p. 40) ”.*

De esta manera el sistema de apego se activará frente a situaciones de amenaza o peligro. Cuando esto ocurre, el niño despliega conductas orientadas a la búsqueda de protección de la figura de apego, protestando cuando ésta se aleja a fin de lograr sentirse seguro cuando recupera su atención, retomando nuevamente sus conductas exploratorias. Cabe señalar, que este sistema prosigue de manera estable a lo largo de la vida compuesto por elementos afectivos, cognitivos y conductuales. (Marrone, 2001).

### **Modelos operativos internos y estilos de apego.**

Dado lo anterior, y a partir de la interacción repetida con figuras significativas, la persona internaliza un conjunto de creencias acerca de sí misma y los otros, denominados modelos operativos internos, que dan cuenta de las diferencias individuales en el apego (Guzmán, Carrasco, Figueroa, Trabucco & Vilca, 2016).

Estos modelos operativos internos son comprendidos como esquemas o mapas internalizados que representan una realidad constituida por personas y objetos significativos para el individuo. Este mapa representacional sería de carácter cognitivo-afectivo-dinámico que ayuda al sujeto a ingresar a una realidad compartida, en la que

cada uno de sus integrantes tiene una mente individual, con deseos, planes, necesidades, las que requieren ser conocidas o inferidas para relacionarse entre las personas (Bowlby, 1969).

De esta manera, la presencia de un sistema de control del apego en conexión con los modelos operativos de sí mismo, sumado a la o las figuras de apego elaborarán durante la infancia las características centrales del funcionamiento de la personalidad a lo largo de la vida. Por ende, una vez construidos los modelos representacionales de los padres y de la interacción con estos, van a persistir de manera relativamente estable a lo largo del tiempo operando de manera inconsciente. Así, una pauta de apego de un niño pequeño estará en directa sintonía con los modelos de sus padres o cuidadores principales (Bowlby, 1995).

Se distingue, por un lado, un modelo de sí mismo, que alude al grado en que la persona, a partir de sus experiencias con figuras significativas, se concibe a sí misma como merecedora de cuidado y afecto. Esta imagen de sí se relaciona directamente con el grado de ansiedad que la persona experimenta de ser rechazada o abandonada. Si la persona, sostiene una visión positiva sobre sí misma tenderá a experimentar descendidos niveles de ansiedad de apego, experimentando confianza en su capacidad en su para movilizar el efecto de los otros (Bartholomew & Horowitz, 1991).

Por otro lado, se identifica el modelo de los otros, que contiene representaciones acerca de la sensibilidad y disponibilidad de aquellos y estaría asociado al grado de evitación de la intimidad que el sujeto manifiesta respecto de sus relaciones cercanas. (Bartholomew & Horowitz, 1991). Quienes poseen una visión positiva de los demás, tienden a confiar y a apoyarse en los demás y a sentirse cómodos con los demás, experimentando baja evitación del apego.

Por lo antes expuesto, los modelos antes descritos se articulan en patrones sistemáticos de expectativas, necesidades, emociones, estrategias de regulación emocional y conducta social, que va a influenciar la manera que se involucra con sus

relaciones cercanas, siendo estos patrones se denominados estilos de apego (Feeney & Noller, 2001).

La conceptualización de estas representaciones mentales fue posteriormente profundizada en el trabajo de Bartholomew y Horowitz (1991), quienes desarrollaron un modelo de categorías en cuanto al apego, en las cuales subyacen las dimensiones de ansiedad del apego y la evitación del apego. Se distingue, a modo general, estilos seguros caracterizados por baja ansiedad y evitación, e inseguros caracterizados por alta ansiedad y/o alta evitación.

Así, los sujetos que evidencian seguridad en el apego, serían capaces de reconocer sus estados de necesidad, siendo capaces de recurrir en búsqueda de apoyo, toda vez que su modelo mental internalizado es de carácter positivo con respecto a sí mismo como de los demás. En contraposición, el apego evitativo, falla en el reconocimiento de su angustia o incomodidad, por ende, no busca ser consolado, toda vez que su modelo mental implica una percepción negativa de los otros en términos de la receptividad y disponibilidad al cuidado, siendo lo anterior acompañado de una negativa percepción de sí mismo, como alguien que no merece ser cuidado (Grimalt & Heresi, 2012).

Por otra parte, las personas ansiosas en el apego tienden a exagerar los signos de amenaza, reaccionando con intenso malestar y rumiación continua. Esta hiperactivación de la búsqueda de proximidad estaría basada en que la distancia es experimentada como peligrosa o indicadora de potencial de abandono. En contraposición, las estrategias vinculadas a la desactivación son propias de las personas con un apego evitativo, quienes se caracterizarían por la supresión y represión de pensamientos y emociones negativas. Es decir, los sujetos tienden a desactivar las conductas de apego, debido al temor a los resultados aversivos que la proximidad con la figura de apego podría generar, por ende, minimizan el contacto con ésta tanto en lo real como en su imaginario (Guzmán, Carrasco, Figueroa, Trabucco & Vilca, 2016).

## **Apego y trastornos de ansiedad.**

La importancia de comprender los estilos de apego radica en que existe amplia evidencia que el grado de seguridad e inseguridad en el apego mantiene una estrecha relación con la salud mental de las personas (Mikulincer & Shaver, 2016). Numerosos estudios asocian la presencia de psicopatología a estilos de apego de tipo inseguro en los adultos, lo cual se asocia a su vez con la presencia de relaciones de apego inseguro durante su infancia (Mason, Platts & Tyson, 2005).

Así, por ejemplo, se ha documentado que el estilo de apego ansioso se asocia con sintomatología de ansiedad social, sintomatología depresiva y menor satisfacción con la vida (Santelices, Guzmán & Garrido, 2011). Del mismo modo, se ha observado que el estilo de apego ansioso en adultos se asocia a la presencia de trastornos de ansiedad (Dozier, Stovall & Albus, 1999), además de altos indicadores de estrés percibido y dificultades en las relaciones interpersonales (Pianta, Egeland & Adam, 2006).

La asociación entre el apego ansioso y la presencia de cuadros caracterizados por los altos niveles de ansiedad podría explicarse a partir de las estrategias de regulación emocional que se asocian a las diferencias individuales en el apego, las que se hacen evidentes especialmente en situaciones de estrés (Mikulincer & Shaver, 2003).

De esta manera, las personas que sostienen un apego seguro activan la denominada estrategia primaria, la que se caracteriza por la búsqueda de proximidad de la figura de apego como forma de obtener confort y protección. Por otra parte, las personas con alta ansiedad y/o evitación en el apego, poseen representaciones frustrantes de la figura de apego y sufren una continua sensación de inseguridad, que las conduce a ocupar las denominadas estrategias secundarias del apego ante el estrés: hiperactivación o desactivación (Mikulincer & Shaver, 2003).

En particular, las personas con alta evitación, tienden a negar las necesidades de apego, manteniendo distancia emocional y una excesiva confianza en sí mismos como

una fuente de protección (Mikulincer & Shaver, 2003). En contraposición, las personas con una ansiedad aumentada ocuparían estrategias de hiperactivación que se ven manifestadas en los esfuerzos activos para lograr la atención, apoyo y amor de la figura de apego, acompañada al mismo tiempo de inseguridad respecto a la posibilidad de conseguirlo.

De este modo, las personas con alta ansiedad en el apego tenderán a exagerar los signos de amenazas y a reaccionar ante situaciones estresantes con intenso malestar y rumiación continua. Esta hiperactividad, asociada a la búsqueda de proximidad de fundamentalría en que la distancia experimentada como peligrosa o indicadora de potencial abandono. Lo anterior, reviste particular relevancia toda vez que las dificultades en la regulación emocional se encuentran presentes en una serie de problemas de salud mental. (Guzmán, Carrasco, Figueroa, Trabucco & Vilca, 2016).

### **Apego, trauma y microtraumas**

Considerando la importancia de los estilos de apego y su relación con la salud mental de los sujetos, se debe tener en cuenta además una perspectiva biopsicosocial, en la que se consideren los componentes ambientales que afectan la vinculación adecuada entre los individuos con sus figuras de apego, tales como la violencia intrafamiliar, el consumo problemático de alcohol y/o drogas, el déficit en el cubrimiento de las necesidades emocionales, entre otros. No obstante, no solamente depende de los factores ambientales antes mencionados, sino de la absorción del daño microtraumático por parte del sujeto, ampliando los elementos de conflicto psíquico a la interacción de los factores ambientales con los factores propios del paciente tales como su temperamento (Crastrnopol, 2011).

De allí que es necesario considerar la importancia de las experiencias vinculares de la infancia temprana y cómo estas se integran progresivamente en la estructura de la personalidad, permitiéndole a la persona anticipar, interpretar y responder las conductas

de las figuras de apego al incorporarse de manera integrada experiencias presentes y pasadas (Garrido-Rojas, 2006).

Así, numerosas investigaciones han respaldado que la configuración de un apego ansioso/evitativo en niños que han vivenciado una combinación de maltratos físicos y psicológicos, abuso y/o negligencia por parte de sus cuidadores en temprana edad (Gómez, Muñoz & Santelices, 2008). Debido a esto, si los episodios vulneratorios son de carácter repetitivo en la vida del sujeto, pueden producir una “contusión psíquica”, que afecta de manera leve pero insistente y que dañan la autoestima y las relaciones interpersonales, lo que es conceptualizado por Crastnopol (2011) como microtraumas.

Estos hechos traumáticos de carácter sutil y difícil de reconocer resultan más complicados de aprehender y curar, por ende, los microtraumas con mayor facilidad no pueden ser explicitados, permaneciendo en consecuencia disociados o reprimidos, ergo, se irían acumulando en silencio resultando de esta manera más destructivos. Igualmente, sería muy frecuente que no solo implique a un cuidador/a y a un hijo/a, si no, como en el presente caso, una dinámica trídica con marcadas pautas transgeneracionales.

### **Injurias al apego.**

Desde la teoría del apego, no solo las experiencias tempranas moldean la conformación de los patrones vinculares, sino también las relaciones a lo largo de la vida. En la etapa adulta, se ha descrito que el vínculo de apego más prototípico es la relación de pareja, dado que esta propicia vínculos que facilitan la intimidad y cuidado mutuo (Franley & Shaver, 2000).

Desde este marco, la relación de pareja se convierte en una base segura desde la cual se explora el mundo, además de poder enfrentar los problemas que se presentan. Asimismo, la vinculación con un otro generaría un refugio de seguridad que proporciona protección y responsividad frente a la demanda de búsqueda de proximidad (Johnson, 2008).

Por otra parte, existen eventos que pueden amenazar la seguridad de un vínculo de apego mediante trasgresiones u ofensas, en las cuales el dolor que provocan puede, en algunas ocasiones dañar irreparablemente el vínculo. Así cuando aluden a eventos vívidos como severos, ocurridos en momentos que se necesitaba especialmente la presencia y apoyo del otro, conforman las llamadas “injurias al apego” (Makinen & Johnson, 2006).

Las injurias del apego se consideran como “violaciones del contacto humano” que toman forma de abandono y traición en momentos cruciales de necesidad. Estas violaciones luego crean o exacerban el sentimiento de inseguridad en el vínculo de apego. Se consideran traumáticas, ya que generan sentimientos intensos de miedo y de impotencia, que, al no ser resueltos ni sanados, limitan gravemente la confianza y la intimidad (Johnson, 2008).

De esta manera, la persona que se siente ofendida se contacta con el daño y lo relaciona con el apego, generando emociones de rabia, dolor, desamparo, miedo y/o vergüenza, afectando de manera significativa la relación de pareja y la calidad de vida de los miembros de ésta, lo cual sería visualizado en el trabajo clínico con parejas. En el contexto de las relaciones de pareja, una de las heridas que frecuentemente lleva a las personas a solicitar ayuda terapéutica es la infidelidad.

### **Terapia desde la teoría del apego.**

Bowlby (1995) resalta la necesidad de reconstruir los modelos operativos internos de los sujetos y de su figura o figuras de apego, a modo tal que se encuentren menos dominados por el hechizo de desdichas olvidadas y más capacitados para reconocer a los compañeros del presente tales como son.

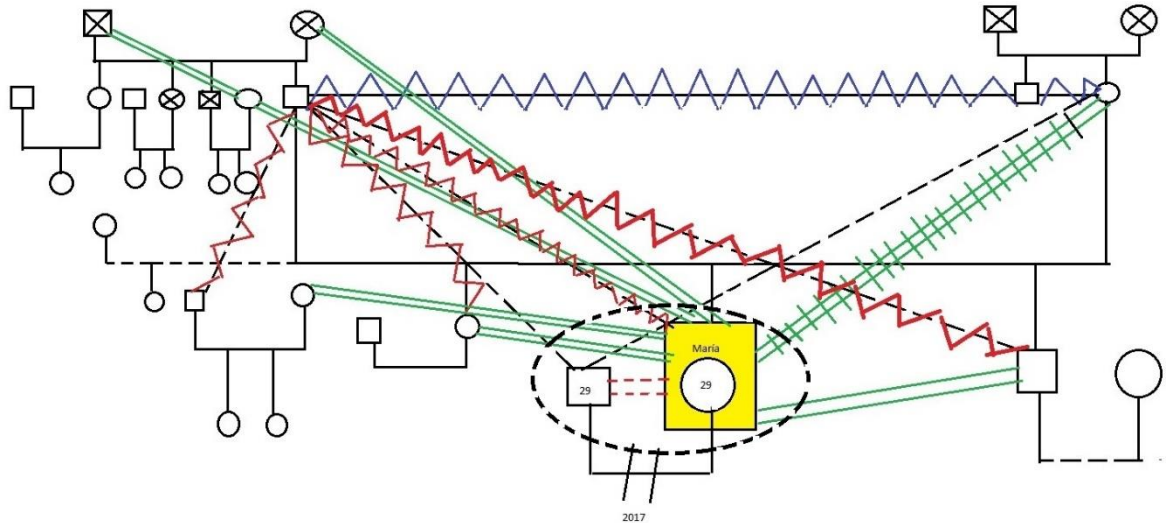
De este modo, si los primeros vínculos han sido conflictivos, las relaciones a posteriori pueden ofrecer otra oportunidad y quizá el potencial de amar, sentir y reflexionar con la libertad que surge de un apego seguro, siendo la psicoterapia la que aporta idealmente, ese vínculo curativo (Wallin, 2012).

Así pues, la terapia desde la teoría del apego requiere ofrecer una base segura para el consultante, lo que además debe incluir la responsividad y la empatía necesaria para acoplarse al estilo de apego que él requiera. De esta forma, el modelo de la terapia como transformación mediante el vínculo del consultante con el terapeuta es fundacional y primario, ya que ofrece una base segura que facilita la exploración, el desarrollo y el cambio. En términos generales, “el proceso relacional/emocional/reflexivo que está en el núcleo de toda terapia centrada en el apego facilita la integración de la experiencia negada y fomenta en el paciente un sentido del yo más coherente y seguro” (Wallin, 2012, p.25).

Asimismo, la sensación de seguridad surge de la eficacia del terapeuta para contribuir a que el paciente tolere, module y comunique sentimientos difíciles. En virtud de la seguridad generada por esas interacciones reguladoras del afecto, el vínculo terapéutico puede ofrecer un contexto para acceder a experiencias negadas o disociadas dentro del paciente que no han sido –y que quizá no pueden ser– puestas en palabras. En términos generales, el proceso relacional/emocional/reflexivo que está en el núcleo de toda terapia centrada en el apego facilita la integración de la experiencia negada y fomenta en el paciente un sentido del yo más coherente y seguro. Desde la experiencia relacional, que ocurre en psicoterapia es más probable que dichos cambios sean positivos para el consultante desde la teoría del apego. En línea con el concepto clásico de “experiencia emocional correctiva”, la relación terapéutica será más importante cuanto más precaria sea la vinculación que el paciente haya experimentado con sus figuras de apego (Wallin, 2012).

## Presentación del caso

### Genograma.



### Antecedentes relevantes del sistema consultante.

María tiene 28 años, es profesora de lenguaje y su grupo familiar nuclear lo compone su marido de 29 años, de profesión profesor general básica con especialidad en matemáticas; ambos se desempeñan como profesores jefes en una escuela básica, ubicada en una pequeña localidad emplazada en el norte grande del país.

La familia de origen de María es biparental y se caracteriza por ser de origen minero, ya que desarrolla su primera infancia en el campamento de Chuquicamata. Es una familia que posee pautas transgeneracionales de crianza heteronormativas, desarrolladas en el contexto minero, donde el progenitor se configura como proveedor, con baja afectividad y un rol periférico en la crianza, mientras que la madre se encargaba de la crianza de los hijos.

Otros antecedentes relevantes, son el alcoholismo del padre, razón por la cual se configura una dinámica de violencia intrafamiliar, lo cual dio a lugar a vulneraciones hacia los niños de la familia. La madre, se describe como encargada de la crianza, que

mantenía conductas de protección hacia sus hijos ante los episodios de violencia del padre, no obstante, la referida mantuvo un cuadro depresivo lo cual habría mermado sus capacidades protectoras.

A esto se suma la existencia de un episodio traumático de abuso sexual infantil, el cual consistió en tocaciones realizadas por parte de su progenitor, cuando María tenía ocho años de edad; no obstante, este hecho nunca fue develado al grupo familiar.

Durante la etapa de su enseñanza media María se vincula con sus pares, sintiéndose reconocida, aunque esto no logró producir cambios profundos en su auto concepto. Por ende, actualmente mantiene comportamientos de retraimiento y autoexclusión social, lo que le impide desplegar herramientas que serían favorables para su desarrollo laboral.

En su historia comenta que sufrió maltrato psicológico en relación a su sobrepeso, por parte de sus padres y hermanos, los que alegaban que era una forma afectiva de llamarle. Asimismo, señala que había poca validación de sus logros personales y académicos. Esto fue mermando su autoimagen, es decir, desde que adquiere una visión social de la belleza y sus estereotipos, mantiene una visión negativa de su cuerpo, lo que dificulta su desarrollo social, especialmente con sus pares. Esto se perpetuó durante su paso por la educación básica, donde manifiesta dificultades con sus pares, expresados en problemas de sociabilización.

María lleva ocho años de matrimonio, en los cuales refiere que han presentado dificultades leves, hasta la crisis que ocurre a mediados del año 2017. En este periodo presenta licencia médica por una cirugía, ausentándose de su trabajo y de la ciudad; al reincorporarse se encuentra con distanciamiento de parte de su pareja, lo que coincidiría con sospechas de infidelidad por parte de su pareja en el mismo contexto laboral de ambos, por lo cual comienza a realizar acciones a fin de obtener mayores antecedentes; a medida que transcurren las semanas, aumenta la sintomatología ansiosa. Frente a esto, colegas y amigos, le comentan situaciones que confirman esta infidelidad, no obstante, María decide creer en lo que refiere su pareja, quien niega los hechos.

Otro dato relevante que actúa como desencadenante de la solicitud de atención psicológica, es el suicidio de su primo por línea materna, hecho que la conecta con sentimientos de culpa, asociados al distanciamiento familiar producido por su situación médica y crisis matrimonial, lo que le habría impedido visualizar el riesgo suicida.

Respecto de las redes de apoyo de familia extensa, posee baja redes de apoyo, debido a problemas de su familia de origen, además de existir distancias geográficas, ya que residen en las ciudades de Calama y Antofagasta.

### **Motivo de consulta.**

#### **Derivación.**

En este contexto la consultante, decide, por iniciativa propia, comenzar un proceso terapéutico debido a que no visualiza redes de apoyo, ya que su marido, la persona que se configuró como su base segura, se distanció de ella repentinamente.

### **Motivación de consulta.**

La queja principal de María se verbaliza de la siguiente manera, “*quiero estar mejor, ya no quiero seguir así, estoy mal*”, es decir, la sintomatología ansiosa con la que aprendió a sobrellevar, en este último periodo se escapó de su control debido a las recurrentes crisis de pánico vivenciadas por la consultante. Frente a eso, se establece como motivo de consulta, obtener herramientas que fomenten la disminución de la sintomatología ansiosa, las crisis de pánico y sus dificultades en el afrontamiento de problemas.

Las expectativas expuestas durante este proceso, las expone alrededor de objetivos asociados principalmente a la disminución de la sintomatología ansiosa y la labilidad emocional recurrente.

### **Antecedentes relevantes y desarrollo del problema.**

El desarrollo de la sintomatología ansiosa de María consistía en recurrentes crisis de pánico, las cuales eran vivenciadas por la consultante con la sensación de falta de respiración, mareos, náuseas, desvanecimientos, labilidad afectiva y sensación intensa de peligro de muerte. Lo anterior le conllevó problemas en el ámbito laboral, ya que las crisis de pánico en primera instancia se daban de forma aislada en su hogar frente a problemáticas familiares, a diferencia de este periodo de su vida en que se comienzan a dar en el establecimiento educacional durante las horas de clases dentro del aula, al menos dos veces por semana.

Lo anterior habría comenzado a ocurrir luego de la reincorporación de María después de un periodo de ausencia por licencia médica a su trabajo, donde se enfrenta a los rumores de una posible infidelidad por parte de su pareja con una colega del mismo establecimiento educacional. Por lo expuesto anteriormente, las crisis de pánico y sintomatología ansiosa se habrían agudizado al momento en que la consultante visibilizaba cercanía física entre su pareja y su colega en los espacios de trabajo.

De esta manera, las recurrencias de las crisis de pánico habrían afectado de manera significativa su desempeño laboral, recibiendo llamados de atención por parte de los directivos del establecimiento educacional.

Sin embargo, con los antecedentes expuestos, María aun no habría problematizado de manera efectiva sus dificultades con respecto a su sintomatología ansiosa, debido a que habría desestimado la ayuda psicológica ofrecida por un amigo. No obstante, el factor gatillante por el cual finalmente decide comenzar un proceso terapéutico se debió al fallecimiento de un primo cercano para la consultante, quien se suicida debido a un cuadro depresivo.

## **Sistema de hipótesis.**

### **Clima emocional.**

Durante las sesiones y en primera instancia, manifiesta desconfianza al comenzar a develar eventos de su historia, lo que en el transcurso de su crisis matrimonial y en la necesidad que manifestaba de contención emocional, fue disminuyendo y afianzando la alianza terapéutica. Esto dio lugar a establecer, una alianza basada en la confianza que permitía establecer tareas, lograr encuadrar en los momentos necesarios y establecer desafíos para concretar los objetivos deseados.

### **Creencias.**

La perspectiva de María, frente a su crisis matrimonial sería que era una situación esperable (tanto la sospecha de infidelidad y el posible abandono), lo que se fundamenta en la visión negativa que mantendría de sí misma, comienza a justificar la conducta de su marido a partir de las carencias que podría sentir su pareja, dejando en segundo plano sus necesidades afectivas, es decir, de cierta manera se siente merecedora de lo acontecido. De esta manera, la consultante mantendría sintomatología ansiosa frente a las dificultades con su pareja, por ende, en las situaciones en que se presenta las crisis de pánico es contenida por ésta, de esta manera visualiza que su pareja se activa a protegerla reforzando su sintomatología.

Asimismo, la consultante sostiene la creencia en la que la única manera de obtener afecto sería ocupando un rol de “salvadora” o “protectora” con quienes la rodean, postergando sus propias necesidades de manera abnegada para sentirse validada, reconocida y amada por su entorno.

### **Atribuciones de significado.**

La visión que mantiene la consultante se reforzaría mediante su tendencia a victimizarse, lo que usaría como estrategia para expresar las exigencias y/o demandas

que se enmarcan desde la ansiedad del apego. No obstante, su pareja sostenía comportamientos ambivalentes, presentando conductas de apego evitativo.

De esta manera, la consultante se atribuye la responsabilidad de la crisis matrimonial al no sentirse lo “suficientemente buena” para mantener una relación sentimental, debido a que tiende a sostener desvaloración de su autoconcepto dado que desde su discurso María verbalizaría frases como “es que yo siempre estoy enferma..., yo no tomo yo no fumo no me gusta salir, entiendo que se aburra y que quiera estar con otra persona”.

### **Hipótesis sistémico-relacionales.**

La hipótesis sistémica-relacional formulada, consiste en que la consultante se configura desde un rol donde requiere ser “necesitada”, es decir actuar como “salvadora” frente a las dificultades familiares, tales como las problemáticas vinculares y económicas de su familia nuclear.

Lo anterior, se contextualizada que desde su infancia temprana hasta la actualidad el grupo familiar de la consultante se ha visto afectado por el consumo problemático de alcohol del progenitor, en lo que María desplegaría comportamientos de “mediadora” entre ambos progenitores, así como “defensora” de su hermano menor con respecto a las agresiones del padre de familia. Por lo antes expuesto, las situaciones de agresividad del progenitor de la consultante, la mantendrían en un estado de constante vigilancia hacia el sistema familiar, lo que habría obstaculizado que ésta desarrollara su vida con normalidad, debido a que constantemente viajaba a cumplir el rol de “salvadora” de su familia.

Asimismo, durante las diferentes agresiones del padre de la consultante en la cual la referida actuaría como protectora de su familia siendo un escudo de estas vulneraciones, el progenitor termina agrediéndola verbalmente por lo que María decide

abandonar estas dinámicas disfuncionales de interacción, alejándose del hogar nuclear por poco tiempo.

En cuanto a la pauta relacional, se debe comprender que el marido de la consultante, se configura como su figura de apego, con quien mantiene una dinámica en la que María actúa como protectora de su pareja. Lo anterior debido a que cuando la consultante desde la sobreactivación y sentimientos de devastación por la sospecha de infidelidad enfrenta a su pareja demandando una explicación al respecto, a lo que éste responde victimizándose, alegando contención y comprensión emocional por parte de la consultante. De esta manera, la referida decide postergar su propia necesidad activando su rol protector a fin de sentirse validada y reconocida, lo cual ella interpreta como una señal de afecto, frente a esto la relación se mantenía en un estado de pasividad hasta que la pareja retorna a sus conductas evitativas hacia ella, conllevando en consecuencia la activación de la sintomatología ansiosa las que en general era expresada a través de las crisis de pánico.

Esta dinámica se repite en las formas en que vivencia sus relaciones interpersonales, ya que continúa relacionándose en espacios donde suele sentirse “necesitada” para activarse y actuar, moviéndose en objetivos mediados a través de otros, es decir, se maneja en contextos donde requieren de su ayuda y/o le solicitan la misma: esto facilitaría su estado de postergación personal, ya que focaliza su energía en las dificultades o problemas de otros a fin de invisibilizar sus carencias.

En esta crisis matrimonial, este rol que cumple en la dinámica lo ha reconocido como una problemática que le afecta de forma directa, considerando que este rol lo ha realizado en su grupo familiar y lo ha replicado con su pareja. Desde su discurso denota que requiere una validación personal, considerando que su referente más cercano -su marido-, se ha distanciado, lo cual generaría mayor sintomatología ansiosa.

### **Proceso terapéutico.**

### **Encuadre.**

El proceso terapéutico se da en un contexto de práctica profesional, donde se establece una sesión por semana de 45 minutos; inicialmente se acuerdan 10 sesiones, aunque debido a diferentes circunstancias se realizan 15, habiendo periodos sin atención psicológica. Además, las primeras intervenciones se dieron en un contexto de crisis matrimonial, donde la consultante requería contención emocional, siendo esto el punto clave para el fortalecimiento de la alianza terapéutica.

### **Vínculo.**

En la vinculación consultante y terapeuta, en primera instancia se genera una dependencia frente a las crisis vinculares que mantenía a nivel relacional en su cotidianidad, toda vez que el espacio terapéutico brindó un espacio seguro el cual la consultante lo percibió como una oportunidad de confianza y validación.

Luego, en el transcurso de las sesiones y a medida que la consultante, abre su círculo social establece redes de apoyo, fortalece su independencia y la autonomía frente a las problemáticas relacionales que mantenía en ese momento.

### **Objetivos terapéuticos.**

Los objetivos terapéuticos en primera instancia se focalizan en el alivio sintomático, dado que la consultante identifica como problemática el estrés que sentía frente a los rumores de infidelidad de parte de su pareja que se dieron en el contexto laboral, lo que le producía alteraciones a nivel somático y sintomatología ansiosa. Por ello, el objetivo terapéutico inicial era la disminución de la somatización, siendo en primera instancia el espacio terapéutico un espacio de contención a fin de que identificase estrategias de autocontrol para ser extrapoladas en su interacción social. Asimismo, se

buscó que la consultante generase espacios de autocuidado y desarrollo personal, así como la apertura a los espacios sociales en la interacción con sus pares.

Los objetivos terapéuticos en primera instancia se focalizaron en el alivio sintomático del cuadro ansioso, las cuales se abordaron a través del reconocimiento y expresión emocional relacionadas a la contingencia de su crisis matrimonial. De esta manera, fue necesario psicoeducar en cuanto a las emociones dado que esto le dificultaba trabajar con respecto a la injuria del apego por parte de su pareja.

Desde esta perspectiva, se buscó fomentar la legitimización de sus estados emocionales y la promoción de estos; de esta manera, se le facilitaría a la consultante identificar las dinámicas que podrían incluir daño emocional. Este objetivo se trabajó mediante la psicoeducación de las emociones con respecto a su funcionalidad en la vida de la consultante, asimismo, se buscó en el espacio terapéutico la validación de la injuria del apego vivenciado por María, así como su malestar emocional frente a su crisis matrimonial.

Otro objetivo, se relaciona a la identificación y funcionalidad de su rol de “protectora” y/o “salvadora” dentro de sus dinámicas relacionales, esto se logra trabajar mediante la técnica de su genograma familiar, lo cual fomenta una reflexión crítica con respecto a pautas transgeneracionales que, acompañado de herramientas terapéuticas como el reflejo, la consultante logra problematizar entorno al rol que cumple en la pauta relacional conflictiva intrafamiliar. Lo anterior daría paso a una reformulación con respecto a su crisis matrimonial, dado que con la confirmación del significado de la infidelidad dentro de sus pautas familiares tempranas que son relacionadas las dificultades que mantiene con su pareja.

Del mismo modo, surge el objetivo terapéutico de re elaborar la situación de ASI sufrido en su infancia, esto considerando que la configuración de su rol de “protectora” y/o “salvadora”, se relaciona al tipo de apego temeroso que formulo con su progenitor, con quien a mantiene una dinámica conflictiva, lo que la consultante asocia a la falta de

re elaboración del episodio de ASI, por ende, se utilizan recursos narrativos entre ellos la elaboración de una carta y un ritual de cierre unilateral simbólico a fin de reparar el hecho vulneratorio.

### **Presencia de impases.**

La situación de impasse terapéutico se da debido a la labilidad emocional que presentaba, en las situaciones de hiperactivación emocional lo que conllevaba retrocesos terapéuticos, lo que le impedía expresar sus emociones y además la imposición de límites de dependencia de parte de otras hacia ella.

Es menester señalar, que se realiza supervisión del caso ya que, desde el enfoque terapéutico, se dio espacio a interferencias emocional por parte del terapeuta, asociada al dolor que expresaba la consultante, esto me conmovió debido a la visión que ella mantenía de sí misma, considerando que minimizada por sensación de abandono inminente.

Durante esta supervisión, se me da a conocer la posición de “víctima”, desde la que ella configura sus relaciones interpersonales siendo una suerte de sacrificio para ser querida. Esto me ayudo a fortalecer la visión de terapeuta a fomentar los recursos de la consultante, a fin de focalizar en objetivos donde se logra activar y/o motivar a realizar cambios desde su autoconcepto y que esto lograrse traspasarlo a sus relaciones interpersonales y/o círculo cercano.

### **Término y evaluación de los logros.**

Los objetivos co-construidos, que se observaron en primera instancia fueron el alivio sintomático asociado a las crisis de pánico; estas fueron disminuyendo a medida que concientiza las responsabilidades familiares que ha llevado consigo desde hace muchos años.

Por otra parte, esto se asoció al reconocimiento emocional, frente a estas situaciones familiares que replicarían en sus relaciones interpersonales, donde mostraba tendencia a inhibir emociones como la rabia, por lo que no las expresa y le generaba angustia. Esto se debe entender, desde la visión de alguien que cumple un rol de “salvador”, lo que incluye desde sus creencias mostrarse siempre ameno y gentil, sin manifestar emociones que se consideran negativas. Frente a esto, se liga a el reconocimiento emocional y la funcionalidad de las emociones, es decir, la utilidad de estas como la rabia, la que se sería útil estableciendo límites, frente a situaciones que le causan malestar, incomodidad o dolor. Frente a esto se traza el objetivo, que es limitar y determinar, su rol familiar de hija y/o hermana, dejando de lado paulatinamente y de forma consciente el rol de “salvadora”.

En vista que los objetivos se habrían cumplido con sesiones una vez por semana, se acuerda dejar espacio de dos semanas, a fin de realizar monitoreo. Durante el monitoreo, se presentan dificultades en la relación interpersonal con su expareja, debido a su situación habitacional que en ese momento continúa siendo compartida. En estas circunstancias, muestra la capacidad de accionar y limitar espacios y/o tiempos, a fin de mejorar su estado emocional evitando exponerse a situaciones de incomodidad o disgusto, por lo tanto, se realizó un cierre terapéutico junto a la consultante.

Por último, luego de concretar los objetivos propuestos en el proceso de terapia, la consultante logra alcanzar espacios de autonomía, motivación con su calidad de vida, aumento de las relaciones sociales, preocupación por sí misma, aumento del autoconcepto y autoestima, motivación laboral e integración de mecanismo de defensa.

### **Análisis del caso.**

Las problemáticas presentadas por María en el proceso terapéutico, se pueden comprender desde la perspectiva propuesta en la teoría del apego, la que propone que las diferencias individuales en los estilos vinculares se expresan tanto en el funcionamiento interpersonal como individual. Cabe señalar, que, si bien el proceso de terapia no fue

intervenido desde el enfoque propuesto por la teoría del apego, se utilizará este paradigma para facilitar la comprensión de la subjetividad y las problemáticas de María.

De este modo, se realizará un análisis de las problemáticas manifestadas por la consultante quien refiere en su motivo de consulta una afectación en su desempeño laboral debido a su sintomatología ansiosa, agudiza ante una situación de crisis en su relación de pareja, siendo esta dinámica comprendida desde la teoría del apego.

En primer lugar, se debe comprender cómo el contexto relacional temprano influye de manera significativa en el desarrollo y conformación de la personalidad, es decir, que los factores estresantes vivenciados en la primera infancia pueden llegar a mermar a largo plazo los estilos relacionales de los adultos en construcción. Con respecto a la consultante es menester señalar, que existen antecedentes de vulneración durante su infancia tales como el ser espectadora y víctima de violencia intrafamiliar, agresiones psicológicas asociados a su imagen corporal por su núcleo familiar, consumo problemático de alcohol por parte de su progenitor, además de un episodio de abuso sexual infantil intrafamiliar a los ocho años perpetrado por el referido. Asimismo, cabe indicar que su progenitora mantenía un cuadro depresivo lo cual le impidió sostener prácticas protectoras adecuadas con la consultante.

Los antecedentes antes mencionados, se pueden comprender desde la perspectiva del trauma y el microtrauma, toda vez que generaría conflictos psíquicos en la consultante los cuales mermaron con mayor profundidad la imagen personal de María y su visión del mundo como un entorno seguro, esto debido a que sus referentes afectivos la agreden de manera activa como su progenitor o dejan de estar disponibles y responsivos como es el caso de su madre.

Del mismo modo, las experiencias vinculares tempranas de María habrían contribuido a la configuración de un modelo negativo de sí, lo que se expresa en un temor constante al abandono, dependencia emocional e hiperactivación crónica de su sistema de apego, lo cual permite comprender de mejor manera la sintomatología ansiosa de la

consultante tales como como crisis de pánico, pensamientos rumiantes de desvalorización e inhibición social.

Asimismo, se aprecian dificultades emocionales como: labilidad afectiva, desbordes emocionales y un disminuido reconocimiento de sus emociones. Este elemento resulta comprensible a partir de la experiencia de trauma, dados antecedentes que documentan que, ante situaciones de este tipo, una de las consecuencias emocionales es la disociación y la dificultad para reconocer con claridad las propias emociones (MacIntosh & Johnson, 2008).

Igualmente, desde la perspectiva de la teoría del apego, se logra identificar que las características individuales de la consultante se configuran en el desarrollo de estrategias de regulación emocional secundarias de hiperactivación frente a las diversas situaciones de estrés vivenciadas por María, quien buscaría de manera activa la atención, apoyo y aprobación de su grupo de pares. Debido a lo antes referido, la consultante se habría vuelto temerosa al relacionarse con otros, manteniendo en consecuencia una inhibición social. Por ende, María se habría refugiado mayoritariamente en su núcleo familiar, reforzando de esta manera el patrón relacional vulneratorio a nivel psicológico y emocional, dando a lugar a una rigidización de su modelo operativo interno de tipo ansioso.

Por otra parte, la visión negativa de sí misma acompañada de las estrategias de regulación emocional secundarias de hiperactivación de búsqueda de aprobación social, harían que en la referida se valide en función de un rol protector de quienes la rodean, especialmente de su familia y pareja, toda vez que en sesión manifiesta en su discurso “la necesidad de sentir que es útil en su rol, que es reconocida por las cosas que hace, más que por ser ella misma”. Lo anterior visualizado en la dinámica de su familia de origen, donde María actúa como “salvadora” de las agresiones del progenitor a los demás miembros de la familia. De este modo, las pautas relacionales de la consultante se estructuran en torno a la necesidad de obtener la gratificación personal de satisfacer sus propias carencias emocionales mediante el sentirse necesitada y validada por los otros.

Por lo antes expuesto, podemos evidenciar la manera en que los estilos de apego modelan la forma de establecer vínculos con otros en la vida adulta, como se puede entender desde el caso de María quien busca sentirse validada y necesitada por otros, tanto en sus relaciones con amigas/os como con su pareja, como se expone a continuación en la que se evidencia la manera en la que la consultante afronta una herida de apego en su relación sentimental.

Con respecto a lo anterior, cabe subrayar que, en la dimensión relacional de la consultante, habría replicado desde su estilo de apego ansioso dinámicas vinculares rígidas en la que María actuaría en función de su pareja, postergando sus deseos, aspiraciones y necesidades en función de la conservación de su relación emocional. Es en este intento de conservar su relación emocional, en donde la consultante se posicionaría desde la negación frente a los rumores y sospechas de infidelidad por parte de su pareja.

Asimismo, en relación a la situación antes expuesta la consultante en ocasiones le demandaría explicaciones a su pareja, no obstante, este negaría la situación mostrándose ofendido y tomando distancia emocional y física con María, lo cual agudizaría los episodios de sintomatología ansiosa asociadas a crisis de pánico en la referida.

Por ende, a fin de disminuir el malestar psíquico/emocional, María decide mantener la relación en las condiciones en la que se encuentra, postergando su demanda de aclaración de los hechos y justificando el actuar de su pareja, lo que probablemente se sustente en el temor al abandono y a la pérdida que caracteriza a las personas con apego ansioso. Esto es verbalizado en las sesiones *“yo entiendo que él quiera estar con alguien más, si yo igual soy fome”, “yo dejo que él se vaya y vuelva cuando quiera, quizás se aburra de estar solo conmigo siempre, con todos los problemas que tengo demás que sí”, “es que yo siempre tengo problemas, por ejemplo en la intimidad, igual me da vergüenza, no me gusta hacer cosas, es que no me siento bien con mi cuerpo,*

*nunca me he sentido bien con mi cuerpo, donde soy gordita*”, entre otras frases, que denotan un modelo negativo de sí misma.

Sin embargo, el aumento de la sintomatología ansiosa frente a las sospechas de infidelidad habría generado una merma en su desempeño laboral. Lo anterior, fue visualizado en desbordes emocionales y crisis de pánico que obstaculizaban que la consultante llevara su labor docente de manera óptima, por ende, María movilizaría su conducta en búsqueda de psicoterapia con la intención de disminuir la sintomatología antes mencionada refiriendo a la profesional “yo no quiero estar así, quiero sentirme mejor”, esto con respecto a sus crisis de pánico y constante desanimo.

El espacio terapéutico en una primera instancia contribuyó a generar un espacio seguro para la exploración emocional de su estilo relacional, para posteriormente dar inicio al proceso de intervención, con el fin de visualizar la dinámica relacional de su familia nuclear, además de las relaciones personales y determinar el rol que cumple en la familia la consultante.

Durante la realización de esta actividad María se identifica en su dinámica familiar, como protectora de su progenitora y hermano menor, una vez visibilizado esto, comprende que al mantener este rol se ha expuesto a las agresiones constantes de su progenitor, razón por la cual decide actuar estratégicamente a fin de disminuir los conflictos con el mismo, sin dejar de apoyar y/o mantener el contacto con sus familiares.

Lo anterior se asocia al objetivo de que la consultante genere espacios de mayor independencia, toda vez que no poseía comportamientos de autocuidado, debido a los altos índices de dependencia afectiva que sostenía María, tales como prepararse comida saludable por desánimo de salir a comprar sin compañía, planificar actividades recreativas, asistir a espacios de distensión social, entre otros, esto se asocia a la necesidad de crear espacios donde visualice y fomente el desarrollo de sus recursos personales.

Posteriormente, mientras se avanza en el proceso terapéutico visualizándose mayores recursos, se produce la develación en la sesión del episodio de abuso sexual infantil perpetrado por su progenitor, manifestando dificultades para relacionarse con el referido y la represión de los sentimientos de rabia y pena que por lo general María tendía a reprimir.

Con respecto a los objetivos alcanzados en esta etapa del proceso terapéutico, se abordan la utilidad de las respuestas emocionales, esto a raíz de que mantiene la práctica de inhibir las emociones dificultando la expresión de estas. Esto haría referencia especialmente a la emoción de rabia, que desde la perspectiva de María la evitaba expresar para no dañar a los demás, lo cual estaría estrechamente relacionado a su necesidad de aprobación por sus pares.

De esta manera, se co-construye la visión de la utilidad de la emoción de rabia, el cual en su caso identifica malestar o incomodidad, activando mecanismos de protección, esto le hace sentido toda vez que lo asociaría a la pasividad demostrada en la relación que sostiene con su pareja. Lo anterior, debido a que no se atrevía a solicitar que su ex pareja desaloje el hogar en común, por ende, el fortalecimiento de la aceptación y expresión de la emoción, activa mecanismos de defensa y autoprotección lo que fortalece su visión de autonomía emocional.

En esta misma línea de la intervención, María realiza una asociación relacionada a la rabia, debido a que acepta los sentimientos respecto de la infidelidad de su pareja, configurando esto como una injuria de apego, debido a que lo vivenciaría como una traición a la confianza, y abandono en los momentos de necesidad emocional, dejando de lado la negación de los hechos, dando espacio a liberar el dolor que le produce el hecho de infidelidad.

El proceso terapéutico llevado a cabo con María, nos permite comprender desde la teoría del apego como las relaciones tempranas con las figuras significativas

configuran la base de seguridad y confianza en las relaciones con el entorno y enmarcaran las relaciones vinculares adultas.

De esta manera, es probable que los consultantes que mantienen un contexto relacional temprano que involucre experiencias traumáticas, darían paso a una estructuración de modelos operativos internos inseguros, los que al rigidizarse serán replicados en sus relaciones adultas y podrían afectar su calidad de vida.

En este caso, los consultantes con apego inseguro de tipo ansioso tienden a presentar mayores dificultades para controlar sus emociones, mayor tendencia a la rumiación y problemáticas a la interpretación y afrontamiento de amenazas en el entorno, dado que tienden a una hiperactivación del sistema de apego, ergo, podríamos hipotetizar que las personas con trastorno ansioso, tendrían tendencia a una base de apego ansioso.

### **Conclusión.**

En relación a lo antes analizado, se puede reflexionar en relación a las fortalezas visualizadas que se relacionan con el proceso de intervención que profundiza en los aspectos de la historia vital de la consultante, lo cual le permitió extrapolar su estilo vincular de pareja ampliado hacia sus relaciones intrafamiliares, permitiendo así identificar el rol que cumple en su grupo familiar, a fin de sustentar la durabilidad de los cambios en sus futuras vinculación.

Del mismo modo, se destaca la flexibilidad con respecto a la construcción de objetivos, lo anterior debido a que la consultante mantenía una multiplicad de eventos vivenciados que generaban gran conmoción emocional en la referida, por ende, la terapeuta debió priorizar los objetivos que aborden el alivio sintomático, para luego abordar los elementos del proceso asociadas al motivo de consulta de María, evidenciando de esta manera la importancia de flexibilizar y generar proceso terapéuticos acordes a las necesidades de los consultantes.

En contra parte, se visualizan debilidades en el proceso terapéutico asociados primeramente a las conductas de dependencia emocional hacia la terapeuta, entendiéndose desde la base de su apego de carácter ansiosa que de igual manera afectaba la consecución de los objetivos terapéuticos.

Asimismo, posterior al proceso surge desde la reflexión la importancia de haber integrado una perspectiva de género e intercultural en las intervenciones terapéuticas, debido a que se visualiza el rol que cumpliría la consultante como mujer y como su estilo de apego ansioso impacto de manera directa su concepción corporal conformando una imagen negativa de sí misma. De esta manera, sería interesante integrar en posteriores intervenciones e investigaciones los objetivos asociadas a desarticular las creencias construidas socialmente con respecto al rol “protector” que usualmente se les atribuye a las mujeres, lo anterior enmarcado desde la teoría del apego.

Para finalizar, los aportes de la presente memoria clínica evidenciarían cómo cierta sintomatología, como la ansiosa en el caso de la consultante, se sostiene y articula a partir de pautas relacionales construidas a lo largo del ciclo vital y reforzadas en el presente, las cuales además podrían ser comprendidas desde la teoría del apego. De esta manera, se rescata la necesidad de ampliar los estudios asociados a la configuración de los tipos de apego en relación a los cuadros de ansiedad, que incluyan además una perspectiva de género enmarcados desde un enfoque cultural latinoamericano.

Asimismo, se resalta la importancia de analizar la construcción de los vínculos en el apego de los consultantes, a fin de hacer consciente las dinámicas y su propio rol en relaciones adultas que entabla con su entorno. De la misma manera, se destaca la relevancia que mantiene el terapeuta durante el proceso de psicoterapia cumpla un rol de refugio seguro y base segura para el consultante a fin de facilitar la resignificación de su estilo relacional disminuyendo la sintomatología que afecta su calidad de vida.

### **Bibliografía.**

- Bartholomew, K. & Horowitz, L. M. (1991) Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 226-244. doi:10.1037/0022-3514.61.2.226
- Bowlby, J. (1969). *Vínculos afectivos: Formación, desarrollo y pérdida*. Madrid: Morata.
- Bowlby, J. (1995). *Una base segura: Aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. Buenos Aires: Paidós.
- Crastopol, M. (2011). “Oculto a simple vista”: El micro-trauma en la dinámica relacional intergeneracional. *Clínica e Investigación Relacional*, 5, (2): 237-260.
- Dozier, M., Stovall, K. C. & Albus, K. (1999). Attachment and Psychopathology in Adulthood. En J. Cassidy y P. Shaver (Eds.), *Handbook of Attachment: Theory, Research and Clinical Applications*, (pp. 497-519). New York, London: The Guilford Press.
- Feeney, J. & Noller, P. (2001) *Apego adulto*. Bilbao: Desclée De Brouwe.
- Fraley, R. C., & Shaver, P. R. (2000). Adult romantic attachment: Theoretical developments, emerging controversies, and unanswered questions. *Review of General Psychology*, 4, 132-154.
- Garrido-Rojas, L. (2006). Apego, emoción y regulación emocional: Implicaciones para la salud. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38(3) 493-507. Recuperado em 23 de janeiro de 2019, de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-05342006000300004&lng=pt&tlng=es](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-05342006000300004&lng=pt&tlng=es).

- Gómez, E., Muñoz, M., & Santelices, M. (2008). Efectividad de las intervenciones en apego con infancia vulnerada y en riesgo social: Un desafío prioritario para Chile. *Terapia Psicológica*, 26(2), 241-251. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082008000200010>
- Guzmán Mónica & Contreras, Paula. (2012). Estilo de apego en relaciones de pareja y su asociación con la satisfacción marital. *Psykhe (Santiago)*, 21(1), 69-82. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-22282012000100005>
- Grimalt O, Lua, & Heresi M, Eliana. (2012). Estilos de apego y representaciones maternas durante el embarazo. *Revista Chilena de Pediatría*, 83(3), 239-246. <https://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062012000300005>
- Gúzman-González, Monica, Carrasco, Natalia, Figueroa, Paulina, Trabucco, Caterina, & Vilca, Daniela. (2016). Estilos de apego y dificultades de regulación emocional en estudiantes universitarios. *Psykhe*, 25(1), 1-13. <https://dx.doi.org/10.7764/psykhe.25.1.706>
- Jhonson, S. (2008). *Práctica de la terapia matrimonial concentrada emocionalmente*. New York: Routledge.
- Lecannelier, F. (2009). Apego e intersubjetividad: Influencia de los vínculos tempranos en el desarrollo humano y la salud mental. Santiago: LOM Ediciones.
- MacIntosh, H. B., & Johnson, S. (2008). Emotionally Focused Therapy for Couples and Childhood Sexual Abuse Survivors. *Journal of Marital and Family Therapy*, 34(3), 298–315. doi:10.1111/j.1752-0606.2008.00074.x
- Makinen, J. A., & Johnson, S. M. (2006). Resolving attachment injuries in couples using emotionally focused therapy: Steps toward forgiveness and

reconciliation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(6), 1055–1064. doi:10.1037/0022-006x.74.6.1055

Marrone, M. (2001). *La teoría del apego: Un enfoque actual*. Madrid: Prímastica.

Mason, O., Platts, H. & Tyson, M. (2005). Early maladaptive schemas and adult attachment in UK clinical population. *Psychology and Psychotherapy*, 78, 549 - 563.

Mikulincer, M & Shaver, P. (2003). The attachment behavioral system in adulthood: Activation, psychodynamics and interpersonal processes. *Advances in Experimental Social Psychology* 35, 53-152. doi:10.1016/S0065-2601(03)01002-5

New York: Guilford Press. Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2016). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics and change* (2nd ed).

Pianta, R. C., Egeland, B. & Adam, E. (2006). Adult attachment classification and self-reported psychiatric symptomatology as assessed by the Minnesota Multiphasic Personality Inventory--2. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 273-281

Santelices, M., Guzmán M, & Garrido, L. (2011). Apego y Psicopatología: Estudio comparativo de los estilos de apego en adulto con y sin sintomatología ansioso-depresiva. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XX (1), 49-55.

Shaver, P. & Mikulincer, M. (2002). *Attachment-related psychodynamics. Attachment & Human Development*, 4, 133-161. doi:10.1080/14616730210154171

Wallin, D. (2012). *El Apego en Psicoterapia*. Ney York: Desclée de Brouwer.