



**Caja Costarricense
del Seguro Social
(CCSS)**



**Centro de Desarrollo Estratégico
e Información en Salud y
Seguridad Social
(CENDEISS)**



**Universidad de Costa Rica
Sistema de Estudios de Posgrado
(SEP)**

**Universidad de Costa Rica
Sistema de Estudios de Posgrado**

**Revisión sistemática sobre el Apego Adulto: un
acercamiento hacia la neurobiología y su
importancia en el establecimiento de la alianza
terapéutica.**

**Tesis sometida a la consideración de la comisión del
Programa de Estudios de Posgrado de Psicología
Clínica para optar al grado y título de Especialista
en Psicología Clínica**

**Candidata
Licda. Viviana Gamboa Gámez**

**Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Costa Rica
2017**

Dedicatoria

Para quienes amo, me aman, mis bases seguras, mis motores...

Para quienes creen en la sanación de los vínculos y los puertos seguros...

Para todos (as) ustedes maestros (as) de vida que a través de su amor y sus enseñanzas desinteresadas me han mostrado más de los vínculos de lo que podría imaginar...

Para cada una de las personas que me inspiró a conectarme con el apego; y aquellos (as) curiosos (as) que como yo desean aprender más de el...

Para todos (as) ustedes que me han enseñado a SER.

Agradecimientos

Agradezco a mis supervisores (as) y docentes que guiaron este proceso de aprendizaje, y me impulsaron a expandir mi curiosidad.

Mi especial gratitud para quienes – algunas sin saberlo - influenciaron en la elección de este tema de investigación y me brindaron material bibliográfico para lograr llevarlo a cabo: Alejandra Villalobos, Ana Mora, Adriana Cortés, Angie Madrigal, Orietta Norza y Rocío Jiménez.

Finalizo agradeciendo a Karen Quesada Retana y a Alfonso Villalobos Pérez por su acompañamiento y retroalimentación durante este proceso de investigación, lo que permitió que fuera finalizado con éxito.

“Esta tesis fue aceptada por la Comisión del Programa de Estudios de Posgrado en
Psicología Clínica de la Universidad de Costa Rica, como requeridos parcial para optar al
grado y el título de Especialista en Psicología Clínica”

Licda. Karen Quesada Retana
Coordinadora Nacional
Sistema de Estudios de Posgrado en la Especialidad de Psicología Clínica

Msc. Alfonso Villalobos Pérez
Director de Tesis

Licda. Viviana Gamboa Gámez
Candidata

Contenido

<u>CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN.....</u>	<u>1</u>
1. INTRODUCCIÓN.....	2
<u>CAPÍTULO II. MARCO CONCEPTUAL</u>	<u>4</u>
2.1 CONCEPTUALIZACIÓN DEL APEGO ADULTO	5
2.2 NEUROBIOLOGÍA DEL APEGO.....	10
2.3 ALIANZA TERAPÉUTICA Y RELACIÓN CON EL APEGO.....	12
<u>CAPÍTULO III. PROBLEMA Y OBJETIVOS.....</u>	<u>15</u>
3. 1 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN:.....	16
3.2 OBJETIVO:.....	16
3.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:.....	16
<u>CAPÍTULO IV. METODOLOGÍA</u>	<u>17</u>
4.1 ESTRATEGIA METODOLÓGICA	18
4.2 POBLACIÓN Y MUESTRA	18
4.3 PROCEDIMIENTOS PARA LA SELECCIÓN Y RECOLECCIÓN DEL MATERIAL BIBLIOGRÁFICO	18
4.4 PROCEDIMIENTOS PARA LA SISTEMATIZACIÓN Y EN ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	21
4.5 CRITERIOS PARA GARANTIZAR LA CALIDAD DE LA INFORMACIÓN	22
<u>CAPÍTULO V. ANÁLISIS DE RESULTADOS</u>	<u>23</u>
5. 1 DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS.....	24
5.2. ESTUDIOS INCLUIDOS PARA ANÁLISIS	25
5.3 PRINCIPALES HALLAZGOS	37
<u>CAPÍTULO VI. DISCUSIÓN</u>	<u>41</u>
6.1 DISCUSIÓN	42
6.2 CONCLUSIONES	53
6.3 RECOMENDACIONES	55
<u>CAPÍTULO VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	<u>56</u>

Resumen

El apego se comprende como un componente básico de la naturaleza humana, en el que el individuo busca establecer lazos emocionales íntimos. Se establece durante la infancia con las figuras de apego; tornándose como organizador de las experiencias vinculares, expectativas y actitudes de las relaciones.

A raíz de esto, se plantea el objetivo de exponer la evidencia científica actualizada sobre las bases neurobiológicas que se han relacionado con el apego adulto y su importancia en el establecimiento de la alianza terapéutica en el abordaje individual de psicoterapia.

Para la elaboración de esta revisión se lograron identificar un total de 108 artículos, de los cuales 2 correspondían a libros y 106 a estudios de investigación propiamente dichos. Tras la revisión preliminar, la cantidad de documentos se redujo a 53 artículos los que, tras la lectura de objetivos, título, año de publicación y si estaban duplicados, fueron excluidos. Se prosiguió a efectuar una segunda revisión, en la que tras la lectura del título, resumen, introducción y conclusiones; un total de 26 artículos cumplieron con los criterios de inclusión para la lectura del texto completo. Tras la lectura completa, sólo doce artículos cumplieron con los criterios de elegibilidad para la síntesis cualitativa.

Los hallazgos indican que la neurología del apego adulto presenta diferencias según sea el estilo seguro, inseguro, ansioso o desorganizado. El apego seguro, se ha relacionado con la activación del córtex del cíngulo anterior y la corteza prefrontal dorsolateral; en el apego inseguro tiende a evidenciarse una activación de la ínsula anterior; el apego ansioso se vincula con la base neural del cíngulo dorsal anterior y el estilo desorganizado, se ha relacionado con la activación de la amígdala. El tomar en cuenta estos hallazgos en relación al estilo de apego resulta importante en los procesos de psicoterapia ya que se ha observado que en la medida en que el ambiente terapéutico sea seguro, se logrará establecer una alianza terapéutica que repercute en los efectos de la terapia, lo anterior se observado particularmente en el apego inseguro y evitativo.

Pese a los hallazgos, el estudio presentó diversas limitaciones, principalmente la limitada literatura identificada que hace mención a la neurobiología del apego adulto, por lo que, si bien este estudio se considera un acercamiento que abre paso a nuevas ventanas de investigación, resulta importante ampliar la cantidad de datos recolectados para generalizar los resultados.

Lista de tablas

Tabla 1. Estudios incluidos sobre la Neurobiología del Apego Adulto33
Tabla 2. Estudios incluidos sobre el abordaje terapéutico40
Tabla 3. Resúmenes de los principales hallazgos45

Lista de figuras

Figura 1. Diagrama de flujo del estudio32
según el modelo PRISMA	

Capítulo I.

Introducción

1. Introducción

El desarrollo de la Teoría del Apego y los conceptos relacionados al vínculo se remontan a las propuestas del psicoanalista británico John Bowlby (Repetur, 2005; Garrido et al, 2015).

Bolwby (2009), se refiere al apego como un componente básico de la naturaleza humana, en el que el individuo busca establecer lazos emocionales íntimos; los cuales se establecen durante la infancia con los padres, a los que se recurre en búsqueda de protección, consuelo y apoyo.

La primacía de estos lazos íntimos tempranos cuales se convierten en un rasgo importante en el funcionamiento afectivo (Bolwby, 2009); y se tornan como organizadores de las experiencias vinculares, expectativas y actitudes de las relaciones (Talarn, Sáinz y Rigat, 2013; Sassenfeld, 2012).

La organización del apego, será observable a través de diversos estilos, los cuales Main et al. (1985, citado en Steele y Steele, 2008) describen como seguro-autónomo, inseguro- resistente, inseguro-preocupado y desorganizado, estilos que se refuerzan en la interacción relacional.

El estudio del apego y la neurobiología que le subyace, ha ido incrementando en los últimos años, aunque aún hoy, los hallazgos preliminares son incipientes (Beltrame, 2015). A razón de la novedad en el campo, el ampliar la investigación en relación a este tema resulta importante para la comprensión de los sistemas de apego que se establecen en cada ser humano.

Dentro de los estudios que se han identificado, Stephen Borges (s.f, citado en Salvador, 2015), en su teoría polivagal, asocia el funcionamiento del nervio vago con la regulación a través del contacto social que nos ofrece la figura de dependencia.

A su vez, Mayes, Fonagy y Target (2007), han observado activación cerebral en las madres al responder a sus hijos en zonas como el córtex orbitofrontal lateral, la ínsula media, subdivisiones relacionadas con las sensaciones viscerales y las emociones positivas; y el cíngulo central anterior, el que también se ha asociado al procesamiento de estímulos sociales o emotivos.

En otros estudios relacionados con el estilo personal de apego, Gillath y colegas (s.f,

citado en Gillath, Karantzas y Fraley, 2016) han encontrado que, aunque la mayoría de participantes mostraban activación en la corteza prefrontal (PFC) y el córtex cingular anterior (ACC) cuando suprimían pensamientos relacionado con el apego, los participantes con apego evitativo mostraban patrones diferentes de activación. Los investigadores interpretaron esta falta de activación a la supresión constante de las emociones y pensamientos que las personas con apego evitativo suelen presentar.

Gillath et al. (2005a, citado en Gillath, Karantzas y Fraley. 2016) refieren que otras áreas que impresionan haber estado envueltas en el establecimiento de vínculo con figuras de apego es la amígdala e hipocampo; activadas ante la sensación de amenaza que promueve la búsqueda de figuras de apego para establecer la seguridad.

Otros estudios, han investigado el apego adulto desde una perspectiva neuroendocrinológica, encontrando que existen evidencias que muestran activación de la oxitocina y cortisol dependiendo del estilo de apego (Krause et al., 2016), sin embargo, profundizar en el funcionamiento neuroendocrinológico del apego no es el objetivo de la investigación.

Estas y otras investigaciones han realizado un acercamiento hacia la comprensión del establecimiento del apego; sin embargo, estos estudios, más que enfocarse exclusivamente en personas adultas y su estilo vincular, han prestado su atención al cómo el apego se relaciona y tiene efecto en los roles de parentaje o en las relaciones de pareja.

Por ello, como propuesta en este estudio se pretende exponer la evidencia científica actualizada sobre las bases neurobiológicas que se han relacionado con el apego adulto y su impacto en el abordaje psicoterapéutico, a través de la revisión sistemática de material publicado en las bases de datos internacionales, latinoamericanas y revistas indexadas de libre acceso en la web o disponibles en la plataforma virtual de la Universidad de Costa Rica (UCR).

Capítulo II.

Marco

Conceptual

Marco Conceptual

2.1 Conceptualización del Apego Adulto

El desarrollo de la Teoría del Apego y los conceptos relacionados al vínculo se remontan a las propuestas del psicoanalista británico John Bowlby (Repetur, 2005; Garrido et al, 2015).

Bolwby (2009), se refiere al apego como un componente básico de la naturaleza humana, en el que el individuo busca establecer lazos emocionales íntimos. Señala, que estos lazos, se establecen durante la infancia con los padres, a los que se recurre en búsqueda de protección, consuelo y apoyo; este proceso relacional inicia en el embarazo y prosigue a lo largo de toda la crianza (Talam, Sáinz, y Rigat, 2013). Bolwby (2009). Dichos lazos persisten durante la adolescencia sana y la vida adulta, pero se van complementando con nuevos lazos, producto de diversas relaciones (Bolwby, 2009).

Mosquera y González (2014) comentan que este sistema innato del cerebro evolucionó para dar seguridad al niño. Indican que, ante la presencia de malestar, el niño recurrirá al progenitor en búsqueda de un refugio seguro para ser consolado, internalizará la relación con el progenitor como un modelo interno de base segura; motivado por la protección, seguridad y refugio que ofrece el cuidador (Talam, Sáinz, y Rigat, 2013; Bowlby, 2009).

Este modelo interno, es explicado por Bowlby (2009) como un sistema organizado que le permite al niño mantener en su mente que existe una figura de apego próxima a la que puede acceder, aun así, no esté presente. Esto permite que en el niño se genere la seguridad para iniciar conductas de exploración, y que, si se siente amenazado, reconozca que existe una figura cercana a la que puede acudir en búsqueda seguridad (Yármaz-Yaben y Comino, 2011; Feeney y Noller, 2001).

Bolwby (2014) indica que la organización de este sistema, se ha desarrollado de acuerdo a la interacción del niño con su entorno, los cambios del medio ambiente y la reacción de los padres ante sus necesidades, lo que va guiando las percepciones individuales, emociones y pensamientos. El autor agrega que estos “modelos internos

regulan, interpretan y predicen la relación entre el comportamiento de unión en sí mismo y en la figura de apego” (p. 33); a medida que se van desarrollando cambios en su medio, el niño incorpora la capacidad para reflexionar y comunicarse, lo que influye en sus interacciones sociales (Bolwby, 2014).

Estos modelos se concretan en unos patrones de conductas observados por Ainsworth, Blehar, Walters y Wall (1978) tras la puesta en práctica de la situación controlada llamada la Situación Extraña. Estos patrones de conductas se han definido como:

- **Seguro:** El niño desea y busca la proximidad, y al conseguirlo lo mantiene. No se da la tendencia a resistirse al contacto, o se presenta en un muy bajo nivel. El niño puede sentir malestar ante episodios de separación, pero el malestar se relaciona claramente con la ausencia de la madre.
- **Inseguro-evitativo:** Los niños ignoran y evitan a los padres en las reuniones establecidas. Hacen gestos de rechazo alejándose de los padres en cada reunión, indicando el deseo de ser colocado nuevamente abajo cuando le alzan e ignoran los esfuerzos de los padres para comunicarse.
- **Inseguro-Resistente:** Tras la situación de perturbación, el niño parece buscar tanto la proximidad y contacto como a la vez se resiste activa o pasivamente a la misma. Parecen alternan entre parecer muy independientes e ignorar a la madre, y de repente ponerse ansioso por el contacto. Por tanto, rechaza y busca la cercanía a la figura de apego.

Posterior, utilizando como método la puesta en práctica de la misma Situación Extraña, Main y Solomon (1986; Wade, 2015), incluyen a los apegos descritos el estilo desorganizado, al que se refieren de la siguiente forma:

- **Desorganizado:** En este estilo, se observa que, ante la situación extraña, el niño presenta un comportamiento altamente desorganizado, o se ve desorientado en relación al ambiente inmediato. En estos niños, se observa confusión en relación a las secuencias temporales esperadas (e.g, fuerte rechazo seguido por una fuerte búsqueda de proximidad), un patrón de comportamiento simultáneo que es contradictorio (e.g, tras el acercamiento aleja fuertemente la cabeza del progenitor, tratando de mantener

un leve contacto visual), expresiones incompletas (e.g de miedo o tensión) con gestos asociados a confusión y aprensión (e.g llevar la mano a la boca), y pueden presentar congelación del comportamiento o engancharse en conductas estereotipadas.

La primacía de estos lazos íntimos tempranos y modelos internos se convierten en un rasgo importante en el funcionamiento afectivo (Bolwby, 2009). Quedan establecidos a muy temprana edad y se tornan como organizadores de las experiencias vinculares, expectativas y actitudes de las relaciones ((Talam, Sáinz y Rigat, 2013; Sassenfeld, 2012).

Talam, Sáinz y Rigat (2013) señalan que, en la adultez, los modelos internos, marcarán la tendencia a buscar (o no) y mantener (o no) la proximidad con una o unas pocas personas concretas, que proporcionen el sentimiento subjetivo de protección y seguridad física y psicológica. Se ha asociado que entre mejor sea el manejo de las emociones negativas, así como la capacidad de buscar soporte y consuelo, mayor ha sido el establecimiento del apego seguro durante las experiencias de vida tempranas (Repetur, 2005).

Main, et al. (1985, citado en Steele y Steele, 2008), con el objetivo de probar como los adolescentes y adultos piensan y sienten en relación a las figuras de apego durante la infancia, realizaron una entrevista conocida como Entrevista del Apego adulto (AAI). A través de esta, intentaron valorar la seguridad del modelo interno del apego, que sería la seguridad general en el apego mismo, más que la relacionada a cualquier relación de apego presente o pasada (Crowell, Fraley y Shaver, 2008).

Steele y Steele (2008), citando a Main, et al. (1985), explican que el apego adulto será evidente en el discurso de la persona, en cuya semántica será identificable la coherencia entre las memorias infantiles con sus progenitores, con el cómo estos eventos fueron vividos. Los autores, resumen los apegos descritos por Main et al. como resultado de los estudios vinculados al AAI de la siguiente forma:

- **Seguro-Autónomo:** Las personas con este estilo de apego, tienen memorias de la infancia (agradables o desagradables) a la que tienen acceso y de las que son capaces de discutir en manera coherente y cooperativa. Durante el discurso, impresionan que relativamente logran lidiar con afectos invasivos relacionados al pasado y con preocupaciones irracionales ligadas al futuro. Lograr sostenerse en el presente, se

relaciona con la integración entre el lograr entrar en contacto con las memorias de la infancia sin desbordarse emocionalmente. Por último, los adultos con este estilo a pesar del resentimiento y conflictos, pueden aún aceptar continuar vinculándose. El subgrupo seguro presenta un bajo nivel de defensividad, coherencia de alta a moderada y valoración del apego.

- **Inseguro-Resistente:** La persona se expresa con firme e incluso rígidas defensas buscando mantener las experiencias de apegos infantiles desatendidas y fuera de la conciencia. Al momento de entrevistar aspectos relacionados al apego, se puede esperar malestar y potencial desorganización. Estos sujetos, se niegan a compartir información relacionada al apego temprano, por lo que tienden a verbalizar dificultades para recordar el pasado, o normalizan la experiencia con poca o nula información que sustente dicha normalización. A través, del AAI se ha identificado que los entrevistados tienden a referirse a las dificultades presentes en la infancia con elevada racionalización como un medio para desconectarse de las emociones probablemente ligadas a esos eventos.
- **Inseguro-preocupado:** Los entrevistados, por momentos impresionan estar inundados por las emociones y las memorias infortunadas del apego infantil que parecieran haberle dejado, o aún le generan emociones de no ser amado, ser incomprendido y haber sido dañado. Durante su discurso, la preocupación se expresa por tres medios: pasividad (dijo poco sobre los aspectos negativos de los cuidadores, presentan un discurso vago), enojo (se centran en los detalles de las ofensas parentales, sin cambiar de tema) o miedo (situaciones relacionadas al miedo son traídas a la entrevista de un momento a otro, aunque ese no fuera el tema de conversación). En general, el inseguro-preocupado, tiende a sentirse tan abrumado o enfocada en los eventos o relaciones del pasado que durante la entrevista se le dificulta enfocarse en el presente.
- **Desorganizado:** Cuando el apego desorganizado persiste hasta la adultez, lo que se ha identificado es que presentan severas dificultades para regular el afecto, son vulnerables a la disociación, al abuso de sustancias y violencia en las relaciones adultas. Con frecuencia presentan lapsus en el discurso y puede llegar a expresar creencias infantiles, caer en prolongados silencios o parloteo sin sentido (Mosquera,

2014).

Si bien han existido otras clasificaciones con diferentes nombres, así como diferentes instrumentos para medir el apego adulto, estas clasificaciones tienden a centrarse en las relaciones románticas de la adultez (Mosquera, 2014; Fenney y Noller, 2001); sin embargo, los estilos previamente expuestos, -categorías presentes, y como resultado investigativo con la Entrevista del Apego Adulto- valoran el apego que la persona tuvo en su familia de origen, por lo que tienen más conexión directa con el apego temprano (Mosquera, 2014); lo que es de interés para el presente estudio de investigación.

Gillath, Karantzas y Fraley (2016) señalan que para Bowlby (s.f) el estilo de apego establecido durante la infancia, tiende a continuar a lo largo del tiempo; incluso, muchos investigadores explican fenómenos como la tendencia de las personas a recrear patrones de relaciones mal adaptativas por la estabilidad de estos estilos (Gillath, Karantzas y Fraley, 2016).

Bowlby (s.f, citado en Gillath, Karantzas y Fraley, 2016) comenta que los procesos intrapsíquicos y estructura del ambiente han sido factores que se han asociado con dicha estabilidad. Dentro de los procesos intrapsíquicos el autor señala que - como resultado de los modelos internos - las personas adquieren una forma de interpretar y entender las relaciones interpersonales. A razón de esto, se generan auto profecías con las que interpretan el comportamiento de otros, de manera que se refuerza lo que se espera que suceda en las relaciones cercanas; a lo que, si se suma el refuerzo del ambiente (al recibir un comportamiento tal y como el que esperaba recibir), el estilo de apego se sostiene influenciado por la constante retroalimentación de la diádica señalada (Gillath, Karantzas y Fraley, 2016).

Lo anterior, no implica que el estilo de apego no pueda ser modificado como resultado de las transiciones de vida, en la medida que la diádica se interrumpa y se refuercen otros estilos relacionales, se puede abrir paso a la modificación de dichos estilos (Gillath, Karantzas y Fraley, 2016).

2.2 Neurobiología del apego

Beltrame (2015) señala que, en los últimos años, ya se ha pretendido indagar en la neurobiología del apego; sin embargo, aún los hallazgos preliminares son incipientes, existiendo mayores estudios en animales cuyo funcionamiento se ha ido extrapolando al funcionamiento humano. Dentro de los hallazgos que se han mencionado, el autor refiere que el apego se hunde en las raíces conceptuales del imprinting; comprendiéndose como un proceso por el cual las crías de determinadas especies fijan la imagen de una figura adulta a la que siguen, sin embargo, en los humanos se ha observado que primero, debe establecerse una relación de apego para que este funcionamiento se lleve a cabo.

Por otra parte, Stephen Borges (s.f, citado en Salvador, 2015), en su teoría polivagal, desarrolla como los mamíferos han evolucionado para ser regulados emocionalmente a través de la relación con los congéneres. Indica que el nervio vago, que conecta el tallo con las vísceras fuera de la columna vertebral, también tiene inervaciones con los músculos de la laringe, faringe, faciales y el oído medio. Siguiendo estas propuestas primero nos regulamos a través del contacto social (rama ventral del vago, específica en los mamíferos), buscamos la protección y la seguridad que nos ofrece la figura de dependencia. Si esto falla, tratamos de protegernos a través de la activación de los mecanismos activos del sistema nervioso simpático –basado en la lucha-huida-. El autor, agrega que, si todo lo anterior es inefectivo, activamos el sistema más antiguo y primitivo –la respuesta de congelación-, el parasimpático de inmovilidad lo que implica la rama dorsal del vago. Pero los mamíferos no podemos mantener esta última defensa por largo tiempo a expensas de desarrollar enfermedades o de ser incluso letal.

Por su parte, Gillath, Karantzas y Fraley (2016), tomando como base las propuestas de Bowlby - quien plantea que por medio de los modelos internos de apego la persona puede comprender el pasado, actuar en el presente y prepararse para el futuro-, se podría pensar que el apego incluye un proceso de regulación arriba-abajo para modular el conocimiento, las emociones y el comportamiento (se comprende la regulación arriba-abajo como un proceso cognitivo donde el conocimiento presente afecta la percepción y procesamiento de la nueva información, a diferencia del procesamiento abajo-arriba en el cual la percepción y procesamiento de la nueva información sirven para construir el

conocimiento).

A su vez, Mayes, Fonagy y Target (2007), comentan que a través de diversos estudios que se han realizado utilizando imagen por resonancia magnética funcional (fMRI), se ha observado activación cerebral en las madres al responder a sus hijos en zonas como el córtex orbitofrontal lateral, el que se relaciona con el procesamiento de estímulos visuales, táctiles y olfatorios placenteros; la ínsula media, una subdivisión relacionadas con las sensaciones viscerales y las emociones positivas; y el cíngulo central anterior, el que también se ha asociado al procesamiento de estímulos sociales o emotivos; en general regiones cerebrales con cantidad significativa de receptores de oxitocina.

En otros estudios relacionados con el estilo personal de apego, Gillath y colegas (citado en Gillath, Karantzas y Fraley, 2016) han encontrado que aunque la mayoría de participantes mostraban activación en la corteza prefrontal (PFC) y el córtex cingular anterior (ACC) cuando suprimían pensamiento relacionado con el apego, los participantes con apego evitativo mostraban patrones diferentes de activación; mientras que aquellos con menor evitación desactivaban varias regiones cerebrales como el córtex cingulado subgenual (relacionado con la regulación emocional), los participantes con apego evitativo no. Los investigadores interpretaron esta falta de activación a la supresión constante de las emociones y pensamientos que las personas con apego evitativo suelen presentar.

Gillath et al. (2005a, citado en Gillath, Karantzas y Fraley. 2016) refieren que otras áreas que impresionan haber estado envueltas en el establecimiento de vínculo con figuras de apego es la amígdala e hipocampo. Los autores indican, que los sistemas de apego se activan ante la sensación de amenaza, ya que ante la sensación de amenaza lo que las personas tienden a hacer es buscar alguien que brinde seguridad, como lo es una persona de apego. Comentan que para que esto se dé, el sujeto necesita primero procesar con rapidez la información, identificar el riesgo y la potencial solución (incluyendo ayuda y soporte), lo que implica haber aprendido a asociar a una persona específica con las soluciones enlistadas; procesos en los que subyace la amígdala.

Gillath, Karantzas y Fraley (2016) comentan que otros estudios también ha identificado que regiones cerebrales cercanas a la amígdala como lo es el polo temporal anterior (ATP) - asociado con la percepción emocional y respuesta - se activan cuando las

personas se exponen indicios relacionados con la inseguridad del apego. Agregan, que, en relación al hipocampo, la activación de esta área se relaciona con la asociación entre estados internos (inseguridad) y la recuperación de imágenes o escenarios donde estas situaciones se llevaron a cabo.

Esto indicaría que el sistema del apego, se basa en la habilidad para generar asociaciones entre los roles que las personas han fungido en nuestra vida, y etiquetar a personas específicas con más valor que otras, lo que se comprendería como la figura de apego; este mecanismo, estaría explicado en la activación de la amígdala, hipocampo y el polo temporal anterior (Gillath, Karantzas y Fraley, 2016)

Otros estudios, han investigado el apego adulto desde una perspectiva neuroendocrinológica, encontrando que existen evidencias que muestran activación de la oxitocina y cortisol dependiendo del estilo de apego (Krause et al., 2016), sin embargo, la comprensión de dicho funcionamiento no es el objetivo de la investigación.

2.3 Alianza terapéutica y relación con el apego

Corbella y Botella (2003) indican que la alianza terapéutica es una construcción conjunta entre paciente y terapeuta que es influido por el entendimiento demostrado, el encaje o compatibilidad entre ambos; que modula la relación psicoterapéutica.

Horvath y Greenberg (1994), señalan que, a través de la alianza, se logra establecer el mutuo acuerdo entre terapeuta y paciente acerca de las metas y las acciones que se deben tomar para alcanzarlas; es como un lazo que estimula el trabajo conjunto, cuyo poder y fortaleza se relaciona con el alcance de gran parte del cambio; siendo la calidad de dicha relación el “predictor más robusto del éxito del tratamiento” (Safran y Muran, 2005 p.25).

Entonces, todo tratamiento psicoterapéutico depende del establecimiento de este vínculo, ya que facilita la resolución de las rupturas vinculares. Si el vínculo es débil puede llevar al fracaso del proceso, terminando por la deserción, ya sea del paciente o del terapeuta de la psicoterapia (Safran y Muran, 2000 citado en Fossa, 2012: Safran y Muran, 2005).

Horvath y Greenberg (1994) comentan que este vínculo afectivo o apego de las personas en la alianza terapéutica crece de la experiencia asociada de la actividad común,

se relaciona en términos de agrado, compatibilidad, confianza, respeto el uno por el otro y en un sentido de compromiso y comprensión compartida durante la actividad.

Bowlby (2009) refiere que las primeras experiencias de apego de un paciente afectan la relación de la transferencia en los procesos de psicoterapia. Las huellas vinculares de la historia personal, pueden ser reactivadas en la relación terapéutica, por lo que la terapia ha de contener una dosis curativa de aquello que en otras relaciones fue dañino, buscando así reconstruir seguridad interpersonal para reformular el mundo interno (Salvador, 2015).

Eames y Roth (2000, citado de Corbella y Botella, 2003) estudiaron la relación entre el tipo de apego de pacientes adultos y la alianza terapéutica en la fase inicial, y encontraron que los pacientes con apego ansioso puntuaban con menor alianza, mientras que con los pacientes de apego seguro se asociaba puntajes más altos en la evaluación de la alianza.

Por otra parte, si las características del funcionamiento interpersonal, estilo vincular y de apego de los pacientes influyen en la alianza, parece evidente la importancia del estilo del terapeuta y sus intervenciones, reciprocidad en la relación terapéutica que va influyendo en el establecimiento de la alianza (Corbella y Botella, 2003)

Bowlby (2009) señala que un terapeuta que aplica la teoría de apego durante la intervención, intenta proporcionar las condiciones para que el paciente pueda explorar sus modelos representativos de sí mismo y sus figuras de apego, para así reevaluarlas y reestructurarlas a la luz de las nuevas relaciones interpersonales y de la relación terapéutica. Sin embargo, no solamente la posición del paciente influye en la apertura hacia la reevaluación y reestructuración, si no es el contacto interpersonal seguro y sintonizado entre paciente y terapeuta que permite acceso al contacto interno, hacia la integración; al terapeuta posicionarse como apoyo y sostén, logrará que el paciente logre vincularse de manera segura (Salvador, 2015)

Para esto (Bowlby, 2009), indica que se debe ayudar al paciente a explorar y comprender la forma en que entabla relaciones con figuras significativas en la vida presente, cuáles son sus expectativas con respecto a sus propios sentimientos y conductas hacia los demás, “qué tendencias inconscientes puede estar poniendo en juego cuando elige una persona con la que espera mantener una relación íntima” (p.160) y analice en qué

manera este estilo le perjudican en la actualidad.

La relación paciente-terapeuta y la discusión sobre cómo funge el apego dentro de los procesos de psicoterapia, cada vez han atraído más el interés. Dentro de los diversos autores podemos mencionar a: Hensley (2010) quien hace mención a la seguridad que necesita el paciente para iniciar tandas de reprocesamiento en la Terapia de Desensibilización y reprocesamiento mediante el movimiento de los ojos – EMDR – ; Grand (2014) señalando la sintonía relacional en Brainspotting; Siegel (2012) comentando la importancia de la presencia en la práctica del Mindfulness y psicoterapia y Jhonson (2012) que por medio de la Terapia Focalizada en Emociones, busca la creación y fortalecimiento de los vínculos afectivos; esto por mencionar algunas. Los autores hacen hincapié sobre la importancia de brindarle al paciente un espacio de seguridad, en el que, a pesar de la vulnerabilidad y la posibilidad de malestar, la persona logre sostenerse dentro de la relación terapéutica. Cada vez, se da más énfasis en que la confianza y calidez - brindar un apego seguro - son esenciales para que el paciente se exponga a los aspectos del mundo interno (Fossa, 2012; Salvador, 2015), lo que debe ser considerado para cualquier proceso de psicoterapia.

Capítulo III.

Problema y Objetivos

Problema y Objetivos

3.1 Problema de investigación:

- ¿Cuál es la evidencia científica disponible sobre las bases neurobiológicas del apego adulto y su importancia en el establecimiento de la alianza terapéutica en el abordaje individual de psicoterapia?

3.2 Objetivo:

- Exponer la evidencia científica actualizada sobre las bases neurobiológicas que se han relacionado con el apego adulto y su importancia en el establecimiento de la alianza terapéutica en el abordaje individual de psicoterapia. a través de la revisión sistemática de material publicado en las bases de datos internacionales, latinoamericanas y revistas indexadas de libre acceso en la web o disponibles en la plataforma virtual de la Universidad de Costa Rica (UCR).

3.3 Objetivos Específicos:

- Caracterizar los aspectos neurobiológicos que se han relacionado con el establecimiento del apego durante la adultez.
- Documentar el impacto que tiene el apego adulto en el abordaje individual de psicoterapia.
- Describir los hallazgos que se han identificado sobre la importancia de considerar el estilo de apego para el establecimiento de la alianza terapéutica en el abordaje individual de psicoterapia

Capítulo IV.

Metodología

Metodología

4.1 Estrategia Metodológica

La presente investigación utilizará como estrategia metodológica la revisión sistemática. Sánchez- Meca y Botella (2010), señalan que la revisión sistemática constituye una metodología que tiene como “objetivo acumular información sistemática y objetiva de evidencias obtenidas en los estudios empíricos sobre un mismo problema” (p.8). Para lograr lo anterior, los autores señalan que una revisión inicia con una pregunta formulada con claridad, con métodos sistemáticos y explícitos para identificar, seleccionar y valorar las investigaciones relevantes para responder a la pregunta propuesta (Sánchez- Meca y Botella, 2010; Bettany - Saltikov, 2012)

Este tipo de investigación permite generar conocimiento sobre la información científica actualizada, facilitando que las grandes cantidades de información de diversas investigaciones sean destiladas en una cantidad de datos manejable para los lectores; lo que otorga comprensión y síntesis de los datos relevantes identificados al momento de la consulta en buscadores científicos sobre un asunto específico (Petticrew y Roberts, 2006)

En esta investigación se propone realizar una revisión sistematizada de documentos actualizados que serán analizados de manera cualitativa, con el objetivo de exponer la evidencia científica actualizada sobre las bases neurobiológicas que se han relacionado con el apego adulto a la vez documentando el impacto que dicha vinculación tiene en los procesos de psicoterapia individual.

4.2 Población y muestra

La población del estudio se constituye por un total de 108 artículos. Estos documentos fueron extraídos de diversas bases de datos científicas de alto impacto dentro del periodo comprendido entre los meses de noviembre y diciembre del 2016.

4.3 Procedimientos para la selección y recolección del material bibliográfico

Con base a las propuestas de Perestelo- Pérez (2013) junto con las de O'Brien y Guckin (2016) sobre las revisiones sistemáticas, se establece un procedimiento de investigación para recolectar la evidencia científica relacionada con el problema planteado. Los pasos para la

recolección de la información se describen a continuación:

1. Se formuló el problema de investigación para establecer los criterios de selección de los estudios.
2. Se establecieron los criterios de búsqueda. Para esto se definieron las palabras claves y sinónimos en inglés y español utilizando como base la lista de vocabularios y conceptos utilizados para la documentación y publicación disponible en Tesoro de la UNESCO y los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeSC). De esta revisión se concluyen las siguientes palabras claves / key words:
 - En español: “apego”, “apego adulto”, “vínculo emocional”, “neurobiología”, “psicoterapia individual”.
 - En inglés: “Attachment”, “Bonding”, “adults”, “neurobiology”, “individual psychotherapy”.
3. Se definieron los criterios de inclusión y exclusión previo al inicio de la búsqueda, lo que permite, tal y como lo describen O’Brien y Guckin (2016), asegurar los límites de búsqueda para la revisión. Los criterios establecidos son:

A. Criterios de Inclusión:

- Artículos científicos, revisiones sistemáticas o metaanálisis con acceso de texto completo publicados entre el 2011 y 2016 en idioma español o inglés.
- Estudios de tipo cualitativo o cuantitativo con acceso de texto completo.
- Los artículos científicos, revisiones sistemáticas o metaanálisis que se refirieran a la neurobiología del apego adulto y/o el impacto del apego en los procesos de psicoterapia con el mismo tipo de población.
- Artículos científicos, revisiones sistemáticas o metaanálisis que hagan referencia al apego adulto en el contexto de la psicología clínica.

B. Criterios de Exclusión:

- Artículos científicos, revisiones sistemáticas o metaanálisis enfocadas en población infantil, adolescente o adulta mayor.
- Artículos científicos, revisiones sistemáticas o metaanálisis donde se haga estudio del apego adulto en otras áreas de la psicología que no sea la clínica como educativas,

laborales y/o forenses.

- Artículos científicos, revisiones sistemáticas o metaanálisis que estudien el apego adulto desde un enfoque neuroendocrinológico.
 - Material divulgado en otras fuentes de información como libros, capítulos de libros o conferencias, aunque la fecha de publicación cumpla con los rangos establecidos.
 - Artículos que no sean de acceso a texto completo.
 - Estudios realizados con animales, dado que el interés es conocer es el proceso del apego y el funcionamiento neurobiológico en humanos.
 - Revisiones sistemáticas cuya metodología incluya datos provenientes de periodos fuera de los contemplados para el presente documentos.
 - Estudios que hagan referencia a otro abordaje psicoterapéutico que no sea individual.
 - Estudios cuyo análisis sobre el apego se enfoque es sujetos con patologías mentales severas (e.g psicosis)
4. Se realizó la búsqueda de documentos publicados en las bases de datos internacionales, latinoamericanas y revistas indexadas de libre acceso en la web o disponibles en la plataforma virtual de la Universidad de Costa Rica (UCR) utilizando las palabras claves definidas. Las bases utilizadas se describen a continuación:
- Bases de alto impacto disponibles en la plataforma virtual de la Universidad de Costa Rica: EBSCO, Medline, OVID: PsychINFO y ScienceDirect.
 - Bases de datos de libre acceso en idioma inglés: PubMed, Cochrane, Dynamed y Directory of open access journal (DOAJ)
 - Base de datos de libre acceso en idioma español: Dialnet, Scielo y Redalyc.
 - Base de datos de libre acceso disponibles en el Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de America Latina, el Caribe, España y Portugal.
 - Revistas indexadas pertenecientes a la Biblioteca Nacional de Salud y Seguridad Social (BINASSS) y Revistas académicas de la Universidad de Costa Rica.
 - Revisión de documentos publicados en el buscador de Google Scholar.
5. La búsqueda del material científico se realizó durante los meses de noviembre y diciembre del 2016.

4.4 Procedimientos para la sistematización y en análisis de la información

Una vez establecido el procedimiento de investigación para recolectar la evidencia científica se inició una búsqueda exhaustiva en la que se preseleccionaron los artículos científicos que potencialmente podrían formar parte de la revisión sistemática. Los artículos preseleccionados fueron aquellos cuyos títulos fueran coherentes con las palabras claves definidas. Con la compilación de artículos se inició un proceso en fases propuesto por Perestelo- Pérez (2013), que permite el filtrado de los datos. A continuación, se describe la sistematización del proceso de selección y análisis de información:

- *Fase I:* Se contabilizaron los artículos científicos, revisiones sistemáticas, metaanálisis y otros documentos seleccionados.
- *Fase II:* Se inició el primer filtraje de información; para este se hizo lectura del título, resumen y año de publicación. Se excluyeron aquellos artículos duplicados y los que no cumplieran con los criterios de inclusión descritos.
- *Fase III.* Se contabilizados el total de documentos para una segunda revisión.
- *Fase IV.* Se efectuó una segunda revisión de los documentos restantes incluyendo adicional a la lectura del resumen, introducción y conclusiones. Se eliminaron los que no cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión establecidos y que no fueran coherentes con la pregunta de investigación.
- *Fase V.* Se contabilizados el total de documentos para una tercera revisión.
- *Fase VI.* Se efectuó la tercera revisión haciendo lectura completa de cada uno de los documentos que podían formar parte de la revisión sistemática.
- *Fase VII:* Se excluyeron aquellos documentos que tras la lectura total no respondieran a la pregunta de investigación planteada; definiendo así los artículos para análisis y síntesis en la revisión sistemática.
- *Fase VIII:* Con los artículos seleccionados, se realizó una lectura detallada para identificar la información relevante incluida en cada documento. De cada artículo se extrajo los autores, el año de publicación, el título, los objetivos, características del estudio (población, diseño, duración), intervención, principales resultados y conclusiones.

- *Fase IX*: Se procedió a realizar análisis cualitativo y síntesis con base a los resultados identificados a partir de la revisión de cada uno de los artículos. Para este proceso se combinaron, integraron y resumieron los principales hallazgos identificados en cada artículo, haciendo énfasis en aquellos resultados en los que se identificara coherencia entre sí.

4.5 Criterios para garantizar la calidad de la información

Con la finalidad de garantizar la calidad de la información, se plantea el uso de diversas bases de datos científicas, lo que Lefebvre, Manheimer y Glanville (2011) indican que permite evitar sesgos al lograr recuperar diversos estudios relacionados con el tema de elección. A la vez, se planteó un proceso sistematizado de selección, lo que permite reproducir el proceso y reducir errores.

Por otra parte, la compilación de la información se extrae de bases de datos de alto impacto, lo que garantiza que para su publicación han atravesado por un proceso de selección, revisión y aprobación que asegura la validez de la información.

Capítulo V.

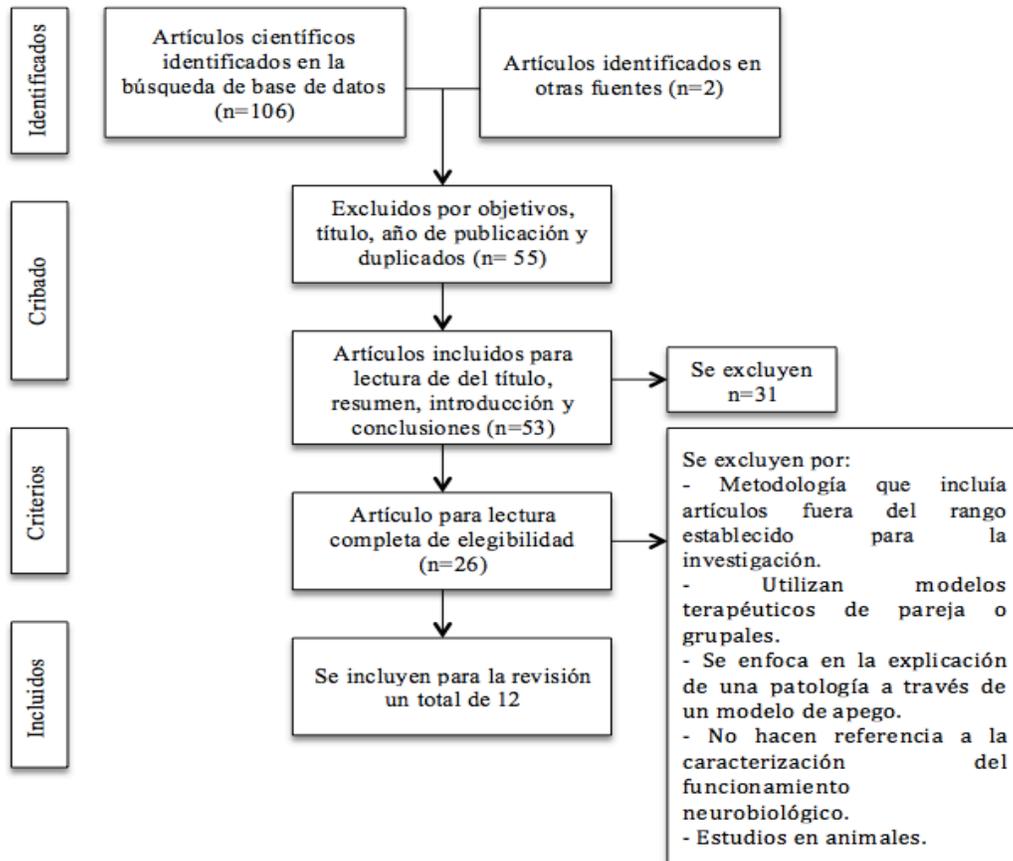
Análisis de Resultados

Análisis de Resultados

5. 1 Descripción de los resultados obtenidos

En la *figura 1* se describe el proceso para obtener los resultados que expondrán en breve. Hasta donde se pudo consultar, se lograron identificar un total de 108 artículos, de los cuales 2 correspondían a capítulos de libros y 106 a estudios de investigación propiamente dichos. Tras la revisión preliminar, la cantidad de documentos se redujo a 53 artículos los que, tras la lectura de objetivos, título, año de publicación y si estaban duplicados, fueron excluidos. Se prosiguió a efectuar una segunda revisión, en la tras la lectura de resumen, introducción y conclusiones; sólo un total de 26 artículos cumplieron con los criterios de inclusión para la lectura del texto completa. Tras la lectura completa, sólo doce artículos cumplieron con los criterios de elegibilidad para la síntesis cualitativa. A continuación, en la *figura 1* se diagrama el proceso descrito.

Figura 1. Diagrama de flujo del estudio según el modelo PRISMA



Fuente: Elaboración propia, 2017.

5.2. Estudios incluidos para análisis

Tras la revisión, la evidencia científica actualizada sobre las bases neurobiológicas que se han relacionado con el apego adulto y su impacto en el abordaje durante la psicoterapia individual, se identificaron diversos estudios. De los estudios sobre la Neurobiología del Apego adulto se encontraron:

Tabla 1. Estudios incluidos sobre la Neurobiología del Apego adulto

Estudios incluidos que sobre la Neurobiología del Apego Adulto			
#	<i>Autores</i>	<i>Año</i>	<i>Título</i>
1	Becker, L., IJzerman, H., y Tops, M.	2015	Toward a radically embodied neuroscience of attachment and relationships.
2	Galynker, I et al.	2012	Distinct but overlapping neural networks subserve depression and insecure attachment.
3	Krause, L. et al.	2016	Dismissing Attachment Characteristics Dynamically Modulate Brain Networks Subserving Social Aversion.
4	Buchheim, A. et al	2016	Neural Response during the activation of the Attachment System in Patients with Borderline Personality Disorder: An fMRI study
5	Schneider-Hassloff, H., Straube, B., Nuscheler, B., Wemken, G. y Kirchner, T.	2015	Adult attachment Style modulates Neural responses in a mentalizing task.
6	Nash, K., Prentice, M., Hirsh, J, McGregor, I. y Inzlicht, M.	2014	Muted neural response to distress among securely attached people
7	Bailey, M.	2014	The neurobiology of adult attachment (Thesis submitted to the center for Neuroscience studies)

Fuente: Elaboración propia, 2017.

Dentro de los principales hallazgos que se indica lo siguiente:

Becker, IJerman y Tops (2015), proponen - que si bien debe profundizarse la investigación - tras la revisión empírica, pueden señalar que existen diversos procesos neurobiológicos y psicológicos que describen el apego y la vinculación de las relaciones sociales e interpersonales de los seres humanos. Describen el apego como un mecanismo neural, activado por la percepción del ambiente que estimula mecanismos neurobiológicos que desencadenan conductas que responde al estrés generado y busca la homeostasis; balanceando la respuesta conductual entre comportamientos defensivos y la exploración o comportamientos de reparación. Para esto, toman como base a la Teoría del Sistema de Control Predictivo y Reactivo (PARCS) de Tops y Boksem (2011, citado en Becker, IJerman y Tops, 2015), el cual sugiere que existen dos niveles de control, uno reactivo (comportamientos defensivos) que se activa en ambientes impredecibles, reaccionando a las demandas inmediatas del ambiente y que es compuesto por estructuras del sistema límbico lateral como el cuerpo estriado central, hipocampo anterior y amígdala, así como el giro frontal inferior, y la ínsula anterior; y un segundo nivel predictivo (comportamientos de reparación), que se comprende por estructuras dorsomediales como el córtex posterior del cíngulo, precuneus, el giro angular, el giro parahipocampal, formación posterior hipocampal, córtex prefrontal medial y córtex prefrontal dorsolateral, el que se activa en ambientes altamente predecibles. Con base en esta teoría, señalan que el apego seguro respondería a acciones del sistema predictivo, emergiendo de relaciones vinculares predecibles, y el apego inseguro sería controlado por el sistema reactivo. Dentro de sus conclusiones, también indican que existen sistemas sensoriales que se han relacionado con el contacto social, como lo es la excitación periférica, el incremento de la temperatura corporal que se relacionado con mayor percepción de seguridad, la homeostasis y la capacidad de poder promover que otra persona acceda a las necesidades de apego. Adicional, relacionan el circuito parasimpático con la hormona de oxitocina (OT), señalando que pareciera ser que dicho circuito cuenta con controles OT en niveles de amígdala, hipotálamo y núcleo del tronco encefálico que se originan en el nervio vago; siendo eso importante en el proceso de apego, ya que se podría pensar que funcionan como un puente entre estados defensivos y estados de calma, siendo por tanto mediadores claves en el cambio entre defensa búsqueda de proximidad y exploración.

Galynker et al. (2012) realizaron un estudio para identificar las redes neuronales

distintas pero superpuestas entre la depresión y el apego inseguro. Para esto realizaron un estudio comparativo por medio de fMRI scanning, con dos grupos de mujeres entre los 18-30 años, uno con depresión moderada y otro sin depresión. A ambos grupos se le pidió observar imágenes de sus madres (M), una amiga (F) y dos mujeres extrañas (S) (una con edad similar a la madre y otra con edad similar a la amiga) durante el escaneo con fMRI. Encontraron que tanto con las imágenes de figura de apego materna (M) vs extraña (S) tanto áreas corticales como sub-corticales interactúan con depresión y apego inseguro; incrementando la actividad del putamen bilateral y áreas del córtex orbitofrontal, y una disminución de la actividad en el giro frontal superior en sujetos con apego seguro y sin depresión. Por otra parte, al contrastar el apego ante la activación de las imágenes de una amiga (F) vs una extraña (S), se demostró actividad cortical con incremento de activación en el giro paracingular anterior en sujetos depresivos con apego inseguro. Con base a los hallazgos, los autores señalan - tal y como se identifican en estudios previos- se confirma una red neural superpuesta en la depresión y el apego inseguro específicamente en el circuito córtico-estriado-tálamico que afecta la regulación. Agregan, que las áreas relacionadas se encuentran en la región orbital y media del córtex prefrontal, la ínsula anterior, las regiones anterolaterales del córtex prefrontal, lo que es coherente con estudios de Stratearn et al (2009, citado en Galynker et al 2012), y agregan, el caudado ventral, el putamen ventral y tálamo medial. Dentro de los hallazgos, se puede observar que para la depresión y el apego seguro se da activación tanto a nivel cortical como de componentes sub-cortical del circuito córtico-estriado-tálamico ante la exposición de imágenes de la madre. En contraste, ante las imágenes de una amiga, la activación era exclusivamente cortical. Esto sugiere, mayores componentes sub-corticales en el apego temprano, lo que podría explicar la durabilidad de estilo de apego establecido. Y, señalan que coherente con las investigaciones de Shaver y Mikulincer (2002, citado en Galynker et al., 2012), la activación principalmente cortical ante la presentación de imágenes de una amiga, apoya la hipótesis de que el apego tardío puede formar una dominancia cortical arriba-abajo.

Krause et al. (2016) realizaron un estudio con imágenes de resonancia magnética funcional (fMRI) 7 Tesla rest-task-rest con 23 hombres sanos. Examinaron los efectos del estilo de apego y trauma en la niñez en los cambios del estado cerebral utilizando como base el análisis de la conectividad funcional (FC). Posterior, evaluaron la respuesta de la

conexión cerebral tras la exposición del participante a narraciones que representan vínculos seguros, inseguros-evitativos y ansioso-preocupado. Ante las narrativas que representan apegos inseguros-evitativos, observaron una fuerte conexión entre el incremento del FC en el giro temporal medial anterior (componente de conexión de aversión social) y el córtex del cíngulo dorsal anterior; esto refleja que las personas tienden a establecer menor interacción social y ser menos amistosas al ser oyentes de narrativas de apego inseguro - evitativo, esto en comparación a las respuestas ante la narrativa del apego seguro y ansioso-preocupado que disminuía la activación de las áreas mencionadas. Indican que, además en la narrativa de una persona representando un estilo de apego ansioso-preocupado, encontraron una correlación positiva con la FC entre el cíngulo dorsal anterior y córtex prefrontal dorso lateral (región fuera de la conexión de aversión social). Tras estos hallazgos, los autores explican que el aumento en la conectividad intrínseca también estaba relacionado con características individuales de cada sujeto. Comentan que el apego del propio oyente- inseguro o evitativo - se correlaciona con el incremento de la activación de la conexión de aversión social, por tanto, el propio apego influye en el rechazo del contenido de la narrativa presentada. Indican que el reconocer este proceso de activación de la conexión de la aversión social es un insight a considerar en la relación psicoterapéutica y utilizarlo para el beneficio de la misma.

Por su parte, Buchheim, et al. (2016) realizaron un estudio a través de fMRI con la intención de investigar la respuesta neuronal durante la activación de los sistemas de apego (en pacientes con el diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad (TPL) (11 mujeres, 27,8 años) comparadas con un grupo sano de control (17 mujeres, 28,4 años), todas localizadas dentro del mismo rango académico y con homogeneidad en su edad. Administraron la prueba Attachment Projective Picture System (AAP), la cual se basa a un número de láminas con imágenes que hacen referencia a situaciones de apego ante las que las participantes deben narrar una historia, durante la narración se evalúa el patrón de la respuesta neutral en fMRI escáner. La mayoría de pacientes con TPL resultaron con un apego desorganizado (85%); diez de diecisiete (59%) del grupo control con un apego organizado y siete (41%) con apego desorganizado. Tras los resultados subdividieron los grupos en tres clasificaciones *controles resuelto* (incluye controles con apego seguro, evitativo y ansioso), *controles desorganizados* y paciente *TPL desorganizados*;

identificando lo siguiente:

- Los sujetos desorganizados (pacientes y controles) pero no los controles resueltos mostraron tras la aplicación del AAP, incremento de la activación de la amígdala.
- Todos los controles (desorganizados y resueltos), pero no los pacientes desorganizados muestran tras la aplicación del AAP incremento en la activación la zona del cíngulo rostral.
- Los controles desorganizados muestran como efecto del AAP activación derecha del córtex derecho prefrontal dorsolateral.

Los autores señalan, tras estos hallazgos que los pacientes TPL muestran una activación neutral coherente con dificultades para activar circuitos de control cognitiva y automonitoreo ante la reactividad emocional, lo que a la vez se relaciona con la activación a nivel de amígdala.

Schneider-Hassloff et al. (2015) realizaron un estudio con 164 participantes sanos (hombres y mujeres) con edades comprendidas entre los 18-40 años que actualmente son estudiantes universitarios. Utilizando un fMRI para medir en que forma las dimensiones del apego evitativo y ansioso modulan las respuestas neutrales en tareas de mentalización. Para lograr lo anterior, durante la medición con fMRI los participantes realizaban una tarea interactiva de mentalización a través del juego conocido como el “Dilema del Prisionero” (Prisoner’s Dilema Game). Los autores señalan que, a través del estudio, logran dar evidencia de que los estilos de apego adulto (evitativo y ansioso) se asocian con la red neural vinculada con las tareas de mentalización. Señalan que el apego evitativo (AV) fue positivamente y el ansioso (ANX) negativamente correlacionado con la actividad de la corteza cingulada medial derecha (MCC), el núcleo baso lateral de la amígdala (BLA), el giro medial frontal (MFG), el lóbulo parietal superior (SPL) y el giro frontal inferior (IFG) bilateral. Lo anterior, comentan que apoya la hipótesis de que AV se asocia con mayor compromiso en estrategias de mentalización cognitiva que ANX, ante lo que sugieren que en las personas con apego evitativo se activan áreas cerebrales implicadas con la regulación emocional y el control cognitivo en mayor medida que las personas con apego ansiosos. Agregan, que los datos sugieren que las áreas relacionadas con la mentalización del afecto (IFG y amígdala derecha) se encontraban más activadas en apego evitativo y menos en el

afecto ansioso. Dentro de sus resultados también indican que, el género de las personas con apegos evitativo o ansioso no parecieran tener correlación en la activación de las redes neurales de la mentalización. Específicamente, en lo que refiere al circuito de autorregulación emocional, los autores indican que los resultados se correlacionan positivamente con AV y negativamente con ANS; esto soporta la suposición de que, durante tareas de mentalización, las personas con apego evitativo se esfuerzan mucho más en la regulación emocional que las personas con apego ansioso. En el apego evitativo, los resultados brindan una asociación positiva con la activación del lóbulo parietal superior, el córtex prefrontal dorsolateral y con el córtex cíngulo dorsal anterior, áreas implicadas en el control inhibitorio cognitiva y del comportamiento.

Nash et al. (2014), utilizando un electroencefalograma, examinaron el proceso neural que muestran los sujetos con apego seguro e inseguro ante situaciones de malestar. Para esto, midieron la actividad eléctrica conocida como la negatividad relacionada con el error (ERN) localizada en el córtex cingular anterior – estructura cortical (asociada con la activación de procesos de evitación), la cual se ha identificado se activa cuando la persona comete errores en tareas de reacción con tiempo (RT). En el estudio, los participantes completaron dos veces las tareas RT para obtener errores comportamentales. Lo completaron antes y después de experimentar una situación de amenaza a la seguridad que genera elevada angustia, que causa reacciones de defensividad en otras investigaciones. Los investigadores encontraron que ante estresores menores tanto las personas seguras como inseguras muestran un mismo nivel de actividad en el ERN. Luego de la situación amenazante, las personas con apego inseguro mostraron un incremento en el ERN, mientras que en las personas seguras la actividad se mantuvo relativamente estable. Comentan que, estos resultados sugieren que las personas con apego inseguro se tornan más hipervigilantes hacia resultados negativos después de una amenaza a la seguridad que genera elevada angustia; es decir, el apego modera los aspectos relacionados con el monitoreo de los rendimientos, aunque si moderar el comportamiento real. Dado que la ERN se localizado en el córtex cingular anterior (ACC), se sugiere que las personas con apego seguro evidencian menores niveles de activación y defensividad debido a una menor reactividad del ACC ante las amenazas.

Bailey (2014), utilizando electroencefalograma (EEG), intentó correlacionar estados

neurales en reposo entre el estilo de apego y memorias de la crianza en ausencia de estímulos. Para lograr lo anterior, el EEG se utilizaba antes de la aplicación de los cuestionarios con el fin de evitar que se desencadenaran recuerdos o emociones relacionadas a los ítems de los cuestionarios aplicados (Attachment Style Questionnaire (ASQ) para identificar el estilo de apego y el EMBU (My memories of Upbringind), el cual mide el rechazo, la calidez emocional y sobre-protección por parte del padre o madre). Los hallazgos expuestos por la investigadora, se describen de la siguiente forma:

- Con base a los resultados, se observa que las personas con apego seguro y memorias positivas en relación a la crianza, muestran actividad izquierda lateralizada cuya base neural se localiza en el córtex dorsolateral prefrontal (DLPFC).
- Las personas con apego seguro, ante situaciones de amenaza tiende a acercarse en lugar de retirarse; lo que a su vez se vincula con la motivación intrínseca hacia experimentar nuevas conductas y explorar diversos ambientes, sin la necesidad de estímulos externos; lo que asocia al funcionamiento del DLPFC.
- Aunque, si bien es necesario estudios longitudinales para definir la persistencia del estilo de apego y la base neural correlacionada, en el estudio se encontró que en el apego seguro la base neural es DLPFC en personas entre 18-25 años; actividad con la que también se había relacionado este estilo de apego en investigaciones anteriores con sujetos entre los 13-15 años (Dawson et al, 2001 citado en Bailey, 2014). Con base es esto, la autora indica que el estudio provee cierta evidencia de que los estilos de apego tienden a mostrar cierta estabilidad de la infancia a la adultez.
- A través de este estudio, refiere haber identificado asociaciones positivas entre la calidez emocional materna y la actividad entre córtex prefrontal medio derecho/córtex cingulado anterior, áreas que se han relacionado con el monitoreo y recompensa.
- Se identifica una alta correlación entre las memorias de crianza, calidez emocional y confianza y el apego seguro.

Con respecto a la relación e impacto del apego en la relación terapéutica, se encontraron los siguientes artículos:

Tabla 2. Estudios incluidos sobre el abordaje terapéutico

Estudios incluidos sobre el abordaje terapéutico			
#	<i>Autores</i>	<i>Año</i>	<i>Título</i>
1	Martínez, C.	2011	Mentalización en Psicoterapia: Discusión sobre lo Explícito e Implícito de la Relación Terapéutica
2	Smith, P. et al	2012	Attachment and alliance in the treatment of Depressed, Sexually Abuse Women.
3	Reiner, I., Bakermans-Kranenburg, M., Van, M., Fremmer-Bombik, E y Beutel, M.	2016	Adult Attachment representation moderates psychotherapy treatment efficacy in clinically depressed inpatients.
4	Newman, M., Castonguay, L., Jacobson, N. y Moore, G.	2015	Adult attachment as a moderator of treatment outcome for generalized anxiety disorder: Comparison Between Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) plus Supportive Listening and CBT plus Interpersonal and Emotional Processing Therapy.
5	Lossa, L., Corbella, S. Y Botella, L.	2012	Estilo de apego del paciente en la construcción de la alianza terapéutica.

Fuente: Elaboración propia, 2017.

Dentro de los principales hallazgos que se indican los siguientes:

Martínez (2011), hace referencia a la mentalización como un concepto definido como capacidad de interpretar y dar sentido a nuestros propios estados mentales y a los de los otros. El autor señala, que esta capacidad es un logro del desarrollo que se da en el contexto de un vínculo seguro, es decir, que esta mediado por la calidad de las relaciones de apego en el desarrollo. Dicha capacidad, puede ser subdivida entre explícita (pensamiento reflexivo, consciente e intencionado) e implícita (interacción intuitiva e irreflexiva); es a través de la última, que se dan compromisos emocionales y se establece la relación terapéutica. Indica

que por medio de la mentalización implícita se abre vía a la sintonía afectiva entre paciente y terapeuta, disminuyen las barreras defensivas, aumenta el contacto y abre paso a nuevos conocimientos que podrán ser metalizados explícitamente. Sin embargo, para que esto se dé, el terapeuta debe atender su propia experiencia interna y externa con una actitud contenedora (segurizante), para lograr acceder a los propios procesos intuitivos y a los del paciente, alcanzar la sintonía y regulación afectiva mutua; lo que permitirá que el paciente logre estimular la capacidad de mentalización de la que puede estar carente, fruto de sus relaciones con figuras de apego tempranas.

Smith, P. et al (2012) evaluaron el establecimiento del apego y alianza terapéutica en el tratamiento de la depresión en mujeres con historia de abuso sexual, para lograr lo anterior, efectuaron ensayo aleatorio controlado con un grupo de 70 mujeres entre los 19 y 57 años, que aceptaron incluirse en un proceso de psicoterapia con una duración de 16 sesiones, brindado por un staff de clínicos con amplia experiencia. Tras finalizados los procesos, identificaron que entre mayor sea el apego evitativo y menor el trabajo que se realice en la alianza terapéutica, menores resultados se tendrán sobre los síntomas depresivos; y contrariamente, entre menor sea el apego evitativo y mayor la alianza percibida y reportada por la paciente, menores los síntomas depresivos reportados. Los autores comentan, que parte de que las personas con apego evitativo se beneficien menos de la terapia, se relaciona con que en sus vínculos han tenido menores oportunidades y motivación para poner en prácticas habilidades interpersonales y comprometerse vincularmente con otros; lo que al introducirse en un proceso de psicoterapia funciona como una limitación. Parte de su estudio muestra que, al trabajar por medio de la Psicoterapia Interpersonal, y al tener objetivos interpersonales específicos, se logra establecer una relación colaborativa que puede impulsar motivación hacia el cambio, brindar expectativas de logro y deseo de practicar nuevas estrategias.

Reiner et al. (2016) realizaron un estudio cuasi-experimental con un total de 85 mujeres con edades entre los 19-52, todas con alta escolaridad para explorar la influencia de la seguridad del apego, los resultados de la psicoterapia y cambio en la representación del apego por medio de la intervención psicoterapéutica. La muestra clínica se compuso de 43 pacientes con diagnóstico de depresión y el grupo control incluyó 42 mujeres sanas. La

muestra clínica, recibió tratamiento y fueron evaluadas durante un proceso de hospitalización. Para establecer una línea base sobre las características de apego y la sintomatología depresiva, todas las participantes completaron dos autoreportes (uno para síntomas depresivos “PHQ-9” y otros para el apego “Adult attachment Interview” (AAI)) al inicio del tratamiento (T1) y al final (T2). Los autores indican que dentro de los principales hallazgos encontraron:

- El apego inseguro (específicamente apego desorganizado e inseguro-ansioso) es representado de manera significativa en las pacientes con depresión; lo que incrementa el riesgo de desarrollar depresiones crónicas y severas.
- Tras el tratamiento en hospitalización, la sintomatología depresiva de la muestra clínica disminuyó.
- Las pacientes deprimidas con seguridad inicial de apego mostraron una reducción más pronunciada de los síntomas depresivos tras el alta, y se beneficiaron más del tratamiento que las que presentaban una seguridad más baja de apego. Cautelosamente sugieren que, las pacientes con mayor seguridad en el apego pueden comprometerse más fácilmente en el establecimiento de alianza terapéutica y en el proceso de psicoterapia, al sentirse más cómoda y con mayor apertura para la intervención.
- Indiferente de la severidad depresiva, las pacientes con menor seguridad del apego en el AAI, presentan mayores dificultades para establecer una relación positiva con el terapeuta y trabajar con la alianza terapéutica. Especulan que, los pacientes con un alto nivel de inseguridad en el apego y que luchan por formar una relación con el terapeuta, primero necesitaran sentir seguridad en la relación (terapéutica) para lograr reducción de la sintomatología depresiva como objetivo terapéutico.
- La sintomatología desorganizada del apego no se relacionó con la reducción de sintomatología depresiva, y no disminuyeron tras la intervención; lo que indica que estos síntomas no influyen directamente en la sintomatología depresiva, por lo que no repercute en los resultados de la psicoterapia.
- La psicoterapia en los pacientes hospitalizados condujo a un incremento en la seguridad del apego. Observándose que este incremento se influencia por el

reconocimiento y la conciencia sobre el estilo de apego, así como la comprensión de que parte de las dificultades en las relaciones actuales pueden estar enraizadas en las experiencias del apego temprano.

- Los aumentos en la seguridad del apego pueden contribuir en la disminución de la depresión o viceversa, sin embargo, los resultados no muestran una correlación significativa entre los cambios en la relación con el apego y los cambios relacionados con los síntomas depresivos lo que sugiere que ambos cambian de forma independiente.

Newman, Castonguay, Jacobson y Moore (2015) investigaron la forma en que los estilos afectivos y cognitivos relacionados con el apego inseguro funcionan como un moderador para el abordaje terapéutico del trastorno de ansiedad generalizada. Para esto, 83 participantes entre los 18 y 65 años recibieron tratamiento combinando aleatoriamente dos grupos; uno de ellos recibió psicoterapia bajo la combinación de los siguientes modelos de terapia: 1) Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) más Supportive Listening (SL) y 2) Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) más Interpersonal and Emotional Processing Therapy (I/EP). Para el análisis, utilizaron como base los resultados obtenidos en el GAD (Generalized anxiety disorder), junto con otras medidas comparativas (Penn State Worry Questionnaire (PSWQ), Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS), Clinician's Severity Rating (CSR), además, utilizaron el Angry States of mind del Perceptions of Adult Attachment Questionnaire para valorar el apego evitativo y ansioso. Con base al análisis de los resultados, los autores señalaron los siguientes hallazgos:

- Los evaluados con altos niveles de apego evitativo, reportaron más cambios en el GAD al recibir tratamiento CBT + I/EP más no al recibir tratamiento con la combinación CBT + SL.
- Alto niveles de ansiedad reportados hacia las figuras de apego, mostraron menores cambios en el GAD postratamiento tanto en con la combinación CBT + I/EP como con CBT + SL.
- En el tratamiento con CBT + I/EP para los individuos.
- Postratamiento, se observaron que mayores niveles de enojo en las relaciones de apego se asociada con menores cambios en el GAD al recibir CBT + I/EP

comparado CBT + SL, para aquellos cuyo enojo no estaba relacionado con la sintomatología ansiosa descrita en el GAD.

- En el tratamiento CBT + I/EP para el GAD se asoció que entre mayor sea el apego evitativo menor respuesta al tratamiento se observa. Sin embargo, se identificó que en el apego evitativo al combinar la CBT con I/ET se mejoraba la eficacia del tratamiento en el Trastornos de Ansiedad Generaliza al abordar la evitación emocional y las dificultades interpersonales que caracteriza a los individuos con este diagnóstico, sin embargo, si los niveles de evitación eran muy bajos el combinar la CBT con I/ET no parece conferir ningún beneficio adicional.

Lossa, Corbella y Botella (2012) realizaron un estudio en el que 30 pacientes iniciaron un proceso de psicoterapia entre el 2007 y 2009, a cada participante se le solicitó completar dos cuestionarios, el Cuestionarios de las Relaciones Interpersonales (ECR-S; para valorar los estilos de apego) en la primera sesión y el Cuestionario para evaluar la alianza terapéutica WATOCI de la primera a la octava sesión. Con base a la evaluación los autores llegan a las siguientes conclusiones:

- Se observa que los pacientes consiguen superar sus dificultades vinculares asociadas a una menor puntuación en la subescala evitación del estilo de apego, lo que a la vez se relaciona con un menor establecimiento de la alianza.
- Los pacientes con un estilo de apego ansioso presentan dificultades para establecer objetivos conjuntos con el terapeuta a medida que avanza la terapia, probablemente la posibilidad real de crear cambios, activa el patrón ansioso, lo que da lugar a que aparezcan dificultades no tanto del vínculo sino de los objetivos; ya que los objetivos suponen un cambio en el sistema de constructos y en sus aspectos más nucleares. Se observa que durante las primeras 5 sesiones el paciente con estilo de apego ansioso se siente cómodo, pero al llegar la sexta sesión, el paciente se retrae sin posibilidad de cambio real, la meta se obstaculiza y se inicia a cuestionar y reflexionar en relación al terapeuta.

5.3 Principales hallazgos

En la tabla 3, se presenta un resumen como los principales hallazgos de cada artículo incluido:

Tabla 3. Resúmenes de los principales hallazgos

Resúmenes de los principales hallazgos		
#	Autores	Principales Hallazgos
1	Becker, L., IJerman, H., y Tops, M (2015)	<ul style="list-style-type: none"> - En la Teoría del Sistema de Control Predictivo y Reactivo (PARCS). El sistema de control reactivo (control versolateral) se podría relacionan con el apego inseguro, y el control predectivo (Control Dorsomedial) con el apego seguro, los cuales se activa ante las percepciones que se generan del ambiente. - Existen sistemas sensoriales relacionados con el contacto social (excitación periférica, la temperatura corporal, homeostasis y la capacidad de promover a otros a acceder a necesidades). - La hormona de la oxitocina originada en el nervio vago son importante en el proceso de apego por los estados de calma y activación con los que se han relacionado.
2	Galynker et al. (2012)	<ul style="list-style-type: none"> - La red neutral superpuesta en la depresión y el apego inseguro específicamente en el circuito córtico-estriado-tálamico que afecta la regulación emocional.
3	Krause et al. (2016)	<ul style="list-style-type: none"> - Fuerte conexión entre el incremento de la conectividad funcional en el giro temporal medial anterior (componente de conexión de aversión social) y el córtex del cíngulo dorso-anterior en los participantes tras narraciones de vínculos inseguros-evitativos, lo que también responde a los propios

		estilos de apego del sujeto.
4	Buchheim, et al. (2016)	- El apego desorganizado (tanto en pacientes como en controles) se asocia con un incremento en la activación de la amígdala. Los controles con apego desorganizado mostraban activación del córtex derecho prefrontal dorsolateral y con la zona del cíngulo rostral. Interpretas que la activación neural en pacientes con TPL, muestra la inhabilidad para ejercer control arriba-abajo bajo condiciones de estrés.
5	Schneider-Hassloff et al. (2015)	- Los resultados soportan la suposición de que en los adultos con apego evitativo se activan áreas cerebrales (amígdala derecha, giro frontal medial, córtex cingulado medio, el lóbulo parietal superior y el giro frontal inferior) implicadas con la regulación emocional y el control cognitivos, más que en las personas con apego ansioso, lo anterior ante actividades de mentalización.
6	Nash, K., Prentice, M., Hirsh, J, McGregor, I. y Inzlicht, M (2014)	- Tanto las personas con apego seguro como inseguro, presentan un nivel de activación similar en el ERN. Después de una situación amenazante, las personas con apego seguro muestran niveles similares en el ERN pero las personas con apego inseguro evidencian un incremento en la amplitud del ERN. - Las personas con apego inseguro se tornan hipervigilantes ante los resultados negativos después de un evento amenazante. - Las personas con apego seguro logran regularse ante el malestar debido a una menor reactividad del ACC ante las situaciones amenaza.
7	Bailey, M. (2014)	- Existe una correlación entre la activación de la base neural lateral izquierda del DLPFC y el apego seguro, base que se ha

		<p>relacionado con la activación de la motivación.</p> <p>- Se identifica una alta correlación entre las memorias de crianza, calidez emocional y confianza y el apego seguro.</p>
8	Reiner et al. (2016)	<p>- El apego inseguro sobre representa a las pacientes con depresión. Tras el tratamiento, los efectos sobre el apego fueron moderados: las pacientes con un mayor apego seguro al inicio del tratamiento, se beneficiaron más del proceso y presentaban menor sintomatología depresiva al final del tratamiento ($\eta^2 = .07$). Generalmente, el apego seguro incrementa ($\eta^2 = .19$) y los síntomas depresivos disminuyen ($\eta^2 = .23$) después de la psicoterapia en pacientes hospitalizados.</p>
9	Smith, P. et al (2012)	<p>- Al trabajar con mujeres que tengan historia de abuso sexual y depresión, cuyo estilo de apego sea evitativo puede generar dificultades para establecer la alianza terapéutica. Observaron que entre mayor sea el apego evitativo y menor la alianza, los resultados terapéuticos sean inferiores; y entre mayor sea el trabajo sobre la alianza terapéutica menor sintomatología depresiva se reporta. por otra parte, al trabajar con psicoterapia interpersonal, identificaron que, al establecer una relación colaborativa, con objetivos interpersonales específicos, se facilita la motivación hacia el cambio, las expectativas de logro y deseo de practicar nuevas estrategias.</p>
10	Martínez, C (2011)	<p>- La mentalización es una habilidad que se desarrolla en el establecimiento de vínculos seguros, para lograrlo en psicoterapia, el terapeuta requiere atender la propia experiencia interna y brindar un ambiente contenedor y de contacto que permita el establecimiento de la sintonía en el proceso psicoterapéutico.</p>

11	Newman, M., Castonguay, L., Jacobson, N. y Moore, G. (2015)	- Las personas con mayores niveles de estilo evitativo que recibieron tratamiento CBT + I/EP mostraron mayores cambios en los síntomas del GAD comparados con quienes recibieron CBT + SL.
12	Lossa, L., Corbella, S. y Botella, L (2012)	- El estilo de apego evitativo se relaciona con un menor establecimiento de la alianza terapéutica. - El estilo de apego ansioso logra establecer relación terapéutica, sin embargo, a medida que avanza la terapia e inicia a identificar la posibilidad de cambio real, inicia a retroceder. El establecimiento de objetivos, activa el patrón ansioso ante la posibilidad de que los aspectos nucleares deban ser modificados.

Fuente: Elaboración propia, 2017.

A continuación, y tomando como base los hallazgos principales que resultaron de la investigación, se efectuará una discusión que permita el análisis de estos resultados; lo que permitirá responder a la pregunta de investigación y objetivos planteados.

Capítulo VI.

Discusión

6.1 Discusión

Los hallazgos indican que la neurología del apego adulto presenta diferencias según sea el estilo seguro, inseguro, ansioso o desorganizado. El apego seguro, se ha relacionado con la activación del córtex del cíngulo anterior y la corteza prefrontal dorsolateral; en el apego inseguro algunos de los estudios concuerdan con que en las personas con este estilo de apego tiende a evidenciarse una activación de la ínsula anterior lo que se vincula con la respuesta emocional; en el apego ansioso se vincula con la base neural del cíngulo dorsal anterior lo que se relaciona con el control inhibitorio del comportamiento; por último con respecto al estilo desorganizado, se localizó un único estudio que hace referencia a que este estilo de apego se ha relacionado con la activación de la amígdala. El tomar en cuenta estos hallazgos resulta importante en los procesos de psicoterapia ya que se ha observado que en la medida en que el ambiente terapéutico sea seguro para la persona, se logrará establecer una alianza terapéutica que repercuta en los efectos de la terapia; lo anterior se ha observado particularmente en el apego inseguro y evitativo. A la vez, tal y como lo menciona Salvador (2015) el contacto interpersonal seguro y sintonizado entre paciente y terapeuta permite acceso al contacto interno y la integración; al terapeuta posicionarse en una situación de apoyo y sostén, logrará que el paciente logre vincularse de manera segura en la psicoterapia.

Con base a la recolección de datos efectuada, se puede observar que la investigación sobre las bases neurobiológicas del apego se ha enfocado indagar el funcionamiento neural particularmente del apego seguro contra las bases neurales del inseguro que encapsula al apego ansioso o evitativo (Becker, IJxerman y Tops, 2015; Galynker et al.2012; Krause et al, 2016; Scheneider-Hassloff et al, 2015; Nash et al., 2014; Bailey, 2014).

Esto nos indica que, si bien se ha iniciado a investigar sobre este tema, los hallazgos – aunque enriquecedores – aún son reducidos para confirmar el funcionamiento neurobiológico, por lo que se requiere ampliar la investigación; sin embargo, los datos recolectados nos brindan puntos de partida interesantes para comprender la dinámica neurobiológica que subyace al apego en la adultez.

En lo que refiere al apego seguro, los estudios ha identificado activación de córtex del cíngulo anterior ante las situaciones de amenaza (Nash et al., 2014; Krause et al. 2016 y

Becker, IJxerman y Tops, 2015), área que se ha asociado con conductas de automonitoreo, respuestas ante los conflictos, formar asociaciones entre estímulos y respuestas, visualizar los resultados del comportamiento y detectar errores, procesamiento de la información que permite realizar ajustes estratégicos de control cognitivo (Bissonette, Powell y Roesch, 2013; Botvinik, Cohen y Carter, 2004).

Lo anterior, es coherente con lo descrito en relación al apego seguro, donde se establece, que el sujeto siente seguridad en el ambiente para la exploración realizando asociaciones de que aún y si se separe de figuras de apego, sabe que puede recurrir a ellas en cuanto sienta temor (Ainsworth et al. 1978), lo que genera que exista una menor alteración ante los conflictos - o alteración que podría pensarse logra regular -, perciba menor amenaza del ambiente y logre responder con mayor eficacia ante señales de peligro, lo que se ha identificado es una activación cerebral presente desde etapas tempranas del desarrollo (Rueda y Cómobita, 2012).

Con base esto, se podría pensar que las personas que han desarrollado un apego seguro, ya en la adultez, muestran la capacidad para observar sus propias reacciones y respuestas ante las amenazas, y a la vez, logran activar respuestas de modulación que le permiten reaccionar y ajustarse a las demandas que esa amenaza genera. Es decir, aunque el ambiente sea amenazante no desestructura, lo que le permite al sujeto lograr reconocer sus respuestas, analizar el ambiente y pautar un accionar.

Esto, también se relaciona con los hallazgos de Botvinik, Cohen y Carter (2004) que han asociado la activación del córtex cingulado anterior con el comportamiento posterior, específicamente señalan que un fuerte compromiso del cíngulo anterior debería ir seguido por un comportamiento que refleja atención relativamente focalizada (control de arriba-abajo); activación que se ha correlacionado con el córtex prefrontal dorsolateral, también vinculado con el apego seguro según los estudios revisados (Bailey, 2014; Becker, IJxerman y Tops, 2015).

La corteza prefrontal dorsolateral, se ha reconocido como la zona de las funciones ejecutivas metacognitivas, generalmente relacionada con la capacidad para solucionar problemas, planear, inhibir respuestas, desarrollar e implementar estrategias (Ardila, 2013). Ambas estructuras (córtex cingulado anterior y la corteza prefrontal dorsolateral), se han

identificado como parte de la red neural que se desarrolla entre los 9 y 12 meses de edad, y se implica tanto en la dirección de la atención voluntaria como la de inhibir información irrelevante o mantener la atención hacia un estímulo; red que permite la conformación de las estrategias de autorregulación sensorio-motora que consiste en la capacidad de alejarse del estímulo que provoca ansiedad (Aldrete-Cortez, 2014).

Estos hallazgos, soportan el planteamiento de que las personas con apego seguro, presentan activación cerebral que envuelve un funcionamiento que le permite mantenerse en calma, lograr identificar sus propias reacciones - auto monitorearse- y focalizarse sin ser distraído por la ansiedad, planteamientos de Gillath, Karantzas y Fraley (2016). Los autores, también indican que el componente frontal, también se ha asociado con la internalización de modelos internos que le permiten a la persona lidiar con estresores, tener esquemas de escenarios seguros, motivación para actuar y plantear diversas posibilidades de comportamiento.

Dichos hallazgos podrían hacer pensar que, durante el desarrollo de las mencionadas estructuras cerebrales, la retroalimentación que recibe el sujeto del ambiente, influencia en el cómo esta estructura se establece y expresa su funcionamiento en el establecimiento del apego. Es decir, impresiona que existe una correlación entre el crecer en un ambiente contenedor que brinde soporte y seguridad ante el malestar (apego seguro), y el funcionamiento de estructuras cerebrales encargadas de procesos cognitivos que permiten analizar el ambiente y responder a éste con estrategias que sostienen la regulación emocional.

Por tanto, pareciera ser que las experiencias tempranas que permiten la internalización de figuras de seguridad (imágenes o personas) se relaciona con la capacidad de tomar información relevante del ambiente, procesarla, autorregularse y responder con estrategias ajustadas en las demandas externas; cuya expresión es observable en la vida adulta. Podríamos esperar que las personas adultas con apego seguro, tiendan a responder ante las adversidades (situacionales y vinculares) con diversas estrategias que le permitan mantener un tono emocional ajustado a los eventos, así como no abrumarse con facilidad ante la sobrecarga emocional; reconociendo que cuentan con herramientas internas y externas que posibilitarán modular dichas respuestas.

En relación al apego inseguro- ansioso, la revisión permite identificar una activación de la ínsula anterior (Becker, IJxerman y Tops, 2015; Galynker et al., 2012). La ínsula anterior se ha relacionado con la representación de las sensaciones del cuerpo y la conciencia emocional; se dice que secundario a un estímulo - iniciando desde la ínsula posterior hacia la ínsula anterior - ocurre un proceso que culmina en la representación de momentos emocionales que se extiende por un periodo de tiempo limitado, cuya función se centra en generar estabilidad (homeostasis) (Craig, 2009). El autor comenta, que a través de este proceso se facilita el establecimiento de memorias emocionales - basadas en modelos internos de uno mismo y del ambiente - lo que le permite a la persona comparar entre las emociones actuales, presentes y futuras; abriendo paso a la instalación de un observador reflexivo sobre la activación emocional. Sin embargo, el autor indica, que, si junto a la activación de la ínsula anterior no concurre la activación del córtex del cíngulo anterior, la persona presenta dificultades para modular las acciones correspondientes a ese afecto.

Es interesante señalar, que en el apego seguro sí se ha identificado la activación del cíngulo anterior a diferencia del apego inseguro-ansioso. Esto nos podría hacer pensar, que las personas con apego inseguro-ansioso a diferencia de las personas con apego seguro, puede sentirse abrumados por la conciencia que tienen sobre sus reacciones fisiológicas y emocionales, sin contar con las estrategias cognitivas para desenfocarse de dichas respuestas.

Se podría indicar que las personas que presentan un apego inseguro-ansioso, tienden a responder ante eventos disparadores de apego con una sobre-estimulación emocional, ante la que presentan dificultades para regular; por lo que tal y como lo señalan Nash et al. (2014) las personas con este estilo de apego ante estresores menores se tornarán más hipervigilantes hacia resultados negativos cuando perciban una amenaza, lo que posiblemente se relaciona con un incremento rápido de las memorias emocionales, que hace que la persona subjetivamente sienta que este procesamiento afectivo se da con mayor lentitud (Craig, 2009), lo que podría generar una sobrecarga del sistema de procesamiento afectivo.

Este funcionamiento, sería coherente con los señalamientos de Gillath, Karantzias y Fraley (2016), donde indican que las personas con apego inseguro-ansioso tienden a ser

altamente emocionales y sobrepasados por sus emociones, mostrando carencias para regularlas. Lo anterior, también se sostiene en los hallazgos de Galynker et al. (2012), donde logran identificar un funcionamiento en el circuito córtico-estriado-talámico que afecta la regulación. Si bien otros autores, han indicado activación del cíngulo dorsolateral y córtex prefrontal dorsolateral - lo que podría hacer pensar que las personas con apego inseguro-ansioso lograrían la autorregulación por medio de la mediación cognitiva - estos estudios se han enfocado en identificar como las personas con éste estilo de apego responden al rechazo social, por lo que sería necesario mayor investigación para lograr identificar si esta activación se da ante las figuras de apego o como resultado del rechazo percibido (Krause et al, 2016; DeWall et al, 2012).

Por otra parte, y tomando como base la información expuesta, se podría pensar que si las memorias emocionales con las que se han relacionado la ínsula anterior, fueran resultado de la asociación entre la representación de las sensaciones del cuerpo y la conciencia emocional con la que también se vincula dicha estructura; y – hipotetizando- si estas memorias emocionales se asocian a eventos activadores propios de la internalización del apego en etapas tempranas; tendría sentido que con frecuencia las personas con apego inseguro-ansioso se sientan sobrepasadas por sus emociones. Recordando que las personas con este estilo de apego, se desarrollaron posiblemente en un ambiente que les hizo sentir inseguros, ansiosos ante la cercanía, incomprendidos y sin saber cómo reaccionar, es posible que sus memorias emocionales mantengan activas dichas reacciones afectivas. De ser así, se podría decir que, ante la activación emocional, estas memorias se presentan para analizar y responder al estímulo ambiental; sin embargo, al no contar con estrategias para regular la activación, las memorias continúan apareciendo exacerbando a la persona, por lo que se torna hipervigilante ante un entorno que considera le amenaza.

Esto ayuda a comprender la reactividad de las respuestas emocionales con las que se ha asociado a las personas con apego inseguro-ansioso; lo que pareciera está vinculado con la activación de memorias emocionales propio de la activación cerebral, que genera un incremento rápido de la respuesta afectiva ante la percepción de amenaza. Se podría pensar que esta reactividad, funciona como una estrategia de sobrevivencia con la que ha logrado adaptarse a las demandas del entorno.

En el caso del apego evitativo (ansioso-evitativo en algunos estudios, Krause et al. 2016), se identifica la activación de cíngulo dorsal anterior, el cual se ha implicado en el control inhibitorio cognitivo y del comportamiento (Krause et al., 2016; Scheneider-Hassloff et al. 2015).

Botvinik, Cohen y Carter (2004) y Sheth et al (2012) indicaron que esta estructura - como respuesta al conflicto - acciona ajustes estratégicos en el control cognoscitivo, lo que le permite reducir la percepción de adversidad y por ende la respuesta posterior; cumpliendo una importante función en regular el control cognitivo. La activación de esta área, también se ha asociado con la supresión de pensamientos relacionados con el apego, como un mecanismo regulatorio (Gillath, Karantzas y Fraley, 2016).

Si se parte del hecho que las personas con apego evitativo, presentan una percepción de pobre valía, perciben a los demás con fríos y poco confiables, reportan miedo y disconfort ante la cercanía (Lee y Gillath, 2016; Vrtička y Vuilleumier, 2012), sería válido pensar que cómo estrategia para suprimir estas emociones que se generan desde los modelos internos se activan estrategias de regulación cognitiva. Esto es coherente con los hallazgos de Fonagy y Luyten (2009) quienes indican que las personas con apego evitativo tienden a presentar un uso predominante de estrategias de mentalización cognitiva y suprimir la evaluación emocional, por lo menos hasta que dicha estrategia falle.

Es interesante observar que si bien, en las personas con apego seguro también se identifica el uso de estrategias cognitivas para regular la respuesta afectiva, no evita entrar en contacto con sus emociones; de manera distinta funciona en las personas con apego evitativo, en las que el distanciamiento emocional impresiona ser su principal estrategia. Ainsworth, Blehar, Walters y Wall (1978) y Main, et al. (1985), son consistentes al indicar que las personas con apego evitativo (resistente) realizan grandes esfuerzos para alejarse de las figuras o memorias de apego, tiende a presentarse más resistente, con elevada racionalización y desconexión emocional.

Con base en lo anterior, podemos comprender como la activación del cíngulo dorsal anterior, es coherente con la vinculación de las personas con estilo de apego evitativo, en donde – posiblemente por la sobrecarga emocional que podría implicar entrar en contacto con las memorias de apego – resulta más seguro distanciarse, para lo que realizan un

esfuerzo cognitivo que permita suprimir estas memorias, y sostener así la regulación.

Con cautela se podría proponer que, desde la perspectiva clínica, es esperable que cuando las estrategias cognitivas fallan como único medio de regulación (distanciamiento emocional), las personas con este tipo de apego pueden reportar un exacerbado nivel de malestar interno; sin embargo, por la desconfianza tan elevada al entorno y el discomfort ante la cercanía, es posible que sean menos permeables a la intervención o incluso a la búsqueda externa de ayuda.

Con respecto al estilo de apego desorganizado, se observa que son menores los estudios que se enfocan en identificar las bases neurobiológicas. Muchos de estos estudios se enfocan más en el funcionamiento del Trastorno Límite de la Personalidad haciendo mención a este estilo de apego (e.g Fonagy, Luyten y Strathearn, 2011). El estudio identificado, permite observar que este estilo de apego, se ha asociado con la activación de la amígdala, tanto en pacientes con Trastorno Límite de Personalidad como en mujeres no pacientes (Buchheim, et al., 2016). La amígdala se ha asociado con el procesamiento emocional o expresión emocional, el prestar atención a información estimular novedosa y consolidar nuevas memorias a través de etiquetarlas (Phelps y LeDoux, 2005, citado en Gillath, Karantzas y Fraley, 2016). Palma y Horta (2016), señalan que esta estructura se considera responsable de detectar y responder primero a nuevos estímulos ambientales, en particular, a los que sean potencialmente peligrosos, “se dice que los estímulos amenazantes se transmiten a la amígdala, la cual envía proyecciones a los núcleos basales, donde se integran con la información del contexto social” (p.219).

Con base en lo anterior, se pueden pensar, que si el apego desorganizado se asocia a un miedo sin solución, vinculada con las figuras tempranas de apego y el contexto relacional, en el que la persona que tiene que calmar el malestar en justamente la que provoca ese mismo peligro (Lecannelier, Ascanio, Flores y Hoffman, 2011), tendría sentido pensar que la activación de la amígdala, aún en la adultez, continúa haciendo lecturas de un ambiente amenazante ante al que desconoce cómo responder, fallando en la regulación de la angustia (Talam, Sáenz y Rigat, 2013; Lecannelier, Ascanio, Flores y Hoffman, 2011).

El conocer sobre las activaciones neurobiológicas que se han relacionada con el estilo de apego de cada persona, permite comprender el funcionamiento relacional y establecer

metas terapéuticas con base a estas necesidades socio-emocionales; fungiendo el ambiente psicoterapéutico como una base segura que provea a la persona de valor, soporte y confort para lidiar con las situaciones incómodas que emerge durante cada sesión (Gillath, Karantzas y Fraley, 2016).

Tomando como base los hallazgos, se puede señalar que para la interacción terapéutica se considere que las personas con apego seguro tendrán menores dificultades para exponer sus emociones, regularlas así como buscar soluciones alternas a la adversidad; las personas con apego inseguro-ansioso, pueden presentarse con mayor reactividad y sobrecarga afectiva sin contar estrategias suficientes de regulación; las personas con apego evitativo utilizarán mayores estrategias cognitivas, haciendo esfuerzos constantes para distanciarse del afecto y racionalizarlo; y las personas con apego desorganizado posiblemente hagan lecturas del ambiente como altamente peligroso, todo lo anterior ligado a la activación neural de cada estilo de apego.

Ahora bien, enfocándose en la psicoterapia, con base a la revisión efectuada se puede observar que el establecer un vínculo seguro con el paciente, permite una interacción en la que disminuyen las barreras defensivas y facilitan los compromisos emocionales que se establecen en la alianza terapéutica (Martínez, 2011). Esta relación provee la oportunidad de que la persona cree un nuevo sistema de involucramiento social, en donde la presencia del/a terapeuta, le ofrece la experiencia de que está para el otro y el otro se interesa (Salvador, 2015; Bowlby, 2009). Esta postura, permite que la persona tenga nuevas interpretaciones y comprensión sobre las relaciones vinculares, lo que le facilita cuestionar los modelos internos de apego, y los reorganice con base a la nueva información (Gillath, Karantzas y Fraley, 2016; Salvador, 2015; Martínez, 2011; Bowlby, 2009).

Los estudios señalan que las personas con apego evitativo tienden a presentar mayores dificultades para establecer la relación terapéutica, lo que se traduce en un beneficio menor de los procesos de psicoterapia (Smith, P. et al, 2012; Newman, Castonguay, Jacobson y Moore, 2015). Esto tendría sentido en correlación con la información previa, en donde Lee y Gillath (2016) y Vrtička y Vuilleumier (2012) describen las dificultades de las personas con este estilo de apego para confiar en el ambiente y personas que le rodean, así como el disconfort ante la cercanía; lo que habla de

dificultades para poner en práctica habilidades interpersonales y vincularse con lo demás (Smith, P. et al, 2012).

Gillath, Karantzas y Fraley (2016), también indican que las personas con apego evitativo tienden a ser rígidas y perpetúan profecías auto cumplidoras en las relaciones interpersonales, lo que incrementa la inflexibilidad, características que pueden obstaculizar el tratamiento. Esto, podría indicar que las personas con este estilo de apego, serán menos adherentes y permeables a procesos de psicoterapia, como resultados de las estrategias defensivas que promueven el distanciamiento emocional e interpersonal.

Aunque se debe señalar que Newman, Castonguay, Jacobson y Moore (2015), observaron que cuando las personas con apego evitativo son tratadas bajo el modelo terapia interpersonal, y se promueve la conciencia sobre su estilo vincular, logran reportar cambios; esto podría señalar que este modelo terapéutico podría ser una alternativa de abordaje para promover la adherencia.

En el caso del apego inseguro, se identifica que las personas con este estilo vincular logran comprometerse más fácilmente en el establecimiento de la alianza terapéutica, sin embargo, para esto suceda, necesitan sentir seguridad de la relación (Reiner et al., 2016). Lo anterior, pareciera estar vinculado con que en medida que avanza la terapia, la posibilidad real de cambio puede abrumar a la persona, lo que activa el patrón ansioso, ante el que carece de estrategias de regulación (Lossa, Corbella y Botella, 2012).

Tomando lo anterior como punto de partida, podría pensarse que, en psicoterapia al establecer una relación terapéutica con personas con un estilo de apego inseguro-ansioso, sería importante en primera instancia fortalecer estrategias auto regulatorias, que le permitan ir lidiando con la reactividad emocional propia de su estilo vincular. Sin embargo, de no considerarse el estilo vincular, es posible que, aunque se logre establecer una alianza terapéutica, la persona puede realizar retrocesos inesperados o abandono a tratamiento, al percibir exacerbadas las respuestas afectivas.

Retomando lo hallazgos, se puede pensar que, en los procesos de psicoterapia, se espera que la persona logre plantear soluciones alternas a las situaciones adversas a la que se expone, lo que se relaciona con la estimulación de un funcionamiento ejecutivo que permite desarrollar e implementar estrategias ante una situación problemática.

Al relacionarse este funcionamiento con el establecimiento del apego, de manera hipotética se podría decir que, de alguna manera el entorno terapéutico se conforma como un ambiente contenedor y de seguridad que le permite al sujeto - aún y sintiéndose vulnerable - pensar en soluciones alternas a sus quejas; reconociendo una relación vincular (con el/la terapeuta) que le ayudará a lidiar con el posible malestar que implica acercarse a lo desconocido de nuevas estrategias de afrontamiento.

Es válido preguntar ¿el vínculo seguro en un ambiente terapéutico resulta importante para abrir la posibilidad de cambios en un sujeto? Con base a los hallazgos, no se puede asegurar, pero se podría pensar que este ambiente contenedor y seguro, resultará importante para que la persona inicie a estimular funciones metacognitivas (solución de problemas y regulación) que se vinculan más con el apego seguro que otros estilos de apego que ya sea por la sobrecarga emocional o la evitación hacia sus emociones, se dificulta la posibilidad de generar nuevas estrategias de regulación.

Para futuras investigaciones sería interesante correlacionar estos hallazgos con los apegos ambivalentes/desorganizados, ya que los estudios recolectados se enfocan únicamente en la comparación de apegos seguros e inseguros (ansiosos o evitativos); por lo en futuras investigaciones se podrían comparar estos hallazgos con el estilo de apego desorganizado.

Por otra parte, en uno de los artículos identificados, se menciona a la terapia interpersonal como un abordaje terapéutico, ante el que, las personas con apego evitativo reportaban cambios (Newman, Castonguay, Jacobson y Moore, 2015), sería interesante para futuras investigaciones poder profundizar en correlacionar la eficacia de este abordaje terapéutico con los diversos estilos de apego expuestos.

Otra fuente de investigación interesante, sería plantear como las características de la resiliencia y plasticidad cerebral se relaciona con modificaciones del estilo vincular posterior a un proceso de psicoterapia, lo que permitirá incluso indagar sobre las posibles modificaciones a nivel estructural que podrían presentarse

Una limitación para el presente estudio es que la neurobiología del apego se ha estudiado más en la población infantil, adolescentes o madres/padres en sus vínculos con el niño/a lactante, o en la adultez, pero correlacionas a las relaciones amorosas de pareja, y no

tanto al estudio del apego adulto desde el modelo interno, lo que era el interés de la investigación.

Otra limitación, se enmarca en que la mayoría de estudio identificados que hacen referencia a alianza terapéutica, pocos abordan la temática desde una lectura de apego, lo que reduce la cantidad de material al que se puede acceder. Y, muchos de los estudios localizados hacen énfasis al estilo de apego del terapeuta, más no del consultante, lo que aleja del objetivo de investigación.

Dentro de las limitaciones, también se puede señalar que, tras la búsqueda, se logra acceder a literatura en relación a la neurobiología del apego, pero muchos de estos estudios lo que realizan son revisiones o experimentos para identificar los aspectos neurales a través de estudios con sujetos animales, por lo que muchos de los estudios tuvieron que ser eliminados al ser éste un criterio de exclusión.

Esta revisión permite un acercamiento hacia los estudios actualizados que hacen referencia a la neurobiología del apego adulto, y correlaciona estos hallazgos con el establecimiento de la alianza terapéutica en los procesos de psicoterapia individual. Y si bien, se requiere mayor investigación para confirmar los hallazgos identificados, permite que, como profesionales en salud mental, podamos realizar acercamientos a los usuarios y usuarios de los servicios tomando en cuenta las dificultades vinculares a las que se enfrentan, las que más allá de un patrón comportamental (que se considera potencialmente modificable), se relaciona con bases neurales que se han ido conformando desde etapas tempranas hasta la adultez.

6.2 Conclusiones

A pesar de las limitaciones para realizar el presente estudio, con base a los hallazgos se puede concluir que las investigaciones actuales se han enfocado más en el estudio del apego seguro en comparación con el evitativo y el ansioso; siendo aún menores los estudios en el apego desorganizado.

Y, si bien, los hallazgos incipientes requieren mayor investigación para consolidar los resultados identificados sobre las bases neurales que subyacen al apego en la adultez, con base en la revisión sistemática se pueden identificar estructuras cerebrales específicas vinculadas a los diferentes tipos de apego, a lo cual se hará referencia en brevedad.

En el apego seguro, particularmente se identifica activación de córtex cíngular anterior y el córtex prefrontal dorsolateral. Área que se han relacionado con las conductas de automonitoreo y funciones ejecutivas metacognitivas respectivamente. Estos hallazgos plantean que las personas con apego seguro presentan una activación cerebral que envuelve un funcionamiento que le permite mantenerse en calma, aún y se encuentre en situaciones activadoras de malestar. A la vez, logran realizar análisis del entorno, desenfocar su atención del objeto de malestar y plantear respuestas alternas de conductas/soluciones a las demandas externas.

En relación al apego inseguro, se ha identificado la activación de la ínsula anterior, la que se vincula con el establecimiento de memorias emocionales basadas en modelos internos de sí mismo y el ambiente; la que, ante la ausencia de la activación del córtex del cíngulo anterior, tendrá dificultades para lograr la autorregulación. Esto indicaría que las personas con apego ansioso, ante estresores emocionales tienden a sobre estimularse, sobrecarga en el sistema de procesamiento afectivo ante el que se cuenta con escasa modulación.

Por su parte el apego evitativo, se ha relacionado con la activación del cíngulo dorsal anterior, área encargada de los ajustes estratégicos del control cognitivo. Se observa que, como estrategias para la supresión de las reacciones emocionales de apego, la persona tiende a utilizar estrategias cognitivas para suprimir la respuesta emocional, esto le permite alejarse de cercanía afectiva que genera alta amenaza.

En el estilo desorganizado, se ha identificado la activación de la amígdala ante estímulos de apego; al ser esta una estructura relacionada con detectar estímulos amenazantes (emocionalmente), tendría sentido pensar que la activación de la amígdala, aún en la adultez, continúa haciendo lecturas de un ambiente amenazante ante al que desconoce cómo responder, fallando en la regulación de la angustia.

Tomando como base los hallazgos, se puede señalar que para la interacción terapéutica se considere que las personas con apego seguro tendrán menores dificultades para exponer sus emociones, regularlas así como buscar soluciones alternas a la adversidad; las personas con apego inseguro-ansioso, pueden presentarse con mayor reactividad y sobrecarga afectiva sin contar estrategias suficientes de regulación; las personas con apego evitativo utilizaran mayores estrategias cognitivas, haciendo esfuerzos constantes para distanciarse del afecto y racionalizarlo; y las personas con apego desorganizado posiblemente hagan lecturas del ambiente como altamente peligroso, todo lo anterior ligado a la activación neural de cada estilo de apego.

Con base a la revisión efectuada se puede observar que el establecer un vínculo seguro con el paciente, permite una interacción en la que disminuyen las barreras defensivas y facilitan los compromisos emocionales que se establecen en la alianza terapéutica. Particularmente el apego evitativo se ha asociado con mayor reticencia al establecimiento de cercanía afectiva, por lo que se ha identificado que este estilo de apego tiene mayores dificultades para establecer alianza terapéutica, esto en comparación el estilo ansioso. Este último, si bien se ha observado que logra comprometerse más fácilmente al establecimiento de la alianza terapéutica, conforme avanza la terapia aparece la posibilidad de abrumarse como resultado de la activación del patrón ansioso.

No se identificaron estudios que hagan referencia a la vinculación existente entre el apego desorganización y el establecimiento de la relación y alianza terapéutica, por lo que se plantea como una posibilidad para futuras investigaciones.

6.3 Recomendaciones

A partir de esta revisión, y con base a los resultados obtenidos, se podría realizar las siguientes recomendaciones:

- Es importante ampliar la investigación en el Apego adulto, entendido como un modelo interno.
- Ampliar la investigación sobre la neurobiología del apego adulto, incluyendo al apego desorganizado.
- Profundizar en las redes neurobiológicas que subyacen al apego, ya que aún hoy la investigación es muy reciente y se cuenta con escasas fuentes de información.
- Proponer más estudios de tipo longitudinal, lo que permitiría identificar la estabilidad del apego a lo largo de la vida.
- Realizar mayores investigaciones en lo que respecta a la relación de la alianza terapéutica junto con el apego individual del paciente y el estilo del terapeuta.
- Investigar la correlación que puede existir entre terapias como EMDR y Brainspotting, con el estilo del apego del sujeto, identificando si existe activación neural propia de cada estilo.
- Aumentar la cantidad de investigaciones que se realizan con fMRI, lo que permite tener mayor claridad sobre las bases neurales activadas.
- Promover la investigación del estilo de apego en participantes sanos (no conocidos como pacientes con patología psiquiátrica).

Capítulo VII.

Referencias Bibliográficas

Referencias Bibliográficas

- Ainsworth, M., Blehar, M, Walters, E. y Wall, S. (1978). *Patters of attachment. A psychological Study of the Strange Situation*. New York: Psychology Prees
- Aldrete-Cortez, V. (2014). De la regulación emocional y cognitiva a la autorregulación en el primer año de vida. *Anuario de Psicología*. (44), 199-212.
- Ardila, A. (2013). *Función ejecutiva. Fundamentos y evaluación*. Miami, Florida: Florida International University. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/267924852_De_la_regulacion_emocional_y_cognitiva_a_la_autorregulacion_en_el_primer_ano_de_vida?enrichId=rgreq-9af331377d1daa63871fae0a86d77500-XXX&enrichSource=Y292ZXJQYWdlOzI2NzkyNDg1MjtBUzoxNjA4OTg1NDMwMDU2OTZAMTQxNTM3MjYxMDExNQ%3D%3D&el=1_x_3&_esc=publicationCoverPdf
- Bailey, M. (2014). *The Neurobiology of adult attachment*. (Tesis for the degree of Master of Science). Queen´s University, Canada.
- Becker, L., IJzesman, H., y Tops, M. (2015). Toward a radically embodied neuroscience of attachment and relationships. *Frontiers in Human Neurosciencia*. (9), 1-18. doi:10.3389/fnhum.2015.00266
- Bettany-Saltikov, J. (2012). *How to do a systematic literature review in nursing: A step-by-step guide*. New York, NY: Open University Press.
- Bissonette, G., Powell, E., y Roesch, M. (2013). Neural structures underlying set-shifting: Roles of medias prefrontal cortex and anterior cingulate cortex. (250), 91-101. doi.org/10.1016/j.bbr.2013.04.037
- Botvinik, M., Cohen, J. y Carter, C. (2004). Conflict monitoring and anterior cingulate cortex: an update. *Trends in Cognitiva Sciences*. (12), 539-546: doi:10.1016/j.tics.2004.10.003
- Bowlby, J. (2014). *Vínculos afectivos: Formación, desarrollo y pérdida Sexta edición revisada*. Madrid: Morata.

- Bowlby, J. (2009). *Una base segura. Aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. Buenos Aires: 2009.
- Buchheim, A., ErK, S., George, K., Kächele, H., Martius, P., Pokorny, D., Spitzer, M., y Walter, H. (2016). Neural Response during the activation of the Attachment System in Patients with Borderline Personality Disorder: An fMRI study. *Frontiers in Human Neuroscience*. (10), 1-13. doi: 10.3389/fnhum.2016.00389
- Corbella, S. y Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de Psicología*. 19 (2), 205-221. Recuperado de <http://revistas.um.es/analesps/article/viewFile/27671/26841>.
- Crowell, J., Fraley, R, y Shaver, P. (2008). Measures of individual differences in adolescents and adult attachment. En Cassidy, J. y Shaver, P (Eds.) *Handbook of Attachment: Theory, research and clínica applications*. (2nd Edición). New York; Guilford Press. pp. 599-634.
- DeWall, N., Masten, C., Powell, C., Combs, D., Schurtz, D y Eisenber, N. (2012) Do neutral responden to rejection depend on attachment style? An fMRI study. *Social cognitiva Afective & Neuroscience*. (7), 184-192. doi:10.1093/scan/nsq107
- Feeney, J. y Noller, P. (2001) *Apego adulto*. Bilbao: Desclée de Brouwer. .
- Fonagy, P. y Luyten, P. (2009). A developmental, mentalization-based approach to the understanding and treatment of borderline personaliza disorder. *Development and Psychopatology*. (29), 1355-1381. doi:10.1017/S0954579409990198
- Fonagy, P. Luyten, P. y Strathearn, L. (2011). Borderline Personality Disorder, Mentalization, and the neurobiology of attachment. *Infant Mental Health Journal*. (32), 47-69.DOI: 10.1002/imhj.20283
- Garrido, L., Guzmán, M., Santelices, M., Vitriol, V. y Baeza, E. (2015). Estudios comparativos de los estilos de apego adulto en un grupo de mujeres con depresión. *Terapia Psicológica* (3), 285-291. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082015000300011

- Fossa, P. (2012). Obstáculos del proceso terapéutico: Una revisión del concepto de vínculo y sus alteraciones. *Revista de Psicología*. 3 (1), 101-126.
- Gillath, O., Karantzas, G. y Fraley, C. (2016). *Adult Attachment. A concise introduction to theory and research*. London: Elsevier.
- Galynker, I., Yaseen, Z., Katz, C., Zhang, X., Jennings-Donovan, G., Dashnaw, S., Hirsch, J., Mayberg, H., Cohen, L. y Winston, A. (2012) .Distinct but overlapping neural networks subserve depression and insecure attachment. *Social Cognitive Affective & Neuroscience*. (7), 896-908. doi:10.1093/scan/nsr074
- Hensley, B. (2010). *Manual básico de EMDR. Desensibilización y reprocesamiento mediante el movimiento de los ojos*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Horvath, A. y Greenberg, L. (1994). *The working alliance. Theory, Research and Practice*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Jhonson, S. (2012). *Abrázame Fuerte. Siete conversaciones para un amor duradero*. Barcelona: Urano.
- Krause, L., Borchardt, V., Li, M, Van, M., Demenescu, L., Strauss, B., Kirchmann, H., Buchheim, A., Metzger, C., Nolte, T. y Walter, M. (2016). Dismissing Attachment Characteristics Dynamically Modulate Brain Networks Subserving Social Aversion. *Frontiers in Human Neuroscience*. (10) 1-14. doi: 10.3389/fnhum.2016.00077
- Krause, S., Pokorky, D., Schury, K., Doyen-Waldecker, C., Hulbert, A., Karabatsiakis, A., Kolassa, I., Gündel, H., Walter, C. y Buchheim, A. (2016). Effects of the adult attachment projective picture system on oxytocin and cortisol blood levels in mother. *Frontiers in human Neuroscience*. (10), 1-12. doi: 10.3389/fnhum.2016.00627
- Lecannelier, F., Ascanio, L., Flores, F. y Hoffman, M. (2011). Apego & Psicopatología: Una revisión actualizada sobre los modelos etiológicos parentelas del apego desorganizado. *Sociedad chilena de Psicología Clínica*. (29), 107-116. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082011000100011>

- Lefebvre C, Manheimer E, Glanville J. Chapter 6: Searching for studies. In: Higgins JPT, Green S (editors). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* Version 5.1.0 (updated March 2011). *The Cochrane Collaboration, 2011. Available from www.cochrane-handbook.org.*
- Lossa, L., Coberlla, S. y Botella L. (2012). Estilo de apego del paciente en la construcción de la alianza terapéutica. *Boletín de Psicología.* (105), 91-103. Recuperado de <http://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N105-6.pdf>
- Main, M. y Solomon, J. (1986). Discovery of insecure-Disorganized Attachment Pattern. En Brazelton, B. y Yongman, M. *Affective Development in infancy.* United States of America: Ablex. pp.95-124
- Martínez, C. (2011). Mentalización en Psicoterapia: Discusión sobre lo Explícito e Implícito de la Relación Terapéutica. *Sociedad Chilena de Psicología Clínica.* (29), 97-105
- Mayberg, H. y Winston, A. (2012). Distinct but overlapping neural networks subserve depression and insecure attachment. *Oxford University Press.* (7), 896, 908. doi: 10.1093/scan/nsr074
- Mayes, L., Fonagy, P. y Target, M. (2007). *Developmental Science and Psychoanalysis. Integration and innovation.* Great Britain: Karnac
- Mosquera, D. y Gonzales, A. (2014) *Trastorno Límite de la Personalidad y EMDR. Madrid: Pléyades.*
- Nash, K., Prentice, M., Hirsh, J, McGregor, I. y Inzlicht, M. (2014). Muted neural response to distress among securely attached people. *Social cognitive and affective Neuroscience.* (9), 1239-1254. doi:10.1093/scan/nst099
- Newman, M., Castonguay, L., Jacobson, N. y Moore, G. (2015) Adult attachment as a moderator of treatment outcome for generalized anxiety disorder: Comparison Between Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) plus Supportive Listening and CBT plus Interpersonal and Emotional Processing Therapy. *J Consult Clinical Psychology.* 83 (5), 915-925. doi: 10.1037/a0039359
- O'Brien, A. y Guckin, C. (2016) *The Systematic Literature Review Method: Trials and*

Tribulaciones of Electronic Database Searching at Doctoral Level. Sage Publications. doi: <http://dx.doi.org/10.4135/978144627305015595381>

- Palma, B. y Horta, E. (2016). Aportes sobre el correlativo neuroanatómico de la personalidad. *Revista Chilena Neuro-Psiquiatría*. 54 (3), 215-227: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272016000300006>.
- Petticrew, M. y Roberts, H. (2006) *Systematic Reviews in the Social Sciences. A Practicar Guide*. Estados Unidos: Blackwell Publishing.
- Perestelo-Pérez, L. (2013). Standards on how to develop and report systematic reviews in Psychology and Health. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. (13), 49-57
- Reiner, I, Bakermans-Kranenburg, M., Van, M., Fremeer-Bombik, E. y Beutel, M. (2016) Adult Attachment representation moderates psychotherapy treatment efficacy in clinically depressed inpatients. *Journal of afectiva Disorders*. (195), 163-170. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2016.02.024>
- Repetur, K. (2005). Vínculo y desarrollo psicológico: la importancia de las relaciones temprana. *Revista Digital Universitaria*. (11) 2-15. Disponible en http://www.revista.unam.mx/vol.6/num11/art105/nov_art105.pdf
- Rueda, R. y Cómobita, L. (2012). Las mejores prácticas en el desarrollo del control voluntario en la temprana infancia. *Departamento de Psicología Experimental*. España. Recuperado de <http://www.encyclopedia-infantes.com/sites/default/files/textes-experts/es/2076/las-mejores-practicas-en-el-desarrollo-del-control-voluntario-en-la-temprana-infancia.pdf>
- Safran, J. y Muran, C. (2005). *La alianza terapéutica. Una guía para el tratamiento relacional*. Bilbao: Desclée de Brouwer
- Salvador, M. (marzo del 2015). La presencia curativa (la burbuja curativa): Fundamento del modelo de sintonía dual En D. Grand (Presidencia) *1st Brainspotting International Conference. Bringing the BSP world Together*. Simposio llevado a cabo en 1st Brainspotting International Conference. Bringing the BSP world Together, Brazil.

- Sánchez- Meca, J. y Botella, J. (2010). Revisiones sistemáticas y meta-análisis: herramientas para la práctica profesional. *Papeles del Psicólogo*. 31 (1):7-17.
- Sassenfeld, J. (2012). Consideraciones sobre el apego, los afectos y la regulación afectiva. *Clínica e Investigación Relacional. Revista Electrónica de Psicoterapia*. 6(3), 548-569. Recuperado de http://www.psicoterapiarelacional.es/Portals/0/eJournalCeIR/V6N3_2012/11_Sassenfeld_Consideraciones%20sobre%20el%20apego-los-afectos-y-la-regulacion-afectiva_CeIR_V6N3.pdf
- Scheneider-Hassloff, H., Straube, B., Nuscheler, B., Wemken, G. y Kirchner, T. (2015). Adult attachment Style modulares Neural responses in a mentalizing task. *Neuroscience*. (303), 462-473. <http://dx.doi.org/10.1016/j.neuroscience.2015.06.062>
- Sheth, S., Mian, M., Patel, S., Asaad, W., Williams, Z., Dougherty, D., Bush, G. y Eskandar, E. (2012). Human Dorsal anterior cingulate cortex neurons mediate ongoing behavioral adaptation. *Nature* (488), 218-222: doi:10.1038/nature11239
- Siegel, D. (2012). *Mindfulness y psicoterapia. Técnicas prácticas de atención plena para psicoterapéuticas*. España: Paidós.
- Smith, P., Gamble, S., Cort, N., Ward, E., He, H., y Talbot, N. (2012). Attachment and alliance in the treatment of Depressed, Sexually Abuse Women. *National Institutes of Health*. (2), 123-130. doi: 10.1002/da.20913.
- Steele, H. y Steele, M. (2008). Ten Clinical Uses of Adult attachment Interview. London: Guilford Press Recuperado de <https://www.researchgate.net/publication/285731843>
- Talarn, A., Sáinz, F. y Rigat, A. (2013). *Relaciones, vivencias y psicopatología. Las bases relacionases del sufrimiento mental excesivo*. Barcelona: HERDER
- Vrtička, P. y Vuilleumier, P. (2012). Neuroscience of human social interaccions and adult attachment style. *Frontiers in human neuroscience*. (6) 1-17. doi: 10.3389/fnhum.2012.00212

Wade, E. (2015). The Emerge of the Disorganized/Disoriented (D) Attachment Classification, 1999-1982. *History of Psychology*. 18(1): 32-46. doi: 10.1037/a0038524

Yáñez-Yaben, S y Comino, O. (2011). Evaluación del apego adulto: Análisis de la convergencia entre diferentes instrumentos. *Acción Psicológica*. (8), 67-85. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=344030766006>