



INTERVENCIONES PSICOTERAPÉUTICAS BASADAS EN LA TEORÍA DEL APEGO



Marcia Aguilar Sandí¹

REVISIÓN DE
CONCEPTO Y
PSICOTERAPIA

Resumen

Básicamente, la Teoría del Apego se orienta a la idea de que repetidas interacciones positivas con figuras de apego van a configurar en la persona una percepción de seguridad en el mundo, y la confianza de merecer el amor y el apoyo de otras personas. Por el contrario, interacciones tempranas profundamente traumáticas afectarían de manera importante el desarrollo general de la persona y la manera en que se vincula. En este artículo se realiza la revisión bibliográfica de distintas intervenciones psicoterapéuticas que, en general, proponen convertir el proceso de psicoterapia en el compañero estable y comprensivo que facilite la configuración de un self más sano y posibilite la experiencia de relaciones afectivas más maduras y satisfactorias.

Palabras clave: Apego, vínculo, psicoterapia, trauma, terapeuta, tratamiento, regulación emocional, trastorno límite de la personalidad.

Abstract

Basically, the Theory of Attachment is oriented to the idea that repeated positive interactions with attachment figures will shape a person's perception of security in the world, and the confidence of deserving the love and support of other people. On the contrary, profoundly traumatic early interactions would significantly affect the overall development of the person and the way in which they are linked. In this article, the literature review of different psychotherapeutic interventions that, in general, propose to convert the psychotherapy process into a stable partner that facilitates the configuration of a healthier self and enables the experience of more mature and satisfactory affective relationships is carried out.

¹ Especialista en Psicología Clínica, UCR-CENDEISSS. Hospital Nacional Psiquiátrico. Servicio de Psicología Clínica. Contacto: marciaguilars@gmail.com



Introducción

Si bien se ha estudiado el Apego desde una perspectiva según la cual, la proximidad con un cuidador serviría al propósito biológico de incrementar las posibilidades de supervivencia del niño(a), y por ende, la reproducción futura de la especie; la Teoría del Apego expone la idea de que repetidas interacciones positivas con figuras de apego configuran la percepción de seguridad en el mundo orientada hacia el sí mismo y hacia los demás. Esta sensación de seguridad proveería la confianza de merecer el amor de otras personas, y de que los otros significativos estarán para proveer apoyo y refugio cuando se necesite, llevando, en consecuencia, a la consolidación de relaciones interpersonales íntimas y nutricias.

En contraste, las interacciones tempranas profundamente traumáticas caracterizadas por negligencia, abuso, pérdida de la seguridad afectiva, abandono, entre otras, afectan de manera importante el desarrollo sano de la persona. Dichas interacciones generan estrategias de afrontamiento ineficaces en las personas, afectando en general su configuración como ser humano y la manera en que se vinculan. Desde esta perspectiva, los Teóricos del Apego han realizado múltiples investigaciones, describiendo el desarrollo tanto de una personalidad sana, como de factores de riesgo hacia ciertas condiciones físicas y limitaciones en capacidades emocionales como diferenciación, identificación, gestión y regulación de las propias emociones; en la mentalización de los propios estados emocionales y la capacidad empática. Si bien, los efectos de estas interacciones

traumáticas tienden a ser estables, como se verá más adelante, son también susceptibles de ser modificados.

El propósito de este artículo es sintetizar brevemente algunas de las propuestas psicoterapéuticas que parten de la Teoría del Apego como eje conductor y sirven al propósito de convertir el proceso psicoterapéutico en el compañero estable y comprensivo que facilite la configuración de un self más sano, reduciendo la intensidad de los patrones interpersonales evitativos y ansiosos, y posibilitando la experiencia de relaciones afectivas más maduras, protectoras, satisfactorias y placenteras.

Una breve introducción a la Teoría del Apego

Como afirman Yárnoz, Alonso-Arbiol, Plazaola y Sáenz de Murieta (2001), las teorías del apego se han construido partiendo de la propensión de los seres humanos a formar fuertes lazos afectivos con personas determinadas. Los planteamientos iniciales de la teoría del apego pueden rastrearse a finales de los años 1950 (Oliva, 2004). Desde entonces, esta teoría ha experimentado importantes modificaciones gracias tanto a las críticas como a las aportaciones de distintos investigadores. Igualmente, ha generado grandes espacios de desarrollo: la investigación, y la intervención psicoterapéutica (Gago, 2014).

Aunque se nutre de parámetros que provienen del psicoanálisis, de la etología, de la psicología cognitiva y de la neuropsicología (Comin, 2014), resaltan las figuras de Mary



Ainsworth y John Bowlby. Más allá de los aportes iniciales de Ainsworth con madres y bebés, Bowlby consideró su teoría como un constructo aplicable a todo el desarrollo humano, recalcando que su medición debe trascender el período de la temprana infancia (Martínez y Santelices, 2005). Alejándose de los planteamientos etológicos psicoanalíticos, los cuales establecían que el vínculo afectivo que se establecía entre un bebé y su madre era un amor interesado que surgía a partir de las experiencias de amamantamiento, Bowlby visualizó que la conducta instintiva iba más allá, planteando que la misma no es una pauta fija de comportamiento que se reproduce siempre de la misma forma ante una determinada estimulación, sino que es un plan programado con objetivos plausibles de modificar en función de la retroalimentación; es decir, que se adapta, modificándose, a las condiciones ambientales (Oliva, 2004):

Lo que por motivos de conveniencia denomino teoría del apego es una forma de conceptualizar la tendencia de los seres humanos a crear fuertes lazos afectivos con determinadas personas en particular y un intento de explicar la amplia variedad de formas de dolor emocional y trastornos de la personalidad, tales como la ansiedad, la ira, la depresión y el alejamiento emocional, que se producen como consecuencia de la separación indeseada y de la pérdida afectiva. (Bowlby, 1977 citado por Marrone, 2001, p. 31)

Así, el modelo propuesto por Bowlby nos habla de cuatro sistemas de conducta relacionados entre sí: el sistema de conductas de apego, el

sistema de exploración, el sistema de miedo a los extraños y el sistema afiliativo. El sistema de conductas de apego se refiere a todas las conductas que procuran y favorecen el mantenimiento de la proximidad y el contacto con las figuras de apego (por ejemplo, sonrisas, lloros, contactos táctiles). Estas conductas se activarían cuando se perciben distancia con la figura de apego o señales amenazantes, con el propósito de restablecer la proximidad. Estrechamente asociado a lo anterior, en el sistema de exploración, cuando se activan las conductas de apego disminuye la exploración del entorno. La aparición del sistema de miedo a los extraños ayuda en la disminución de las conductas exploratorias y el aumento de las conductas de apego. Por último, el sistema afiliativo se refiere al interés que muestran los individuos, no sólo de la especie humana, de mantener proximidad e interactuar con otros sujetos, incluso con aquellos con quienes no se han establecido vínculos afectivos.

En esta línea, Dantagnan (2005, citada por Gago, 2014) y Guerrero (2015) señalan como característica principal del apego la creación de lazos invisibles que surgen de las vivencias de familiaridad (es decir, los sentimientos de pertenencia a un sistema familiar determinado, que unen a padres e hijos en el espacio y en el tiempo). Para estas autoras, el apego permite la interiorización de una figura estable y disponible pero separada de uno mismo; lo cual hace que el niño(a) pueda utilizarla como base de seguridad para explorar su entorno.

Adicionalmente, Bowlby (citado por Yáñez et. al., 2001) visualiza el apego como un sistema de control, es decir, un mecanismo



para adaptar la conducta a la consecución de fines que estarían determinados por las necesidades del momento. En ese sentido, el deseo del niño(a) de proximidad o contacto con la figura de apego no sería constante, sino que dependería de factores endógenos y/o exógenos. Por ejemplo, si el niño(a) siente alguna amenaza, buscará la seguridad que le brinda la proximidad de su figura de apego; si no, se dedicará a explorar el ambiente. A través de contactos sucesivos con el mundo exterior y de la consecuente capacidad de respuesta o disponibilidad de las figuras de apego, cada niño(a) construye modelos internos del mundo y de las personas significativas en él, incluido él mismo (a esto se le denomina “modelos operantes internos”, según Lorenzini y Fonagy, 2014).

La imagen de sí mismo está relacionada con el grado en el cual se experimenta ansiedad acerca de ser rechazado o abandonado. En consecuencia, las personas que poseen una visión positiva de sí mismas tenderían a experimentar baja ansiedad respecto de esta posibilidad, dado que se consideran dignas de ser amadas y cuidadas; mientras que aquellas que poseen una visión negativa de sí mismas tenderían a manifestar preocupación y temor frente al abandono de su figura de apego. Por su parte, la imagen del otro estaría asociada al grado de evitación que la persona manifiesta respecto de las relaciones cercanas, de manera que aquellos que tienen una imagen positiva del otro en términos de su confiabilidad y disponibilidad, tendrán mayor facilidad para establecer relaciones cercanas. Por el contrario, aquellos que han desarrollado una visión negativa de los demás, tenderán a

evitar involucrarse íntimamente en los vínculos (Guzmán y Contreras, 2012).

Los modelos internos son cada vez más complejos, pero una vez organizados, tienden a operar de forma automática, y a asimilar dentro de ellos toda nueva información. Así, los modelos internos tienen tendencia a la estabilidad, aunque son susceptibles de ser modificados (Yárnoz et. al., 2001).

Apego infantil y adulto

Durante la infancia, más específicamente durante el primer año de vida, existe una organización piramidal de las figuras de apego (Yárnoz, 2001; Bonilla, Virseda, Mercado, Balcazar y Peña, 2011). En la cúspide estará normalmente la figura materna, y posteriormente serían relevantes, si están presentes, el padre, los hermanos u otras figuras como los abuelos o los cuidadores. Desde la teoría del apego, según Espina (2005) aquello que es “bueno”, “adecuado”, “adaptativo” para cada quien, comienza a configurarse en estas primeras relaciones; pero también lo hacen las sensaciones de angustia y ansiedad. El bebé, ante la posibilidad de perder al ser que le ofrece seguridad, reaccionará con angustia o ansiedad, y también reaccionará así cuando las figuras de apego le transmitan inseguridad. A medida que el niño(a) va creciendo toman importancia figuras externas al grupo familiar: amigos, pareja. En la edad madura se cierra el círculo, y son los propios hijos los que pasan a ser figuras de apego para el sujeto. Para una síntesis de los estilos de apego infantil, véase Tabla 1.



Tabla 1. Estilos de apego Infantil

Estilo de apego	Conducta infantil	Características del cuidador
Seguro, tipo B	Exploración activa; disgusto ante la separación; respuesta positiva ante el cuidador.	Entre un 57% y un 73% de los niños. Los cuidadores son cálidos y sensitivos, y los niños no temen expresar el enfado. La autonomía se adecúa a la edad; niños y cuidadores tienen libertad para estar solos o acompañados.
Inseguro con evitación o rechazo, tipo A	Conductas de distanciamiento; evitación del cuidador.	Se da en un rango de 15% a 32% de los niños. Los cuidadores expresan abiertamente cólera, resentimiento y una constante oposición a los deseos de los niños; normalmente tienen poco contacto físico para reducir la probabilidad de explosión emocional que lleve al rechazo, pero cuando lo tienen, éste es intenso e intrusivo abrumando al niño(a). Adicionalmente, a menudo olvidan su infancia y tienden a idealizar a sus padres como forma de negar una relación vivida como negativa. El niño(a) no aprende a explorar sentimientos e intimidad y se muestra aparentemente independiente.
Inseguro ambivalente, tipo C	Conductas de protesta, ansiedad de separación; enfado ambivalencia ante el cuidador	Se da en un rango del 4% al 22%. Los cuidadores se muestran insensibles, dependiendo de su estado de ánimo o de lo que deseen en el momento. La falta de disponibilidad o insensibilidad creará en el niño(a) una inseguridad respecto a lo que pueda suceder. Los cuidadores se sienten abandonados si los niños se autonomizan; los hijos son a menudo parentalizados.
Desorganizado/ desorientado, tipo D	Desorganizada, contradictoria, (por ejemplo, búsqueda intensa y rechazo simultáneamente).	Ha sido hallado en los niños maltratados en un 80%, y en un rango de 15% a 25% en la población normal. Es frecuente que los cuidadores hayan tenido cuidadores hostiles, y el efecto de sus experiencias traumáticas lo extrapolan a la relación con los niños, mostrando acciones contradictorias, desorganizadas y desorientadas. La mezcla de acercamiento/evitación surge del miedo.

Fuente: Adaptado de Espina (2005)



Respecto a las relaciones y diferencias entre el modelo de apego en la infancia y en la edad adulta, Weiss (1982, citado por Espina, 2005) establece tres características para diferenciarlos:

1. En los adultos, las relaciones de apego se producen generalmente entre iguales y no entre quien recibe los cuidados y el cuidador.
2. El apego en la adultez no es tan estable como para predominar sobre otros sistemas relacionales, mientras que en la infancia es más estable.
3. El apego en la edad adulta incluye, frecuentemente, una relación sexual.

Adicionalmente, el adulto ya cuenta con estrategias interiorizadas y exteriorizadas para dar respuesta a la activación del sistema de apego, basadas como se mencionó anteriormente, en la representación interior de su relación con la figura de apego elaborada en la infancia y construida y desarrollada a lo largo de los años con experiencias de apego sucesivas y variadas. Para Bonilla et. al. (2011) la transformación de una pareja romántica en una figura de apego es un proceso progresivo que está en relación con la medida en que la pareja representa un objetivo en la búsqueda de proximidad; de un “refugio seguro” o una fuente de resguardo, desahogo, sostén y consuelo en tiempos de necesidad; o bien de una base de seguridad, que impulsaría al individuo a buscar sus objetivos en un contexto relacional también seguro.

Sin embargo, Reynolds, Searight y Ratwick (2014) indican que patrones de apego

específicos, análogos a los que se encuentran entre los niños, influyen en las expectativas y el comportamiento que los adultos depositan en las relaciones cercanas, a saber: los adultos con apego seguro se sienten cómodos con la dependencia de un compañero al tiempo que mantienen una identidad única e intereses separados. Los adultos evitativos se sienten incómodos con la cercanía y la dependencia emocional y tienen dificultades para confiar en su pareja. Finalmente, el estilo de apego ansioso-ambivalente está dominado por los temores de abandono y el deseo de una cercanía intensa que puede alejar a una pareja romántica.

En esta misma línea, Casullo y Fernández (2004); Martínez y Santelices (2005) y Bonilla et. al. (2011) apuntan que los individuos que establecen un apego romántico seguro con su pareja conservan una percepción positiva de sí mismos y de los demás, se ven a sí mismos como amorosos y tienen la confianza de que sus parejas son afines. Se sienten confortables y tranquilos dependiendo afectivamente de sus parejas y no tienen problemas de que otros dependan afectivamente de ellos. Normalmente, describirían sus experiencias amorosas como más felices, amistosas y de confianza. Suelen experimentar el amor como un estado que puede tener altibajos, pero que en general se mantiene constante. Además, tenderían a tener relaciones de más largo plazo. En contraste, las personas con mayor ansiedad en el apego aceptan situaciones de intimidación, pero son más propensas a experimentar celos, obsesión o atracción sexual extrema; presentarían una escasa valoración de sí mismos, pero evaluarían a sus



parejas positivamente. Las personas evitativas se sentirían de poco valor y esperarían que sus parejas los rechacen, tienden a menospreciar los lazos afectivos como un intento defensivo ante el temor al contacto con los demás, por lo que van a mostrarse poco confortables en relaciones cercanas y valorizar excesivamente su autonomía; siendo más propensas a decir que nunca se han enamorado, a no comprometerse y a tener bajos ideales en el amor. Los individuos clasificados como ansiosos se muestran inseguros, lábiles y excesivamente apegados en sus relaciones afectivas; y tenderían a desplegar menos conductas de cuidado hacia el otro y a tener expectativas más negativas respecto del apoyo de la pareja, lo que redundaría en una menor satisfacción. En cuanto a las otras relaciones significativas, Simpson y Rholes (2017) apuntan que las situaciones o eventos específicos durante la transición a la paternidad tienden a activar o exacerbar las preocupaciones cardinales de las personas altamente ansiosas y altamente evitativas: es decir, el miedo al abandono/pérdida en las personas ansiosas y la falta de autonomía/independencia en las personas evitativas, lo cual tendrá un efecto negativo sobre sus relaciones en general y síntomas depresivos a lo largo del tiempo. Se describe además que los adultos seguros tienden a recordar una relación cariñosa con madres sensibles y preocupadas por ellos; los evitativos refieren con frecuencia una historia de frialdad, falta de capacidad empática y rechazo por parte de las figuras de apego, o pueden también informar que estaban separados de su madre durante la infancia y desconfían de los demás.

Aquellos con un estilo de apego ansioso/ambivalente también serían más propensos a describir a sus padres como inconsistentes o injustos. Se ha observado, igualmente, que la representación de la madre es el predictor más importante en los estilos de apego del adulto principalmente entre los adultos varones (Guzmán y Contreras, 2012; Gleeson y Fitzgerald, 2014).

Es importante resaltar, como lo hacen Simpson y Rholes (2017), que las personas altamente evitativas no siempre son poco solidarias, retiradas o poco cooperativas en sus relaciones románticas; si no que los atributos que definen la evitación son provocados por ciertos tipos de situaciones estresantes, como sería el sentir la presión para dar o recibir apoyo, para volverse más íntimos emocionalmente o para compartir emociones personales profundas. Del mismo modo, las personas altamente ansiosas no siempre son pegajosas, exigentes o propensas a participar en tácticas disfuncionales de resolución de conflictos; las características prototípicas de la ansiedad son evocadas por ciertos tipos de situaciones estresantes, especialmente aquellas que amenazan la estabilidad o la calidad de sus relaciones actuales. Adicionalmente, los individuos altamente evitativos y ansiosos están menos inclinados a pensar, sentir y comportarse de acuerdo con sus modelos de trabajo inseguros cuando están involucrados con parejas más comprometidas; y en cuanto surjan interacciones estresantes, es menos probable que estos individuos reaccionen de manera insegura cuando sus parejas amortiguan (regulando emocional y



conductualmente) sus preocupaciones relacionadas con el apego. La Tabla 2 sintetiza algunos aspectos referentes a los estilos de apego en adultos.

Tabla 2. Descripción de los estilos de apego en adultos

Tipo de Apego	Descripción de sus experiencias
Seguro autónomo:	Durante la descripción y evaluación de las experiencias relacionadas con el apego, el sujeto mantiene un discurso coherente y se muestra dispuesto a colaborar, tanto si sus experiencias son descritas como favorables o no. Parece dar valor al apego, mientras que se mantiene objetivo frente a cualquier otra relación o experiencia concreta. Tienden a apreciar las relaciones de apego, a describir coherentemente sus experiencias (tanto positivas como negativas), y a considerarlas importantes para su propia personalidad.
Evitativo:	Describen a sus padres como normales o excelentes, pero algunos recuerdos específicos contradicen o no apoyan estas descripciones. Dicen que las experiencias negativas no les han afectado. Sus descripciones son cortas y a menudo insisten en su falta de memoria. Tienden a minimizar la importancia que tiene el apego para sus propias vidas y a idealizar sus experiencias de la infancia sin ser capaces de proporcionar ejemplos concretos.
Ansioso/ Ambivalente:	Se muestran preocupados por sus experiencias, parecen enfadados, confusos y pasivos, o miedosos y abrumados. Algunas frases son gramaticalmente confusas y contienen muchas expresiones imprecisas. Sus descripciones son largas y sus respuestas irrelevantes. Tienden a maximizar la importancia del apego. Están todavía muy ligados y preocupados por sus experiencias pasadas y son incapaces de describirlas coherentemente y razonadamente.
Desorganizado:	En las discusiones sobre la pérdida de familiares o sobre los abusos, se observan grandes lapsos en el razonamiento o el discurso. Pueden utilizar un discurso de elogios, no mencionar o hablar de una persona fallecida como si estuviera físicamente viva. Hay signos de no haber superado alguna experiencia traumática normalmente, debido a la pérdida de seres involucrados en la relación de apego. En sus relaciones de apego infantiles hay indicadores de conflicto, desamparo, disforia y conducta coercitiva o impredecible para con ellos.

Fuente: Martínez y Santelices (2005)



Apego en Psicoterapia

Para Marrone (2001) un enfoque terapéutico realizado desde la teoría del apego tiene dos objetivos generales:

1. Reconocer, modificar e integrar modelos operativos internos de uno mismo y de los otros.
2. Promover el pensamiento reflexivo.

Con este propósito, continúa el autor, Bowlby planteó que el analista tenía que cumplir varias tareas:

- Crear una base segura que facilite al usuario explorar los aspectos dolorosos e infelices de su vida.
- Ayudarle y acompañarle a explorar sus circunstancias presentes, cómo instaura relaciones con personas significativas en la vida actual, qué tendencias inconscientes posee en esa instauración, y qué expectativas tiene ante los sentimientos y/o comportamientos propios o de los otros
- Ayudarle a examinar cómo interpreta la conducta de los demás (incluido el Terapeuta) e investigar las percepciones, construcciones y expectativas de cómo puede comportarse con esta nueva figura de apego, en base a sus modelos operantes previos sus expectativas sobre el tipo de respuesta que espera conseguir.
- Ayudarle a pensar sobre las conexiones entre su pasado y su presente; a ver

cuánto sus percepciones y expectativas presentes y los sentimientos y acciones que éstas originan se conectan con la relación con sus padres en la infancia y la adolescencia o con lo que éstos le han dicho de manera repetitiva.

- Hacerle capaz de reconocer sus modelos operativos de sí y de los otros, derivadas de experiencias dolorosas o de mensajes equívocos del pasado, para buscar alternativas más ajustadas a su vida presente.

La respuesta sensible del Terapeuta hacia el paciente es esencial para hacer viable la terapia. Bowlby (citado por Marrone, 2001) sugirió que el Terapeuta debe moverse en la sesión desde una posición de observador externo a otra en la que mira la situación desde el punto de vista del paciente. El Terapeuta actúa empáticamente pero también permanece separado como un pensador independiente.

Para Lorenzini y Fonagy (2014), además de relacionarse con los resultados sintomáticos, el apego (en particular el apego evitativo) está asociado a la deserción en psicoterapia, porque los pacientes no se comprometen fácilmente con el proceso ni con el Terapeuta. De manera opuesta, los pacientes con apego ansioso se sentirán abandonados por el Terapeuta cuando éste cancela sesiones debido por ejemplo a imprevistos o a vacaciones, o podrían desertar como respuesta a sentirse demasiado cercanos o dependientes del Terapeuta y del tratamiento. En cuanto a la alianza terapéutica, mientras los pacientes con apego



seguro suelen percibir a sus Terapeutas como receptivos y emocionalmente disponibles, los pacientes evitativos son más reticentes a revelar situaciones personales, pues se sienten amenazados al sospechar que el Terapeuta las desaprobará. Pacientes con apego ansioso anhelan mayor contacto con el Terapeuta y desearían extender la relación más allá de los límites profesionales.

Igualmente, el estilo de apego del Terapeuta influye en el proceso y resultado psicoterapéutico. Los Terapeutas con apego ansioso crean alianzas de trabajo fuertes, pero la calidad de la alianza disminuye cuando los pacientes muestran ansiedad social. En general, las sesiones entre un Terapeuta evitativo y un paciente ansioso alcanzan menor profundidad (Lorenzini y Fonagy, 2014). Marrone (2001) se declara a favor de que el Terapeuta pueda usar un grado moderado de auto revelación para confirmar percepciones adecuadas del paciente respecto del analista o para dar más énfasis a la respuesta empática.

Aproximaciones Terapéuticas

En cuanto a las aproximaciones psicoterapéuticas específicas, la literatura revisada consigna las siguientes:

- Tratamiento Basado en la Mentalización (Mentalization – Based Treatment, MBT): La mentalización es el proceso a través del cual entendemos a los demás, y a nosotros mismos, de manera explícita e implícita, en términos de estados mentales. Según Holmes (2015), mentalizar implica la capacidad de actuar,

hablar, relacionarse con el mundo y, al mismo tiempo, alejarse de él lo suficiente como para someterlo a escrutinio. Desde esta perspectiva, los trastornos mentales pueden ser entendidos como el resultado de la malinterpretación por parte de la mente de su propia experiencia y por tanto de la experiencia de los demás. El entendimiento de uno mismo y de los demás surgiría entonces como resultado de la experiencia temprana del infante de haber contado en su ambiente con adultos cariñosos y atentos que reflejaron la propia experiencia del infante de manera adecuada.

La desregulación emocional y el descontrol de la atención e impulsos, provienen de relaciones tempranas de apego disfuncional. Bajo condiciones de estrés, y en presencia de la activación del sistema de apego disfuncional, los pacientes pierden temporalmente su capacidad de mentalizar, malentendiendo así la causalidad social y desarrollando desregulación emocional. El Terapeuta debe estar atento a la hipersensibilidad de estos pacientes a la ansiedad social, que puede opacar la mentalización, poniendo a la relación terapéutica en peligro. Las intervenciones del MBT están diseñadas para abordar las relaciones de apego en condiciones controladas, prestando mucha atención a la evolución de la relación terapéutica. En la terapia, el Terapeuta puede “pensar en voz alta”; o puede alentar al paciente a reflexionar sobre sus propios pensamientos. Otra técnica es el “pensamiento circular”



en el que una persona imagina lo que otra persona podría estar pensando. El mensaje es que hay una mente terapéutica que escucha y reacciona a la mente del paciente. Esta mente terapéutica tiene sus propios pensamientos y sentimientos, que pueden ser muy diferentes de los del paciente. Aprender a tolerar y diferenciar estas diferencias, y ver que nuestra visión del mundo es solo una visión entre miles, es un componente integral de una terapia exitosa.

La teoría de la mentalización está siendo actualmente utilizada en el tratamiento de varios trastornos (como el trastorno de estrés post-traumático, trastornos de la alimentación, trastorno antisocial de la personalidad y depresión), en diversos encuadres: pacientes hospitalizados total o parcialmente y pacientes ambulatorios; y en diversos grupos de pacientes como adolescentes, familias y abusadores de sustancias. Para una mejor comprensión del modelo y su uso en niños, consúltese Bateman, Bales y Hutsebaut, (2014); para los fundamentos teóricos, los enfoques de tratamiento específicos y el espectro de intervención, refiérase a Bateman y Fonagy (2016).

- Psicoterapia Centrada en la Transferencia (Transference - Focused Psychotherapy, TFP): Esta psicoterapia es un tratamiento psicodinámico manualizado dirigido a pacientes con trastorno de la personalidad límite, que se basa tanto en la teoría de las relaciones de objeto como en la teoría del apego, partiendo de que las

representaciones del self y de otros, junto a sus valencias afectivas, se derivan de la internalización de las relaciones de apego temprano del bebé con sus cuidadores. El nivel de diferenciación e integración de estas representaciones está afectado especialmente en individuos con trastorno límite; para Yeomans, Clarkin y Kernberg, (2016), las conductas observables y las alteraciones subjetivas que presentan dichos pacientes reflejan las características patológicas de las estructuras psicológicas subyacentes, y la forma en que dichas estructuras favorecen el logro de un equilibrio satisfactorio entre las dificultades internas y externas que deben afrontar.

El objetivo primario de la TFP es la reducción de la sintomatología y del comportamiento autodestructivo, a través de la modificación de las representaciones del self y de los demás que son actuadas en la relación transferencial, logrando un cambio en la estructura de la personalidad del paciente. El manual de tratamiento propone dos sesiones semanales de 45 minutos de duración, que se prolongan por tres años. En la terapia se abordan temas afectivos que emergen en la relación terapéutica (transferencial), mientras se monitorean los aspectos de la vida del paciente fuera de las sesiones. El Terapeuta utiliza técnicas como la clarificación, la confrontación y la interpretación de la transferencia. En general, los autores consideran la interpretación como la técnica principal para la integración de



las percepciones y representaciones distorsionadas, y no intenta evitar la activación del sistema de apego durante las sesiones. La integración de estas representaciones y sus emociones concomitantes, permite el desarrollo de una capacidad más compleja de pensar acerca de los pensamientos, sentimientos, intenciones y deseos de uno mismo y de los demás (es decir, se aumenta la capacidad de mentalización), lo cual conlleva a una modulación más eficaz de los afectos, mayor coherencia de la identidad, mayor capacidad para mantener relaciones cercanas, reducción en comportamientos autodestructivos y a una mejora general en el funcionamiento social y vocacional. Para una descripción detallada del Modelo y su uso en adolescentes, puede consultarse a Kernberg y Foesch (2011); para su uso en adultos con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad, véase Yeomans et. al. (2016).

- Terapia de Esquemas (Schema Focused Therapy, SFT): Nacida del enfoque cognitivo-conductual y fortalecida con elementos de las escuelas cognitivo-conductuales, teoría del apego, gestalt, constructivistas y elementos dinámicos (Rodríguez, 2009), la SFT ve a los pacientes con trastornos psicológicos crónicos consolidados, considerados difíciles de tratar (incluidos los trastornos de la personalidad, trastornos del estado de ánimo, ansiedad, trastornos sexuales, trastornos alimentarios, somatomorfos y de consumo de sustancias) como

niños, psicológica y emocionalmente. Entiende el mundo interno de estos pacientes como la integración de cuatro esquemas patológicos acerca de sí mismos, que no se han desarrollado de manera adulta debido a factores genéticos y a un maternaje inadecuado. Los pacientes oscilan entre actuar como sus protectores distantes (en forma de aislamiento emocional y evitación de las relaciones interpersonales), como padres castigadores (autolesiones), como niños abandonados/abusados (aislamiento y pánico) o como niños enfadados/impulsivos (expresando rabia en contra de aquellos que no son capaces de saciar sus necesidades emocionales al nivel que ellos esperan).

Desde esta teoría, las personas reaccionan a cinco necesidades emocionales centrales: 1) Afectos seguros con otras personas; 2) Autonomía, competencia y sentido de identidad; 3) Libertad para expresar las necesidades y emociones válidas; 4) Espontaneidad y juego; 5) Límites realistas y autocontrol. Tras la evaluación, en la fase de tratamiento, el Terapeuta debe intentar mezclar, de una forma flexible y creativa, las técnicas cognitivas, experienciales, conductuales, e interpersonales de las cuales se dispone para el tratamiento con pacientes. En las técnicas cognitivas, se busca demostrar lógica y racionalmente, que las creencias no tienen ningún sentido a nivel empírico, y para ello se vale de las mismas técnicas que en los otros modelos cognitivos (reestructurar el pensamiento, revisar la



evidencia, técnica del abogado del diablo, buscar evidencias y argumentos a favor y en contra de los recuerdos, imágenes y situaciones evocadas, empirismo colaborador, descubrimiento guiado por diálogo socrático, tarjetas que desafían directamente el esquema desadaptativo). En las técnicas experienciales, lo fundamental es que el paciente luche contra el esquema a un nivel emocional. Se utilizan técnicas en imaginación y diálogos, escritura de una carta catártica, juego de roles y sillas vacías. Finalmente, las técnicas conductuales están encaminadas a modificar patrones autodestructivos: cambiar conductas que provocan esquemas o, por el contrario, cambiar el ambiente provocando cambios vitales importantes.

Rodríguez (2009) menciona también técnicas que trabajan con la relación paciente-Terapeuta, las que identifica como especialmente importantes en el contexto de los pacientes difíciles, por ejemplo, los que presentan trastornos de la personalidad. Propone la “recreación limitada” (el Terapeuta se comporta como un padre del paciente, pero sin seguir las viejas pautas de comportamiento) y el utilizar la relación terapéutica para corregir esquemas que surgen en la interacción interpersonal (demostrando cómo surgen los esquemas en la sesión, cómo procede el esquema, cómo le funciona al paciente y cómo reinterpretar las interacciones con los demás). La SFT puede ser breve (35 sesiones) o extenderse mucho más

tiempo, en función de la gravedad y dificultad del caso: puede llegar a durar un año o más con pacientes con trastorno de personalidad limítrofe. Las sesiones normalmente son semanales, aunque muchos pacientes acuden, al principio, 2 veces por semana. Para una descripción amplia del Modelo, véase Young, Klosko, y Weishaar (2013).

- Reflejo Marcado (Marked Mirroring, MM): En estudios acerca de la comunicación entre la madre y el bebé en el primer año de vida, se ha identificado un patrón de interacción caracterizado por un intenso contacto visual mutuo. Según Holmes (2015), la madre responde al gesto facial/vocal ofrecido por el niño(a) de forma “contingente” (es decir, esperando que el bebé haga el primer movimiento antes de responder), pero al mismo tiempo “marcada” (es decir, exagerado o enfatizado). Se ha sugerido que esto es un vehículo para el autoconocimiento, en el sentido en que el niño(a) se ve a sí mismo y sus emociones reflejadas en el espejo de la expresión facial de la madre. Algunos Terapeutas se han dedicado a aplicar una dinámica homóloga a las sesiones de psicoterapia. Al inicio de las sesiones, un Terapeuta meta-competente (capaz de separarse de sus propios estados mentales, de proporcionar un “espacio” interno receptivo y de mentalizar los estados emocionales del solicitante de atención) espera que el paciente comience, y luego verbalmente “subraya” lo que percibe como el “estado mental” del usuario.



Este enfoque refleja su creencia de que el paciente necesita ayuda no solo para comprender el contenido de sus asociaciones, sino también para reconocer la existencia de los pensamientos y sentimientos que está experimentando. Fonagy (citado por Weinberg, 2008) describió como los tres supuestos básicos del autodesarrollo: (1) que el sentido de uno mismo está arraigado en la experiencia de la atribución de estados mentales por un otro significativo; (2) que esta capacidad emerge a través de la interacción con el cuidador, que generalmente es, pero no necesariamente, la madre, a través de un proceso de “reflejo contingente”; y (3) que esta capacidad puede ser interrumpida por la experiencia traumática.

Cuando predomina el reflejo incongruente, el vínculo se rompe entre el estado interno del bebé y la realidad externa, y el desarrollo cognitivo puede estar relativamente dominado por un “modo de simulación” en el que hay poca conexión percibida entre la realidad interna y la externa. Cuando predomina el reflejo no marcado, la expresión del cuidador aparece mágicamente para reflejar la experiencia interna del bebé. Esto subyace en el predominio del modo de “equivalencia psíquica”, en el que se supone que la realidad interna es idéntica a la realidad externa. En ambos casos, estas fases normales del desarrollo de la realidad psíquica pueden persistir, creando una vulnerabilidad para

distorsiones posteriores de la subjetividad.

En el trastorno límite de la personalidad, las interacciones con el cuidador no proporcionan una duplicación contingente suficiente, o la duplicación contingente se interrumpe a través del trauma, lo que lleva a un sentido débil de sí mismo. El bebé desarrolla un estilo de apego desorganizado y un sentido inseguro de sí mismo. Los sistemas de regulación de la representación y la atención se afectan. En ausencia de una base segura y auténtica para la individualidad, el infante utiliza los estímulos disponibles como la base de un sentido falso e inseguro de sí mismo que Fonagy llama “el yo extraño” (Weimberg, 2006). Este yo extraño se experimenta como incoherente e internamente perturbador; a través de un comportamiento manipulador y controlador, la persona limítrofe exterioriza este yo extraño, desplazándolo hacia la figura de apego disponible. Sin embargo, el reflejo es solo una parte de la historia. El Terapeuta resuena empáticamente con las connotaciones afectivas de las palabras y las acciones de su paciente, pero luego se resuelven sus posibles problemas. Holmes (2015) plantea que las intervenciones deben ser intrínsecamente dialógicas y relacionales en lugar de una cátedra teórica; deben ser ofrecidas en forma tentativa o condicional, a menudo incluyendo la palabra “tal vez”. Por lo tanto, el analista responde continuamente a los patrones de conversación del



paciente con hipótesis provisionales para que los consideren, adopten, rechacen o modifiquen. Una explicación amplia acerca del MM y la perspectiva de Fonagy en general puede encontrarse en Williams (2010).

- Trabajo con las defensas: Para Holmes (2015), la metáfora de creación de reflejo se puede ampliar para abarcar el estilo del discurso único del paciente. El Terapeuta, sensibilizado a estos patrones lingüísticos en forma de apego, refleja, y entra voluntariamente en el estilo de conversación particular del paciente; adaptándose intuitivamente, reflejando el tono, el timbre, el volumen y el rango afectivo específico de cada uno. Con las personas evitativas, su intervención puede ser algo “cognitiva”; con pacientes hiperactivados puede dejarse arrastrar por emociones fuertes y confusas; con los pacientes no resueltos, tolerará interrupciones repentinas en la continuidad narrativa, anotándolas para una exploración posterior. Sin embargo, gradualmente, el Terapeuta intentará “atraer” al paciente hacia narraciones más seguras, coherentes y de mayor alcance. Es probable que encuentre resistencia en esta etapa, ya que el paciente inconscientemente esperará que el Terapeuta se ajuste, como lo hizo en la experiencia previa, y buscará evitar el dolor del cambio, especialmente si existe la sensación de que no habrá nadie “que lo acompañe” en el proceso.

La tarea para el Terapeuta es mantener la relación terapéutica, no seducir ni rechazar, al tiempo que se desconfirman las expectativas poco realistas del paciente y se le inculcan patrones de discurso y relaciones más seguros, coherentes e interactivos. Para lograr esto, el Terapeuta (apego seguro) se centrará en el afecto oculto debajo del estilo verbal despectivo del paciente evitativo; de la cadena de palabras de la persona hiperactivada; de las rupturas en la narrativa del paciente no resuelto, aprovechando tanto lo que no se dice y lo que se está diciendo. Encontrar este punto de encuentro intermedio permite el surgimiento de un “tercero”, un conjunto de significados creados conjuntamente al que contribuyen tanto el paciente como el Terapeuta. Una revisión del trabajo con defensas desde la perspectiva psicodinámica puede hallarse en Petraglia, Bhatia y Drapeau (2017).

- Terapia Focalizada en emociones (Emotionally Focused Therapy, en español se abrevia TFE): Según Johnson y Greenman (2006), la base teórica para el tratamiento en esta terapia de pareja es experiencial y sistémica, utilizando conceptos desarrollados por Minuchin, Fishman y Rogers. Por su parte, la base para comprender el amor adulto sería la Teoría del Apego Adulto fundamentada en Bowlby, Hazan y Shaver. Estos autores refieren que al igual que en otras terapias humanísticas, en TFE el terapeuta colabora con los miembros de la pareja



en el reprocesamiento y reconstrucción continuos de la experiencia de cada uno, y mientras les ayuda a generar un nuevos significados, que eventualmente van a empoderarlos y facilitar el crecimiento.

En TFE, los problemas en la relación se ven como el resultado de formas restringidas o rígidas de responder a las señales de contexto e interactuar con otros (Johnson y Greenman, 2006). Desde un punto de vista sistémico, la emoción es un elemento “principal” o definitorio que organiza el patrón de las interacciones que constituyen un sistema relacional. La respuesta empática del terapeuta conduce a la destilación de nuevos significados, ofrece nuevas opciones y abre respuestas automáticas implícitas para su revisión. En todo momento, la postura del terapeuta es que las respuestas del cliente son válidas y comprensibles dado un contexto particular y que esta persona puede crecer, si se promueve un entorno de validación seguro.

El terapeuta de TFE se centra en las emociones identificadas como universales (Johnson, 2009): ira, miedo, sorpresa, vergüenza, alegría, tristeza, dolor/angustia y sorpresa. Cada emoción genera una evaluación instantánea (negativa/positiva, seguridad/inseguridad), un grado de excitación fisiológica en el cuerpo, una reevaluación en la que se asigna el significado y una tendencia de acción convincente que “mueve” a la persona a una respuesta particular. De esta manera, las emociones

son los principales organizadores del comportamiento, especialmente en las relaciones cercanas en las que las señales emocionales son, como refiere Johnson en sus distintos textos, la música del baile entre parejas.

En una serie de pasos muy bien estructurados, el terapeuta TFE se mueve entre los miembros de la pareja para ayudarles a cristalizar su experiencia emocional en el presente rastreando, reflexionando y expandiendo esta experiencia; luego establece tareas interactivas que agregan nuevos elementos y reorganizan el ciclo de respuestas de la pareja (Johnson y Greenman, 2006). Para Johnson (2009), así como un teórico del apego, el terapeuta TFE espera que sus clientes, al final del proceso de terapia, se muestren más abiertos a su experiencia, más capaces de involucrarse con emociones fuertes y más hábiles en cuanto a crear un marco coherente y significativo y una narrativa sobre el yo y las relaciones clave. Los terapeutas TFE buscan ayudar a los clientes a regular sus emociones y no quedarse atrapados en estrategias como la evitación, que a la postre conducen a la desorientación e incongruencia. Quieren ayudar a los miembros de la pareja a conectarse, reflexionar e integrar experiencias traumáticas y crear marcos de significado positivo que promuevan la resiliencia.

Para una descripción más detallada de los Principios del cambio emocional en la TFE,



el proceso de cambio de la emoción con la emoción y las Fases y constructos básicos de la Intervención, véase Greenbreg y Paivio (1999) y Johnson et. al. (2005).

A manera de cierre, como precaución para el trabajo con pacientes cuya historia de interacciones vinculares traumáticas (especialmente aquéllos que, de adultos, han sido diagnosticados con Trastorno Límite de la Personalidad), habría que añadir lo que Bleichmar (citado por Marrone, 2001) denomina las características de un Terapeuta básicamente iatrogénico:

1. Tiende a no creer en el relato del paciente.
2. Tiende a interpretar la maldad del paciente (es decir, sus rasgos defensivos y estrategias disfuncionales) sin investigar el contexto en el que se han formado.
3. Contradice la percepción real que tenga el paciente de otras personas (incluyendo al propio Terapeuta), enfatizando que son la proyección y la fantasía inconsciente la causa de la distorsión perceptiva.
4. Invalida la experiencia subjetiva del paciente mediante interpretaciones que implican: “lo que usted siente o experimenta no es lo que usted realmente me está diciendo, sino lo que yo creo que es”.
5. Usa mensajes de doble vínculo, por ejemplo haciendo sentir culpable al paciente y luego diciendo que su mundo interno está dominado por la culpa; o inculcándole de forma sutil y luego alegando neutralidad; demandando que la relación analítica tenga importancia central y luego interpretando la excesiva dependencia; o aumentando el sentimiento de vulnerabilidad del paciente y luego tratando este rasgo como una patología.
6. Inhibe la conducta exploratoria y la autonomía, interpretando constantemente la búsqueda de autonomía por parte del paciente como una defensa narcisista contra la dependencia y la mayoría de las conductas activas como actuaciones.
7. Hace que el paciente se sienta en falta, usando interpretaciones fundamentalmente dirigidas a buscar y resaltar el fracaso y el fallo personal.
8. Trata al paciente con rigidez, implicando que sus opiniones (del Terapeuta) no pueden ser cuestionadas.
9. Crea en el paciente un sentimiento de impotencia.

Adicional a lo anterior, Marrone (2001) menciona que desde el comienzo hasta el final, cualquier análisis deberá estar marcado por una postura del Terapeuta de estar permanentemente del lado del paciente, confianza básica en las relaciones terapéuticas, compasión, un profundo sentido



de respeto por el paciente e incluso, una cierta calidez. En este sentido, el autor recomienda estar atento ante la aparición de los siguientes errores en el proceso de acompañamiento psicoterapéutico:

- Falta de calidez: evidenciada en saludos fríos y formales a la entrada y salida de la sesión, el tono emocional del habla, la brusquedad con la que se “disparan” las preguntas o interpretaciones, el retraimiento silencioso ante una crisis emocional, la falta de empatía con el sufrimiento del paciente, la inexpresividad y la ausencia de sonrisas, el tono monocorde y mecánico de interrogatorio, etc.
- Reduccionismo y descontextualización: ocuparse únicamente de los procesos intrapsíquicos del paciente; sin tomar en cuenta los procesos interpersonales. Es sólo a partir de la reflexión sobre las interacciones sociales que el paciente será capaz de reconocer cómo y por qué tanto uno como los demás actúan en ciertas formas.
- El enfoque estereotipado: tratar unilateralmente de hacer encajar el material del paciente dentro de su propio marco teórico.

Finalmente, lo único que necesitamos recordar con cada nuevo paciente al frente, es que nuestro objetivo (y nuestro privilegio) como Terapeutas es ingresar en su historia, y esto sólo debería depararle una sensación

de respeto, una mejora en su autoestima y una mayor capacidad de relacionarse con los demás desde una posición amorosa, de respeto y dignidad.

Conclusiones

Basándose en la Teoría del Apego, diversos autores han logrado utilizar la tendencia de los seres humanos a crear lazos afectivos para explicar y tratar condiciones tales como ansiedad, depresión, estrés postraumático, trastornos de la conducta alimentaria, trastornos sexuales, consumo de sustancias y trastornos de la personalidad.

Las aproximaciones terapéuticas expuestas en este artículo han recibido la influencia de distintos enfoques psicológicos y las técnicas que emplean pueden ser muy distintas. Sin embargo, parecen tener en común el posicionamiento del Terapeuta como un compañero que tiene sus propios pensamientos y sentimientos, los cuales pueden ser muy diferentes de los del paciente; pero que no seduce ni rechaza, y que es capaz de tolerar los rasgos defensivos y las estrategias disfuncionales del paciente, inculcándole, principalmente mediante el modelado, patrones de discurso y relaciones más seguros, coherentes e interactivos, que eventualmente generarían un sentido fortalecido de sí mismo.

Igualmente, los diversos autores hacen un llamado a los Terapeutas para aportar calidez, respeto, autenticidad y flexibilidad para abrir



su visión a los procesos interpersonales, sin forzar el material del paciente dentro de su propio marco teórico.

Referencias Bibliográficas

1. Bateman, A. y Fonagy, P. (2016) *Mentalization – Based Treatment for Personality Disorders: A Practical Guide*. Inglaterra, Reino Unido. Oxford University Press.
2. Barry, J.; Seager, M. y Brown, B. (2015) *Gender Differences in the Association between Attachment Style and Adulthood Relationship Satisfaction*. *New Male Studies: An International Journal*. 4(3). ISSN 1839-7816.
3. Bateman, A.; Bales, D. y Hutsebaut, J. (2014) *A Quality Manual for MBT*. Recuperado de: https://www.annafreud.org/media/4287/a-quality-manual-for-mbt_edited-april-23rd-2014.pdf
4. Bonilla, M.; Virseda, J.; Mercado, A.; Balcazar, P. y Peña, M. (2011) *Construcción de Apego en la Pareja*. Recuperado de: <https://www.researchgate.net/publication/267832179>.
5. Casullo, M. y Fernández, M. (2004) *Evaluación de los estilos de apego en adultos*. Anuario de investigaciones, Universidad de Buenos Aires.
6. Comin, M. (2014) *El vínculo de apego y sus consecuencias para el psiquismo humano*. Logos. Recuperado de: <http://clinicalogos.com/el-vinculo-afectivo-y-sus-consecuencias-para-el-psiquismo/>.
7. Oliva, A. (2004) *Estado Actual De La Teoría Del Apego*. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*. 4.
8. Espina, A. (2005) *Apego y Violencia familiar*. En C. Pérez Testor (comp.) *Violencia en la familia y terapia familiar*. Barcelona, España. Ramón Lull.
9. Fonagy, P.; Target, M. y Bateman, A. (2010) en P. Williams (Ed.) *The Psychoanalytic Therapy of Severe Disturbance*. Londres, Inglaterra. Karnac Books Ltd.
10. Gago, J. (2014) *Teoría del Apego. El vínculo*. Recuperado de: <https://www.avntf-evntf.com/wp-content/uploads/2016/06/Teoría-del-apego.-El-vínculo.-J.-Gago-2014.pdf>
11. Gleeson, G. y Fitzgerald, A. (2014) *Exploring the Association between Adult Attachment Styles in Romantic Relationships, Perceptions of Parents from Childhood and Relationship*



- Satisfaction. Health, 6. DOI: 10.4236/health.2014.613196
12. Greenberg, L. y Paivio, S. (1999) Trabajar con las Emociones en Psicoterapia. Barcelona, España. Paidós Ibérica.
13. Greenberg, L.; Elliot, R. y Pos, A. (2015) La Terapia Focalizada en las Emociones: Una Visión de Conjunto. Mentalización. Revista de psicoanálisis y psicoterapia. 5.
14. Guerrero, K. (2015) Parenting Style Experienced, Current Attachment Style, and the Relationship to Emotion Regulation in Young Adults (Tesis de Maestría). Humboldt State University. California. EEUU.
15. Guzmán, M. y Contreras, P. (2012) Estilos de Apego en relaciones de pareja y su asociación con la satisfacción marital. Psykhe, 21 (1). ISSN 0717-0297.
16. Johnson, S. (2009) Attachment Theory and Emotionally Focused Therapy for Individuals and Couples Perfect Partners. En J. Obegl y E. Berant (Eds.) Attachment Theory and Research in Clinical Work with Adults. Nueva York. EEUU. The Guilford Press.
17. Johnson, S.; Bradley, B.; Furrow, J.; Lee, A.; Palmer, G.; Tilley, D. y Woolley, S. (2005) Becoming an Emotionally Focused Couple Therapist: The Workbook. Nueva York. EEUU. Routledge.
18. Johnson, S. y Greenman, P. (2006) The Path to a Secure Bond: Emotionally Focused Couple Therapy. Journal Of Clinical Psychology: In Session. 62 (5). DOI: 10.1002/jclp.20251
19. Holmes, J. (2015) Attachment Theory in Clinical Practice. British Journal of Psychotherapy, 31 (2).
20. Kernberg, O. y Foesch, P. (2011) Modelo de la Psicoterapia Centrada en la Transferencia en la modificación de adolescentes. Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente, 51/ 52.
21. Lorenzini, N. y Fonagy, P. (2014) Apego y trastornos de la personalidad: breve revisión. Mentalización. Revista de Psicoanálisis y Psicoterapia. 2.
22. Marrone, M. (2001) La Teoría del Apego. Un enfoque actual. Madrid, España. Editorial Psimática.
23. Martínez, C. y Santelices, M. (2005) Evaluación del Apego en el Adulto: Una Revisión. Psykhe, 14 (1). ISSN: 0717-0297.
24. Petraglia, J.; Bhatia, M. y Drapeau, M. (2017) Ten Principles to Guide Psychodynamic Technique with Defense



- Mechanisms: An Examination of Theory, Research, and Clinical Implications. *Journal of Psychology y Psychotherapy*. 7(1). DOI: 10.4172/2161-0487.1000288.
25. Reynolds, S.; Searight, H. y Ratwick, S. (2014) Adult Attachment Styles and Rumination in the Context of Intimate Relationships. *North American Journal of Psychology*. 16(3).
26. Rodríguez, E. (2009) La Terapia Centrada En Esquemas de Jeffrey Young. *Avances en Psicología*, 17 (1).
27. Simpson, J. y Rholes, W. (2017) Adult Attachment, Stress, and Romantic Relationships. *Current Opinion in Psychology*. 13. DOI:10.1016/j.copsyc.2016.04.006.
28. Weinberg, E. (2008) Mentalization, Affect Regulation and Development of the Self. *Journal of the American Psychoanalytic Association*. Octubre. DOI: 10.1177/00030651060540012501
29. Yárnoz, S.; Alonso-Arbiol, I.; Plazaola, M. y Sáenz de Murieta, L. (2001) Apego en adultos y percepción de los otros. *Anales de Psicología*, 17 (2). ISSN: 0212-9728
30. Yeomans, F.; Clarkin, J. y Kernberg, O. (2016) Psicoterapia centrada en la transferencia: su aplicación al Trastorno Límite de la Personalidad. Bilbao, España. Descleé de Bower.
31. Young, J.; Klosko, J. y Weishaar, M. (2013) *Terapia de Esquemas. Guía Práctica*. Bilbao, España. Descleé de Bower.