

Formación práctica para psicólogas

APEGO EN PSICOTERAPIA

Psicología Miguel de la Vega



CONTENIDOS

01

Neurobiología del apego

02

Circuito socializante

03

DMM y evaluación

04

Defensas en la terapia

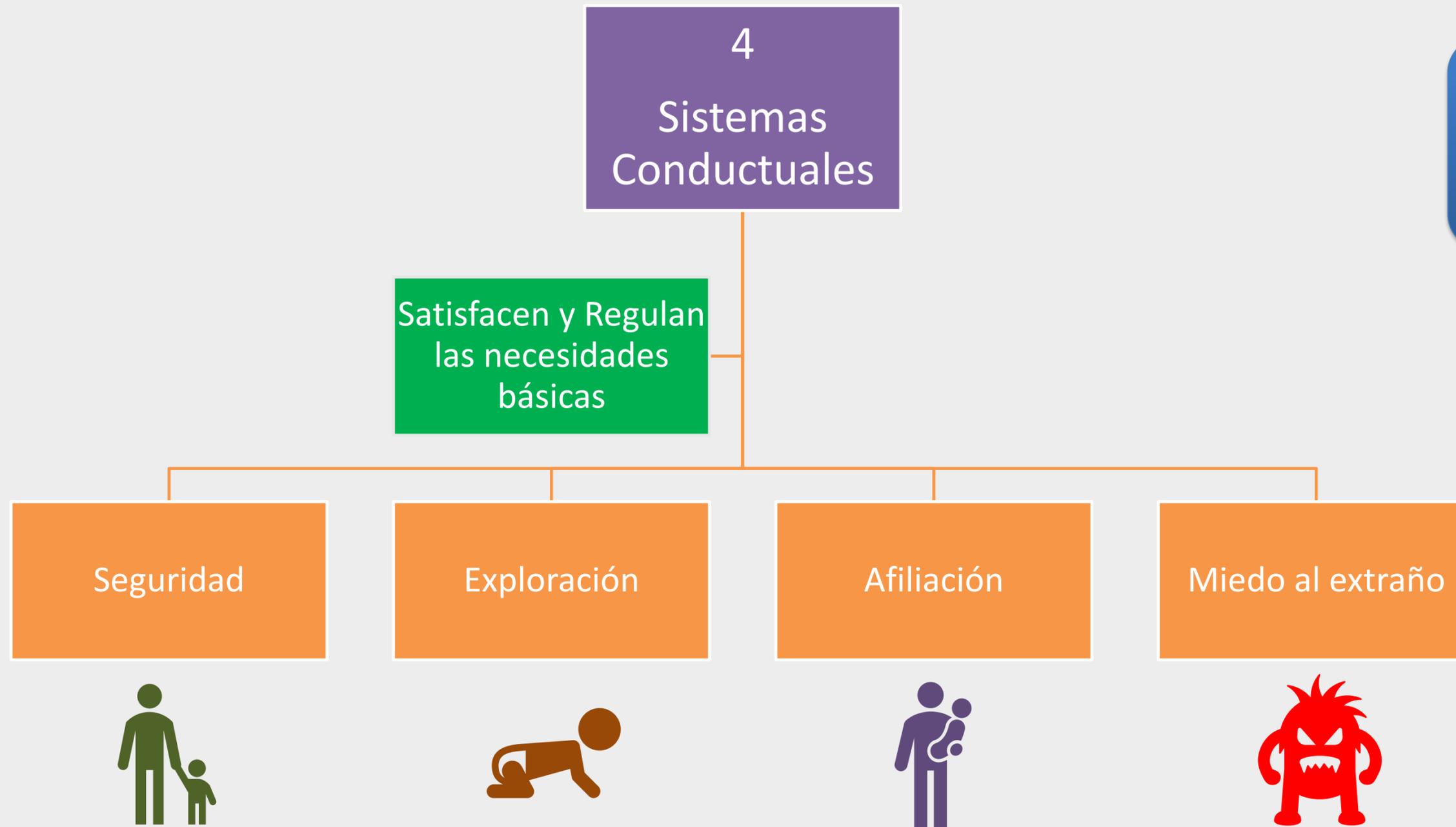
05

Reconstrucción del apego

06

Referencias y bibliografía

¿Qué es apego?



Cada uno de estos sistemas responde a la activación por estímulos externos e internos

Tensión sistémica

Su origen es instintivo, pero no es una pauta fija de comportamiento, sino un **plan programado** con corrección de objetivos por retroalimentación y adaptación a las condiciones ambientales

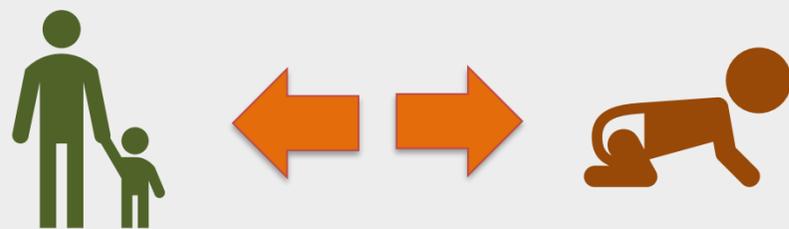
2 duplas conductuales

Seguridad

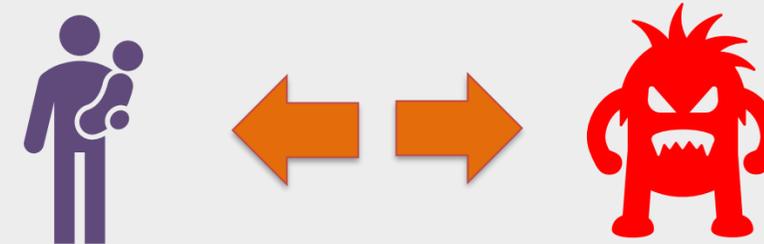
Exploración

Afiliación

Miedo al extraño



La seguridad es incompatible con la exploración del entorno: para explorar debemos alejarnos del cuidador



La afiliación es incompatible con el miedo al extraño, ya que debemos acercarnos para incorporarlos a nuestra red social

APEGO



Concepto

- Modelo evolutivo del desarrollo de las estructuras de personalidad en el ser humano
- Se origina en la interacción entre el niño y sus cuidadores dentro de un contexto social
- El niño construye en su interior un modelo representacional de lo que ha vivido con sus padres, y en él fundamenta sus relaciones interpersonales en la etapa adulta; se le denomina **Modelo Operativo (MO)**.
- El MO se construye simultáneamente en 2 direcciones:
 - Hacia el cuidador (¿Responderá?)
 - Hacia el niño (¿Lo merezco?)

Génesis

- Se construye por la interacción del individuo con el ambiente
- El maltrato, la privación, la separación y la pérdida producen un desarrollo por debajo del nivel óptimo
- **La respuesta sensible** del cuidador principal es el principal factor
- Los cuidadores tienen la misión de notar las necesidades y responder de forma óptima
- La ausencia de sensibilidad puede estar o no acompañada de conducta hostil o desagradable
- El sistema polivagal es el soporte físico del MO

Manifestación

- Se manifiesta en la **angustia vital** que sentimos ante la separación, la indiferencia o la pérdida.
- Es el responsable del desarrollo y aprendizaje de conducta en las emociones de pánico, culpa y vergüenza
- Es visible por los demás en el comportamiento ante la presión social, estructurado en 4 formas del MO: seguridad, evitación, inseguridad, contradicción
- El sistema nervioso autónomo se organiza para dar realidad al MO con las reacciones neurofisiológicas apropiadas.

Modelo Operativo (MO)

Asertividad +

Seguro

Ansioso

Evitativo

Contradictorio

Activación Polivagal



Expresión del MO



Seguro

- Bebé: Angustia en la separación, calma al volver
- Aceptan la ira y buscan solución
- Menos depresión y ansiedad
- Más alegría, interés, miedo y tristeza



Ansioso

- Bebé: Angustia exacerbada en la separación, dificultad en recuperar la calma al volver.
- Miedo muy acentuado, alta ansiedad, preocupación sobre las relaciones, miedo al rechazo
- Rabia, ansiedad, enojo, estrés



Evitativo

- Bebé: Ausencia de Angustia y de enojo en la ausencia, indiferencia al volver.
- Más cortisol, llanto, evitación
- Negación de la emoción, ocultación de la ira.
- Menos alegría, más interés
- Minimización del afecto



Contradictorio

- Bebé: Confusión y contradicción en la ausencia, postura rígida y movimiento estereotipado al volver, mirada en dirección contraria a la figura de apego mientras se acercan a ella.
- Comportamientos autolesivos, emociones variables, baja adaptación.

Polivagal y defensas

1



Vagal dorsal

- Bloquea los músculos
- Enfría y depura el organismo
- **EVITA** la reacción

2



Simpático

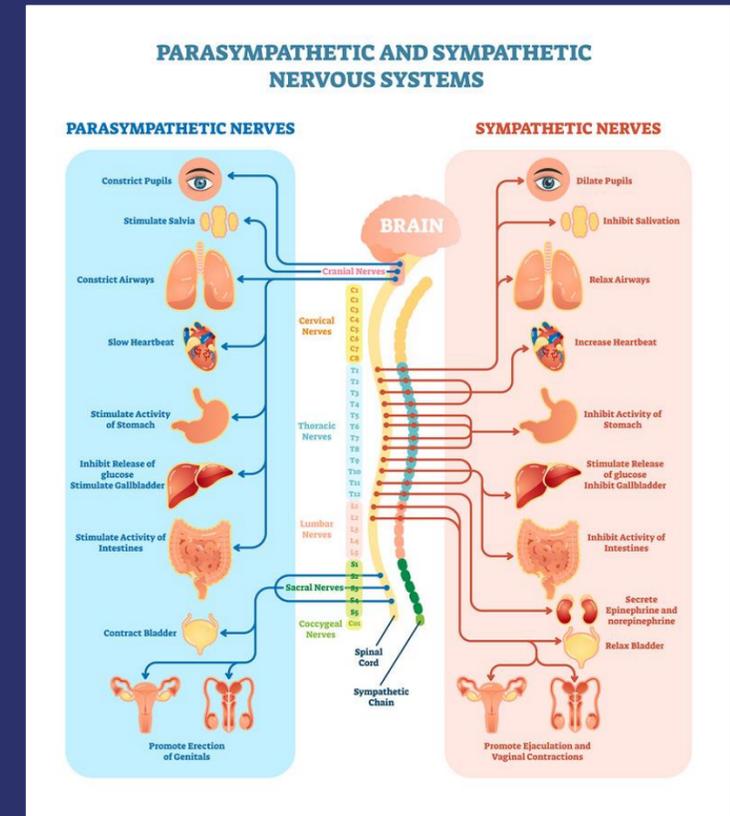
- Activa los músculos
- Metaboliza y distribuye la energía
- **EXTERIORIZA** la reacción

3



Vagal ventral

- Relaja los músculos
- Almacena la energía
- **INTERIORIZA** la reacción



Conductas básicas del apego

Proximidad

- Mantenimiento de Proximidad
- El bebé desea estar cerca de las personas con las que se ha vinculado
- Llorar, llamar a sus cuidadores, agarrarlos, reptar hacia ellos...

Refugio

- Refugio Seguro
- El apego es una estructura psicobiológica para sentir seguridad y comodidad
- Los bebés humanos no buscan un lugar seguro, sino una persona más fuerte o más sabia

Base

- Base Segura
- El Apego es una estructura psicobiológica para explorar el entorno
- Bowlby lo llamó “sistema conductual exploratorio”

Angustia

- Angustia de Separación
- Aparece cuando desaparece el sentimiento de apego
- Es la consecuencia del fallo en una o más de las otras tres conductas.

Construcción del MO seguro

Bebé cerca de su cuidador:
Calma



Bebé explorando:
Aumenta la distancia



Bebé experimenta un problema:
El cuidador va a consolarlo



Bebé retorna a la calma
Aprende seguridad y autonomía



MO en s.polivagal (1)

Anticipación de necesidades, respuesta sensible y rápida, juego y trato amable y cariñoso

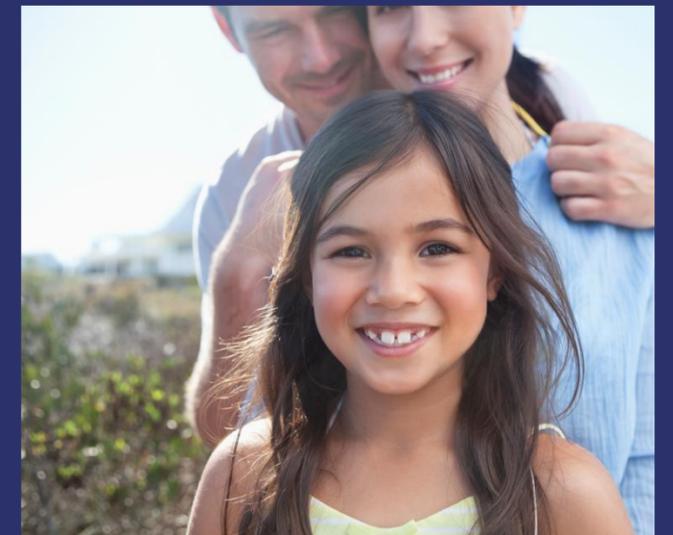
Activación simpática muy corta al inicio de la necesidad del bebé

Activación Ventrovagal mientras se le atiende y resuelve la necesidad

Activación Dorsovagal cuando finaliza la necesidad y la atención, vuelve al descanso y al bienestar

- * Simpático capaz de activarse ante la amenaza y desactivarse al concluir
- * Ventrovagal desarrollado y capaz de regulación en interacción social
- * Dorsovagal desarrollado y capaz de autorregularse en soledad

Apego Seguro



Construcción del MO evitativo

Bebé cerca de su cuidador:
Calma



Bebé explorando:
Aumenta la distancia



Bebé experimenta un problema:
El cuidador no responde



Bebé se relaja
Aprende a no pedir ayuda



MO en s.polivagal (2)

Falta de anticipación, retraso en la respuesta, atención con trato distante sin comunicación

Activación simpática larga al inicio de la necesidad, que se mantiene y crece por el retraso en dispensar cuidados

No hay activación Ventrovagal mientras se le atiende, por el trato distante sin contenido emocional

Activación Dorsovagal durante la necesidad y la atención, vuelve al descanso manteniendo alerta el simpático

- * Simpático muy sensible que se dispara ante la menor actuación social
- * Ventrovagal hipodesarrollado que dificulta la interacción social
- * Dorsovagal hiperactivado que mantiene a la persona alejada de la interacción social, pero con malestar interno

Apego Evitativo



Construcción del MO ansioso-1

Bebé cerca de su cuidador:
Calma



Bebé explorando:
Aumenta la distancia



Cuidador regaña por alejarse:
El bebé deja de explorar



Bebé se relaja
Aprende que explorar es arriesgado



Construcción del MO ansioso-2

Bebé cerca de su cuidador:
Calma



Bebé explorando:
Aumenta la distancia



Cuidador interfiere en la exploración:
El bebé se pone nervioso



Bebé se relaja
No aprende autonomía



MO en s.polivagal (3)

Falta de anticipación, retraso en la respuesta, atención con trato nervioso y ansioso por la culpabilidad en el retraso

Activación simpática larga al inicio de la necesidad que se mantiene y crece por el retraso en dispensar cuidados

Activación Ventrovagal durante la atención, mantenimiento de la activación simpática por la tensión en el trato

No hay activación Dorsovagal, no se produce descanso ni bienestar, el llanto se reduce pero no desaparece

- * Simpático muy sensible que se dispara ante la menor actuación social
- * Ventrovagal hiperactivado que favorece la interacción social, incluso hasta invadir y acaparar atención
- * Dorsovagal hipodesarrollado que no puede dar regulación en soledad

Apego Ansioso



Construcción del MO contradictorio

Bebé cerca de su cuidador:
Conducta Hostil



Bebé explorando:
Aumenta la distancia y se relaja



Bebé experimenta un problema:
Cuidador no responde



Cuidador culpa al bebé
Aprende a no confiar, no se relaja



MO en s.polivagal (4)

Apego Contradictorio



- * Simpático hiperactivado que se mantiene activado durante toda la interacción social
- * Ventrovagal hipodesarrollado que dificulta la interacción social
- * Dorsovagal hiperactivado que mantiene a la persona aparentemente calmada, pero con malestar interno cuando está sola

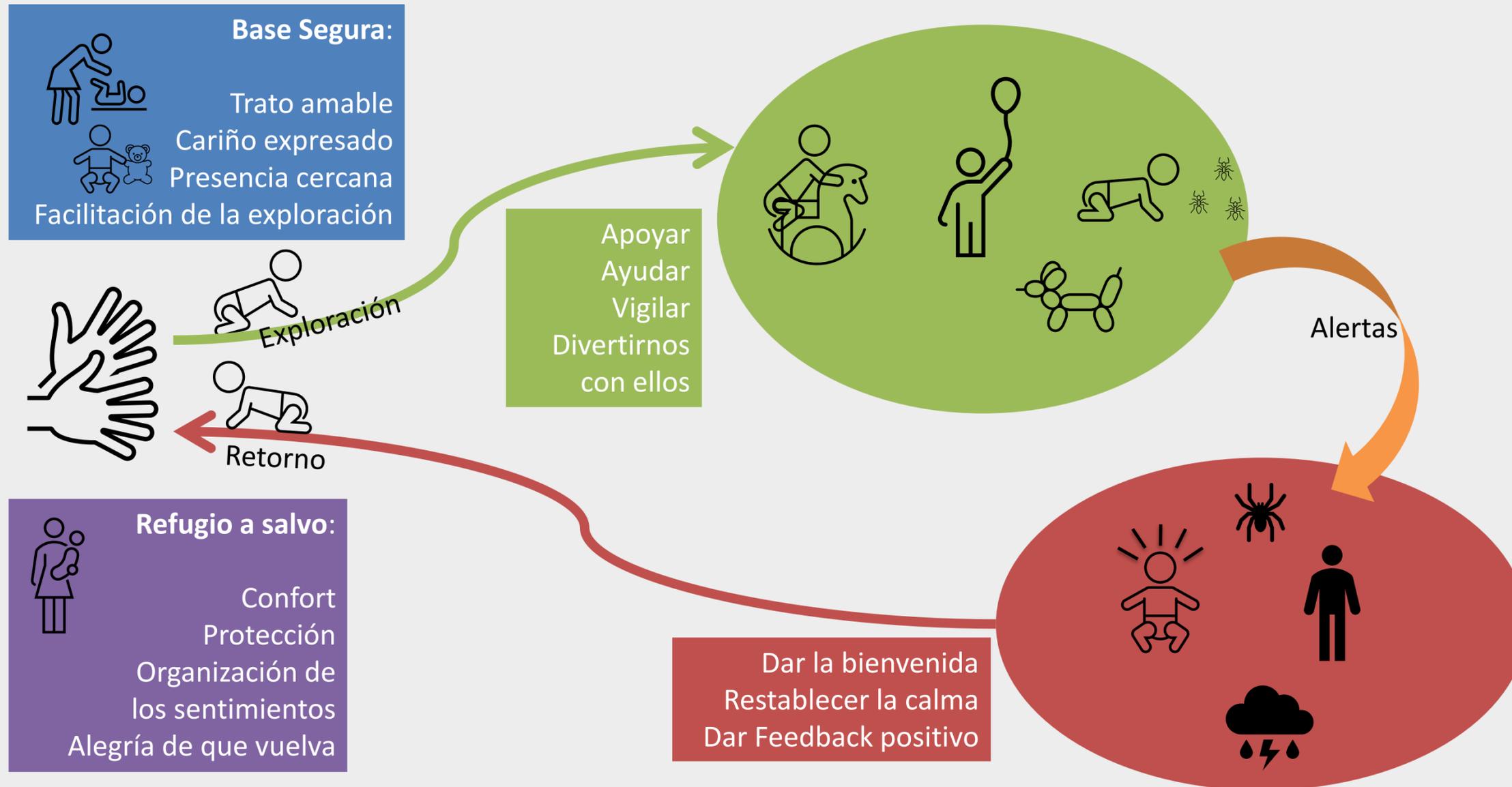
Activación simpática larga al inicio de la necesidad que se mantiene y crece por el retraso en dispensar cuidados

No hay activación Ventrovagal, se mantiene el simpático activado hasta que por agotamiento se desactiva

Activación Dorsovagal intensa para recuperar la energía gastada en el agotamiento del simpático

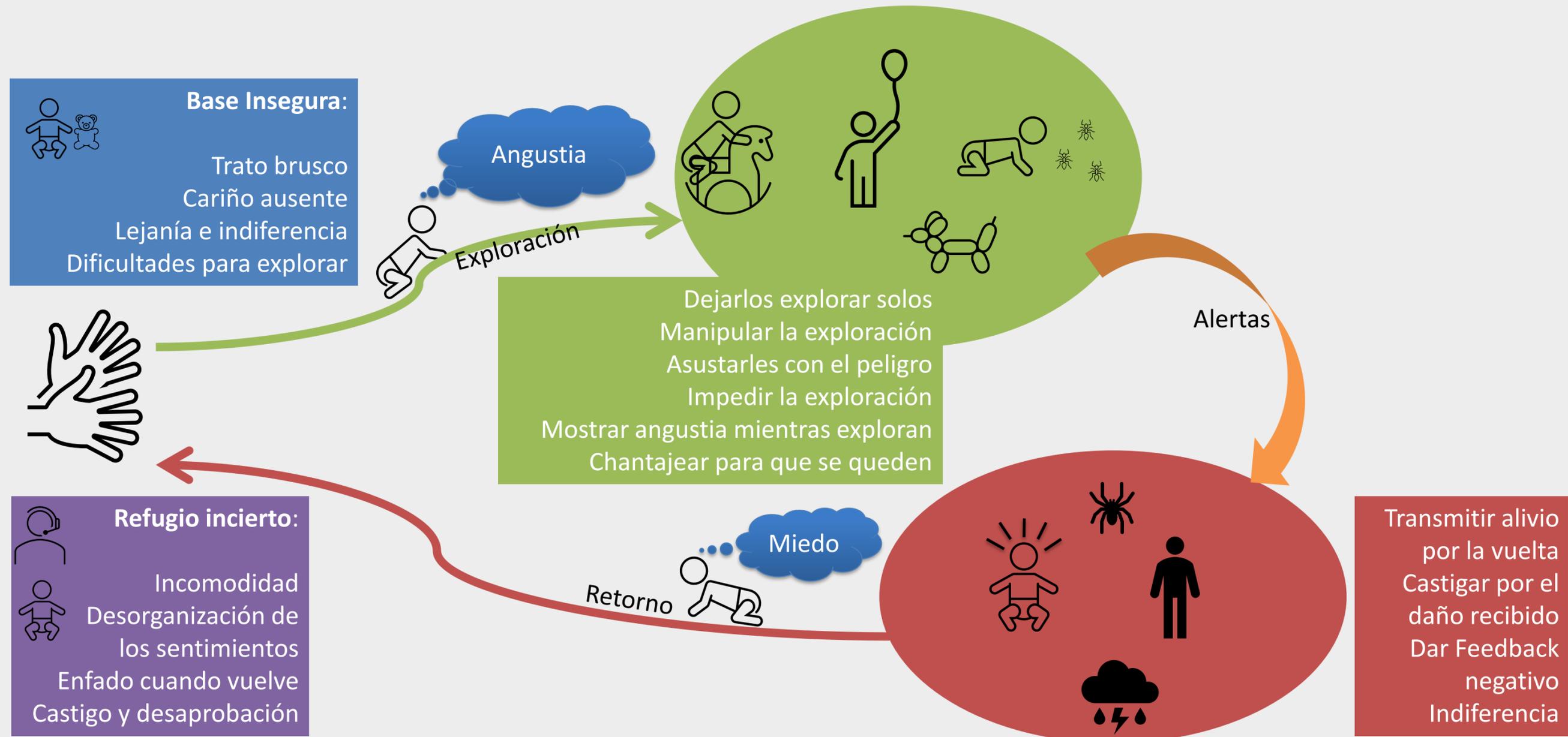
Falta de anticipación, ausencia de respuesta, comunicación hostil y/o agresiva

Círculo de seguridad[®]



Apego inseguro

Fuente: elaboración propia a partir del modelo del círculo de seguridad de Powell, Cooper, Hoffman & Marvin (2016)

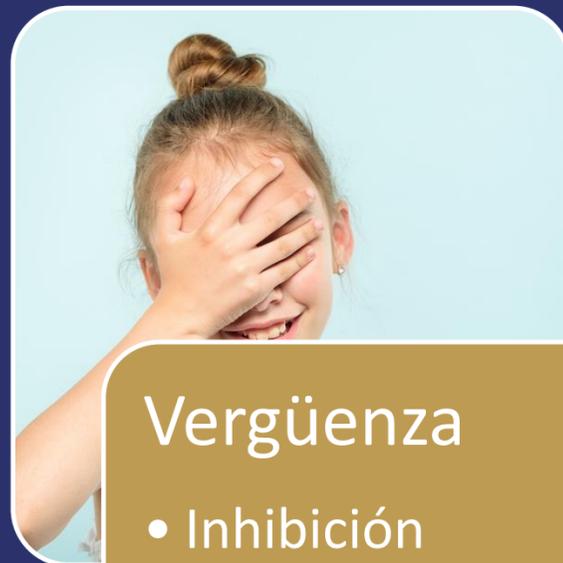


Circuito socializante infantil



Pánico

- Supervivencia
- Huir, paralizarse
- Hiperactiva
Dorsovagal



Vergüenza

- Inhibición
- Enrojecer,
encogerse
- Hiperactiva
Ventrovagal



Culpa

- Responsabilidad
- Mentir, ocultar
- Desactiva ventro
y dorsovagal,
activa simpático

Exploración y emociones sociales



Pánico

- El objetivo es disminuir el miedo del cuidador
- El efecto es limitar o abandonar la exploración
- Dificulta el afrontamiento de situaciones novedosas



Vergüenza

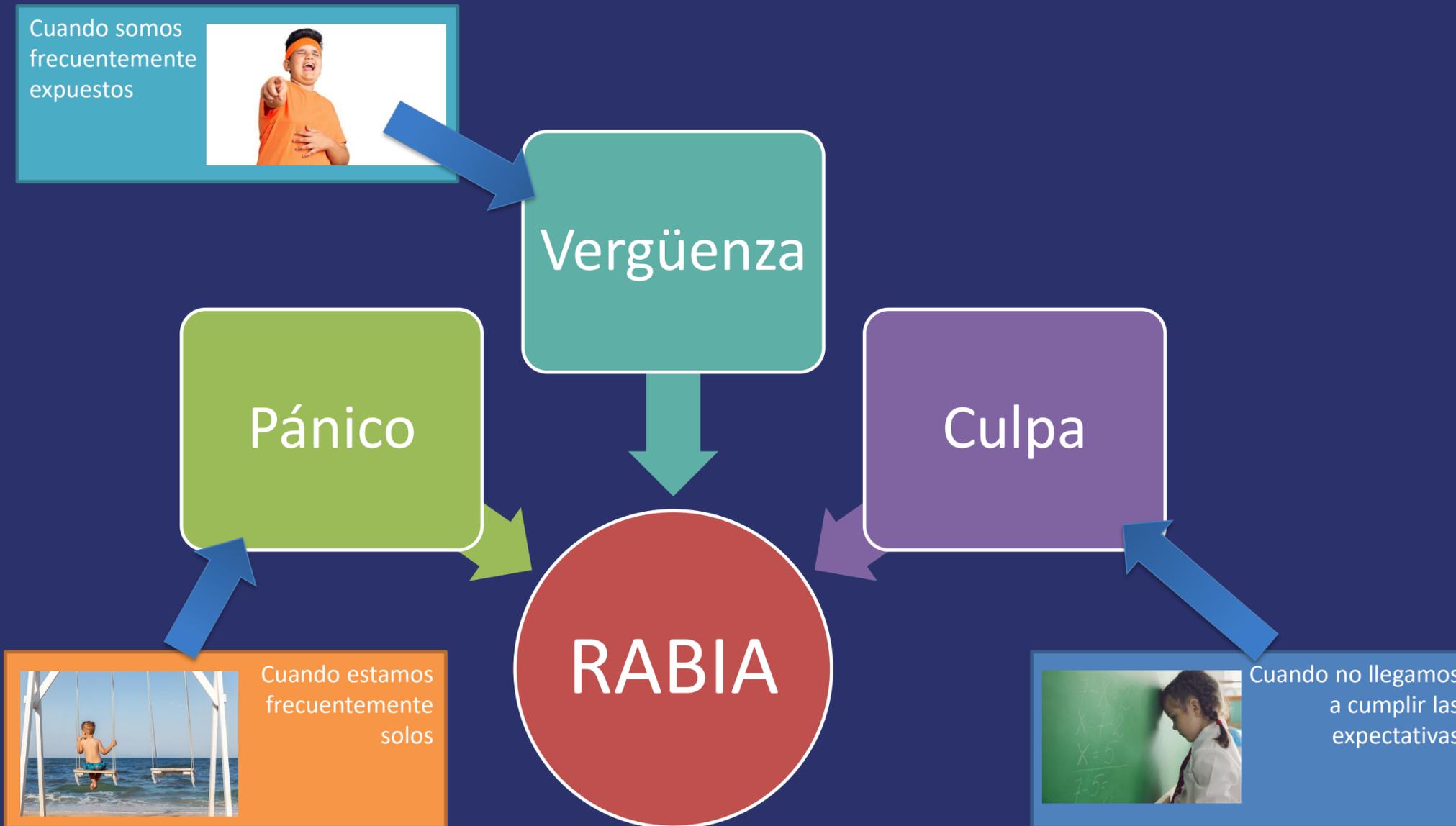
- El objetivo es adaptar al niño a los patrones sociales del cuidador
- El efecto es evitar la exposición social y el aprendizaje autónomo
- Retrasa la experimentación social y rechaza la diferenciación de la identidad



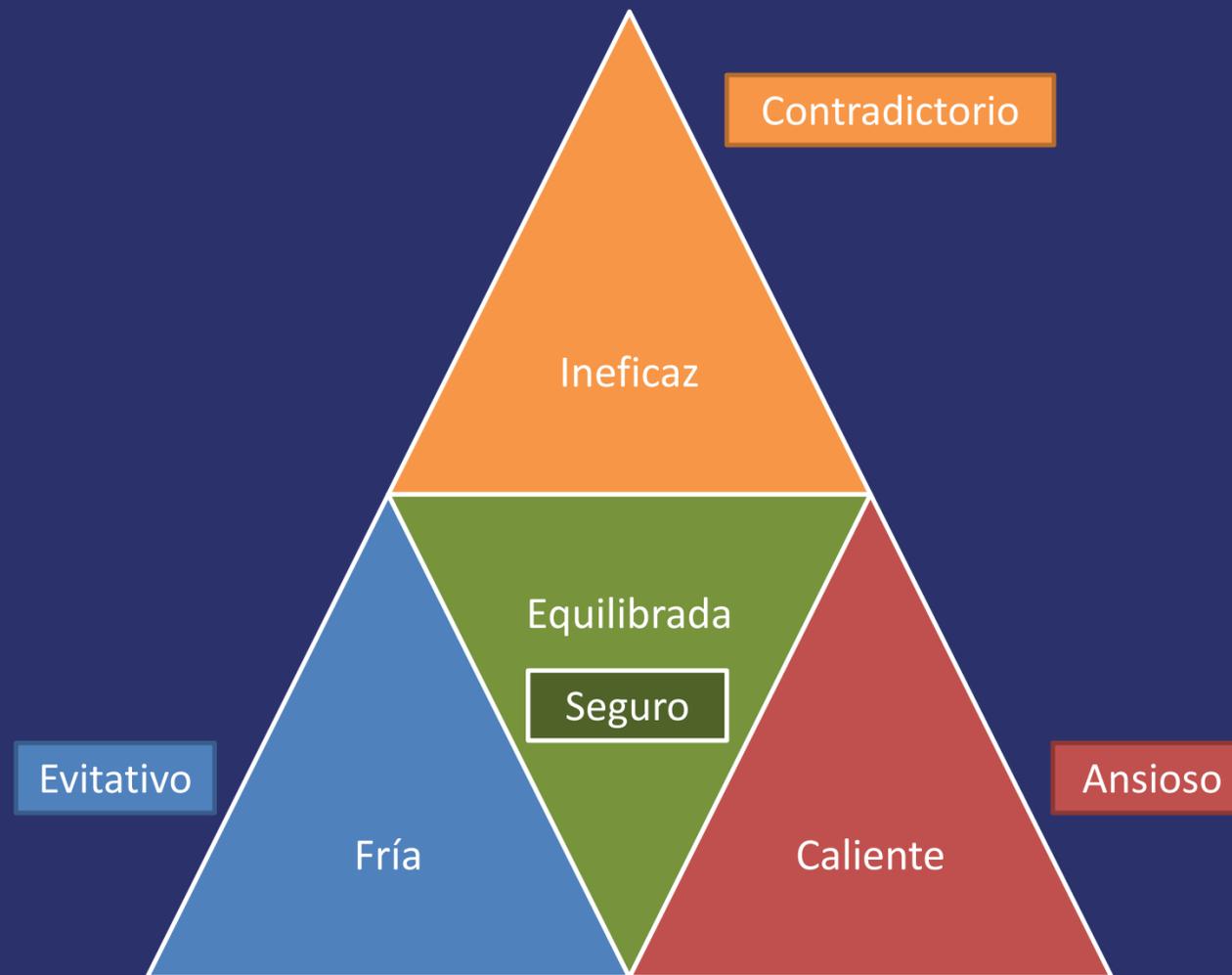
Culpa

- El objetivo es que el niño cumpla nuestras normas
- El efecto es sentir malestar y sentimiento de inadecuación
- Genera rigidez, normatividad y pensamiento autodestructivo

Transformación de las emociones sociales



Dinámica de la rabia en el MO

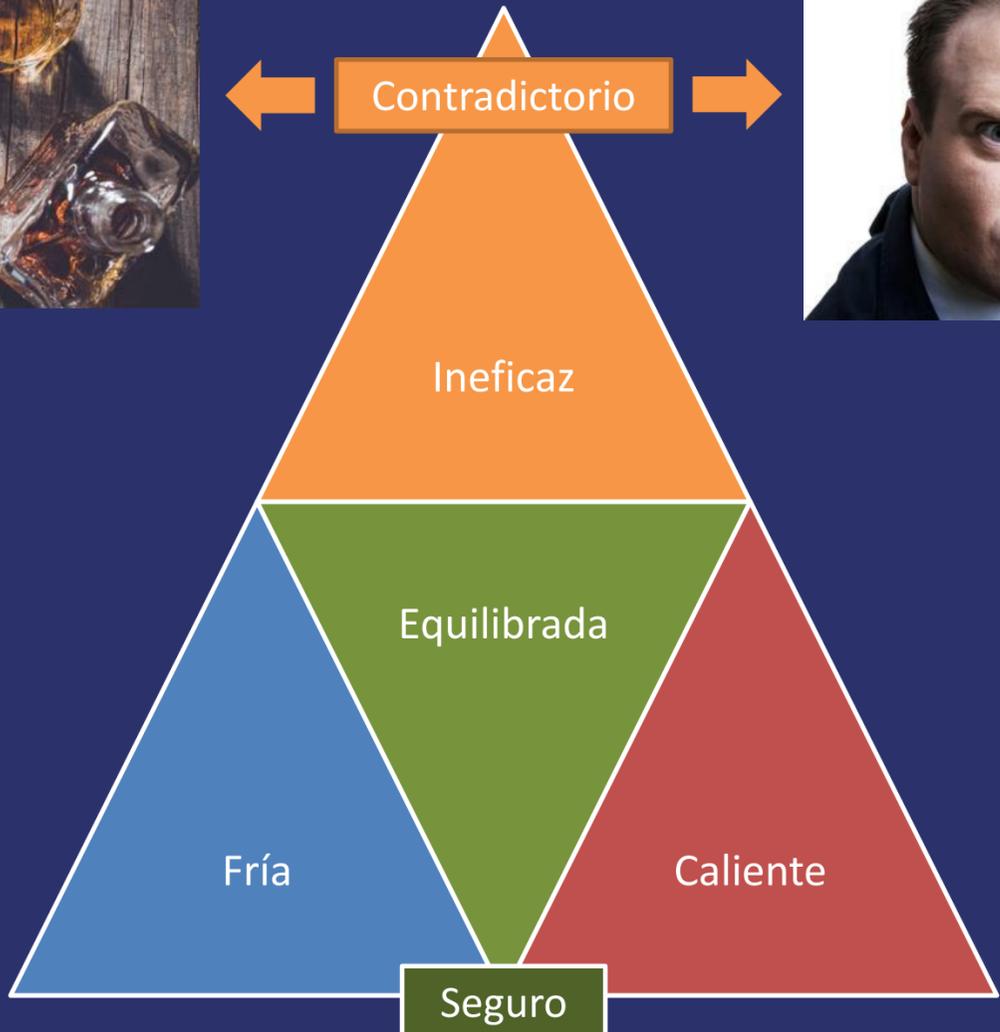




Expresión de la rabia en el MO



Contradictorio



Apego y miedo



Este miedo los acompañará **durante toda su vida**, expresándose:

- Directamente, en forma de ideología
- Indirectamente, en forma de creencias
- Biológicamente, en forma de activación o desactivación



Conductas: ansiedad, evitación, agresividad, autolesión, depresión, ideación suicida...



Fuente: elaboración propia inspirada en el modelo PARCUVE (Hernández, 2017).





7 circuitos emocionales de Panksepp (2003)

Negativos (defensa)

Pánico a la separación

Miedo a los peligros

Frustración por los límites

Positivos (vinculación)

Cuidado (apego)

Búsqueda (adquisición)

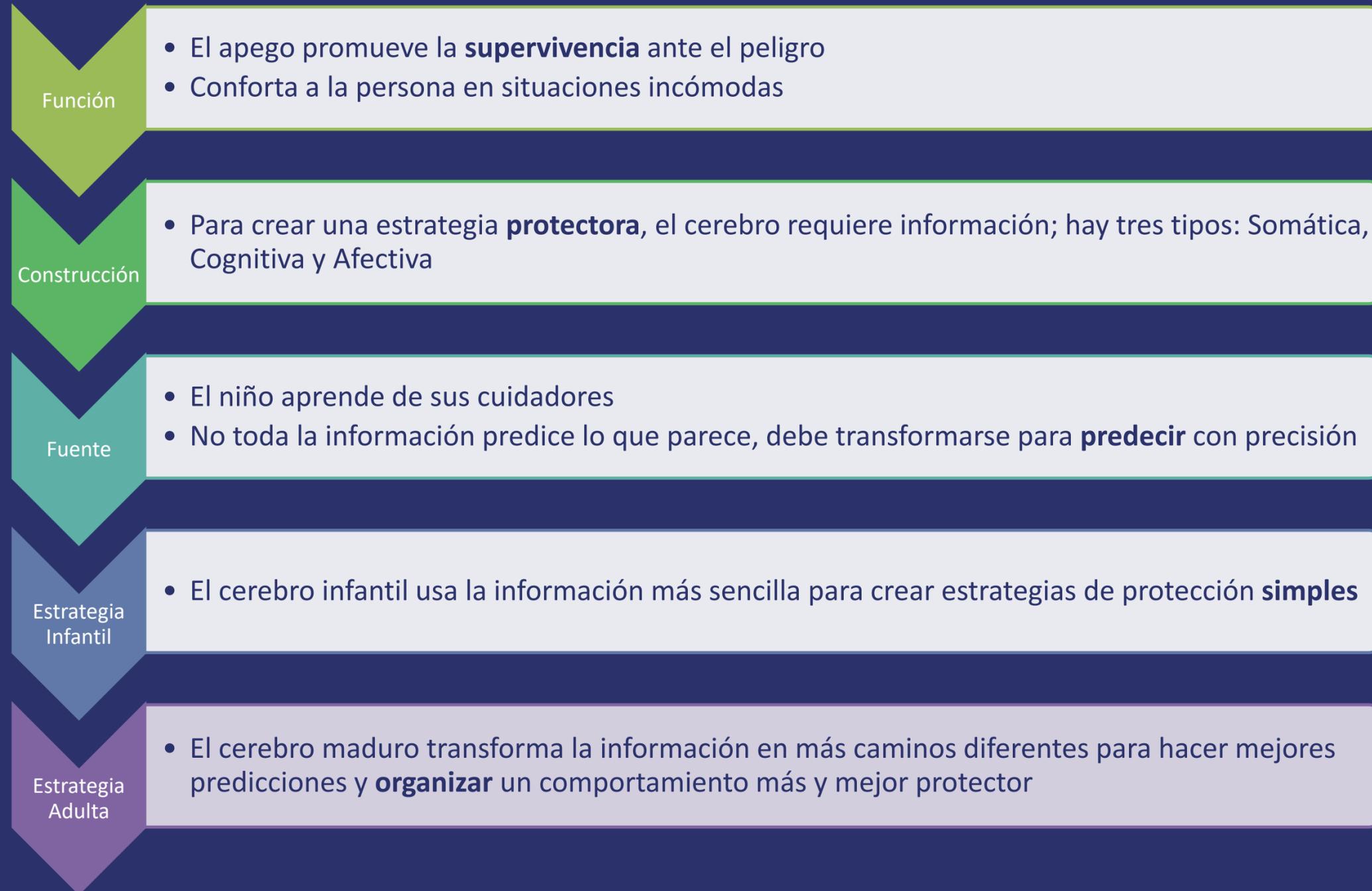
Juego (aprendizaje)

Deseo sexual
(reproducción)

Cuando hay trauma de apego o psicossomático, los circuitos defensivos acaparan los recursos, dejando poco o nada para los circuitos positivos.



Construcción del Apego



Apego en el ADULTO

Base de seguridad

Sentimiento tranquilizador de ser respaldados en caso de necesidad



Facultades infantiles relacionadas:

Explorar
Aprender
Madurar

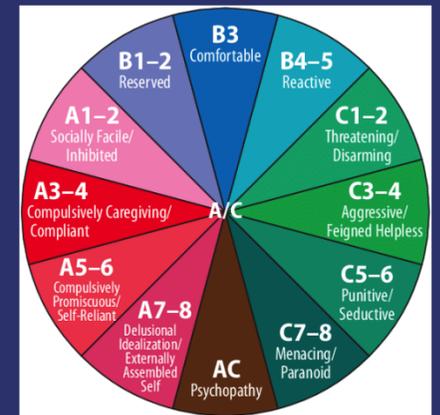
Etapas evolutivas: los niños van evolucionando a lo largo de su desarrollo tanto en recursos como en necesidades o demandas (modelo de Piaget)



Facultades Adultas relacionadas:

Protegerse uno mismo
Encontrar pareja, afines

Zona de desarrollo próximo o zona de andamiaje: aquello que los niños son capaces de hacer con ayuda de un adulto u otro niño más avanzado (modelo de Vigotsky)



Modelo DMM (dinámico-Madurativo) de Apego y Adaptación (Crittenden, P.)

SNA en el Apego ADULTO

“Toda la conducta está basada en la genética, usando estructuras neurológicas y reguladas por los procesos bioquímicos. La pregunta crucial tiene que ver con CUÁNDO y CÓMO se despliega la conducta interpersonalmente.” Crittenden, 2006¹

Apego Seguro

- * Simpático capaz de activarse ante la amenaza y desactivarse al concluir
- * Ventrovagal desarrollado y capaz de regulación en interacción social
- * Dorsovagal desarrollado y capaz de autorregularse en soledad

Apego Evitativo

- * Simpático muy sensible que se dispara ante la menor actuación social
- * Ventrovagal hipodesarrollado que dificulta la interacción social
- * Dorsovagal hiperactivado que mantiene a la persona alejada de la interacción social pero con malestar interno

Apego Ansioso

- * Simpático muy sensible que se dispara ante la menor actuación social
- * Ventrovagal hiperactivado que favorece la interacción social incluso hasta invadir y acaparar atención
- * Dorsovagal hipodesarrollado que no puede dar regulación en soledad

Apego Contradictorio

- * Simpático hiperactivado que se mantiene activado durante toda la interacción social
- * Ventrovagal hipodesarrollado que dificulta la interacción social
- * Dorsovagal hiperactivado que mantiene a la persona aparentemente calmada pero con malestar interno cuando está sola

Temen al Peligro

Temen la Cercanía

Temen la Separación

Temen a su Cuidador

Empático/Negociador

Complaciente/Evitativo

Complaciente/Evitativo

Competitivo/Evitativo

Rabia Útil

Rabia Fría

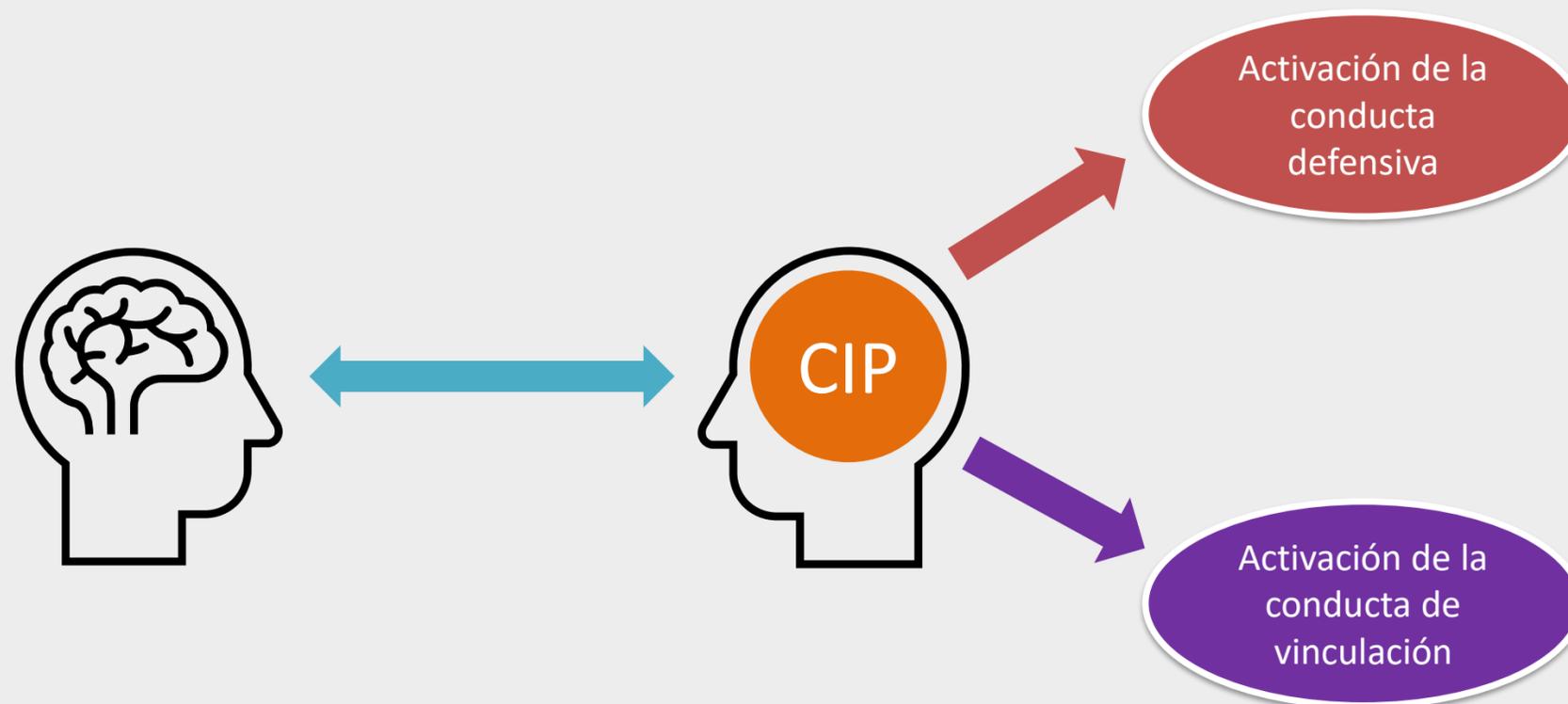
Rabia Caliente

Rabia Ineficaz

1: las palabras resaltadas en mayúscula no están destacadas en el texto original

Rasgo CIP

Conducta Interpersonal Polarizada



- El rasgo se activa durante las relaciones interpersonales
- La dirección de la respuesta depende de si se activa o no la amígdala al detectar algún peligro o reconocer una similitud con una situación anterior de trauma o maltrato
- La intensidad de la respuesta depende del grado de activación de la amígdala, y determina la capacidad de la persona para modificar la respuesta o ser arrastrado por la misma.

Rasgo CIP y apego seguro

Cuando hay apego seguro, la conducta es valorada en función de su manifestación, y se activan las conductas defensivas sólo ante las circunstancias agresivas, mientras que la conducta de vinculación requiere tiempo, experiencias compartidas y una historia de relación para iniciarse



Fuente: elaboración propia

Rasgo CIP y apego evitativo

Cuando hay apego evitativo, la amenaza es valorada en función de la cercanía. se activan las conductas defensivas sólo ante el sentimiento de invasión y ruptura de la distancia. La conducta de vinculación requiere poco tiempo, basta con sentirnos capaces de mantener a salvo nuestro interior para que pueda producirse, y dejamos los conflictos sin resolver postergándolos o comportándonos como si no existiesen.



Rasgo CIP y apego ansioso

Cuando hay apego ansioso, la amenaza es valorada en función de la lejanía y/o abandono. se activan las conductas defensivas sólo ante el sentimiento de abandono y alejamiento. La conducta de vinculación es constante, incluso ante comportamientos levemente tóxicos, y dejamos los conflictos sin resolver aceptando cualquier solución de compromiso que permita continuar con la relación. Ante conductas tóxicas, nos alejamos pero sin llegar a romper la relación.



Fuente: elaboración propia

Rasgo CIP y apego contradictorio

Cuando hay apego contradictorio, la amenaza y la vinculación se relacionan provocando atracción cuando se dan ambas, y rechazo cuando no se da ninguna de ellas. La persona resuelve la contradicción culpabilizándose a sí misma o excusando, ocultando o disfrazando la conducta tóxica.



Fuente: elaboración propia

Estrategias defensivas DMM



Fuente: Crittenden, 2006.

Apego y peligro en el ámbito interpersonal

Tipos B: seguridad

- Se activa en función de la amenaza
- Toma la iniciativa
- Busca los errores para corregirlos y no repetirlos
- Se desactiva en cuanto el peligro cede o desaparece
- Aprende y transmite

Tipos A: evitación

- Inhiben sus sentimientos
- Hacen lo que los otros quieren
- Se culpa a sí mismo
- Siente Vergüenza
- Explota de ira o miedo
- No puede explicar su comportamiento explosivo
- En el extremo, son fanáticos y narcisistas

Tipos C: activación

- Exagera la ira y el miedo
- Se comporta de manera vengativa y engañosa
- Culpa a los demás
- Se considera inocente de todo
- Elabora y ofrece falsos razonamientos
- En el extremo, son hirientes y agresivos

Tipo AC: contradicción

- Fuerte disociación
- Combinan conductas coercitivas y defensivas
- Cambios repentinos de conducta
- Mezcla entre decepción y distorsión de la información
- En el extremo, se convierten en psicópatas

Estrategias defensivas DMM

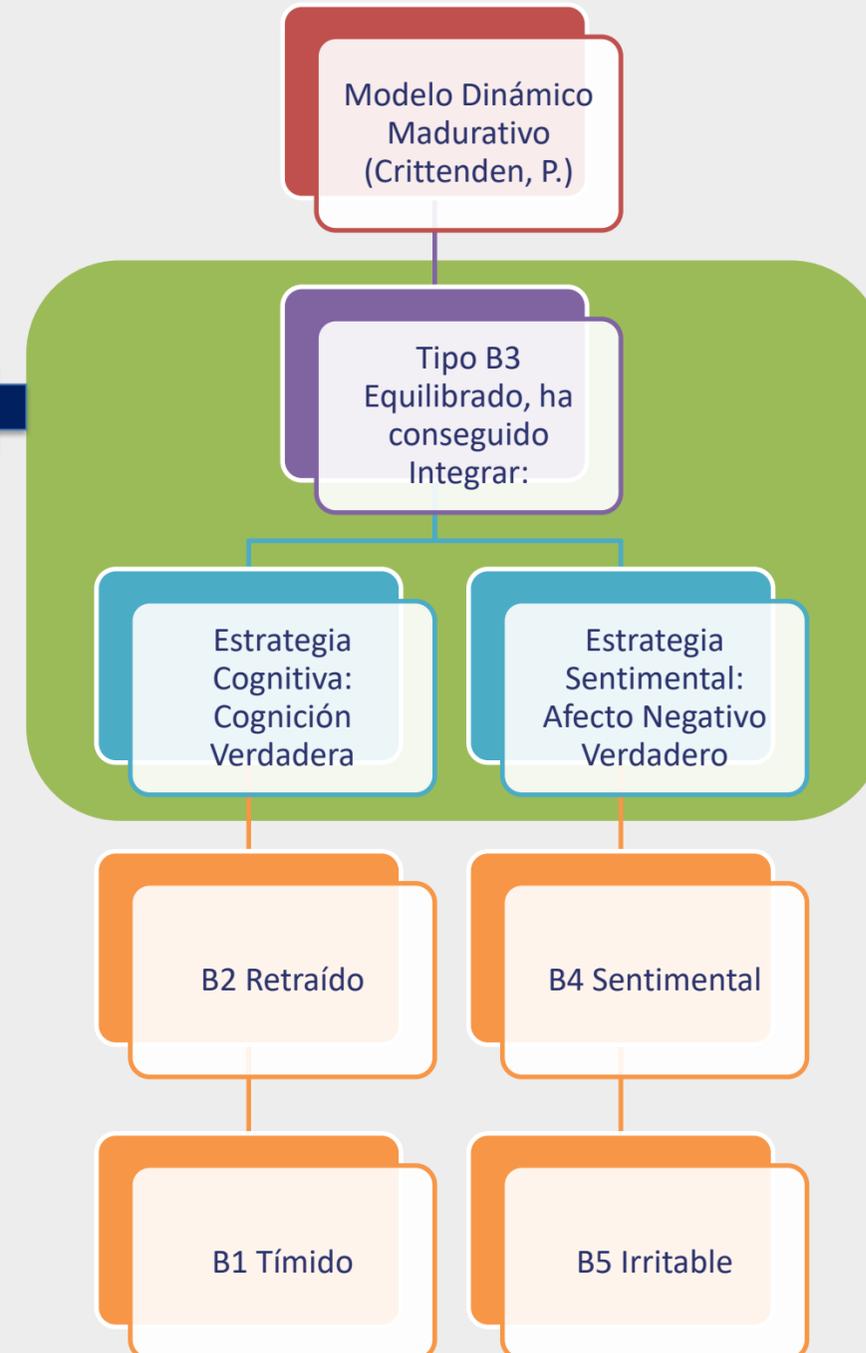
Apego Seguro

- Ha recibido/recibe Apego seguro de sus cuidadores
- Ha conseguido/consigue integrar la información cognitiva y la somática
- En la adultez, ha conseguido transferirse a sí mismo el Apego

Bajo
Amenaza

Preferencia

Predominio



Estrategias defensivas DMM

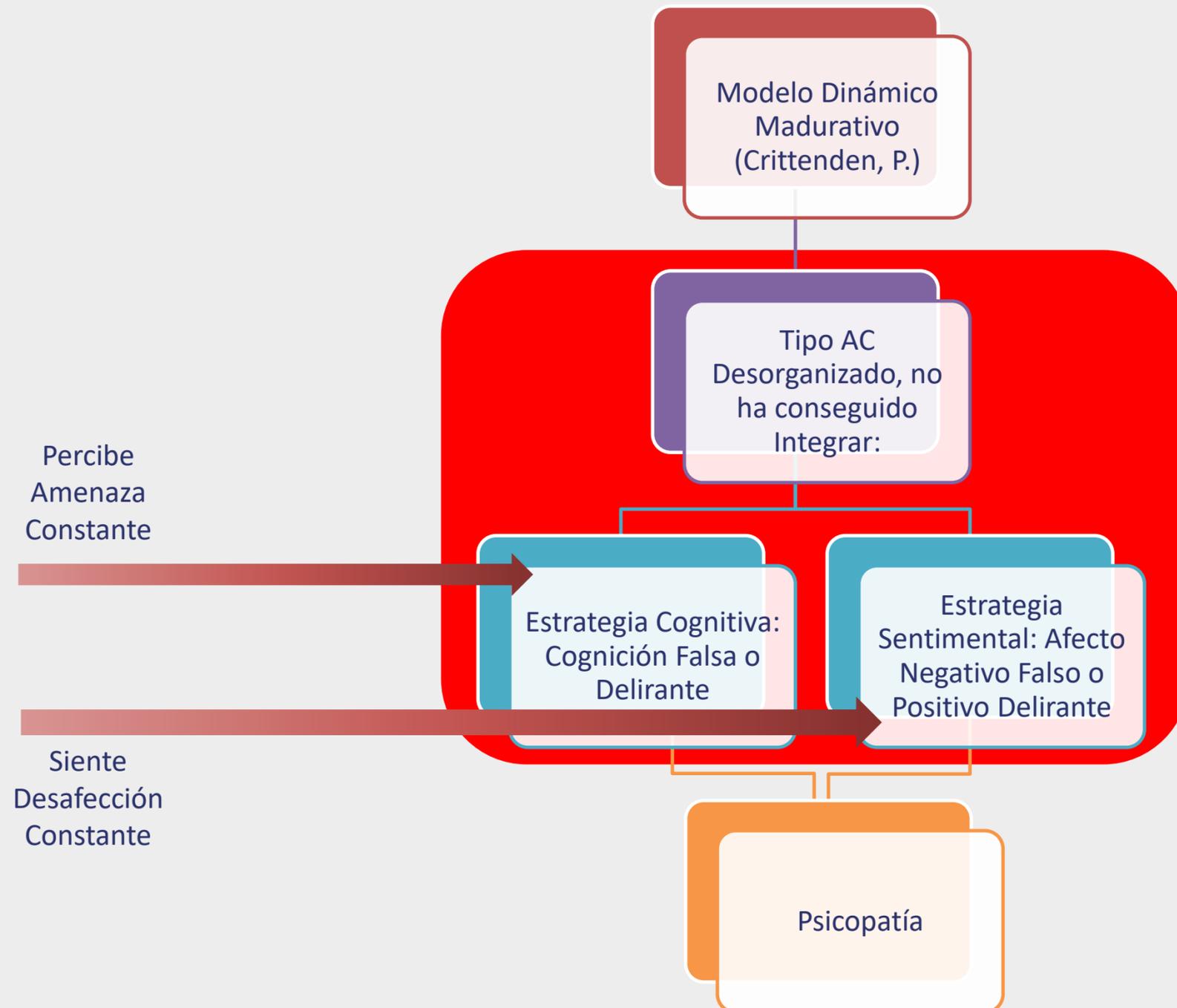
Apego Inseguro



Estrategias defensivas DMM

Apego Contradictorio

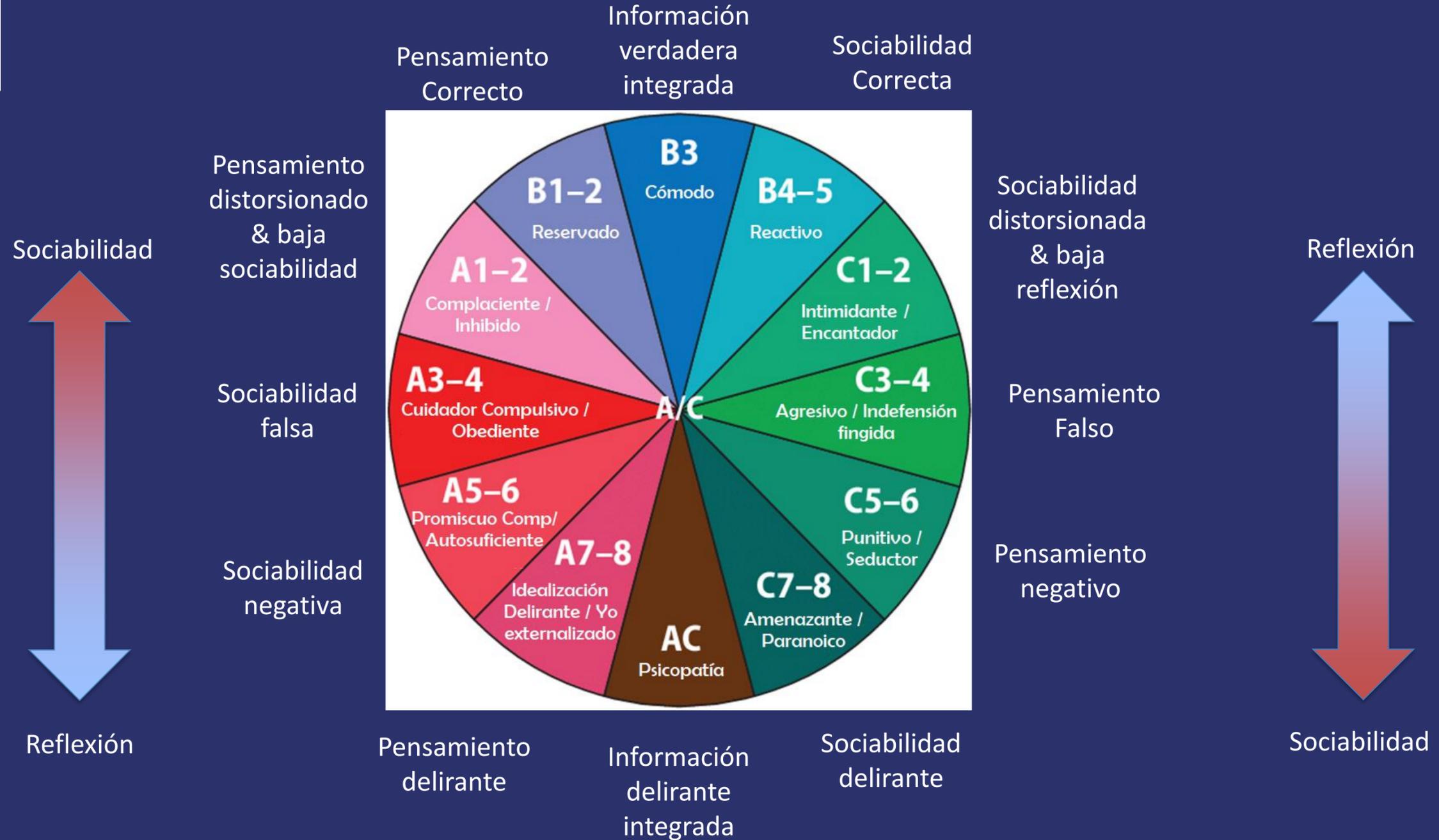
- Ha recibido maltrato y bientrato sin posibilidad de predicción
- Ha sido invalidado y frustrado de manera habitual
- Ha sufrido Trauma Psicosomático
- En la adultez, no consigue establecerse en uno de los patrones, oscila o simultanea las estrategias A7-8 y C7-8



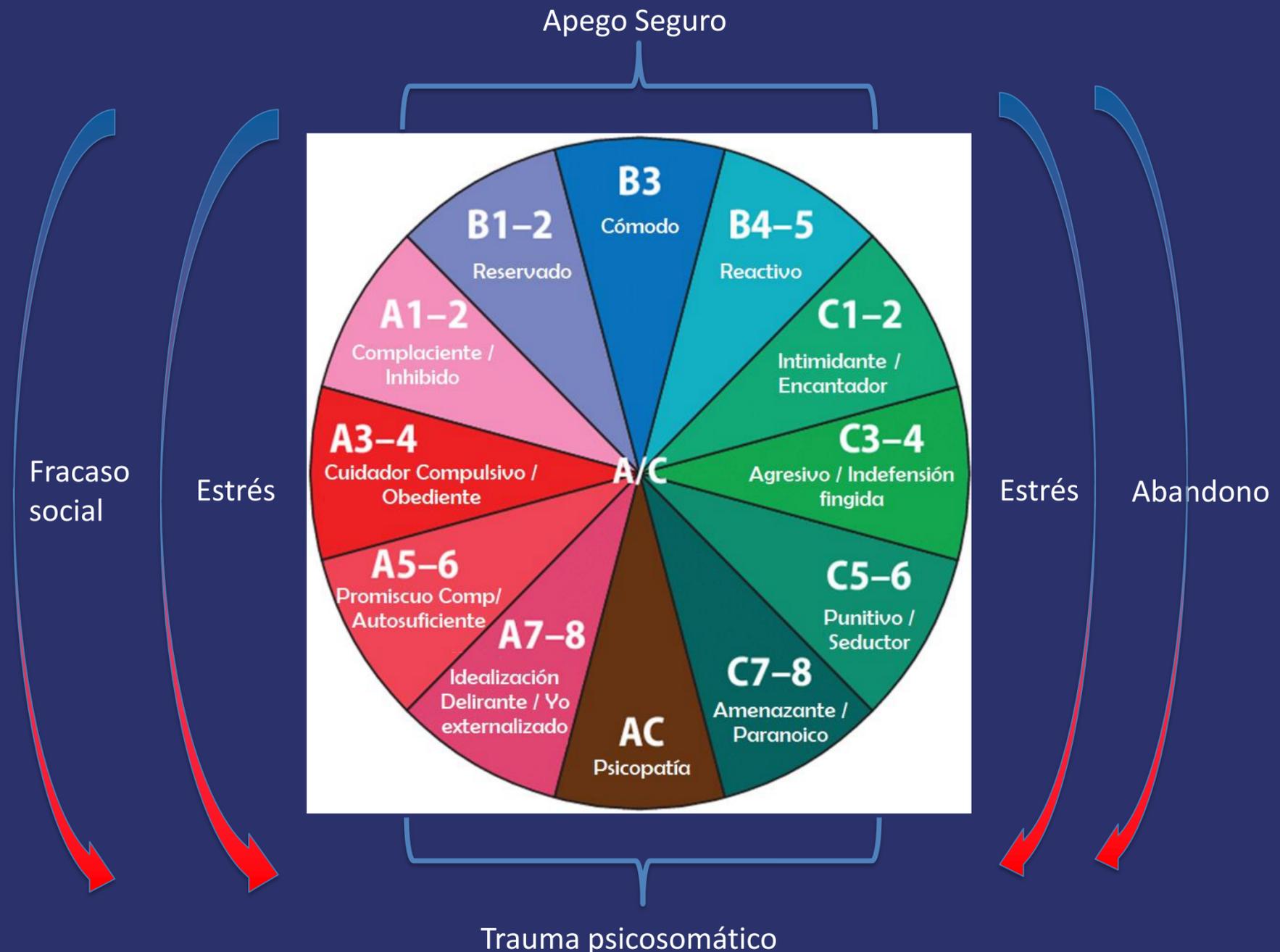
Dimensiones DMM



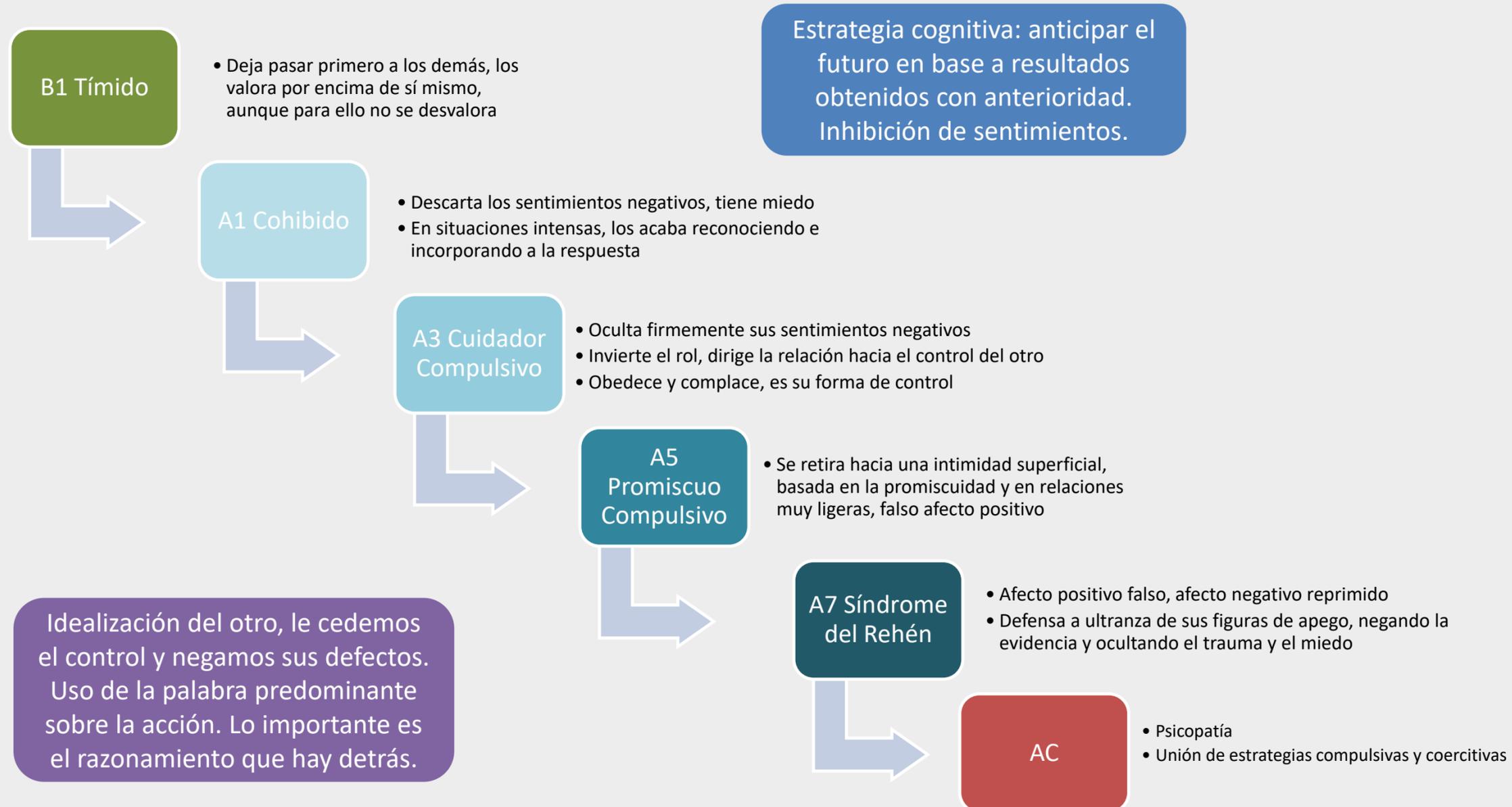
Trauma de Apego, Presión Social, Stress, Traumas Psicosomáticos



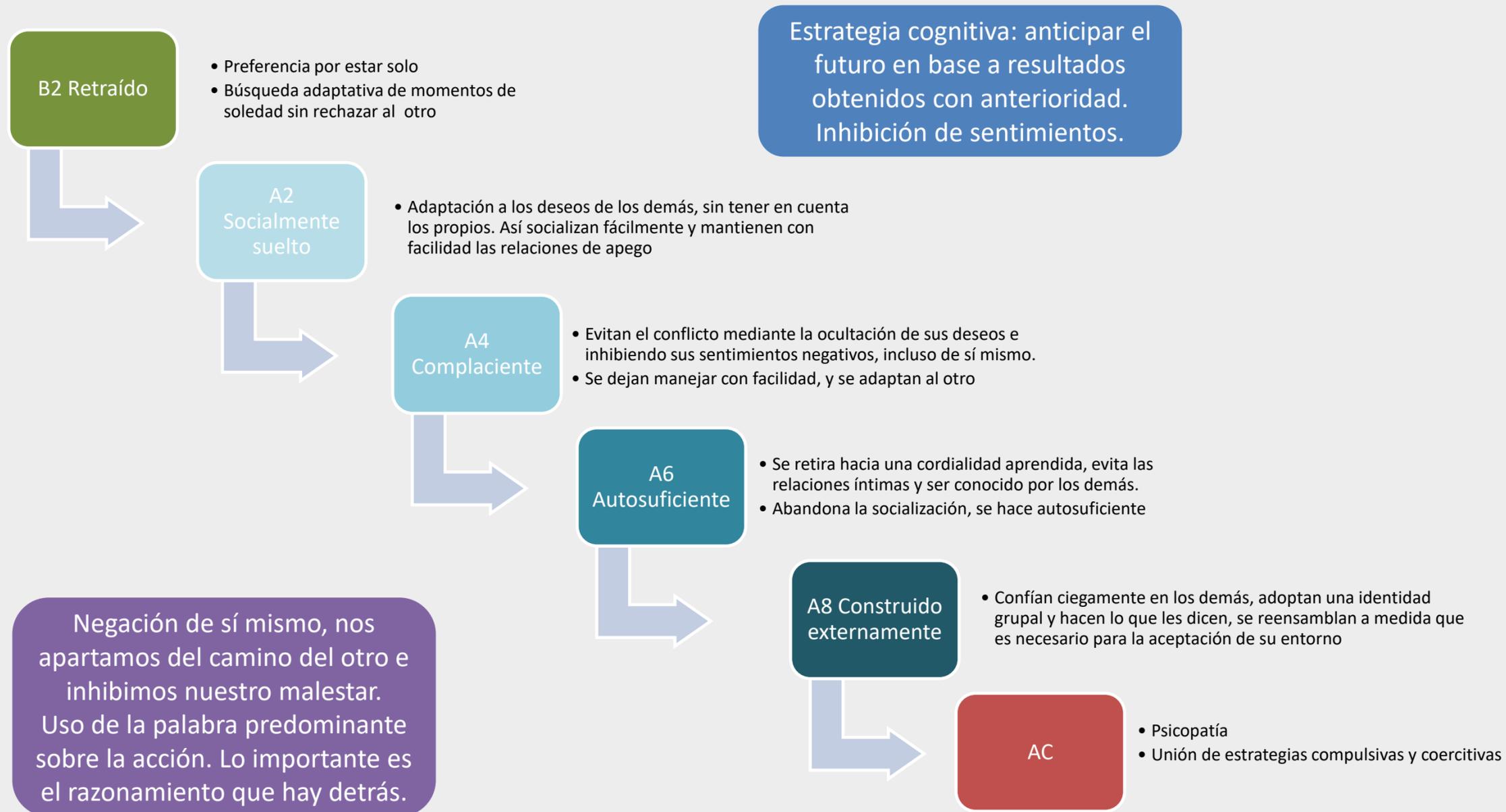
DMM



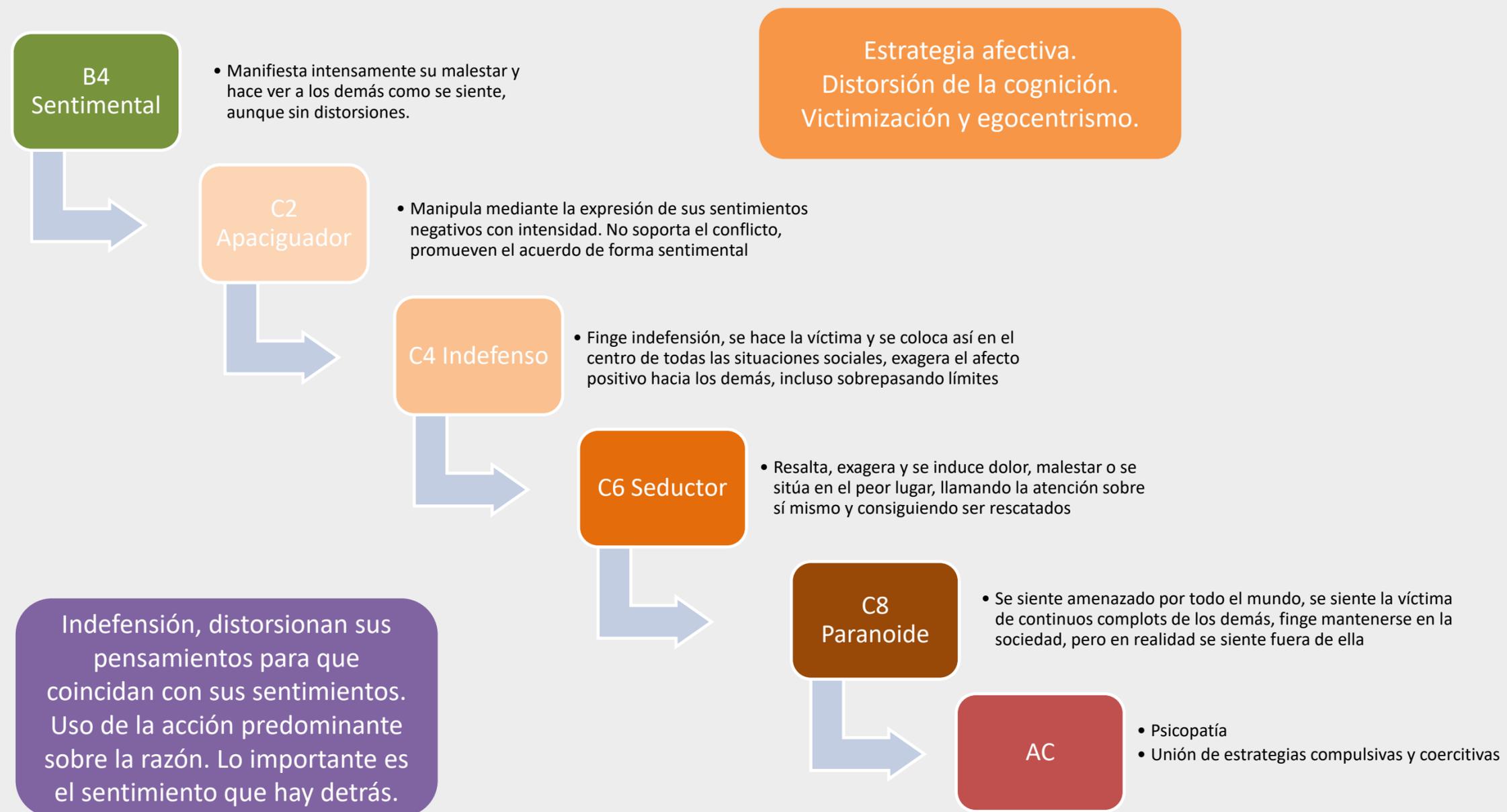
DMM - Tímido



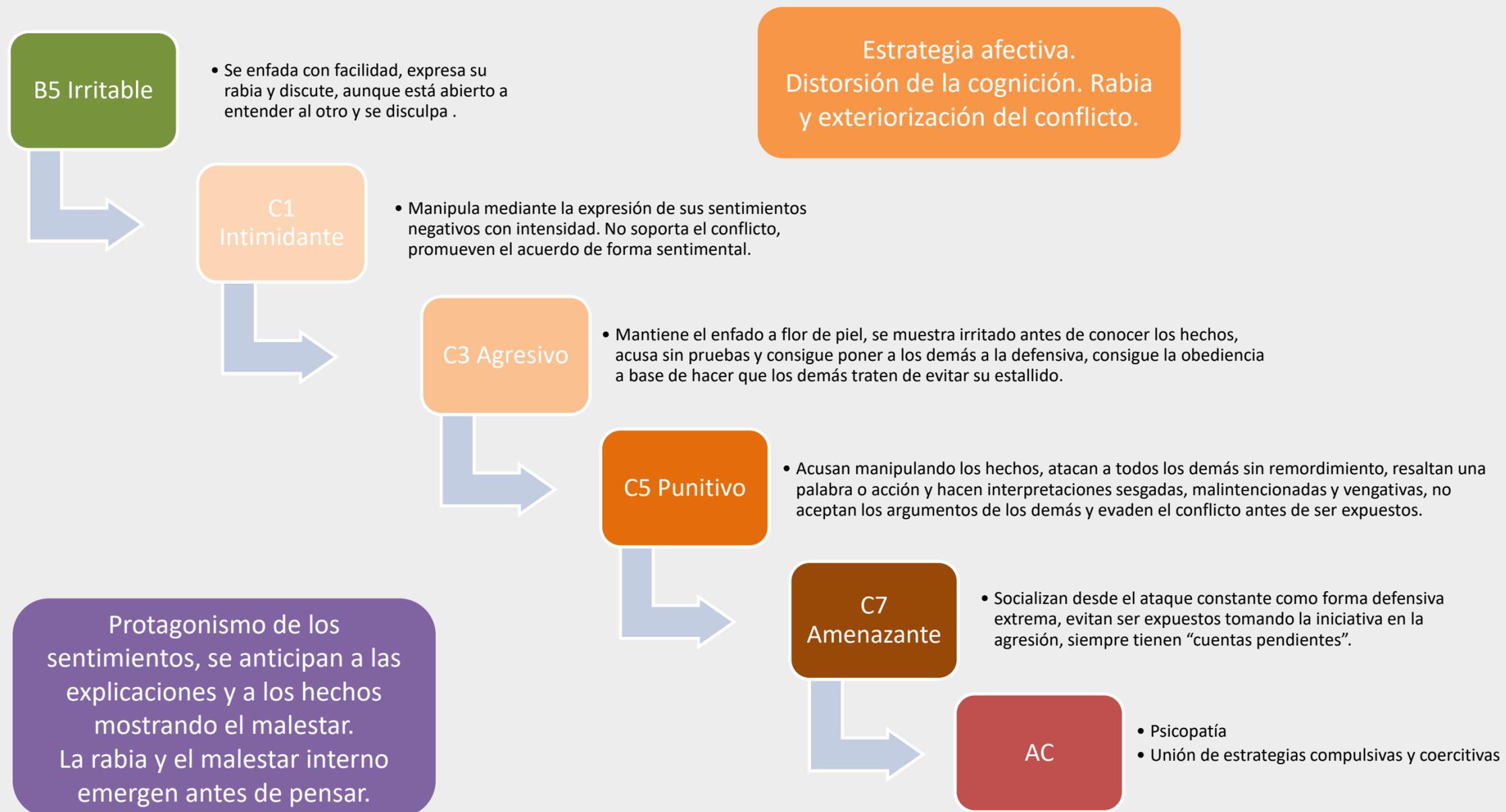
DMM - Retraído



DMM - Sentimental



DMM - Irritable



Evaluación

El método más influyente fue la entrevista AAI de George, Kaplan & Main, 1984-1996 (Bretherton & Munholland, 2008). Es un protocolo semiestructurado de 18 preguntas.

Hoy disponemos del cuestionario CaMir (y su versión reducida CaMir-R) que facilita la detección del tipo de Apego (Pierrehumbert et al, 1996)

La versión española del CaMir es de Lacasa, F., 2004- Hospital Sant Joan de Deu, Barcelona

Test CaMir:
Consta de 72 preguntas.

Cada pregunta se contesta con una escala Likert de 5 puntos:
1-Totalmente en desacuerdo ...
5-Totalmente de acuerdo.

Ofrece como resultado principal 3 puntuaciones:
Seguro, Evitativo y Preocupado.

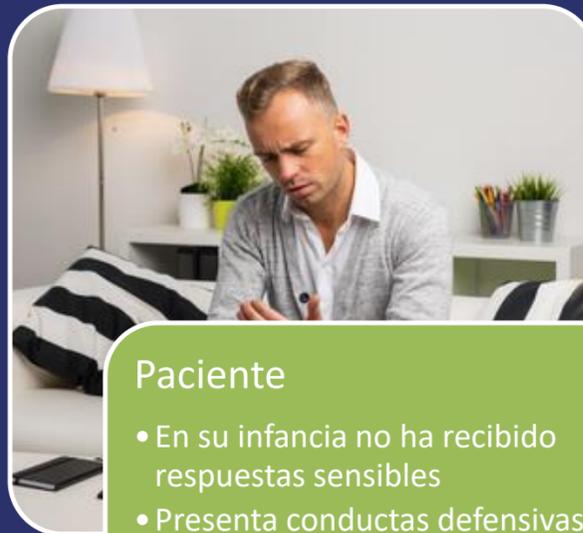
Adicionalmente, ofrece puntuaciones en 13 escalas;
Interferencia de los padres,
preocupación familiar...

Papel del terapeuta



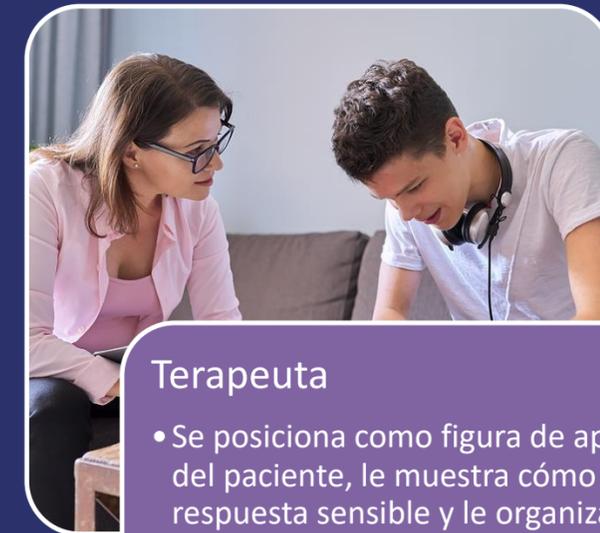
Figura de Apego

- Comunicar adecuadamente
- Señales oportunas y recíprocas
- Asumir su responsabilidad
- Empatizar con la angustia
- Organizar los sentimientos de los demás
- Acompañar en los momentos de tensión, ser una base segura a la que volver



Paciente

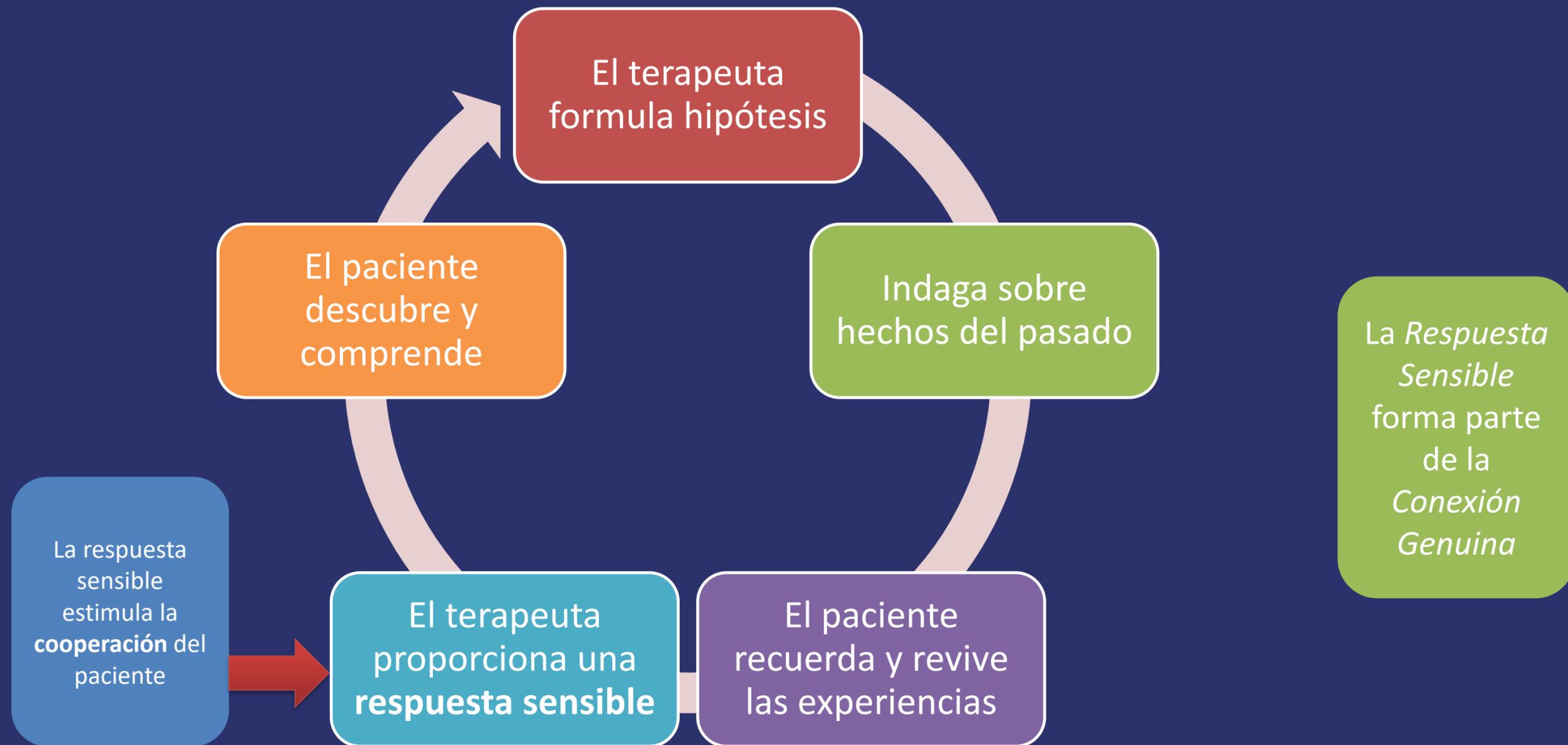
- En su infancia no ha recibido respuestas sensibles
- Presenta conductas defensivas (A, C, AC)
- Llama la atención de forma disfuncional
- No sabe comportarse en las relaciones interpersonales
- Evade, Abruma o Ataca al terapeuta



Terapeuta

- Se posiciona como figura de apego del paciente, le muestra cómo es la respuesta sensible y le organiza sus sentimientos
- Tiene en cuenta las defensas del paciente y no trata de vencerlas, sino de mostrarlas
- Busca un equilibrio entre confrontar y empatizar

Papel del terapeuta

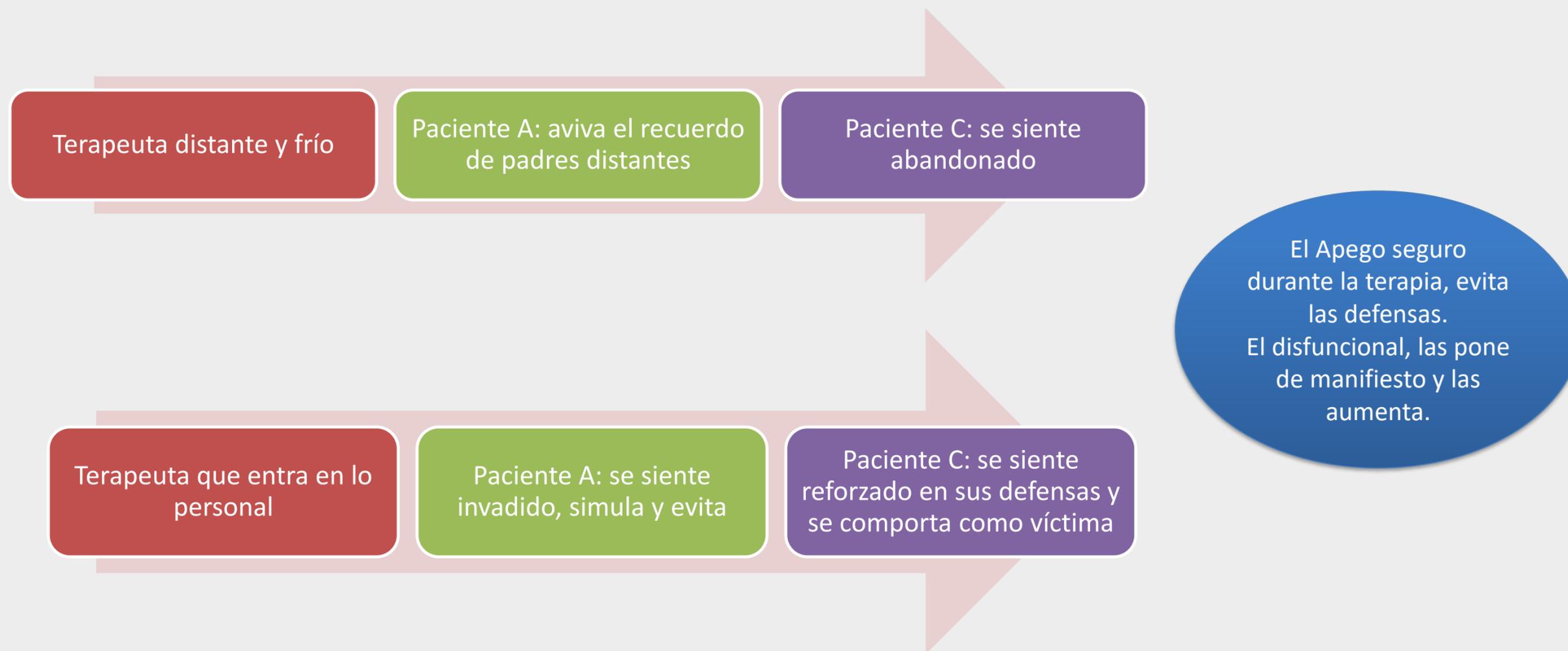


Fuente: Bowlby (en Marrone, 2001)

Papel del terapeuta



Apego disfuncional en terapia



Conducta defensiva y apego



Búsqueda de proximidad

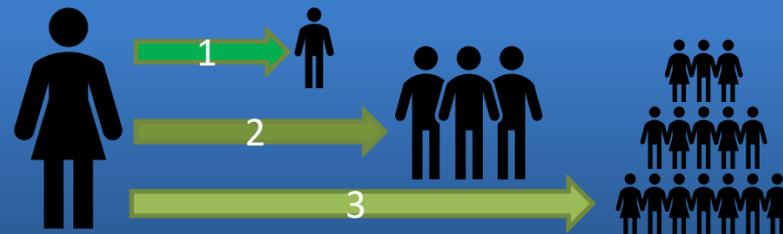
- Necesitamos relacionarnos con iguales
- Tenemos propensión a establecer vínculos
- Disfrutamos de las relaciones



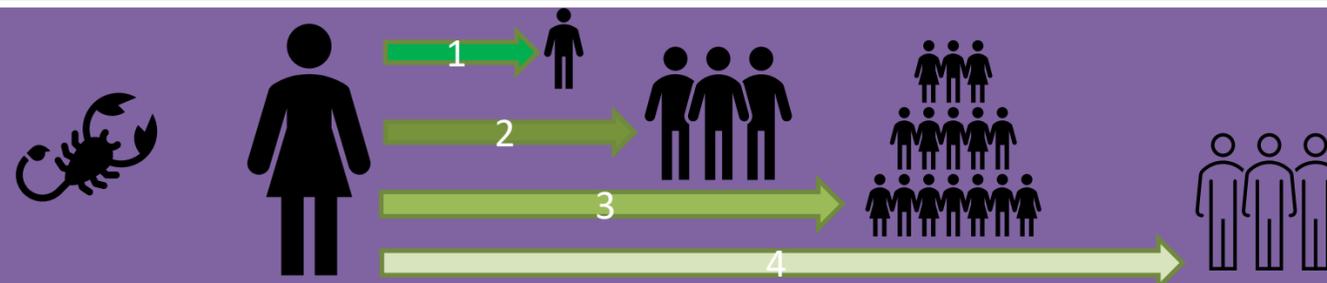
Huida del Peligro

- Buscamos una base segura ante situaciones peligrosas
- Reconocemos el peligro según nuestras experiencias previas y sensaciones actuales

Apego **Seguro** frente a la búsqueda de relaciones:



Apego **Seguro** frente a la huida del peligro:



Conducta defensiva evitativa



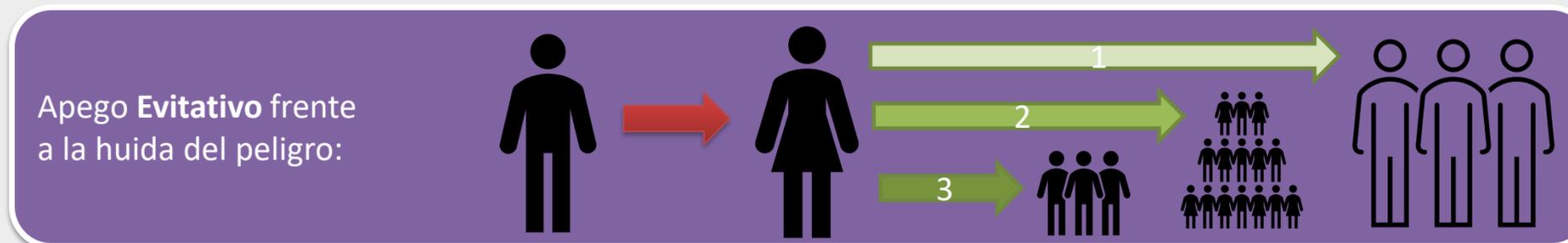
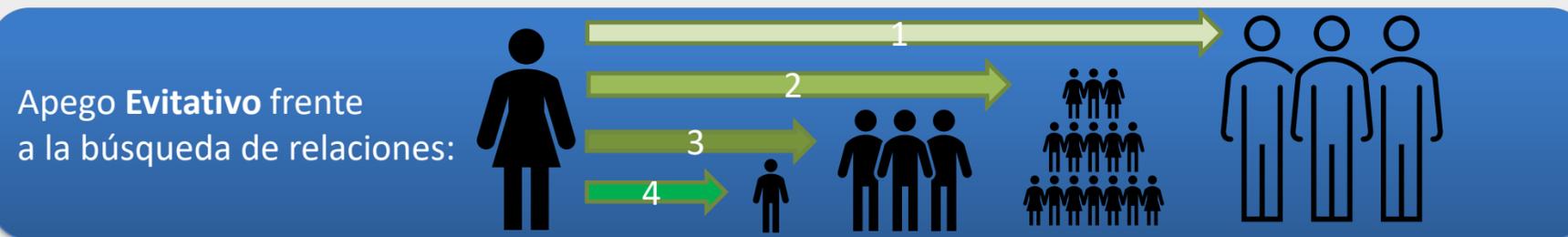
Búsqueda de proximidad

- Se reduce la necesidad de relacionarnos con iguales, incluso desaparece
- Evitamos establecer vínculos o los hacemos muy superficiales
- Sacrificamos calidad por cantidad



Huida del Peligro

- Buscamos distancia, soledad y aislamiento ante situaciones peligrosas
- Reconocemos el peligro cognitivamente, sentimos la proximidad y/o la intimidad como el mayor de los peligros



Conducta defensiva ansiosa



Búsqueda de proximidad

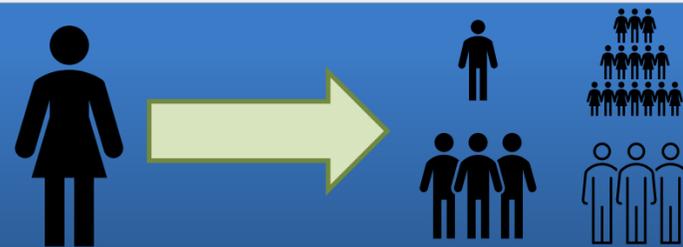
- Aumenta la necesidad de relacionarnos, no necesariamente con iguales.
- Vinculación acelerada, incluso fingida o impuesta
- Aumentamos la cantidad y aceptamos toxicidad



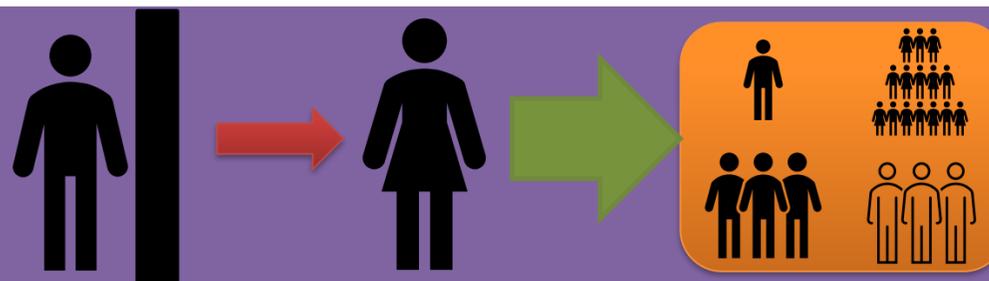
Huida del Peligro

- Buscamos apoyo, cercanía y apelamos al vínculo ante situaciones peligrosas
- Reconocemos el peligro sentimentalmente, sentimos la ruptura y/o la soledad como el mayor de los peligros

Apego **Ansioso** frente a la búsqueda de relaciones:



Apego **Ansioso** frente a la huida del peligro:



Conducta defensiva contradictoria



Búsqueda de proximidad

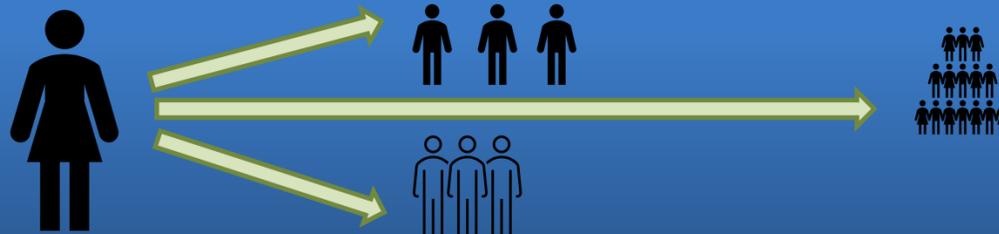
- Necesidad intensa de relaciones, aunque no le satisfacen nunca.
- Vinculación desequilibrada, inversa, dependencia emocional
- Se siente incapaz de rechazar las relaciones que le hacen daño



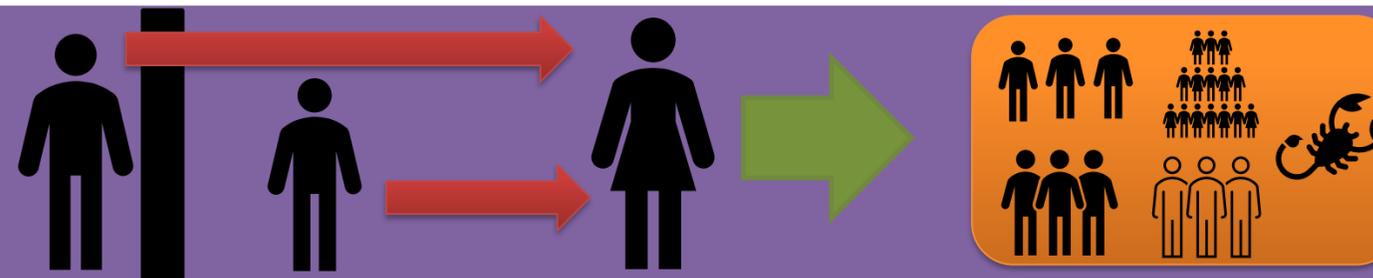
Huida del Peligro

- Acercamiento al peligro, incluso arriesgando la vida o la integridad física, a veces sin control de lo que están haciendo (temeridad o inconsciencia)
- Sentir una contante inseguridad, sin poder concretar su origen

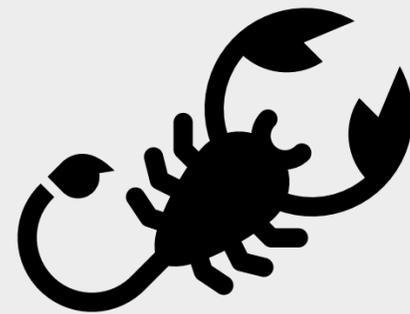
Apego **Desorganizado** frente a la búsqueda de relaciones:



Apego **Desorganizado** frente a la huida del peligro:



Reestructuración cerebral



Tallo Cerebral

- Pelear, escapar, congelarse, colapsar
- “Aléjate del peligro”

Sistema Límbico

- Búsqueda de ayuda
- “Ve con tu cuidador”



Activación, éxito, desactivación, aprendizaje: el cerebro se reestructura

Reestructuración cerebral



Tallo Cerebral

- Pelear, escapar, congelarse, colapsar
- “Aléjate del peligro”

Sistema Límbico

- Búsqueda de ayuda
- “Ve con tu cuidador”



Activación constante, el cerebro no puede aprender y reestructurarse

Apego seguro en terapia



“En muchas ocasiones será la primera relación de vinculación sana que experimente el paciente”

Mansukhani, 2013

Apego seguro en terapia

Objetivo principal: evitar aumentar el trastorno defensivo

Tipos A

- Basan sus defensas en la predicción
- Les favorecen las estrategias de tipo somático y las de identificar sentimientos
- Las estrategias conductuales pueden aumentar su compulsividad

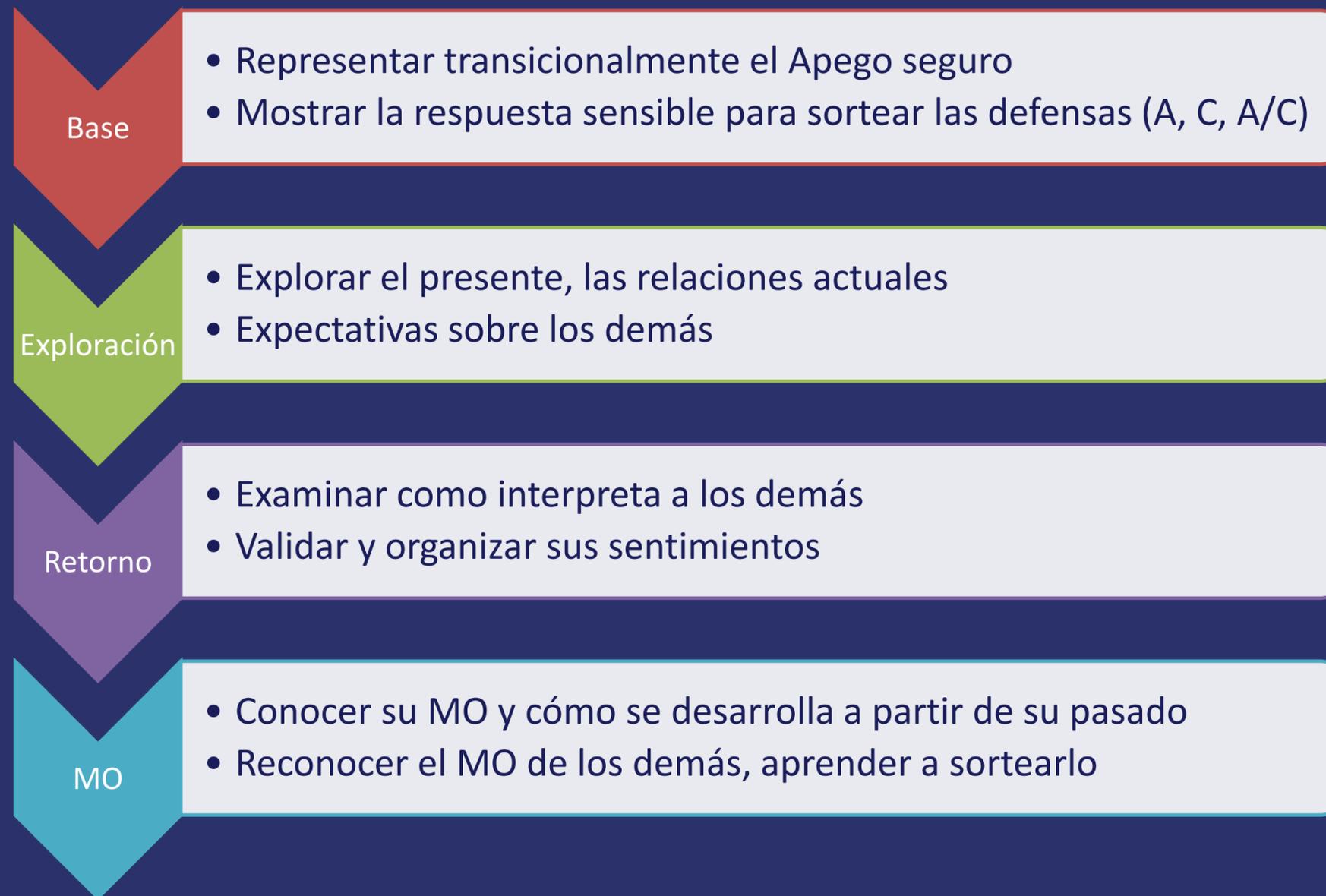
Tipos C

- Basan sus defensas en sus sentimientos
- Les favorecen las estrategias conductuales para ayudarles a predecir los resultados de su conducta
- Las estrategias basadas en conectar con su cuerpo y sus emociones aumentará su somatización, que ya es exagerada

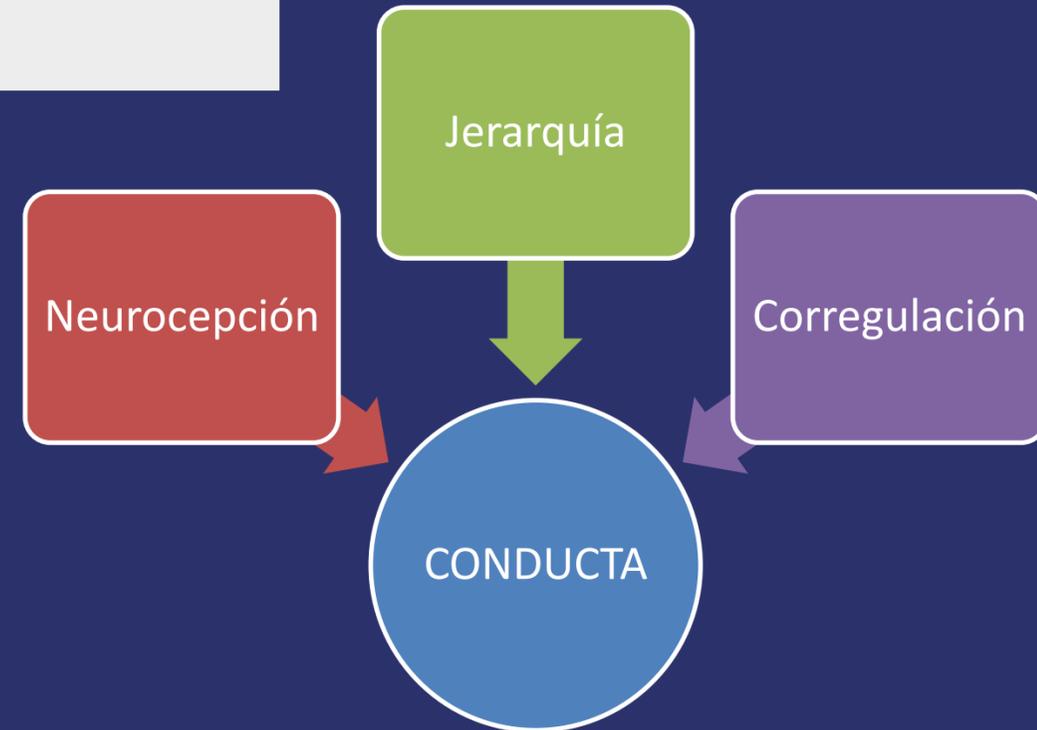
Tipos A/C

- Oscilan entre predicción y sentimiento
- Es necesario observar su respuesta ante cada propuesta
- Adaptar la respuesta a la información no verbal que muestre en cada caso

Tareas en terapia



SNA en el Apego ADULTO



Apego Seguro

- * Simpático capaz de activarse ante la amenaza y desactivarse al concluir
- * Ventrovagal desarrollado y capaz de regulación en interacción social
- * Dorsovagal desarrollado y capaz de autorregularse en soledad

Apego Evitativo

- * Simpático muy sensible que se dispara ante la menor actuación social
- * Ventrovagal **hipodesarrollado** que dificulta la interacción social
- * Dorsovagal **hiperactivado** que mantiene a la persona asustada y con malestar interno cuando está sola

Apego Ansioso

- * Simpático muy sensible que se dispara ante la menor actuación social
- * Ventrovagal **hiperactivado** que favorece la interacción social incluso hasta invadir y acaparar atención
- * Dorsovagal **hipodesarrollado** que no puede autorregularse en soledad

Apego Contradictorio

- * Simpático **hiperactivado** que se mantiene activado durante toda la interacción social
- * Ventrovagal **hipodesarrollado** que dificulta la interacción social
- * Dorsovagal **hiperactivado** que mantiene a la persona asustada y con malestar interno cuando está sola

Temen al Peligro

Temen la Cercanía

Temen la Separación

Temen a su Cuidador

Empático/Negociador

Complaciente/Evitativo

Complaciente/Evitativo

Competitivo/Evitativo

Rabia Útil

Rabia Fría

Rabia Caliente

Rabia Ineficaz

Bibliografía (I)

- Ainsworth, M. (1989) Attachments Beyond Infancy. American Psychologist Association. 44(2), 709-716.
- Barg, Gabriel. (2011). BASES NEUROBIOLÓGICAS DEL APEGO: REVISIÓN TEMÁTICA. Ciencias Psicológicas, 5(1), 69-81. Recuperado en 06 de septiembre de 2022, de http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-42212011000100007&lng=es&tlng=es.
- Bartholomew, K. (1990) Avoidance of Intimacy: An Attachment Perspective. Journal of Social and Personal Relationships, 7(2), 147-178. <https://doi.org/10.1177/0265407590072001>
- Bowlby, J. (1986) Vínculos Afectivos: Formación, Desarrollo y Pérdida. Madrid: Morata
- Bowlby, J. (1988) Una Base Segura. Aplicaciones Clínicas de una Teoría del Apego. 1ª Ed. En Argentina (2009). Pp. 140-158. Buenos Aires: Paidós.
- Bowlby, J. en Marrone, M. (2001) La Teoría del Apego. Un Enfoque Actual. Pp. 179-180. Editorial Psimática
- Bowlby, J., 1969/1982. Attachment and Loss. Vol. I: Attachment, NY, Basic.
- Bretherton & Munholland. (2008) Internal Working Models in Attachment Relationships en Cassidy & Shaver eds. (2008) Handbook of Attachment 2ª ed. Pg. 114. NY: Guilford.
- Costa, D.L., Yetter, N. & DeSomer, H. (1018) Intergenerational transmission of paternal trauma among US Civil War exPOWs. PNAS 115(44) 11215-11220.
- Crittenden, P. (1997) Patterns of Attachment and Sexuality: Risk of Dysfunction Versus Opportunity for Creative Integration. In L. Atkinson & K. J. Zuckerman (Eds), Attachment and Psychopathology, Pp. 47-93. NY, Guilford.
- Crittenden, P. (2006) A Dynamic-Maturational Model of Attachment. ANZJFT, 27(2).
- Crittenden, P. (2018) Estrategias DMM de Autoprotección en la Edad Adulta. Disponible en: <https://familyrelationsinstitute.org/wp-content/uploads/DMM-SpanishVersion2018.pdf> (descargado en 20220919 a las 12:58:00 CET)
- Dunbar, R. (2010) How Many Friends Does One Person Need?: Dunbar's Number and Other Evolutionary Quirks. Harvard University Press.
- Galán, A. (2016). La teoría del apego: confusiones, delimitaciones conceptuales y desafíos. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 36(129), 45-61. Recuperado en 06 de septiembre de 2022, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352016000100004&lng=es&tlng=es
- Hall, E.T. (1959) The Silent Language. Nueva York: Doubleday & Co.
- Hernández, M. (2017) Apego y Psicopatología. Pp. 127-153. Editorial Desclée de Brouwer.
- Hofer, M. A. & Sullivan, R. M. (2008). Toward a neurobiology of attachment. In C. A. Nelson & M. Luciana (Eds.), Handbook of developmental cognitive neuroscience (pp. 787–805). MIT Press.
- Lecannelier, F., Ascanio, L., Flores, F. & Hoffmann, M. (2011). Attachment & Psychopathology: An Update Review of Parental Etiological Models of Disorganized Attachment. Terapia psicológica, 29(1), 107-116. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082011000100011>

Bibliografía (II)

- Main, M. & Hesse, E. (1990) Parent's unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened/frightening parental behaviour the linking mechanism? In Greenberg, Cicchetti & Cummings (Eds.) Attachment in the preschool years: Theory, research and intervention. University of Chicago Press.
- Mansukhani, A. (2018) <https://www.youtube.com/watch?v=zRj5M-MDzzo>
- Mansukhani, A. Dependencias Interpersonales: Las Vinculaciones Patológicas. Conceptualización, diagnóstico y tratamiento. En: García AD y Cabello F, editores. Actualizaciones en Sexología Clínica y Educativa. Huelva: Universidad de Huelva; 2013. p 197-214.
- Marrone, M. (2001) La Teoría del Apego. Un Enfoque Actual. Pp. 179-182. Editorial Psimática.
- Martínez, I. (2012) El Primate que Quería Volar. Madrid: Espasa.
- McGowan, P. O., Sasaki, A., Alessio, A. C. D., Dymov, S., Szyf, M., Turecki, G., et al. (2009). Epigenetic regulation of the glucocorticoid receptor in human brain associates with childhood abuse. Nature neuroscience, 12(3), 342-348.
- Meares, R.A. & Hobson, R.F. (1977) The Persecutory Therapist. Br. J. Med. Psychol, 50, 349-359.
- Oliva, A. (2004) Estado actual de la Teoría del Apego. Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente, 4(1); 65-81.
- Panksepp, J. (1998) Affective Neuroscience. Oxford: Oxford University Press.
- Panksepp, J. (2004) en Hernández, M. (2017) Apego y Psicopatología: la Ansiedad y su Origen. Pp. 54-55). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Petraglia, Jonathan & Bhatia, Maneet & Drapeau, Martin. (2017). Ten Principles to Guide Psychodynamic Technique with Defense Mechanisms: An Examination of Theory, Research, and Clinical Implications. Journal of Psychology & Psychotherapy. 07. 10.4172/2161-0487.1000288.
- Pierrehumbert, B., Karmaiola, A., Sieye, A., Miljkovitch, R. y Halfon, O. (1996) Les Modèles de Relations: Développement D'un auto-questionnaire d'attachement pour adultes. Psychiatrie de l'Enfant 1: Pp. 161-206.
- Powell, Cooper, Hoffman & Marvin (2016,2019) La Intervención del Círculo de Seguridad. Editorial Eleftheria.
- Siegel, D. en Gojman-de-Millán, S., Herreman, C. & Sroufe, A. (coords) (2018) La Teoría del Apego. Pp. 187-202. Fondo de Cultura Económica.
- Sroufe, S. en Gojman-de-Millán, S., Herreman, C. & Sroufe, A. (2018) La Teoría del Apego: Investigación e Intervención en Distintos Contextos. Pp. 20-21. México: Fondo de Cultura Económica.
- Wallin, D.J. (2007) El Apego en Psicoterapia. Pp. 36-37. 2ª Edición en Español (2015). Bilbao: Desclée de Brouwer, S.A.
- Winnicott, D.W. en Oliveira, E. (2007) La teoría Winnicottiana de la maduración como guía de la práctica clínica. Winnicott e-prints vol 2(1). Sao Paulo. ISSN 1679-432X
- Zak, Kurzban, R. and Matzner, W.T. (2005) Oxytocin Is Associated with Human Trustworthiness. Hormones and Behavior, 48, 522-527.

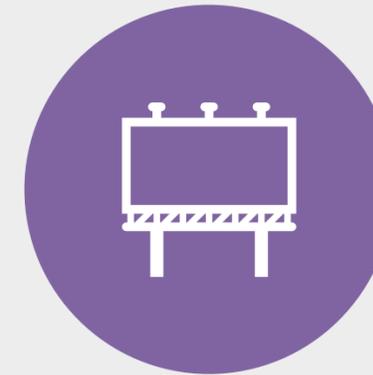
Información Legal



© MIGUEL DE LA VEGA RUIZ. MÁLAGA (2024).
TODOS LOS DERECHOS RESERVADOS. TITULAR DE
LOS DERECHOS: MIGUEL DE LA VEGA RUIZ
25068630X.



TODAS LAS FOTOGRAFÍAS QUE APARECEN EN
ESTE DOCUMENTO TIENEN DERECHOS DE AUTOR,
NO SE PERMITE SU USO POR PERSONAS O
ENTIDADES DIFERENTES AL TITULAR DE LOS
DERECHOS.



MÉTODO DE PSICOTERAPIA TRASPASA ES UNA MARCA
REGISTRADA POR EL TITULAR. EXPEDIENTE M**0453796**

psicologia-migueldelavega.com