



Teoría de apego y regulación afectiva comprendida desde el planteamiento  
experiencial del Focusing:

*Una complementación teórica en el estudio de caso de un proceso de psicoterapia breve.*

**Autores:**

Cristian San Martín Proboste

Victor Riquelme Romero

**Profesora patrocinante:**

Michele Dufey

Santiago de Chile, enero 2021

## **Agradecimientos**

Este estudio fue financiado por el programa U-INICIA Concurso de Reforzamiento de Inserción Productiva de Nuevos Académicos VID 2016; código UI07/16; Universidad de Chile.

*Víctor*

*Quiero agradecer eternamente a mis padres, pilares fundamentales de este proceso. Por su amor incondicional y su respaldo en cada una de las decisiones que he tomado en la vida, gracias por darme seguridad y amor en cada uno de mis pasos.*

*A mi hermano por su alegría, sus abrazos, su ternura y esa fuerza que siempre transmite desde su ser. De igual forma, a mi hermana Kitty por su amor incondicional, gracias por mantenerme cuerdo, aunque no puedas leer esto.*

*Agradezco a cada uno de mis seres queridos y amigos/as, por todas las alegrías entregadas, por los espacios de seguridad, los cariños, el acompañamiento y el amor; por quienes están y quienes han estado, muchas gracias.*

*Finalmente, agradezco a mi compañero Cristian, fue realmente un agrado compartir este proceso contigo, pudimos crear un lindo equipo y acompañarnos en buenos y malos momentos, me siento orgulloso de la memoria que hemos construido juntos.*

*Cristian*

*Agradezco a todas las personas que me ayudaron y/o que me tuvieron paciencia durante este proceso: a mi compa Víctor, gracias por el apañe y disculpame sí me puse pesado a veces; a nuestra profesora guía Michele Dufey, por su guía y su buena onda; a mi hermano Álvaro, por tu preocupación y tus correcciones; a mis amistades y compañerxs que estuvieron ahí para apoyarme y darme ánimo. Mención especial a mis amigxs del diplomado humanista (ILune o.o), y a mis amigas hermosas que hice en la carrera: la Tammy, la Pauli y la Feñita, las quiero mucho. Siento que esto ha valido totalmente la pena, tanto el resultado como todo*

*el aprendizaje adquirido. Con los aprendizajes de estos últimos años, siendo la memoria un elemento importante, me doy cuenta que me gusta la profesión que elegí; quiero seguir desarrollándome y aprendiendo como psicólogo.*

*Finalmente, agradezco a mi papá y mi mamá, Juan y María, por darme apoyo y sostén durante la memoria, la carrera y a lo largo de toda mi vida <3*

## Resumen

El presente estudio buscó caracterizar la regulación afectiva de una consultante con orientación de apego inseguro ansioso en momentos de mayor nivel experiencial en un proceso de Psicoterapia Breve orientada al Focusing (PBoF). Esto se realizó desde una perspectiva que integra aportes de la teoría de regulación afectiva relacionada al apego y del planteamiento experiencial del Focusing. Se usó una metodología de estudio de caso en el cual, a partir de una pauta de observación de regulación emocional, se analizaron momentos del registro audiovisual del proceso de psicoterapia. La pauta de observación utilizada incluye criterios que permiten evaluar y aproximarnos a la regulación afectiva desempeñada por la consultante, con base en las estrategias de apego descritas comúnmente en la bibliografía existente. El análisis de los resultados indica que, si bien se pueden distinguir aspectos que se ajustan a lo descrito sobre la estrategia hiperactivante que se asocia a personas que puntúan alto en ansiedad, la regulación afectiva desplegada por la consultante parece exceder a dicha estrategia, es decir, se observa un funcionamiento más seguro de lo esperado. Esto se aprecia al considerar el grado de contacto y de flexibilidad desenvueltos por la consultante al interactuar con su experiencia y afectividad. Lo anterior resulta acorde a una comprensión del constructo *orientación de apego* como fenómeno flexible que se configura por la confluencia de dimensiones que constituyen el apego.

Palabras clave: teoría de apego, regulación afectiva relacionada al apego, orientación de apego, estrategias de apego, focusing, experiencing

## Abstract

The purpose of the present study was to characterize the affective regulation of a patient with an anxious insecure attachment orientation at times of a higher experiential level in a process of Brief Focusing-Oriented Psychotherapy (abbreviated to PBoF in Spanish). This was done from a perspective that integrates contributions from attachment-related affective regulation and the experiential approach to Focusing. A case study methodology was used in which, based on an observation pattern of emotional regulation, moments of the audiovisual record of the psychotherapy process were analyzed. The observation pattern used includes criteria that allow us to evaluate and approach the affective regulation performed by the patient, based on the attachment strategies commonly described in the existing bibliography. The analysis of the results indicates that, although it is possible to distinguish aspects that conform to what has been described about the hyperactivating strategy associated with people who score high in anxiety, the affective regulation displayed by the patient seems to exceed that strategy, that is, more secure functioning than expected is observed. This is appreciated by considering the degree of contact and flexibility developed by the patient when interacting with her experience and affectivity. The foregoing is in accordance with an understanding of the *attachment orientation* construct as a flexible phenomenon that is configured by the confluence of dimensions that constitute attachment.

Keywords: Attachment theory, attachment-related affective regulation, attachment orientation, attachment strategies, focusing, experiencing

## **Introducción/problematización**

La calidad de las relaciones de apego durante la infancia y etapas tempranas influyen de manera importante en las capacidades de exploración, expresión y flexibilidad en el control emocional (Sroufe, 2000). La relación entre infante y sus cuidadores primarios se constituye como el sistema de comunicación emocional fundamental para desarrollar los mecanismos que permiten, de manera adaptativa, regular estados afectivos propios y sostener relaciones futuras (Garrido-Rojas, 2006). Así, el desarrollo de la moderna teoría de apego ha llevado a que se considere como una teoría, inherentemente, de regulación afectiva (Schore & Schore, 2008; Katehakis, 2016).

Yeo & Fredericks (2011), considerando los planteamientos de autores como Gross y Larsen, entienden la regulación afectiva como cualquier actividad dirigida a mantener, incrementar o disminuir la experiencia y/o expresión de afecto. Los procesos que atañen a la regulación de emociones pueden ser tanto automáticos e inconscientes como conscientes y controlados (Gross & Thompson, 2007)

A partir de las interacciones sostenidas y repetidas en el tiempo con las figuras de apego tempranas se codifican en representaciones y expectativas (internal working models/modelos operativos internos) que disponen a percibir, evaluar y procesar la información socioemocional de cierta manera (Guzmán-González, Carrasco, Figueroa, Trabucco & Vilca, 2016; Schore & Schore, 2008; 2014). Con base en dichos modelos se desarrollan estrategias de regulación afectiva relacionadas al sistema de apego. Estas estrategias constituyen mecanismos para el manejo de estados con el objetivo de mantener un balance emocional básico y una sensación de seguridad en el individuo (Mikulincer & Shaver, 2018; Schore & Schore, 2014). Estas expectativas impactan posteriormente en el establecimiento de otras relaciones de apego y en la interacción con amistades, compañeros/as, familiares, etc., incluyendo la interacción paciente-terapeuta (Saypol & Farber, 2010)

Según la teoría de apego, ante amenazas o estados indeseados el sistema de apego llevará al individuo a generar proximidad física y emocional con sus figuras de apego o a evocar representaciones internalizadas de dichas figuras, siendo esta la *estrategia de apego primaria* (Mikulincer & Shaver, 2018; Schore & Schore, 2014). Si lo anterior no es posible o no resulta exitoso, se activarán *estrategias de apego secundarias* que permitan lidiar —con mayor o menor éxito— con el estado de inseguridad y/o la amenaza percibida (Mikulincer & Shaver, 2018; Schore & Schore, 2014). Así, según la teoría de regulación de afecto es posible relacionar los distintos tipos de apego con estrategias de regulación de afecto y perfiles emocionales (véase por ejemplo Aguilar-Luzón, Calvo-Salguero, Monteoliva, 2012; Consedine, Magai, 2003; Lecannelier, 2002; Mikulincer, Shaver, Pereg, 2003; Ortiz, Gómez-Zapiain, Apodaca, 2002). Estas estrategias se exponen a continuación como son descritas comúnmente en la bibliografía.

La estrategia primaria basada en la seguridad permite flexibilidad para explorar y afrontar a los estados emocionales percibidos, facilitando la expresión y comunicación clara y desenvuelta a los demás, además de favorecer el manejo efectivo de la angustia, potenciar emociones placenteras —alegría, satisfacción, gratitud, etc.— (Mikulincer et al., 2003; Mikulincer & Shaver, 2018). Cassidy (1994) menciona que dicha sensación de seguridad no se basa en la negación de la emoción displacentera, sino en la habilidad para integrarla a la experiencia y/o tolerarla temporalmente. Esto permite adquirir conocimiento y desarrollar habilidades que faciliten superar situaciones de manera adaptativa.

La estrategia secundaria de desactivación/desactivante implica una inhibición o supresión de la atención, pensamientos y emociones relacionados a amenazas como pueden ser la ansiedad, miedo, ira, tristeza, culpa, vergüenza, angustia, y otras emociones que surgen en momentos de vulnerabilidad (Mikulincer, Shaver & Pereg, 2003; Mikulincer & Shaver, 2018). El objetivo de esta estrategia es desactivar el sistema de apego para evitar la frustración y malestar ante la indisponibilidad de figuras de apego (Mikulincer, Shaver & Pereg, 2003). Así, las personas consideradas prototípicamente con apego inseguro evitativo

tienen dificultades para “permitir” que su emoción fluya libremente y que sea plenamente consciente, tendiendo a distanciarse de su experiencia emocional, negar/ignorar necesidades emocionales y evitar estados afectivos negativos (Mikulincer et al., 2003; Mikulincer & Shaver, 2018).

La estrategia secundaria de hiperactivación de la emoción implica la intensificación de emociones displacenteras con la finalidad de provocar atención, apoyo y cuidado por parte de los demás; emociones como ira, celos, tristeza, angustia, miedo, vergüenza, entre otras, enfatizan explícita o implícitamente la vulnerabilidad y necesidad de la persona (Mikulincer et al., 2003; Mikulincer & Shaver, 2018). En general, personas caracterizadas con alto nivel de ansiedad tienden a la desregulación afectiva de todo tipo de emociones, no sólo las consideradas negativas/displacenteras (Brenning & Braet, 2013). Dado que las personas ansiosas tienden a ceñir su experiencia a ciertos aspectos negativos de sus vivencias y emociones, pueden vivir su emocionalidad de forma muy intensa y/o de desbordante. Esto a su vez dificulta su capacidad para explorar y contactarse con otros aspectos de su experiencia.

Mikulincer y Shaver (2018) señalan que, pese a que las reseñas de las estrategias de apego pueden llevar a los lectores a comprender el apego y las estrategias asociadas en términos de categorías o tipos discretos, en realidad consideran que el apego de una persona y la medición de este se ve influida por variados factores.

Como planteó Bowlby (1973), los patrones de apego parecen ser estables desde la infancia hasta la adultez, aunque es posible que cambien y se actualicen. Si bien se suele considerar que predomina un estilo de apego, la expresión de este implica un proceso interaccional de representaciones y/o patrones relacionales en el contexto de una relación en particular (Kobak y Stein et.al, citados en Martines & Santelices, 2005). Como señalaron Stein y otros investigadores (2002), la mayoría de las personas exhiben variaciones respecto a un patrón dominante de apego o presentan cualidades de más de un tipo de apego. Esto es



posible dada existencia de diferentes posibilidades durante el desarrollo (Cassidy, 1999; Mikulincer & Shaver, 2018) y de experiencias significativas relacionadas al apego que pueden impactar en los modelos operativos internos del individuo (Mikulincer & Shaver, 2018).

Sin embargo, al examinar la bibliografía es posible apreciar que los estilos de apego son reseñados habitualmente de forma específica, describiendo el comportamiento de los individuos. Pese a que históricamente —y hasta la actualidad— bastantes investigadores de las diferencias individuales de apego lo han conceptualizado y medido a modo de un rasgo o característica (Fraley, Hudson, Heffernan & Segal, 2015), otros planteamientos indican que el modelo dimensional resulta más adecuado para su estudio (Fraley & Waller, 1998; Fraley et al., 2015; Mikulincer, Shaver & Pereg, 2003). Investigaciones taxométricas, en mediciones de auto reporte, respaldan a la aproximación dimensional como mejor y más apropiada para conceptualizar y medir este constructo (Fraley & Waller, 1998; Fraley et al., 2015) independiente del nivel de especificidad o tipo de relación (Fraley et al., 2015). En esta aproximación, los estilos de apego señalan “regiones” en un espacio representacional constituido por la confluencia de las dimensiones de *Ansiedad* y *Evitación* (Mikulincer, Shaver & Pereg, 2003), las cuales han sido reconocidas y aceptadas ampliamente en el campo de estudio del apego (Yárnoz-Yaben & Comino, 2011). Las escalas de auto-reporte sirven para evaluar la tendencia a hiperactivar o desactivar su sistema de respuesta de apego (Mikulincer & Shaver, 2018), como lo es la Escala de Apego Adulto versión Revisada (Collins, 1996), utilizada en este estudio.

Así, dada la naturaleza de este constructo, una aproximación dimensional puede captar la riqueza y complejidad de las diferencias individuales de apego de una forma que un modelo categorial no puede, ya que este último distorsiona la comprensión de las dinámicas del apego adulto (Fraley et al., 2015). Esto, a su vez, dificulta la consideración de que las personas pueden ser flexibles al momento de regularse y/o comportarse de modo diferente a lo descrito sobre estas estrategias.

Existe evidencia de que personas inseguras pueden ser ayudadas a “funcionar” de manera más segura en contexto psicoterapéuticos, lo que sería un buen indicador de efectividad terapéutica (Mikulincer & Shaver, 2018). Por ejemplo, la formación de un vínculo sólido con él/la terapeuta puede estimular una sensación de seguridad en clientes crónicamente inseguros, e incluso proveer una experiencia emocional correctiva desde cual los clientes pueden explorar y actualizar sus sentimientos, conductas y modelos de apego (Mikulincer & Shaver, 2018). La relación terapéutica se ha conceptualizado como una potencial relación de apego, ya que el terapeuta puede funcionar como una “base segura” desde la cual el paciente pueda explorar y expresar sus pensamientos y sentimientos (Bowlby, 1988; Mikulincer & Shaver, 2007). De manera similar a una figura de apego, el terapeuta puede ser percibido como alguien más sabio o fuerte, que estará disponible y será capaz de calmar —proveer regulación emocional— en momentos de angustia, de aflicción (Romano, Janzen & Fitzpatrick, 2008)

Planteamientos que pueden resultar afines a una perspectiva más flexible sobre los estilos de apego y que exceden a una comprensión categorial, son los realizados por Gendlin desde la psicoterapia experiencial. Como un elemento basal de su enfoque psicoterapéutico, el autor comprende la personalidad como una teoría sobre la manera en que las personas viven, más que de “lo que son” o hacen (Gendlin, 1973). Su teoría del Focusing se constituye no como una teoría de contenido (que contempla la personalidad como una entidad interna y definible) sino como una teoría procesal sobre la experiencia de las personas, que surge y cambia (Ikemi, 2014).

Al respecto Genlin propone el concepto de *Experiencing* que aporta a la comprensión de la experiencia, la personalidad y el cambio (Barceló, 2008). El Experiencing da cuenta de un proceso constante entre lo sentido corporalmente, los sentimientos y los símbolos propios y del entorno (Barceló, 2008; Riveros, 2000). Este proceso se caracteriza por ser corporalmente sentido antes que pensado o verbalizado, ocurrir en permanente interacción con el entorno y ocurrir en el presente inmediato (Alemany, 2006; Barceló, 2008).

A partir de la investigación en psicoterapia, Gendlin y sus colaboradores observaron que aquellos clientes con mayores avances en sus psicoterapias tenían ciertas particularidades al expresar sus vivencias; un hablar más tentativo y chequeando lo expresado con su sentir interno (López, 2018). En 1969, Gendlin y otros investigadores elaboran la Escala Experiencial (Klein, Mathieu, Gendlin & Kiesler, 1969), un sistema de medición del experiencing del cliente que consta niveles con el fin de predecir resultados de la terapia (Krycka & Ikemi, 2016), siendo los niveles experienciales más altos los que se relacionan con un mayor contacto emocional y mayor éxito en terapia (Alemany, 2006; Riveros, 2000). Como se describe en la escala, a mayores niveles experienciales los clientes manifiestan en mayor medida una presentación clara, integrada y con propósito de sus sentimientos desde una perspectiva personal (Klein, et al., 1969), respecto de sí mismo y sobre las situaciones vividas.

La relación entre el resultado exitoso de la terapia y un mayor nivel experiencial se ha visto en investigaciones posteriores. Hendricks (2002) realizó una amplia revisión, encontrando correlaciones significativas entre las dos variables antes mencionadas en una variedad de orientaciones terapéuticas y diferentes problemas de los consultantes.

Así, desde la teoría del Experiencing, Gendlin desarrolla el Focusing como herramienta para ayudar a los consultantes a interactuar con sus emociones, sensaciones y cogniciones (López, 2018), y desde allí se posibilita la integración de las diferentes facetas de la experiencia. En la práctica del Focusing se enfatiza una actitud de aceptación frente a lo que nace en este proceso, lo que ayuda a acoger lo que surge en terapia y a disminuir la intensidad de sentimientos desagradables (Alemany, 2011). Además se procura hacer un seguimiento momento a momento de la experiencia del cliente, de modo que el terapeuta pueda sintonizar con su estado emocional (Letich & Brenner, 2014) y así adoptar una actitud que favorezca su proceso experiencial .

Un aporte desde el marco del Focusing que puede enriquecer la teoría de regulación del afecto es la propuesta de Leijssen (1998), que ofrece una mirada respecto a las condiciones que facilitan la exploración de la experiencia sentida. Plantea el concepto de la *Distancia Adecuada* (Leijssen, 1998), que supone el poder contactar con la experiencia sin verse abrumado por ella. Al respecto distingue tres tipos de distancias en relación a la experiencia muy bien ejemplificadas donde encontramos el *estar demasiado* lejos de la experiencia, el estar demasiado cerca y el punto medio u óptimo para una mejor auto—exploración (Leijssen 1998). Estas distancias serán detalladas más adelante.

Si bien Leijssen no plantea la Distancia Adecuada desde el marco de la regulación de afecto, parece compartir aspectos con las estrategias de regulación descritas. Ambos constructos involucran habilidades para la regulación afectiva, tales como: identificar y poder nombrar las emociones; tolerarlas temporalmente; establecer una distancia para trabajo con estas (Greenberg, Elliot, Pos, 2015), es decir, disponerse a regularlas en un acto volitivo, etc.

Debido a lo anterior, en el presente estudio se propone cierta concordancia entre *distancias* y *estrategias*, la cual no busca ser categórica sino referencial. Una estrategia hiperactivante sugiere el posicionamiento desde una distancia demasiado cercana a la experiencia. La estrategia evitativa desde una distancia lejana y la estrategia segura desde una distancia adecuada —ni muy cerca ni muy lejos— respecto a la experiencia.

Compatibilizar la teoría de regulación del afecto con un enfoque experiencial permite enriquecer la comprensión de la regulación de la experiencia afectiva como fenómeno complejo que puede desenvolverse de diferentes maneras, ampliando las posibilidades de ser y hacer de los individuos. En el presente estudio se consideran aspectos de ambas perspectivas, empleando como base las estrategias planteadas en la teoría de regulación del afecto y comprendiéndolas como un posible repertorio de comportamiento. Las estrategias asociadas a los estilos de apego tienen la ventaja de poseer un vasto sustento teórico, constituyéndose así como un buen marco de referencia. Aun así, se contempla la posibilidad

de encontrar formas de contacto afectivo menos definidas, que no se adecuen a las descripciones existentes y/o que impliquen características de más de alguna de estas. Por esto, en este estudio se utilizará el término *orientación de apego* para referirnos a una tendencia de comportamiento dentro de una amplia variedad de posibilidades

A partir de los antecedentes y planteamientos mencionados, en el presente estudio se propone examinar los momentos de mayor nivel experiencial alcanzados por una consultante descrita con apego inseguro-ansioso, que por definición implican una capacidad ascendente para contactar e integrar la propia experiencia afectiva. Resulta interesante observar este escenario ya que según lo reseñado sobre la estrategia hiperactivante, actuar desde esta puede incluso limitar o focalizar el contacto a ciertos aspectos de la experiencia y afectos.

Así, surge como objetivo de investigación: Caracterizar la regulación emocional de una consultante con orientación de apego inseguro ansioso en momentos de mayor nivel experiencial en un proceso de psicoterapia breve orientado al Focusing (PBoF).

Para lograr esto, se presentan los siguientes objetivos específicos:

A) Identificar momentos de expresión emocional (MEE) durante los periodos de mayor nivel experiencial en terapia.

B) Describir las siguientes dimensiones de la regulación emocional evidenciadas durante los momentos de mayor expresión emocional: las temáticas surgidas, la cualidad de lo sentido por la consultante y el modo de contactar con la experiencia afectiva

C) Relacionar las dimensiones de la regulación emocional descritas en el objetivo B con la orientación de apego de la consultante y la estrategia correspondiente (hiperactivante).

Este estudio busca aportar a la complementación de la teoría apego y de la regulación afectiva asociada a esta con planteamientos experienciales del Focusing. Si bien existe

bibliografía en la que se relacionan estos campos de estudio y que trata sobre cómo aplicar esas elaboraciones a la práctica terapéutica, esta es reducida. Un aporte que involucra ambos marcos teóricos es el de Letich y Brenner (2014), quienes señalan que para un terapeuta orientado al Focusing resulta invaluable comprender las dinámicas emocionales de apego. Esto debido a que permite una mayor comprensión del comportamiento de la persona al considerar su historia relacional y las heridas asociadas puedan afectarle.

## **Marco Metodológico**

### **Diseño**

Se utilizó un diseño de caso único, que permite profundizar y comprender un fenómeno desde un contexto particular, sin la pretensión de generalizar resultados (Starman, 2013). A través de este diseño, pudimos abarcar el proceso de terapia desde la identificación de los momentos de expresión emocional (MEE), examinarlos en detalle y enriquecer la comprensión de la regulación emocional con base en las estrategias de apego descritas, aunque no limitada a estas.

El estudio de caso único también nos permite comparar observaciones en contexto con observaciones teóricas (Stiles. 2005), de esta forma se posibilita la caracterización de la regulación emocional a partir de lo visto durante la psicoterapia.

### **Participantes**

Consultante: Mujer entre 18 y 22 años de edad, soltera, sin hijos, cursa estudios superiores, con experiencia previa en psicoterapia. No presenta diagnóstico psicopatológico ni tratamiento psiquiátrico.

Terapeuta: Psicóloga clínica de 31 años con cuatro años de experiencia clínica como psicoterapeuta. Cuenta con formación de postítulo en la línea humanista existencial y Terapia orientada al Focusing.

### **Tratamiento**

El presente estudio examina un proceso de psicoterapia llevado a cabo en el centro de atención psicológica de una universidad chilena. Dicho proceso se enmarcó en la modalidad de Psicoterapia Breve orientada al Focusing (PBoF) con extensión de 8 sesiones de 50 minutos de duración promedio. La PBoF integra la herramienta del Focusing desarrollada por Gendlin, que facilita ampliar y profundizar el contacto de la persona con su Experiencing (Alemany, 2011). El Focusing se puede realizar de modo estructurado, mediante el empleo de sus pasos, o recurriendo a alguno de sus elementos de manera flexible durante el curso de la psicoterapia (López, 2018). En este sentido, en la terapia orientada al Focusing no necesariamente se utiliza esta herramienta tal como está descrita por Gendlin —con sus seis pasos y una estructura clara—, sino que se flexibiliza según el terapeuta lo considere necesario. López (2018) menciona que es una herramienta que se integra según lo requiera el proceso.

### **Instrumentos**

**Escala de Apego Adulto Revisada AASR de Collins (1996):** El instrumento se encuentra validado en Chile por Fernández y Dufey (2015), mostrando una confiabilidad de .73 en la escala de *cercanía*, .80 en la escala de *dependencia* y .87 en *ansiedad* de acuerdo al alfa de cronbach. La escala de apego utiliza el auto-reporte para evaluar distintas dimensiones continuas de apego adulto a través de subescalas. Estas subescalas son: Ansiedad, que evalúa la preocupación ante la posibilidad de ser abandonado y/o no ser amado; Cercanía, que evalúa la comodidad con la cercanía e intimidad; y Dependencia, que evalúa la sensación de poder contar con otros y que estos estarán disponibles en momentos de necesidad. Estas dos últimas subescalas componen la dimensión de Evitación. La escala

cuenta con 18 ítems en total, correspondiendo 6 ítems a cada dimensión, las cuales se puntúan del 1 al 5, siendo 1 “Para nada característico de mí” y 5 “Muy característico de mí”. Según los puntajes obtenidos en las escalas se puede perfilar si el apego de la persona se orienta a un apego seguro, ansioso o evitativo.

En el contexto chileno, las personas catalogadas con apego ansioso obtuvieron altos puntajes en las subescalas de Ansiedad y Cercanía, con puntajes bajos en la escala de Dependencia.

A continuación, se presenta una tabla con los puntajes de la consultante obtenidos en la Escala de Apego Adulto Revisada AASR de Collins:

Tabla 1

*Puntajes de la consultante en relación a la muestra total media (N=26), desviación estándar y rango de la muestra*

Dimensiones AASR	Consultante	Muestra total Media (DE)	Rango muestra
Ansiedad	26	17,06 (6,69)	6-28
Dependencia	10	19,54 (4,91)	10-30
Cercanía	19	21,23 (4,46)	14-29



De acuerdo a la Tabla 1, la consultante obtuvo puntajes muy altos en la dimensión de ansiedad en relación a la media y el rango del grupo evaluado —casi el puntaje máximo—. Por el contrario, se puede apreciar que en dependencia obtuvo el menor puntaje de la muestra y muy por debajo de la media, mientras que en cercanía alcanzó puntajes cercanos a la media.

Según los puntajes obtenidos por la consultante —principalmente por los puntajes altos en ansiedad y cercanos a la media en cercanía—, es posible describirla como una persona con orientación de apego más próximo a inseguro-ansioso. Sin embargo, no es un puntaje típico de un apego ansioso, esto ya que vemos una puntuación muy baja en dependencia en relación a la media del grupo.

**Escala Experiencial:** Se aplicó la Escala Experiencial de Gendlin y sus colaboradores (Klein et al., 1969), que evalúa la profundidad del proceso experiencial, lo que corresponde al grado de contacto interno con el flujo experiencial respecto a un momento. La escala distingue siete niveles de profundidad experiencial, mediante el análisis de la comunicación verbal y la no-verbal manifestada. El nivel 1 —el nivel experiencial más bajo— implica una forma impersonal, superficial, abstracta e intelectual de referirse a la propia experiencia. El nivel experiencial 7, el mayor, indica una exploración proactiva del sentir actual —sentimientos, afectos, sensaciones— con un surgimiento fluido y espontáneo de nuevos significados personales.

Las sesiones de psicoterapia fueron evaluadas por jueces pertenecientes a la investigación a la que este estudio adscribe. Cada sesión de terapia se dividió en cinco segmentos de nueve minutos, los cuales fueron evaluados de forma independiente por los jueces que asignaron un nivel experiencial promedio a cada segmento. En el caso de que existiese un nivel de diferencia entre las asignaciones de los jueces respecto a un segmento, estos fueron promediados. De existir dos o más niveles de diferencia, los jueces tuvieron que dirimir y determinar en conjunto un nivel experiencial para dicha sección.

**Pauta de observación de regulación afectiva:** La elaboración de este instrumento surge desde la necesidad en este estudio de poder recoger información relacionada a las estrategias de regulación emocional mediante observaciones del material audiovisual. Esto debido a encontrar un escenario donde la evaluación del apego adulto se realiza mediante cuestionarios de auto reporte y entrevistas. Esta pauta de observación es un intento para poder evaluar las estrategias de regulación emocional desde observaciones comportamentales en terapia.

Para esto, se utilizaron tres criterios de análisis respecto a la forma y el contenido de lo que expresa la persona en torno a un momento determinado de la sesión de terapia. Estos criterios permiten analizar lo mencionado por la consultante, los cuales son: la temática abordada, la cualidad de lo sentido y el modo de contactar con lo sentido —este último involucra tres subcriterios—. Estos criterios son descritos a continuación:

*Temática abordada:* refiere al contenido, al núcleo temático de lo conversado en dicho momento de terapia. Este criterio ofrece un marco comprensivo de contexto para la expresión emocional de la consultante, constituyendo una primera aproximación que permita examinar la manera en que la consultante se regula afectivamente. Algunos contenidos temáticos pueden ser, por ejemplo: *Quiebre de relación amorosa; Discusión con algún familiar; Realización de un trabajo para la universidad.*

*Cualidad de lo sentido:* Refiere a lo expresado por la consultante respecto a su experiencia afectiva, considerando tanto lo que declara verbal y explícitamente como lo que manifiesta de forma no verbal mediante su actitud, tono de voz, forma de hablar, postura, mirada, etc. Se incluyeron descripciones sobre las cualidades del sentir emocional y/o sensaciones corporales.

Al igual que la *temática abordada*, este criterio resulta poco esclarecedor por sí mismo. Sin embargo, ofrece un segundo piso de aproximación hacia la caracterización de la regulación emocional de la consultante en terapia. Si bien se han asociado emociones con

alguna de las estrategias de apego —por ejemplo, estrategia hiperactivante con emociones como la ira, celos, tristeza, angustia, miedo, vergüenza, entre otras (Mikulincer et al., 2003; Mikulincer & Shaver, 2018)—, esto solo implica una tendencia; las emociones trascienden la orientación de apego de las personas.

Así, este criterio permite constatar que siente la persona respecto a lo que está hablando, posibilitando una caracterización de su estado afectivo y de la manera en que la consultante se contacta con su afectividad. Un ejemplo de cualidad de lo sentido pueden ser: *“Menciona sentir pena y una fuerte presión en el pecho; se aprecia al borde del llanto al hablar de aquello que siente”*.

*Modo de contactar con lo sentido:* Este criterio ofrece el último piso para poder caracterizar la regulación emocional de la consultante en terapia, ya que nos indica la forma en que la persona aborda y se relaciona con su experiencia afectiva. El modo de contactar con lo sentido adquiere relevancia debido a la variabilidad en la forma de explorar y afrontar las emociones descritas en las distintas estrategias de regulación emocional. Por ejemplo, la estrategia basada en la seguridad constituye como la más flexible ante los distintos estados emocionales, ya que permite afrontar emociones displacenteras, tolerarlas temporalmente e integrarlas a la experiencia (Mikulincer et al., 2003; Mikulincer & Shaver, 2018; Cassidy 1994).

Este criterio se evaluó mediante tres subcriterios, dos de los cuales están referidos a la *exploración afectiva*, entendida en el presente trabajo como la capacidad —de la consultante— para describir/explayarse y tolerar su experiencia respecto a: lo que declara sentir o haber sentido sobre alguna situación; lo que siente al hablar sobre eso en sesión; significados personales y novedosos, en relación a su sentir, sobre ese tema. Mientras que el último subcriterio (DRE), ofrece una síntesis del contacto emocional establecido por la consultante —y las variaciones de éste— respecto a lo que está hablando en el transcurso del momento analizado.

Subcriterios del *modo de contactar con lo sentido*:

A) Modo de Exploración:

A1) Exploración espontánea: La exploración inicia y se desarrolla principalmente de modo espontáneo por la consultante.

A2) Exploración guiada: La exploración inicia y se desarrolla principalmente por sugerencias o indicaciones de la terapeuta.

A3) Ausencia de exploración: no profundiza en la experiencia sentida.

B) Tolerancia para sostener la exploración:

B1) Tolera la exploración: Se desarrolla una exploración sostenida en la experiencia emocional, en la que hay continuidad. La consultante logra mantener, aunque sea momentáneamente, la exploración de lo que siente y puede profundizar en sus afectos. Se aprecia continuidad en el proceso, pese a que puedan ocurrir interrupciones o dificultades momentáneas.

B2) No tolera la exploración que inició: Se aprecia una interrupción abrupta, un quiebre durante la exploración y/o profundización de lo sentido, sin retomar dicho proceso. Esto puede ocurrir, por ejemplo, porque la paciente se aprecia muy desbordada o porque cambia de tema, interrumpiendo la exploración de lo que siente.

B3) Ausencia de exploración: No es posible profundizar en un tema y lo sentido respecto a este. Algunas posibilidades del actuar de la consultante son: declara no querer conversar respecto a un tema; manifiesta no estar disponible para hacerlo; se cambia de tema antes de poder abordarlo; o simplemente no lo hace. En este criterio, claramente no hay tolerancia a la exploración, ya que no se alcanza iniciar ésta.

C) Distancia respecto a la experiencia — DRE. Basado en Leijssen (1998):

En este criterio de análisis no se asoció de forma unívoca una DRE a cada momento analizado, sino que se registraron las variaciones de distancia (acercarse, alejarse) durante los MME. Los puntos a continuación representan los parámetros de distancia entre los cuales ocurre el cambio de distancia, según lo manifestado por la consultante:

C1) Demasiado lejos de la experiencia: Si bien se aprecia cierto contacto emocional, este es leve: o bien duda de sus sentimientos; necesita un tiempo muy largo para contactar una emoción; pierde ese contacto muy fácilmente; se concentra en procesos intelectuales por sobre lo sentido; o bien, se evitan temas significativos.

C2) Distancia adecuada/de trabajo: la consultante logra contactar con su experiencia afectiva sin verse abrumada por ella.

C3) Demasiado cerca de la experiencia: la consultante experimenta demasiado intensa su emocionalidad, por lo que muestra aversión hacia lo que se experimenta, o bien manifiesta ansiedad, tensión y/o se siente inundada por emoción.

Los posibles cambios de distancia son:

(C1→ C2): acercarse a la experiencia                      (C2→ C1): alejarse de la experiencia

(C1→ C3): acercarse a la experiencia                      (C3→ C1): alejarse de la experiencia

(C2→ C3): acercarse a la experiencia                      (C3→ C2): alejarse de la experiencia

### **Procedimiento**

Este estudio se enmarca en una investigación más amplia de psicoterapia breve orientada al Focusing llevada cabo en una universidad chilena, siendo aprobada por el comité de ética de la institución.

Las participantes del proceso de psicoterapia fueron seleccionadas en una etapa previa de la investigación en que se invitó a mujeres interesadas a responder distintas escalas

de interés para la investigación. De interés para este estudio, respondieron la escala AASR validada en Chile. Previo al inicio de la Psicoterapia a la participante se le explicó el objetivo del estudio y las implicancias de su participación, para lo cual otorgó un consentimiento informado.

Luego de obtener los resultados y aplicar los criterios de selección para la investigación, se citó a las candidatas a una entrevista individual para evaluar la adecuación de la terapia a sus necesidades e informarles acerca del procedimiento del proceso terapéutico. Se realizó un registro audiovisual de las sesiones mediante una cámara ubicada en algún lugar discreto de la sala que enfocó solamente a la consultante.

La PBoF tuvo una extensión de ocho sesiones y duración de 50 minutos en promedio por sesión. Las primeras seis sesiones tuvieron una frecuencia semanal y las últimas dos sesiones se realizaron cada dos semanas.

### **Plan de Análisis**

Las sesiones fueron transcritas para facilitar el posterior análisis y tener un primer acercamiento al material audiovisual. De cada segmento —de nueve minutos— en que la consultante alcanzó el mayor nivel experiencial por sesión, se seleccionó un *momento de expresión emocional* (MEE), es decir, que involucre comportamientos verbales y no verbales observables, que comuniquen o simbolicen experiencia emocional (Kennedy-Moore & Watson, 2001).

En el caso de existir dos o más segmentos de mayor nivel experiencial por sesión se optó por elegir solo un MEE entre estos, el más explícito para los investigadores. Los MEE analizados tuvieron una duración de dos a tres minutos.

La selección y el análisis de los MEE se realizó en conjunto por los investigadores. Para el análisis, se aplicó la pauta de observación de regulación emocional a cada momento seleccionado, mediante el examen del material audiovisual y de la transcripción de las

sesiones. Para cada criterio se llegó a un consenso luego de ser discutido por los investigadores.

## Resultados

A continuación, se presenta una tabla resumen de los resultados obtenidos a partir de los criterios de análisis propuestos. Seguido a la tabla de resultados, se presentan dos tablas de significados para facilitar la comprensión y lectura de los puntajes obtenidos, una para los subcriterios (A,B,C), y otra con el significado de los niveles experienciales. Finalmente, se exponen de forma descriptiva los MEE analizados en cada sesión.

Tabla 2: Resultados obtenidos según criterios propuestos

Sesión	Nivel Experiencial (NE)	Temática de lo expresado	Cualidad de lo sentido	Modo de explorar	Tolerancia exploración	Distancia respecto a la experiencia (DRE)
1	4	Poco apoyo de compañeras al dejar la universidad.	Soledad, pena, decepción.	A2	B1	C1→C3→C2
2	3.5	Ser condescendiente, evitar conflictos y aplazar sus deseos.	Disgusto, dolor en el pecho y rabia (voz quebrada).	A2	B1	C2
3	5	Miedo a la soledad.	Pena, miedo abrumador.	A2	B1	C2

4	5	Integrar su faceta emocional con la racional.	Calmada, segura.	A1	B1	C2
5	4	Autonomía frente a los padres y miedo a la soledad.	Molestia.	A3	B3	C1
6	4	Cambios en su comportamiento con amigos.	satisfacción, sorpresa y agrado.	A2	B1	C2→C1→C2
7	4	Sentirse poco considerada por familiares.	Ansiedad, tensión.	A3	B3	C1
8	4	Preferencia de sus padres hacia su hermano mayor.	Dolor, molestia, pena (llanto). Rabia	A1	B1	C3→≈C2

Tabla 3:

*Resumen de subcriterios: Modo de exploración (A), Tolerancia (B) y Distancia respecto a la experiencia (C)*

Criterios	1	2	3
-----------	---	---	---



<b>A</b>	Exploración espontánea	Exploración guiada	Ausencia de exploración
<b>B</b>	Tolera la exploración	No tolera la exploración que inició	Ausencia de exploración
<b>C</b>	Demasiado lejos de la experiencia	Distancia adecuada/de trabajo	Demasiado cerca de la experiencia

Tabla 4:

*Resumen de significados en los niveles experienciales obtenidos por la consultante*

Nivel	Contenido	Forma
3	La utilización y expresión de emociones se realiza tangencialmente, a modo de paréntesis en la narración. Aun así, los sentimientos personales todavía están: (a) completamente atados a las situaciones en las que aparecen. (b) Sin elaborar en términos de significado personal más profundo o significación.	Implicación personal más allá del contenido específico, pero sin conseguir significados más profundos.
4	Se da de distintas formas: Expresión fluida de muchos sentimientos; expresión de un solo sentimiento, en el que el cliente se toma su tiempo para elaborarlo en términos de significado de autoimagen; expresión o comunicación de que el sentimiento existe, pero se necesita ayuda para expresarlo mejor.	La persona comunica lo que es ella misma.
5	Exploración de: (a) una sola situación relevante a la autoimagen, que a su vez implica muchos sentimientos y consecuentes relaciones, o también la descripción de un área de sentimientos con el significado personal consecuente; (b) examen y exploración de varias situaciones y sus puntos en común.	Definición del problema en términos de sentimientos, e intento de exploración de estos.

Fuente: (Klein, Mathieu, Gendlin & Kiesler, en Alemany, 1997)

A continuación, se muestran los criterios por sesión de una manera orgánica para así facilitar su comprensión:

### **Sesión 1, NE 4:**

Durante el MEE elegido de la sesión 1, lo conversado gira en torno al momento en que la consultante comunica a sus ex compañeras de universidad que se retirará de la carrera ya que se dio cuenta que no le gustaba y que no lo estaba pasando bien. Comenta que no la apoyaron y que criticaron su decisión, lo cual le hizo sentirse apenada y decepcionada ya que esperaba apoyo por parte de estas personas a quienes consideraba sus amigas. Declara que debido a lo anterior se sintió bastante sola durante ese periodo.

La profundización sobre el sentir de la consultante se fomentó por las preguntas e intervenciones de la terapeuta (A2). Rápidamente, a propósito de una pregunta de la terapeuta sobre su sentir, la consultante se mostró desbordada emocionalmente (C3). Al recordar la situación mencionada la consultante se aprecia afectada/emocionada, al borde del llanto e incluso declara "...y eso que no quería llorar". Es a partir de la invitación de la terapeuta a poder "dejar fluir y salir sus emociones", afirmando que están en un espacio seguro y respetuoso para poder hacerlo, que la consultante puede expresarse respecto a lo sintió en el momento y explayarse sobre lo que siente actualmente al hablar de eso (C3→C2). Así, la consultante pudo posicionarse a una distancia adecuada respecto a su experiencia, logrando sostener momentáneamente la exploración sobre su propio sentir (B1).

### **Sesión 2, NE 3,5.**

En esta sesión la consultante explora en sus relaciones interpersonales en general, mencionando que se siente muy condescendiente ante los demás, esto para evitar discusiones y conflictos. Lo anterior la ha llevado a adaptar muchas veces su postura en pos de otros y a aplazar sus propios deseos o necesidades. Así, en este MEE se profundiza en qué es lo que siente respecto al ser condescendiente.

La exploración es principalmente guiada por la terapeuta (A2) mediante reflejos y preguntas que apuntan a su sentir físico ("*¿Qué te pasa con esa palabra?*", "*Al escucharla*

por ejemplo, *¿se te aprieta la guata?*, *¿cómo es ese dolor?*, *¿por dentro o por fuera?*), a lo que la consultante va respondiendo de forma calmada —aunque por momentos con la voz levemente quebrada—. Logra sostener una exploración de su afectividad desde una distancia adecuada (B1, C2) y menciona sentir incomodidad y rabia que se manifiesta en un dolor en el pecho *“como que me oprime (...) es como una contracción de todo”* en relación al disgusto que le produce el describirse como una persona condescendiente.

### **Sesión 3, NE 5:**

El MEE elegido para esta sesión se enmarca en un momento de Focusing propiciado por la terapeuta. Esta última le pidió a la consultante que resonara con una palabra previamente surgida, es decir, que se de un momento para identificar lo que le surge respecto a esta.

A partir de lo anterior, y mediante preguntas de la terapeuta, la consultante logra precisar un sentimiento surgido en esa focalización: miedo a la soledad, a quedarse sola sin amistades ni apoyo.

Así, la temática abordada y profundizada en ese momento corresponde, en sí misma, a una experiencia emocional. Respondiendo a preguntas de la terapeuta sobre ese sentir, la consultante refiere sentirse abrumada y apenada por ese miedo, que no le gusta sentirse así y que eso le produce frustración. La consultante se explaya sobre este miedo, especificándolo y relacionándolo con aspectos de su persona y con su proyecto vital.

Si bien por momentos se aprecia evidentemente apenada y afectada, logra explorar su sentir sin mayor interrupción (B1) y mantenerse a una distancia adecuada de su experiencia (C2), lo cual fue facilitado y guiado por las intervenciones de la terapeuta (A2).

### **Sesión 4, NE 5.**

Durante el MEE de esta sesión, la consultante menciona que desea integrar su “parte emocional” con su “parte racional”, esto a partir una conversación con un amigo donde se dio cuenta que debía validar sus emociones en vez de evitarlas.

La consultante es capaz de explorar lo que está sintiendo desde una distancia segura y sin una mayor guía de la terapeuta más que algunos reflejos (A1, C2). Menciona que durante la mayor parte de su vida ha actuado desde una postura racional —ver todo desde un punto de vista analítico, evitando las emociones— o, por el contrario, desde una emocionalidad extrema—emociones desbordadas—. Declara sentir que ahora estos dos polos han podido convivir de forma más integrada, se aprecia segura y menciona estar conforme con los cambios que ha visto en sí misma.

#### **Sesión 5, NE 4:**

La consultante comenta una situación en que sintió que sus padres impusieron su voluntad por sobre su autonomía, lo que ella tuvo que acatar. Al referirse a esto, la consultante se aprecia evidentemente molesta, lo cual se denota en la expresión de su rostro (ceño fruncido) y en su tono de voz: «Pero cuando yo les digo “déjenme hacerlo sola” o “yo lo hago sola” (...), pienso “tengo veintiún años” (al mencionar su edad se le quiebra brevemente la voz, sin parecer apenada), no es que sea chica y que necesite que hagan todo por mí (...)»». Sin embargo, no explicita su sentir ni profundiza al respecto.

Luego, a partir de lo anterior, la consultante declara que existe un miedo inculcado en las mujeres de su familia a estar o quedarse solas, sin relaciones de amistad o de pareja («hay como un patrón dentro de la familia, que es el miedo a estar sola. Y siempre nos han hecho pensar que estar sola es algo malo (...), siempre teníamos esa sensación de que nos íbamos a quedar solas»). A juicio de los investigadores, este segundo tema surge de manera tangencial, relacionándose vagamente con la situación previamente comentada. Refiere que ese sentimiento, compartido por las mujeres de su familia, en su caso particular lo siente respecto a no tener amistades. Incluso afirma que no le importaría no tener pareja: «En mi

caso se enfocó en amigos, en estar sola y no tener amigos. En el caso de mi prima es a no tener una pareja. A mí en verdad, si voy a estar sola, me da exactamente lo mismo si no tengo pareja, mejor para mí (se ríe brevemente). Como que no es algo que me moleste esa situación»; “(...) Me molesta el hecho de no tener compañía como amistad”.

En este momento, la terapeuta se limita a asentir a lo comunicado por la consultante, por lo que su intervención en la conversación es acotada. En general, el discurso de la consultante parece preexistente y por momento tajante —“(...) *me da exactamente lo mismo, si no tengo pareja mejor para mí (...)*”—. Habla rápido, sin pausas. Lo anterior denota un posicionamiento lejano respecto a su experiencia afectiva (C1). No es posible observar una exploración o profundización en su experiencia afectiva (A3, B3).

#### **Sesión 6, NE 4.**

En esta sesión, la consultante examina el cambio que ha experimentado respecto a cómo se desenvuelve en sus relaciones de amistad. Dice mostrarse más auténtica frente a sus amigos y que ha dejado de adaptarse siempre a las necesidades y deseos de los demás. En el MEE analizado, la consultante declaró sentirse contenta y sorprendida ante su nuevo escenario interpersonal “*estoy contenta de donde estoy y lo que he hecho*”, “*estoy muy contenta de que en verdad ha habido un cambio en mí*”.

Si bien la consultante en un comienzo se expresa sin mayores intervenciones de la terapeuta, es esta última quien luego promueve la exploración sobre su experiencia sentida (A2). De igual forma, se observa que el MEE en un comienzo gira en torno a cómo se siente la consultante con el cambio percibido (C2). Sin embargo, luego se percibe un distanciamiento respecto a lo hablado, cambiando el tema a la conversación que tuvo con una amiga (C2→C1). Ante esto, la terapeuta es capaz de guiarla mediante preguntas (“¿cómo se siente eso...?, ¿cómo te hace sentir...?”) para que la consultante vuelva a retomar lo que se estaba conversando antes (C1→C2). A pesar de desviar su atención durante un breve momento, la

consultante es capaz de retomar el tema y tolerar su experiencia, manifestando lo sentido de forma clara (B1).

#### **Sesión 7, NE4**

Este MEE surge a partir del relato de la consultante sobre una reunión familiar a la cual asistió con su familia nuclear. Comenta que durante esta percibió que parte de su familia hizo distinción entre ella y uno de sus primos, sintiéndose poco valorada en comparación con él. Respecto a lo anterior, la consultante afirma que en su familia se suelen hacer distinciones entre ellos, prestando más atención a ciertos integrantes por sobre otros. Declara sentir que algunos familiares, pertenecientes a su familia extendida, no suelen interesarse por ella y sus actividades; le preguntan poco al respecto y cuando lo hacen es por cortesía, no por real preocupación.

Al inicio del momento observado parece molesta por la situación comentada: luce tensa y seria. Menciona que, en general, esa actitud de parte de sus familiares le produce ansiedad y que su respuesta habitual ante eso es comer más y, principalmente, distraerse de lo que produce ansiedad; se desconecta de su teléfono, de redes sociales y evita el contacto social con los/las demás.

Pese a lo anterior, se considera que durante este MEE no puede apreciarse una exploración sobre su experiencia afectiva (A3) ya que la consultante se limita a mencionar una respuesta genérica ante esa situación; no se refiere al momento de su relato inicial ni a su sentir actual al hablar sobre eso. Si bien la terapeuta mediante sus preguntas propició profundizar en dicha ansiedad, la consultante no profundizó en la afectividad que le provoca dicha experiencia. Luego de eso cambió radicalmente de tema (B3). Así, en este MEE se estableció que existe una distancia alejada (C3) respecto a la experiencia: la consultante habla rápido y no parece detenerse a considerar su sentir sobre lo que está comentando, denotando un contacto leve con su afectividad.

## Sesión 8, NE 4.

Durante este MEE, se habla sobre las diferencias que hacen los padres de la consultante entre ella y su hermano, esto a raíz de una situación donde la madre no la quiso acompañar al médico (mientras que a él sí lo acompaña).

Es la consultante quien introduce el tema al relatar la situación mencionada, demostrando desde un comienzo que es una situación que le afecta (habla con voz temblorosa, parece acongojada). Así, desde un comienzo la consultante parece emocionada (C3). Aun así, es capaz de explorar su experiencia de manera espontánea. La terapeuta mantiene una actitud de escucha, limitándose a responder con reflejos simples o con gestos de que está escuchando (A1).

En un momento la consultante menciona que esa diferencia de trato entre ella y su hermano le produce malestar (“obviamente noto esas cosas, son cosas que me molestan, que me duelen y me molestan”). Ante eso la terapeuta hace un reflejo: “sobre todo que te duelen (...)”. Inmediatamente la consultante expresa frustración ante la actitud de sus padres (“¿por qué yo tengo que hacer que no me afecte si me da pena?, ¿por qué ellos no pueden cambiar?”; al decir esto se aprecia notoriamente emocionada: llora, agita sus manos y luego las empuña durante un instante). Contactar con eso la inunda afectivamente, ante lo cual la terapeuta interviene haciendo una reflexión acerca del tema, tomando la palabra momentáneamente y comentando su apreciación sobre la situación. Esto parece mitigar la intensidad afectiva manifestada por la consultante. Luego de esta intervención de la terapeuta la consultante retoma el relato de lo que estaba comentando y es capaz de seguir explorando su sentir al respecto, aproximándose a una *distancia adecuada* respecto a su experiencia ( $\approx$ C2), denotando aún que es un tema que le cuesta sostener. Si bien se apreció una interrupción durante la exploración, esta fue momentánea e intencionada por la terapeuta. Esto parece haber ayudado a la consultante a regularse y así poder sobrellevar la intensidad

afectiva sentida en ese momento, logrando continuar con la exploración de su experiencia (B1).

Si bien dicha intervención de la terapeuta podría señalar una *exploración guiada*, la consultante se limita a guardar silencio y escuchar su comentario, para luego retomar la palabra sin necesidad de preguntas directas de parte de la terapeuta.

## **Discusión**

De acuerdo a las *temáticas abordadas* y a la *cualidad de lo sentido*, es posible apreciar que lo manifestado por la consultante se aproxima a lo reseñado sobre la estrategia hiperactivante. Las temáticas abordadas aluden, en la mayoría los MEE, a sus relaciones interpersonales significativas, predominando una exacerbada preocupación y una afectividad negativa respecto a situaciones que estas conllevan (reflejada en el puntaje elevado obtenido en la Escala de Ansiedad de la AASR de Collins). De igual modo ocurre con la duda y temor que expresa sobre si se quedará sola, es decir, si podrá o no contar con otras personas (lo que se ajusta al bajo puntaje que obtuvo Escala de Dependencia), principalmente aludiendo a relaciones de amistad. Durante los MEE declara lo importante que es para ella sostener y fomentar sus relaciones significativas, siendo algo que busca activamente pero que le cuesta cuando se siente insegura (lo que calza con el puntaje moderado obtenido en la Escala de Cercanía).

En cuanto a los niveles experienciales alcanzados y a los subcriterios del modo de contactar con lo sentido, se observan discrepancias entre el funcionamiento manifestado por la consultante y lo descrito respecto a la estrategia hiperactivante. La teoría señala que personas con apego ansioso tendrían dificultad para contactarse con aspectos de su experiencia debido a lo desbordante que puede resultar considerando que dicha estrategia tiende a intensificar las emociones displacenteras. Pese a esto, la consultante alcanzó niveles experienciales 4 y en dos sesiones NE 5, lo que en general constituye una integración importante de aspectos afectivos en la experiencia manifestada. Fue a través de comentarios



autorreferenciales y de carácter personal desde los cuales ella se muestra —se da a conocer— y expresa su sentir.

Resulta interesante que la consultante lograra *sostener/tolerar la exploración de su experiencia afectiva* en la mayoría de los MEE (en 6 de 8), sobre todo porque el afecto predominante en estos fue negativa/displacentera, lo cual puede resultar abrumador desde la estrategia hiperactivante. De igual forma, en la mayoría de esos momentos se registró el posicionamiento desde una *distancia adecuada* respecto a la experiencia, mientras una *distancia demasiado cerca* —asociada a la estrategia hiperactivante— se observó solo en uno de los MEE.

Para ofrecer una explicación a lo anterior, cabe destacar que la *exploración afectiva* en los MEE fue impulsada principalmente por la terapeuta, lo que se observó generalmente en conjunto con los momentos de *distancia adecuada* y en los momentos donde la distancia varía. Las intervenciones de la terapeuta apuntan en su mayoría a iniciar la exploración o retomarla si es que se ha interrumpido, e invitan a la consultante a explorar sobre lo sentido corporal y emocionalmente.

Es posible afirmar que la terapeuta fomentó mediante su actitud e intervenciones, condiciones favorables para que la consultante interactuara con su experiencia afectiva. En general, la consultante actuó de manera responsiva a las intervenciones de la terapeuta: acogió sus indicaciones y respondió a sus preguntas. Así la relación terapéutica parece haber facilitado un funcionamiento más seguro, al ofrecer contención y guía durante la exploración de su experiencia, sobre todo al puntualizar sobre el sentir de la consultante. Como se aprecia en el MEE la sesión 1, fue la invitación de la terapeuta a poder expresar sus emociones que posibilitó a la consultante a explorar su sentir.

Un aspecto a puntualizar son las dos ocasiones en que se observa una *distancia cercana a la experiencia* (C3), la cual fue asociada a posicionarse desde una estrategia de hiperactivación. Aparentemente, en dichos momentos un contacto mayor con su afectividad

conlevó en que la consultante se apreciara rápidamente desbordada. Esto pudiese reflejar una dificultad para contactar con esas experiencias teñidas de malestar. En el MEE de la sesión 1, fue una pregunta formulada por la terapeuta que pareció contactar y abrumar a la consultante (C1→C3). Luego, la invitación de la terapeuta ayudó a la consultante a regularse y posicionarse a una distancia adecuada (C3→C2) desde la cual explorar su experiencia. En el MEE de la sesión 8 bastó con un reflejo sobre el sentir de la consultante para que se apreciase emocionada. Fue necesario generar un distanciamiento, mediante una interrupción, para mitigar la intensidad afectiva experimentada por la consultante. Así, en ambos momentos, distanciarse de la experiencia sentida parece funcionar como un acto regulatorio ante una carga emocional intensa y abrumadora, siendo en el primer caso algo espontáneo y en el segundo momento, intencionado por la terapeuta.

Al considerar en conjunto los subcriterios de *modo de exploración*, *tolerancia* y la *DRE*, se puede hipotetizar que la manera en que la consultante contactó con su experiencia, si bien denota aspectos que señalan un funcionamiento inseguro-ansioso, parece exceder a lo reseñado habitualmente respecto a la estrategia insegura hiperactivante. Pese a se observaron dificultades de contacto emocional, logró en general sostener la exploración sobre su experiencia afectiva con ayuda de la terapeuta. Además, se observó dos MEE (sesión 4 y 8) en que la consultante pudo hacerlo principalmente de manera autónoma.

Al considerar lo expuesto, resulta necesario e importante considerar el tipo de terapia realizada. Respecto a lo que pudo ser observado, la actitud de la terapeuta se ajusta a los planteamientos de una terapia orientada al Focusing: facilitar el contacto con la experiencia y fomentar una actitud de aceptación ante esta, a fin de integrar sus distintos aspectos, incluyendo lo rechazado, lo negado y/o lo que produce malestar. En relación a esto, se puede apreciar en algunos momentos que la terapeuta interviene ya sea fomentando (como en el MEE de la sesión 1) o mitigando (MEE de la sesión 8) el contacto de la consultante con su experiencia. Esto señala una vez más el rol activo de la terapeuta en regular la afectividad de la consultante, y nos permite hipotetizar que su actitud conlleva un monitoreo constante de

los estados afectivos de esta última. Dicho de manera acorde al planteamiento experiencial, la terapeuta parece haber realizado un seguimiento momento a momento de la experiencia en curso de la consultante.

Por otro lado, el proceso psicoterapéutico estudiado resulta valioso ya que involucró temáticas interpersonales con personas significativas para la consultante. Letich y Brenner (2014) sugieren que a partir de la comunicación verbal y no verbal, un/a terapeuta puede sintonizar e hipotetizar acerca de los modelos internos de trabajo de una persona, respecto de sí misma y de los demás. La terapeuta del caso estudiado tuvo la oportunidad de conocer y de relacionarse —desde una terapia orientada al Focusing— con parte de esas expectativas, además de hacerlo con las necesidades surgidas en relación a estas. Como investigadores, de igual manera pudimos acceder a la comunicación verbal y no verbal de la consultante, lo que nos permitió aproximarnos a su regulación afectiva durante los momentos de expresión emocional, y a su vez hipotetizar al respecto.

Adoptar un enfoque que involucre a la teoría de apego y de la regulación afectiva con un planteamiento experiencial como el Focusing, podría afirmar de manera importante el proceso de *llevar hacia adelante* la experiencia de las/los consultantes. Es decir, la posibilidad de compartir aquello que es difícil de compartir, como puede ser una herida relacional, con alguien que sea atento/a, sensible, involucrado/a y capaz de ayudar a experimentar plenamente aquello compartido (Letich & Brenner, 2014). En base al análisis realizado, consideramos que la consultante del estudio pudo *llevar hacia adelante* su experiencia gracias a la guía de la terapeuta.

### **Limitaciones del estudio**

El análisis realizado se enfocó en los MEE (de aproximadamente 2 minutos cada uno), los cuales se enmarcan en los segmentos (de nueve minutos) donde se puntuó el nivel

experiencial más elevado alcanzado en cada sesión. Al ser un valor referencial del segmento completo, es posible que algunos de los MEE analizados no correspondan de manera estricta con nivel asignado (sin embargo, en la mayoría de los casos sí parece hacerlo). Un ejemplo de lo anterior es la ausencia de exploración en algunos MEE a pesar de puntuar un NE 4, como ocurre en la sesión 5 y 7.

Por otro lado, no se realizó un análisis de momentos de menor nivel experiencial durante la terapia, por lo que no se puede comparar lo manifestado por la consultante entre diferentes “escenarios” experienciales. Dada la naturaleza de este estudio, las conclusiones surgidas de la comparación entre momentos de mayor y de menor nivel experiencial serían de carácter descriptivo y no concluyentes respecto a la regulación afectiva desplegada por la consultante.

Respecto a los instrumentos utilizados, la pauta de observación propuesta en este estudio representa un intento de poder analizar conductas a partir de un registro audiovisual no estructurado de psicoterapia. La tradición de la evaluación del apego en adultos corresponde a entrevistas o cuestionarios de auto-reporte, que según la línea de investigación se enfocan en indagar sobre las representaciones mentales en relación a las propias figuras de apego o respecto a los comportamientos asociados al apego (Martínez & Santelices, 2005). La pauta presentada se aproxima a este último enfoque de evaluación (modelo comportamental) que posee la limitación, entre otras, de lograr captar solamente estados superficiales de las interacciones personales que establece la persona (Martínez & Santelices, 2005).

En relación al planteamiento teórico, el análisis de la regulación afectiva desenvuelta por la consultante se realizó principalmente desde una concepción general e intrapersonal de las estrategias de apego. Debido a esto, no se profundizó en aspectos importantes implicados como, por ejemplo, las metas personales y la relación terapéutica. Este último elemento es destacable ya que la investigación existente indica que una relación cliente-terapeuta positiva

constituye uno de los factores más importantes para el éxito terapéutico (Wampold, citado en Letich & Brenner, 2014).

Mallinckrodt (2010) menciona que, si bien no siempre ocurre, en contextos terapéuticos puede existir todo el potencial para establecer una relación de apego. En otro estudio, Moran y Diamond (citados en Mikulincer & Shaver, 2018) observaron resultados más positivos en sesiones de psicoterapia en que el terapeuta procuró con éxito una “base segura”. Saypol y Farber (2010) encontraron una asociación positiva entre un apego seguro del cliente hacia su terapeuta y el nivel de revelación del paciente en sesión, aunque señalan que los resultados son limitados debido a la muestra participante del estudio.

Si bien consideramos que en el proceso examinado se generó un buen vínculo terapéutico, y que posiblemente se conformara como una *base segura*, los criterios de análisis utilizados resultan insuficientes para sopesar en profundidad la calidad/cualidad de la relación terapéutica establecida. Incluir instrumentos y criterios que permitan examinar la relación terapéutica en más detalle, desde una perspectiva de apego, enriquecería la comprensión de la regulación afectiva como un fenómeno inherentemente interpersonal.

## **CONCLUSIÓN**

Aunque es posible distinguir aspectos que se ajustan a lo descrito sobre la estrategia hiperactivante que se asocia a personas que puntúan alto en ansiedad, la regulación afectiva desplegada por la consultante en los MEE parece exceder a dicha estrategia. En general, el análisis permite identificar características que se aproximan a la estrategia de apego basada en la seguridad, es decir, se observa un funcionamiento más seguro del esperado. Esto se aprecia, principalmente, al considerar el grado de contacto y de flexibilidad desenvueltos por la consultante al interactuar con su experiencia, siendo capaz de afrontar experiencias afectivas exigentes asociadas a malestar. Los resultados ofrecen indicios afines a una comprensión del constructo *orientación de apego* como fenómeno flexible, acorde a la

“región” dimensional que la distingue. -Esto refuerza la noción de las orientaciones de apego como tendencias —y no categorías— de comportamiento relacionado al apego

Por otro lado, a partir de la importancia de las intervenciones de la terapeuta para facilitar la exploración de la consultante, nos resulta evidente lo necesario que es abordar la regulación afectiva y el apego como fenómenos esencialmente interactivos. Su estudio en contextos psicoterapéuticos sería parcial e insuficiente si no se realiza desde un enfoque interrelacional que integre al terapeuta, en donde las orientaciones de apego de los participantes interactúan y constituyen un factor importante de la psicoterapia. Y efectivamente, el estudio e investigación de la teoría del apego se está volcando hacia una perspectiva interpersonal de la regulación emocional (Simpson & Rholes, 2015).

El núcleo relacional del Focusing, tanto en sus planteamientos filosóficos como en la práctica psicoterapéutica (Preston, 2014) hace que sea adecuado para el estudio sobre el apego y la regulación emocional. Comparte un planteamiento experiencial con modelos de terapia existentes —como la Terapia Focalizada en las Emociones de Johnson (2009, 2013) y la Psicoterapia Dinámica Experiencial Acelerada (EADP, por sus siglas en inglés), desarrollada por Fosha (2000) —que enfatiza el monitoreo momento a momento de la experiencia del cliente (Letich & Brenner, 2014). Dichos modelos se basan de forma importante en la teoría de apego. Un aspecto central de la EADP y de la Terapia Individual Focalizada en las Emociones (Brubacher, 2017) —esta última inspirada en la formulación de Johnson— es la consideración de la regulación diádica del afecto, por lo que otorgan gran relevancia a la influencia de la relación terapéutica y a la actitud terapéutica desempeñada. Los aportes mencionados señalan un terreno fértil de investigación y desarrollo, siendo algunos de estos relativamente recientes.

En síntesis, este estudio vislumbró las estrategias de regulación afectiva relacionadas al apego desde un planteamiento experiencial que concibe al individuo como un proceso vivo que “está siendo” en todo momento. Extrapolar esta perspectiva procesal a la comprensión

del apego es acorde a una noción dimensional de este, más flexible y dinámica, que se ajusta de mejor manera a la evidencia existente. Además, permite la integración de otros conceptos valiosos. Un ejemplo de esto puede ser la empatía, ya que existe evidencia de que participantes mejoraron su profundidad experiencial durante una conversación empática (Dufey & Wilson, 2017), lo que es acorde lo sugerido por Gendlin (1990) de que una actitud empática promueve la autoexploración de sentimientos y significados personales.

## **REFERENCIAS**

Aguilar—Luzón, M. & Calvo—Salguero, A. & Monteoliva, A. (2012). La inteligencia emocional

- percibida y su relación con el apego adulto. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*. 20, 119-135.
- Alemany, C. (2011). De la psicoterapia experiencial al focusing: La trayectoria de Eugene Gendlin. *Revista Miscelánea comillas*. 69, 443- 469.
- Alemany, C. (2006). El cambio terapéutico en la psicoterapia experiencial de E. Gendlin. *Revista Miscelánea comillas*. 64, 503—528.
- Alemany, C. (1997). *Psicoterapia Experiencial y Focusing, La aportación de E.T.Gendlin*. Bilbao: Editorial Desclée De Brouwer
- Barceló, T. (2008). Cuerpos que escuchan, el acontecer de la empatía desde el proceso del enfoque corporal. *Revista Miscelánea comillas*. 66, 83-116.
- Borelli, J. & David, D. (2004). Attachment theory and research as a guide of psychotherapy practice. *Imagination, Cognition and Personality*. 23 (4), 257-287.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. New York: Basic Books.
- Brenning, K. & Braet, C. (2013). The emotion regulation model of attachment: An emotion-specific approach. *Personal Relationships*. 20 (1), 107-123.
- Cassidy, J. (1994). Emotion regulation: Influences of attachment relationships. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59(2-3), 228–283. Doi: <https://doi.org/10.2307/1166148>
- Brubacher, L. (2017). Emotionally focused individual therapy: An attachment-based experiential/systemic perspective. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 16 (1), 50-67, Doi: 10.1080/14779757.2017.1297250



Collins, N. L. (1996). Working models of attachment: Implications for explanation, emotion, and behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 810-832. doi:10.1037//0022—3514.71.4.810

Consedine, N. & Magai, C. (2003). Attachment and emotion experience in later life: The view from emotions theory. *Attachment & Human Development*. 5. 165-87. Doi: <http://doi.org/djfhqk>

Fernandez, A. & Dufey, M. (2015). Adaptation of Collins' Revised Adult Attachment Dimensional Scale to the Chilean Context. *Psicología: Reflexão e Crítica*. 28. 242—252. Doi: 10.1590/1678—7153.201528204.

Fosha, D. (2000). *The transforming power of affect: A model for accelerated change*. New York, NY: Basic Books.

Fraley, R. & Waller, N. (1998). *Adult attachment patterns: A test of the typological model*. In J. A. Simpson & W.S. Rholes (Eds.), *Attachment Theory and Close relationships*, 77—114. Guilford Press.

Fraley, R. Hudson, N. Heffernan, M. & Segal, N. (2015). Are Adult Attachment Styles Categorical or Dimensional? A Taxometric Analysis of General and Relationship-Specific Attachment Orientations. *Journal of personality and social psychology*. 109 (2).

Garrido—Rojas, L. (2006). Apego, emoción y regulación emocional. Implicaciones para la salud. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38, 493-507.

Gendlin, E. (1973). Experiential phenomenology. In M. Natanson (Ed.), *Phenomenology and the social sciences*, 1. 281-319. Evanston, IL : Northwestern University Press.

Greenberg, L. & Elliott, R. & Pos, A. (2015). La terapia focalizada en las emociones: Una visión en conjunto. *Revista de psicoanálisis y psicología*, 5.

- Gross, J. J., & Thompson, R. A. (2007). Emotion Regulation: Conceptual Foundations. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation*. 3–24.
- Guzmán-González, M. Carrasco, N. Figueroa, P. Trabucco, C. & Vilca, D. (2016). Estilos de Apego y Dificultades de Regulación Emocional en Estudiantes Universitarios. *Psyche (Santiago)*, 25(1), 1-13. <https://dx.doi.org/10.7764/psyche.25.1.706>
- Hendricks, M. (2002). Experiencing level as therapeutic variable. *Person-Centered-Review* 1 (2),. Reimpreso en: Cain.
- Ikemi, A. (2014). A theory of focusing-oriented therapy. En G. Madison (Ed.) *Theory and practice of focusing-oriented psychotherapy: Beyond the talking cure*. Jessica Kingsley Publishers: London and Philadelphia. 22-66.
- Johnson, S.M. (2009). Attachment theory and emotionally focused therapy for individuals and couples. In J.H. Obegi & E. Berant (Eds.), *Attachment theory and research in clinical work with adults*, 410–433. New York, NY: Guilford.
- Johnson, S.M. (2013). *Love sense: The revolutionary new science of romantic relationships*. New York, NY: Little Brown.
- Katehakis, A. (2016). *Sex addiction as affect dysregulation: A neurobiologically informed holistic treatment*. W. W. Norton & Co.
- Kennedy—Moore, E. & Watson, J. (2001). How and When Does Emotional Expression Help?. *Review of General Psychology*. 5 (3). 187-212. Doi: 10.1037/1089—2680.5.3.187.
- Klein, M. & Mathieu, P. & Gendlin, E. & Keisler, D. (1969). *The experiencing scale: A research and training manual Volume 1*. Wisconsin Psychiatric Institute
- Krycka, K., & Ikemi, A. (2016). Focusing-oriented-experiential psychotherapy: From research to

- practice. In D.J. Cain, K. Keenan, & S. Rubin (Eds.), *Humanistic psychotherapies: Handbook of research and practice*, 251–282. American Psychological Association.
- Lecannelier, F. (2002). "Apego y autorregulación en el desarrollo humano": *Revista Persona y Sociedad*, 16, 99-110.
- Leijssen, M. (1998). Focusing microprocesses. In L. S. Greenberg, J. C. Watson, & G. Lietaer (Eds.), *Handbook of experiential psychotherapy*, 121–154. Guilford Press.
- Letich, L. & Brenner, H. (2014). Applying Attachment Theory and Interventions to Focusing Therapy. En G. Madison (Ed.) *Theory and practice of focusing-oriented psychotherapy: Beyond the talking cure*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers. 84-97.
- López, A. (2018). Psicoterapia Experiencial Orientada al Focusing: una visión general: Una Visión General.. *Revista de psicoterapia*, 29 (110). 241-256.
- Mallinckrodt, B. (2010). The psychotherapy relationship as attachment: Evidence and implications. *Journal of Social and Personal Relationships*, 27(2), 262-270. Doi: 10.1177/0265407509360905
- Martínez, C & Santelices, M (2005). Evaluación del Apego en el Adulto: Una Revisión. *Revista Psykhe (Santiago)*, 14(1),181-191.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2018) *Attachment in adulthood: structure, dynamics and change*. New York, Estados Unidos: Guilford Press.
- Mikulincer, M. & Shaver, P. & Pereg, D. (2003). Attachment Theory and Affect Regulation: The Dynamics, Development, and Cognitive Consequences of Attachment—Related Strategies. *Motivation and Emotion*. 27. 77-102. Doi: 10.1023/A:1024515519160.
- Ortiz, M. & Gómez—Zapiain, J. & Apodaca, P. (2002). Apego y satisfacción afectivo-sexual. *Psicothema*, 14(2), 469-475.

Preston, L. (2014). The Relational Heart of Focusing-Oriented Psychotherapy. En G. Madison (Ed.)

*Theory and practice of focusing-oriented psychotherapy: Beyond the talking cure*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers. 98-112.

Riveros, E. (2000). *El nuevo paradigma del experiencing*. Santiago de Chile: LOM Ediciones.

Romano, V., Janzen, J. & Fitzpatrick (2008). The Secure-Base Hypothesis: Global Attachment, Attachment to Counselor, and Session Exploration in Psychotherapy. *Journal of counseling psychology*. 55. 495-504. 10.1037/a0013721.

Saypol, E. y Farber, B. (2010). Attachment style and patient disclosure in psychotherapy.

*Psychotherapy Research*, 20, 462-471. doi: 10.1080/10503301003796821

Schore, J. R., & Schore, A. N. (2008). Modern attachment theory: The central role of affect regulation in development and treatment. *Clinical Social Work Journal*, 36(1), 9–20.

Schore, J. R., & Schore, A. N. (2014). Regulation theory and affect regulation psychotherapy: A clinical primer. *Smith College Studies in Social Work*, 84(2-3), 178–195

Simpson, J.A., & Rholes, W.S. (Eds.). (2015). *Attachment theory and research: New directions and emerging themes*. New York, NY: Guilford.

Sroufe, A. (2000). *Desarrollo Emocional*. México: Oxford.

Starman, A. (2013). The case study as a type of qualitative research. *Journal of Contemporary Educational Studies*, 1, 28–43

Stein, H. Koontz, A. Fonagy, P. Allen, J. Fultz, J. Brethour, J. Allen, D. & Evans, R. (2002). Adult attachment: What are the underlying dimensions?. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 75, 77-91.

Stiles, W. (2005). Case studies. In J.C. Norcross, L.E. Beutler, & R.F. Levant (Eds.), *Evidence-based*

*practices in mental health: Debate and dialogue on the fundamental questions.* Washington, DC: American Psychological Association, 57-64.

Yáñez-Yaben, S. & Comino, P. (2011). Evaluación del apego adulto: análisis de la convergencia entre diferentes instrumentos. *Acción Psicológica*, 8(2),67-85.

Yeo, G., & Frederiks, E. R. (2011). Cognitive and affective regulation: Scale validation and nomological network analysis. *Applied Psychology: an international review*, 60(4), 546-575.