

UNIVERSIDAD DE OVIEDO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



Máster de Psicología General Sanitaria

2021-2022

Apego y Personalidad y su Influencia en las Relaciones Interpersonales

Estudio de caso clínico

María Moguer Gutiérrez

Oviedo, 11/01/2022 (Enero 2022)



Universidad de
Oviedo

DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD

D./Dña. María Moguer Gutiérrez con DNI como alumna del Máster en
Psicología General Sanitaria de la Universidad de Oviedo,

DECLARO que el Trabajo Fin de Máster titulado “Apego y Personalidad y su
Influencia en las Relaciones Interpersonales” es de mi autoría, es original y las fuentes
bibliográficas utilizadas han sido debidamente citadas.

En Oviedo, a 11 de enero de 2022.

Firmado: María Moguer Gutiérrez.

Resumen

El apego infantil influye en la construcción de la personalidad y apego adulto. A su vez, éstos intervienen en las vinculaciones interpersonales de pareja, pudiendo ocasionar dependencia afectiva. Este trabajo pretende analizar el apego adulto, personalidad y vinculación dependiente a partir de un caso clínico perteneciente a un Centro de Salud Mental del Área Sanitaria IV del Principado de Asturias. Los instrumentos administrados fueron el Inventario Clínico Multiaxial de Millon-IV, el Cuestionario de Apego Adulto y el VINCULATEST (Test para la Evaluación de los Vínculos Interpersonales en Adultos), las cuales evalúan personalidad, estilo de apego adulto y vinculaciones interpersonales, respectivamente. Los resultados hallados sugieren la relación entre estas tres, de modo que el trastorno límite de personalidad y de depresión mayor y el tipo de personalidad dependiente concuerdan con la vinculación dependiente; al igual que el tipo de personalidad evitativa con la vinculación evitativa. Además, ambas relaciones se correlacionan con el estilo de apego adulto Huidizo-Temeroso también dado.

Palabras clave: apego adulto, estilos de apego, personalidad, vinculaciones interpersonales, dependencia afectiva, estudio de caso clínico.

Abstract

Infant attachment influences the construction of personality and adult attachment. At the same time, they intervene in interpersonal couple bonds, and may lead to affective dependence. This work aims to analyze adult attachment, personality and dependent attachment from a clinical case belonging to a Mental Health Center of the Health Area IV of the Principality of Asturias. The instruments administered were the Millon-IV Clinical Multiaxial Inventory, the Adult Attachment Questionnaire and the VINCULATEST (Test for the Evaluation of Interpersonal Attachments in Adults), which assess personality, adult attachment style and interpersonal bonding, respectively. The results suggest a relationship between these three, such that borderline personality disorder and major depressive disorder and dependent personality type are consistent

with the dependent interpersonal bonding; as is the avoidant personality type with the avoidant interpersonal bonding. In addition, both relationships correlate with the elusive-fearful adult attachment style as well given.

Key words: adult attachment, attachment styles, personality, interpersonal bonding, affective dependence, clinical case study.

Apego y Personalidad y su Influencia en las Relaciones Interpersonales

A lo largo de la historia de la psicología evolutiva, las bases del desarrollo socioemocional se han ido investigando y construyendo teóricamente. La formación de la personalidad y desarrollo de las personas desde el nacimiento hasta la vejez. Una visión bastante asentada determina que la personalidad se conformaría a partir de diferentes variables genéticas y ambientales que interactúan entre sí, siendo esencial la continua interacción con otras personas y el entorno (Hernández et al., 2009). No obstante, no se debe pasar por alto uno de los grandes factores en dicha consolidación: el apego. Se trata de otra de estas características imprescindibles en la formación de la personalidad, puesto que se trata de las primeras relaciones que establece el niño con su figura de vínculo, y, por tanto, es una determinante importante en su desarrollo (Safrany & Len, 2005).

Delimitación Conceptual: Apego y Vínculo

Como consecuencia de las muchas publicaciones sobre la teoría del apego, se ha podido observar un empleo indistinto de los constructos apego y vínculo, sin tener en cuenta las diferencias conceptuales entre ambos (Buruchaga et al., 2018). Por ello, se considera de importancia delimitar estos conceptos.

Por un lado, el apego podría entenderse como una conducta adquirida, independientemente de su topografía, que dota al sujeto de un sistema de habilidades y comportamientos específicos para obtener y mantener relaciones de proximidad con respecto a otros individuos más capacitados para enfrentarse a las exigencias del entorno exterior. En situaciones estresantes, la figura de apego transmite sentimientos de seguridad al niño, afianzando así la relación entre ambos. Por consiguiente, el apego se considera una función biológica de protección y una forma esencial de conducta de motivación interna propia, tan importante para la supervivencia como lo son la alimentación y/o el sexo (Bowlby, 1988).

Por otro lado, el vínculo hace referencia a una gran variedad de relaciones y conductas comúnmente empleadas para referirse a la unión de dos o más individuos (la relación madre-hijo, la de varios miembros de la familia, etcétera), sirviendo de marco

de referencia para estructurar las relaciones. El ser humano, como necesidad básica de ser social, requiere del establecimiento de lazos afectivos con los demás, con el fin de poder cubrir así las necesidades relacionales, fisiológicas o biológicas (necesidades afectivas o de realización) (Buruchaga et al., 2018).

Teoría de Bowlby y sus Modelos Internos/de Representaciones

Uno de los pioneros en el estudio del apego humano fue el psiquiatra y psicoanalista John Bowlby (1951) poniendo el foco de atención en la relación de apego materno-filial, describiéndola como el vínculo que crea el niño con su cuidador, el cual le otorga seguridad y protección a éste. Desde su concepción, los niños estaban programados biológicamente para seleccionar concretamente uno o varios adultos con los que formar un sistema de comunicación natural desarrollando vínculos diádicos de apego primario. En dicha relación, mientras mayor fuese la respuesta del adulto al niño y más intenso fuese el apego que se generaba, mayor era la probabilidad de desarrollar actitudes saludables para responder a las demás personas del entorno.

Dentro de su marco teórico, Bowlby (1969) refiere los modelos internos o representaciones mentales como el mecanismo por el cual las primeras vivencias de apego niño-cuidador determinarían la conducta del individuo a lo largo de su desarrollo evolutivo, estructurando su comportamiento en las relaciones. De este modo, haber recibido apoyos por parte de los padres en la infancia desembocará en modelos internos de funcionamiento más consistentes (con relaciones positivas con los demás y mayor confianza en el entorno) y la ausencia de éstos resultaría en modelos internos más inconsistentes (interacciones más inadecuadas), favoreciendo la aparición de problemas psicopatológicos. Las interacciones en las relaciones de apego conceden el desarrollo de la capacidad de vinculación futura. Aun así, existen períodos críticos en los que el niño deberá crear un modelo de figuras de apego y de sí mismo (Schaffer y Emerson, 1964), en los cuales se hallan las diferencias individuales en el estilo de apego que se irán transformando a través de las vivencias relaciones subsiguientes (Feeney y Noller, 2001) generando un efecto sobre dichos modelos internos adquiridos (Collins y Read, 1994).

Estilos de Apego

Desde la base teórica de los enfoques clínicos de Bowlby, Ainsworth y Witting (1969) diseñaron una situación experimental a la que llamó Situación extraña. En ella, observaban el comportamiento del bebé en diferentes condiciones experimentales manipulando la presencia o no de la madre y la de un extraño en la misma habitación que el niño. Así, examinaron los cuatro sistemas de conductas (Bowlby, 1969) que intervienen en el apego y se relacionan entre sí: el sistema de conductas de apego, el de conductas de exploración, el de miedo o desconfianza ante lo extraño y el sistema afiliativo, es decir, si la reacción es más o menos hostil en situaciones conocidas o desconocidas.

En base a estas condiciones experimentales, Ainsworth et al. (1978) exponen que la calidad de las relaciones tempranas en la infancia depende del grado en el que la figura de apego supone una fuente de seguridad para el niño. Además, delimitan tres patrones de apego infantil a partir de esta experiencia de separación y unión:

- Los niños con un apego seguro adoptan una conducta exploratoria que disminuye al separarse de la madre y aumenta cuando vuelve. Si está angustiado, busca proximidad con su cuidador y se recompone adecuadamente. La figura de apego supone un calmante de ansiedades y una base sólida sobre la que poder asentar un vínculo interpersonal.
- Los niños con un apego inseguro ambivalente (ansioso-resistente) muestran un patrón ansioso general, tanto en la separación como en la reunión con su madre. Se le califica como ambivalente por su resistencia al contacto y, contrariamente, su necesidad de contacto debida a una ansiedad anticipatoria por una posible nueva separación.
- Los niños con apego inseguro-evitativo presentaban un comportamiento defensivo predominante, rechazando toda proximidad o interacción con la figura materna o cuidadora. Ante situaciones de separación, muestra enfado y ansiedad intensa, pero en la reunión con su cuidadora elide cualquier expresión de afecto o interés hacia ésta.

A partir de estas conclusiones, trabajos posteriores de Bretherton (1992) o Main y Solomon (1990), incluyeron un cuarto tipo de estilo de apego infantil: apego desorganizado. Los niños con este estilo no poseen una organización mental coherente, de modo que incluyen en su comportamiento elementos de los estilos de apego inseguros (ambivalente y evitativo). Por tanto, son incapaces de organizar sus relaciones (Siegel, 2007), encontrando en sus cuidadores una fuente de terror, sintiéndose en ocasiones en sintonía con ellos y en otras en rechazo. Esto genera dependencia hacia sus figuras de apego y un constante dilema entre acercarse o apartarse de ellos (Gonzalo, 2016). En relación con la Situación extraña de Ainsworth, estos niños no querían estar solos en la sala, pero tampoco acercarse a sus cuidadores en la reunión.

Apego Adulto

De acuerdo con esta clasificación tradicional, los estudios iniciales sobre el apego adulto (Hazan y Shaver, 1987; Main y Solomon, 1986) determinaron tres estilos. Posteriormente, Bartholomew y Horowitz (1991) ampliaron esta tipología previa, proponiendo un modelo de cuatro estilos de apego adulto: el seguro, el huidizo-alejado, el preocupado y el huidizo-temeroso; establecidos a partir de la autoimagen positiva o negativa de uno mismo (baja o alta dependencia interpersonal, respectivamente) y de la imagen positiva o negativa percibida de los demás (evitación o no de la intimidad, respectivamente).

Tabla 1.

Estilos de apego adulto (Bartholomew y Horowitz, 1991).

	Autoimagen positiva (Baja dependencia)	Autoimagen negativa (Alta dependencia)
Imagen positiva de otros (no evitación)	Apego seguro	Apego preocupado
Imagen negativa de otros (evitación)	Apego resistente	Apego temeroso

Así, definieron el apego seguro caracterizado por una autoimagen y una valoración positivas de los otros (Bartholomew y Horowitz, 1991), mostrando confianza en uno mismo y en los demás, predisposición a la intimidad sintiéndose cómodo, autonomía, autoestima alta, ausencia de problemas graves con los demás (Feeney et al., 1994; Mikulincer, 1998). Estas personas son capaces de llevar a cabo un equilibrio entre las necesidades afectivas y la autonomía personal (Mayselless, 1996).

Las personas con un estilo de apego huidizo-alejado (resistente) reflejan una autoimagen positiva de sí mismas pero una imagen negativa de los demás (Bartholomew y Horowitz, 1991). Es decir, muestran una elevada autosuficiencia emocional y orientación al logro (Mayselless, 1996). Además, sus bajas necesidades de apego le llevan a sentirse incómodos con la intimidad y a conceptualizar las relaciones interpersonales como secundarias a cuestiones materiales (Feeney et al., 1994).

El estilo preocupado tiene un modelo mental negativo de sí mismo, es decir, una alta dependencia emocional, y una imagen positiva de los demás (Bartholomew y Horowitz, 1991). Los adultos con este estilo de apego reflejan una baja autoestima, comportamientos dependientes, una necesidad constante de aprobación por parte de los demás y sentimientos excesivos de preocupación por las relaciones (Feeney et al.,

1994). En este estilo de apego existe una alta activación del sistema de apego (Maysseless, 1996).

Finalmente, el estilo de apego huidizo-temeroso se caracteriza por un modelo mental negativo global, tanto de sí mismos como de los demás, de forma que el vínculo que crean con las personas es evitativo, temeroso, con miedo a apegarse y en una constante inseguridad (Bartholomew y Horowitz, 1991). Por tanto, estos adultos tienden a mostrar alta dependencia interpersonal necesitando de la aprobación de los otros, una baja confianza en sí mismos y en los demás, a la vez que se sienten incómodos en la intimidad y consideran las relaciones como algo secundario a cuestiones laborales o profesionales (Feeney et al, 1994; Maysseless, 1996).

Tabla 2.

Estilos de apego adulto a partir de los estilos de apego infantil según George et al., (1996).

Estilos de Apego Adulto	Estilos de Apego Infantil
Seguro	Seguro
Huidizo- Alejado	Evitativo
Preocupado	Ambivalente (ansioso-resistente)
Huidizo- Temeroso	Desorganizado

En relación a la construcción de la personalidad adulta, la gran variedad de bibliografía aportada impide que, en la actualidad, la comunidad científica pueda consensuar y establecer una teoría de la personalidad que englobe los diferentes enfoques existentes. Ante esta cuestión, se propone como Teoría Integradora a la denominada “Cinco Grandes Rasgos de la Personalidad” (Big Five). Ésta distingue cinco factores o dimensiones de la personalidad: Apertura a la experiencia,

Responsabilidad, Extroversión, Amabilidad y Neuroticismo o inestabilidad emocional (De Young, 2010). Se define por ser de carácter dimensional y es concebida como un acercamiento al estudio de la personalidad normal de la población general, donde elevadas puntuaciones en alguno de los rasgos podrían sugerir un funcionamiento desadaptativo.

Sin embargo, otra teoría que aborda el constructo de personalidad es la de Theodore Millon (Cruz, 2019), de carácter categorial y que surge dentro del contexto más clínico en un intento por localizar patrones de personalidad disfuncionales. En sus comienzos, el estudio se centró en la integración de las influencias ambientales y biológicas como factores de la personalidad (Millon, 1969). Más adelante, propone la Teoría de Aprendizaje Biosocial (Millon, 1974), poniendo el foco de atención en la confluencia entre la genética y el ambiente durante el proceso de maduración de los niños, planteando así una teoría integrativa sobre la psicopatología y la personalidad.

Millon define una serie de prototipos de la personalidad dentro de un continuo entre personalidad normal y patológica. Lo que marcaba la diferencia era la flexibilidad y adaptación en contraposición a la expresión de conductas rígidas e inadaptativas, característico de personas con trastornos de la personalidad (Millon, 2002). Es decir, considera un conjunto de extensiones patológicas dentro de los patrones de personalidad normales (Herrero Sánchez, 2007). Los factores socioculturales son vitales en la interacción con la personalidad. Influyen en ésta y promueven la acentuación, o no, de determinados rasgos patológicos (Millon y Grossman, 2005). Por ello, la personalidad y el entorno deben conceptualizarse como un sistema basado en un modelo de aprendizaje biosocial y con unas características esenciales: la integración jerárquica y la autorregulación (Koldobsky, 2009).

Su modelo de personalidad se define desde un punto de vista estructural y funcional, fundamentándose en la teoría de la evolución (Millon y Grossman, 2006) ya que considera vital el papel del aprendizaje experiencial y disposiciones biológicas en la construcción de la personalidad (Herrero Sánchez, 2007). Por tanto, expone que el origen y constitución de la persona surge de tres polaridades básicas: *dolor-placer* adherida a lo biológico, *actividad-pasividad* como transición de lo biológico a lo

psicológico y *sí mismo-otros* como paso de lo psicológico a lo social. Estas tres polaridades se encargan de organizar las experiencias interpersonales (Rodríguez y Murias, 2006).

Para evaluar y hacer un diagnóstico tanto de la personalidad normal como de la patológica, Millon desarrolló una amplia batería de instrumentos (Cardenal et al., 2007). Estos inventarios permiten concluir un diagnóstico que englobe los estilos y tipos de personalidad, los trastornos graves y síndromes clínicos. A pesar del carácter cuantitativo de los resultados hallados, es necesario tener un conocimiento extenso de la psicopatología, más allá de los manuales diagnósticos, para llevar a cabo una evaluación cualitativa de lo recogido (Morales de Barbenza, 2003).

Dependencia Afectiva y Apego

El apego, además de influir en el desarrollo de la personalidad, también lo hace en el tipo de vinculación afectiva de los adultos. Así, la vinculación personal adulta podría definirse como el resultado de la integración de los estilos de apego iniciales en las primeras interacciones cuidador-niño junto a las posteriores interacciones interpersonales a lo largo del ciclo vital, en la adolescencia y adultez (Picó, 2019). No obstante, la estabilidad del apego es mayor a medida que se crece. En la etapa adulta, el apego adquirido se consolida como parte de la personalidad, como patrón básico; aunque puede seguir moldeándose (Sánchez Herrero, 2011).

Al igual que en toda relación interpersonal en la que los adultos participan, en las relaciones íntimas, el apego también está muy presente y fuertemente ligado a sus formas de actuar. Investigaciones como las de Hazan y Shaver (1987) destinadas al estudio del amor en pareja ya reflejaron que la manera en la que se comportan los adultos en estas relaciones está determinada por las representaciones mentales adquiridas en las relaciones tempranas de apego entre niño-cuidador. Del mismo modo, también se ha comprobado que las relaciones amorosas entre adultos requieren de vínculos de afecto y dinámicas socioemocionales complejas, de cuidado y protección, los cuales pueden entenderse como diferentes procesos de apego que se dan dentro de la pareja (Hazan y Zeifman, 1999).

Si en el apego infantil, es el cuidador el responsable de proporcionar seguridad, protección y cuidado al niño; en el apego adulto el niño, ya adulto, ha adquirido esa seguridad y protección para cuidar de sí mismo. No obstante, este autocuidado no puede hacerse plenamente por uno mismo por mucha autonomía que haya desarrollado. Es por ello por lo que las relaciones de pareja se asemejan a las de apego temprano ya que las personas tienden a trasladar cierto cuidado en la pareja (Barroso, 2014). Este punto es importante puesto que, si se construyen relaciones amorosas con bases de apego sólidas y seguras, los miembros de ésta pueden acudir a otras personas de apoyo cuando se dan conductas desadaptativas. Sin embargo, cuando la relación supone el pleno soporte de uno, porque no han aprendido apegos seguros, se dan comportamientos dependientes dentro de ésta. Por ello, estudios sostienen la semejanza de los apegos infantiles en los estilos de apego adulto y la correlación con los diferentes estilos amorosos que se dan en las parejas en la adultez (Sánchez Herrero, 2011).

Así, la Dependencia emocional (DE) hace referencia a un tipo de dependencia sentimental existente entre dos sujetos no adictos y que se explica dentro de un modelo constante de demandas afectivas frustradas hacia una persona y que pretenden satisfacerse mediante relaciones interpersonales caracterizadas por un apego patológico (Sirvent y Moral, 2007). Sus principales manifestaciones patognomónicas resulta difícil reconocerlas *a priori* puesto que algunas de las cogniciones y conductas pasan desapercibidas por la dificultad de uno mismo para identificar su problemática, al igual que por la aceptación social que supone (Cogswell et al., 2010). Sin embargo, se podrían concluir algunas características distintivas de estas personas las cuales destacan por un sentimiento de posesión por la relación, intenso sufrimiento de desgaste afectivo, incapacidad para acabar con la relación y una actitud ansiosa de manifestar amor y cariño (Sirvent y Moral, 2007).

Esta problemática se relaciona con el apego incluso en sus definiciones, incorporando conceptos como apego patológico o invalidante, de manera que se explicita a las experiencias personales ausentes de afecto en la infancia y al apego ansioso como los precursores de esta problemática (Moral y Sirvent, 2009). En efecto, autores como Sangrador (1993), acredita el surgimiento de este tipo de conductas dentro de la relación haciendo referencia a la inmadurez afectiva; o el propio Bowlby (1979)

que ya aludía a la ansiedad por separación, la cual participa en la dependencia afectiva, y al apego inseguro, el cual se asemeja en aspectos como el miedo a la pérdida de la figura de apego, la búsqueda de cercanía a ésta y la queja por la separación (Joel et al., 2010). Es por ello por lo que algunos autores como Izquierdo-Martínez y Gómez-Acosta (2013) han llegado a cuestionarse si realmente la causa de la dependencia afectiva es el apego, actuando el apego seguro como factor de protección ante problemas en las relaciones afectivas posteriores (Smith et al., 2014). En la misma dinámica, si unos estilos de apego hacen más probable el desarrollo de conductas dependientes, también lo hacen más probable unos estilos de personalidad que otros. Estas personalidades también están determinadas, en cierta medida, por el estilo de apego interiorizado e influyen en el comportamiento dado. Por ejemplo, la personalidad límite está muy asociada a la vinculación dependiente en las relaciones interpersonales (Mansukhani, 2013).

De hecho, en la estructuración de las vinculaciones, se han establecido cuatro variables básicas a partir de los cuatro estilos de apego infantil (seguro, ambivalente, evitativo y desorganizado): interdependencia adaptativa y autónoma, dependencia emocional rígida en otras personas, desapego defensivo o disfuncional y interacciones hostil-paranoides; respectivamente. Además, las variables que se asocian de manera directa con las vinculaciones interpersonales se han agrupado en seis dimensiones esenciales, dando lugar a diferentes tipos de vinculaciones: paranoide, hostil, evitativa o distante, dependiente, adaptativa y regulación emocional (Picó, 2019).

Apego, Personalidad y Relaciones Interpersonales

Se puede observar que existe una amplia literatura científica que vincula el apego recibido en la infancia con la posterior aparición de trastornos de personalidad en la edad adulta. Y a su vez, la construcción y asentamiento de estos dos constructos mencionados, influirá en la manera que tienen las personas de vincularse y relacionarse con los demás.

De esta manera, se ha hallado una asociación negativa entre el apego seguro y los trastornos de la personalidad de tal forma que, mientras más seguro es el apego, menor es la probabilidad de desarrollar una personalidad patológica (Vishwanatha y Hirisave,

2008). Actúa como factor de resiliencia psicológica y favorece el bienestar en el ciclo evolutivo de la persona derivando una personalidad saludable (Siegel, 1999). Es por ello por lo que para entablar un apego estable es crucial el desarrollo de estrategias de regulación afectiva y contacto social (Ainsworth et al., 1978). El empleo, por parte de los padres, de otras estrategias contrarias como son la retirada del afecto, provocación de sentimientos de culpabilidad o el chantaje emocional para evocar un cambio de conducta en sus hijos, da lugar a grandes alteraciones emocionales en estos últimos pudiendo derivar en problemas psicopatológicos en la etapa adulta (Martín et al., 2016).

Por el contrario, diversos estudios apuntan una relación acentuada entre el apego inseguro y la psicopatología (Soares y Dias, 2007). Tal es la similitud entre las características y signos y síntomas de ambos, respectivamente, que se ha llegado a sugerir mencionar al apego inseguro como una dimensión de los trastornos de personalidad (Livesley, 1998). Es más, una gran variedad de investigaciones sobre la identificación de patrones de apego en personas con trastornos de personalidad, demuestran que estos individuos tienen tasas de apego inseguro más elevadas que la población general (Cassidy y Shaver, 2016). Los estilos preocupados y huidizo-temeroso se han relacionado con varios trastornos de personalidad, entre los cuales se incluyen: dependiente, evitativa, paranoide y límite (Sánchez Herrero, 2011). El estilo huidizo-alejado se ha vinculado a los estilos de personalidad esquizoide y antisocial (Lafuente y Cantero, 2010).

Por otro lado, los hallazgos obtenidos de diferentes investigaciones demuestran que existe una influencia de los estilos de apego adulto en las relaciones y calidad de las parejas en sus interacciones personales. Así, las personas con un apego seguro son más propensas a tener relaciones más duraderas y sólidas, con mayor satisfacción con respecto a la pareja, percibiendo la relación como un entorno de felicidad, amistad y confianza (Feeney y Noller, 2001; Hazan y Shaver, 1987). Otros estudios indican que estas personas sienten respeto, confiabilidad y cuidado en sus relaciones, de manera que atienden más a los puntos positivos de la relación (Collins y Feeney, 2004). Kirkpatrick y Hazan (1994) demostraron en sus estudios que la comunicación, apoyo y resolución de conflictos es más efectiva en personas con este estilo de apego, coherente con los autores Pietromonaco, Greenwood y Barrett (2004) los cuales apuntaron que estas

personas controlan y reconocen sus emociones negativas de manera constructiva apoyándose en sus parejas.

Feeney y Noller (2001), encontraron que las personas con un apego inseguro ambivalente (preocupado) sufrían una mayor ansiedad en estas relaciones ya que se preocupaban de manera obsesiva y mostraban dependencia hacia el otro miembro de la pareja. Estas conductas derivan en celos, obsesión y atracción por otras personas ajenas a la relación.

En cuanto a los adultos con un apego inseguro-evitativo, informaban menos unión y expresión emocional y ajuste global en sus relaciones (Cohen y Eagle, 2005). Además, en los estudios de Feeney y Noller (2001), tendían a explicitar que nunca se habían enamorado, reflejando rechazo al compromiso y expectativas muy bajas sobre el amor. A semejanza de los inseguros ambivalentes, también mostraban conductas celosas, obsesivas y atracción por otras personas.

Por último, las personas con un aprendizaje de apego desorganizado son en las que se hallan niveles más insatisfactorios sobre las relaciones de pareja debido a que emplean como estrategia la desactivación del sistema de apego en aquellas situaciones que les generan emociones negativas. Se crea un entorno más ingrato dentro de la relación al ocultar las necesidades emocionales y esquivar la intimidad, de modo que se evade de la situación en vez de apoyarse en la pareja. Esto dificulta la creación de una fuente de apoyo emocional y, por ende, la satisfacción dentro de dichas relaciones (Barroso, 2014).

En resumen, este estudio de caso clínico hace por ahondar en el origen de la construcción del apego adulto y personalidad a partir de las primeras experiencias vitales. Además de ello, pretende mostrar cómo estos constructos influyen, de manera directa y focalizada, en la forma en la que las personas se vinculan e interactúan con los demás a lo largo de su desarrollo vital, pudiendo derivar en problemas de dependencia afectiva en las relaciones interpersonales en su etapa adulta. Por ello los objetivos de este trabajo de caso se muestran a continuación.

Objetivo general

- Explorar la relación entre el estilo de apego, la personalidad y la dependencia afectiva en las relaciones interpersonales en la edad adulta.

Objetivos específicos

- Explorar la relación entre los estilos de apego inseguros y la construcción de la personalidad psicopatológica.
- Analizar la relación entre el apego patológico y las vinculaciones interpersonales dependientes.
- Examinar la relación entre la personalidad dependiente y la vinculación interpersonal dependiente.

Método

Diseño

Estudio de caso clínico.

Muestra

Mujer de 44 años que acude a los servicios de salud.

Instrumentos de medida

La recogida de datos se realizó mediante la administración de tres cuestionarios para estudiar cada una de las variables objeto del presente trabajo.

Inventario Clínico Multiaxial de Millon-IV (MCMI-IV; Millon et al., 2015)

En primer lugar, se administró el Inventario Clínico Multiaxial de Millon-IV (MCMI-IV) el cual da información sobre la personalidad y síndromes clínicos del sujeto (Millon et al., 2015). La adaptación española fue realizada por A. Hernández, C.

Aguilar y F. Vallar. Departamento de I+D Pearson Clinical & Talent Assessment, en colaboración con M.P. Sánchez y V. Cardenal (2018).

El estudio acerca de la fiabilidad de las puntuaciones del MCMI-IV se basa, por un lado, en la consistencia interna (coeficiente alfa ordinal) a partir de la muestra de tipificación de pacientes españoles de salud mental. Estos valores muestran un nivel excelente de consistencia interna para estudios grupales ($> 0,80$) del conjunto de las escalas del instrumento. Tan solo en una de las facetas de Grossman de una de las escalas (escala de patrón clínico Dependiente, faceta Interpersonalmente sumiso), se encuentra un valor no totalmente adecuado (0,68). Por otro lado, las autoras de esta adaptación han calculado la estabilidad de las escalas del instrumento mediante el procedimiento test-retest, con una muestra pequeña de la misma población, mostrando que la práctica totalidad de los casos valores de fiabilidad considerados adecuados en la fase de desarrollo de un cuestionario ($r > 0,70$), excepto en tres facetas de Grossman de tres patrones clínicos diferentes (Narcisista, Antisocial y Sádico).

Se trata de un instrumento autoinformado, el cual está diseñado para evaluar la personalidad y psicopatología de aquellos adultos que reciben atención o tratamiento psicológico y/o psiquiátrico. Este cuestionario consta de 192 ítems con dos opciones de respuesta (Verdadero- Falso). Se diferencia de otros inventarios de personalidad en que emplea un lenguaje breve y de fácil comprensión para evitar así que el tiempo de aplicación se prolongue y genere en el sujeto un sobreesfuerzo y fatiga. Además, utiliza baremos españoles.

Gracias a su enfoque terapéutico, concede una base importante sobre la que tomar decisiones en vista a un tratamiento eficaz. Su evaluación consta de una amplia red de dominios relevantes, semejantes a los trastornos de personalidad del DSM-5 y CIE-10, y de los síndromes clínicos más significativos. Las escalas del MCMI-IV están fundamentadas en la teoría evolutiva de la personalidad del Dr. Theodore Millon y se agrupan en base a ésta. De este modo, las 25 escalas clínicas del MCMI-IV se dividen en dos categorías que evalúan personalidad y psicopatología. Dentro de cada una de ellas, se hallan otras dos subcategorías: patrones clínicos de la personalidad y patología

grave de la personalidad y síndromes clínicos y síndromes clínicos graves, respectivamente.

Además, este inventario incorpora escalas de facetas de Grossman (Grossman y del Río, 2005), las cuales proporcionan una información más detallada, mejorando así la interpretación de los resultados, diagnóstico clínico y tratamiento más eficaz. Cada una de las escalas pertenecientes a las subcategorías de patrón clínico de personalidad y de patología grave de la personalidad, está representada por tres facetas extraídas de los dominios funcionales y estructurales apoyados teóricamente. En definitiva, otorga un total de 45 facetas concomitantes a las 15 escalas de la personalidad del MCMI-IV. Es importante destacar que esta última actualización del inventario conceptualiza los patrones de personalidad dentro de un nuevo espectro. Es decir, cada conducta es descrita en 3 niveles de funcionamiento de la personalidad.

Cuestionario de Apego Adulto (Melero y Cantero, 2008)

Para la evaluación del apego adulto se aplicó el Cuestionario de Apego Adulto (Melero y Cantero, 2008). Los índices de consistencia interna de las 4 escalas fueron evaluados mediante el coeficiente α de Cronbach. La escala de “Baja autoestima, necesidad de aprobación y miedo al rechazo” obtuvo un índice de 0,86; la escala de “Resolución hostil de conflictos, rencor y posesividad” de 0,80; la escala “Expresión de sentimientos y comodidad con las relaciones” de 0,77; y la escala “Autosuficiencia emocional e incomodidad con la intimidad” de 0,68.

Esta prueba está compuesta por 40 ítems con una escala tipo Likert de 6, donde 1 hace referencia a “completamente en desacuerdo” y 6 “completamente de acuerdo”. Los ítems de este cuestionario están divididos en cuatro escalas las cuales marcan una diferencia significativa entre unos estilos de apego y otros en el sujeto evaluado (Melero y Cantero, 2008). Estas escalas son:

- Escala 1. Baja autoestima, necesidad de aprobación y miedo al rechazo.
- Escala 2. Resolución hostil de conflictos, rencor y posesividad.

- Escala 3. Expresión de sentimientos y comodidad con las relaciones.
- Escala 3. Autosuficiencia emocional e incomodidad con la intimidad.

Los resultados de las puntuaciones de estas escalas se analizan en función de la tipología de apego adulto, siendo estas: temeroso-hostil, preocupado, seguro, huidizo-alejado.

VINCULATEST: Test para la Evaluación de los Vínculos Interpersonales en Adultos (Picó, 2019)

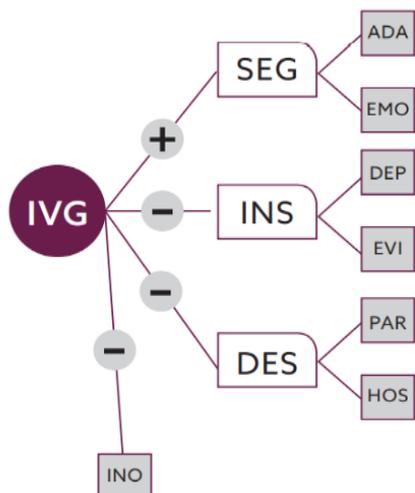
En última instancia, se suministró el VINCULATEST (Picó, 2019) con el fin de llevar a cabo una evaluación y valoración de los vínculos interpersonales en adultos, más concretamente en este estudio para la dependencia emocional y codependencia. Se trata de una prueba de tipo cuestionario compuesta por 64 ítems, los cuales se agrupan en 6 escalas principales y una escala adicional. Las primeras son: Independencia adaptativa (ADA), Regulación emocional (EMO), Vinculación dependiente (DEP), Vinculación evitativa (EVI), Vinculación paranoide (PAR) y Vinculación hostil (HOS). La escala adicional de esta prueba es designada como Inocencia psicológica (INO). Se le denomina adicional puesto que no es un estilo de vinculación propiamente dicho, pero afecta significativamente a los procesos de vinculación. Según las puntuaciones en estas escalas, se aprecian tres índices de vinculación principales:

- Índice de vinculación segura (SEG): formado por la escala de Interdependencia adaptativa y la de Regulación emocional.
- Índice de vinculación insegura (INS): formada por la escala de Vinculación dependiente y la escala de Vinculación evitativa.
- Índice de vinculación desorganizada (DES): formada por la escala de Vinculación hostil y la de Vinculación paranoide.

La siguiente figura resume de manera gráfica lo redactado anteriormente.

Figura 1.

Índice de Vinculación Global y sus tipos de vinculaciones interpersonales.



Nota: IVG: Índice de vinculación global/ SEG: Índice de vinculación segura / INS: Índice de vinculación insegura / DES: Índice de vinculación desorganizada /ADA: Independencia adaptativa /EMO: Regulación emocional/ DEP: Vinculación Dependiente / EVI: Vinculación evitativa / PAR: Vinculación paranoide / HOS: Vinculación hostil. Tomado del Manual VINCULATEST (Picó, 2019).

Procedimiento

La evaluación clínica de la paciente fue realizada por una especialista en Psicología clínica del Centro de salud mental. Posteriormente la selección de la paciente y posterior evaluación complementaria fueron llevados a cabo por la autora de este trabajo en el Centro de Salud Mental La Corredoria. En cuanto al orden de administración de los cuestionarios, no se aplicó ninguna instrucción al respecto.

En primer lugar, se le citó telefónicamente a la vez que se le informó del motivo de la citación. Una vez acude a sesión, en una entrevista presencial, se le explica previamente a la administración de las pruebas cuál será el procedimiento a seguir y la metodología requerida para la evaluación de cada uno. Desde el primer momento se informó de que cualquier duda sería resuelta y que podría abandonar la evaluación en

cualquier momento. La paciente otorgó consentimiento verbal para realizar esta exploración.

Tras haber sido informada y una vez otorgado el consentimiento verbal, se llevó a cabo la aplicación de los tests. En primer lugar, se administró el Inventario Clínico Multiaxial de Millon IV (Millon et al., 2015). En segundo lugar, se rellenó el Cuestionario de Apego Adulto (Melero y Cantero, 2008) y, finalmente, el Test para la Evaluación de los Vínculos Interpersonales en Adultos (Picó, S. R., 2019).

La recogida de información y corrección de los tests se realizó a partir de diferentes plataformas específicas de cada cuestionario: Pearson Clinical y TEA Ediciones; para el Inventario Clínico Multiaxial de Millon-IV (MCMI-IV) y el Test para la Evaluación de los Vínculos Interpersonales en Adultos (VINCULATEST), respectivamente. La corrección del cuestionario de Apego Adulto se hizo manualmente.

Resultados

Presentación del caso

Antecedentes

Se trata de una mujer de 44 años que acude a consulta por primera vez en 2018 tras sufrir maltrato por parte de su pareja. Abandona el tratamiento al ser derivada al Equipo de Atención Psicosocial a la Mujer.

Con respecto a sus antecedentes familiares, su sobrina es paciente de un Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil (con varios ingresos en Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Infanto-Juvenil) y su madre es paciente en otro CSM del Servicio de Salud del Principado de Asturias. Su padre falleció hace 30 años por un cáncer de hígado. Su hermano, cuñada y sobrino fallecieron en un accidente de tráfico hacía 9 años.

Evaluación Inicial

En la exploración psicopatológica, se aprecia un aspecto ligeramente desaliñado. Se presentan dificultades para el mantenimiento de la higiene y el autocuidado. Se muestra consciente y orientada en los tres ejes (espacio, tiempo y persona). Durante la entrevista mantiene una actitud correcta y colaboradora. Refiere alteraciones en los procesos cognitivos básicos (atención/concentración) con quejas subjetivas de memoria. Manifiesta un estado de ánimo deprimido con tendencia al llanto, anhedonia total, pensamientos de culpa y aislamiento social activo. No se evidencian alteraciones sensorio-perceptivas ni tampoco trastornos en la forma ni en el contenido del pensamiento. Tampoco se evidencian alteraciones del lenguaje de forma que mantiene una adecuada comprensión y expresión verbal. Se muestra con facilidad para sobresaltarse, hipervigilante y ansiosa tanto física como psíquicamente. Presenta síntomas somáticos como diarreas, cefaleas, dolores osteomusculares, sensación de pesadez corporal, astenia. Se evidencian alteraciones de sueño, puesto que los ritmos biológicos están alterados (refiere dormir cuatro horas al día), e hiporexia con pérdida ponderal (solo come si la instiga su hija). Niega consumo de sustancias, incluidas el alcohol y la cafeína. Sin embargo, ha aumentado su consumo de tabaco (un paquete/día). No muestra auto ni heteroagresividad. Niega ideación autolítica estructurada ni intencionalidad actual. Ha realizado una tentativa suicida reciente por ingesta medicamentosa, que no requirió atención médica hospitalaria. No tiene historia familiar de suicidio. El juicio de realidad se halla conservado. Tiene una buena capacidad introspectiva. Personalidad premórbida extrovertida.

Tiene una hija de 15 años con la que refiere tener una buena relación (custodia compartida) y convive. En cuanto a su situación laboral, trabaja como cocinera y se encuentra en situación de Incapacidad Laboral Transitoria (ILT) desde diciembre de 2020. Tras la exploración, se le diagnostica de Trastorno depresivo mayor, episodio único, moderado.

Tratamiento y Curso

Actualmente, se encuentra en tratamiento psicológico y psiquiátrico en el Centro de Salud Mental La Corredoria, con seguimientos intensivos por parte del personal de Enfermería.

A continuación, se describen los resultados obtenidos siguiendo el mismo orden de administración:

Inventario Clínico Multiaxial de Millon-IV (MCMI-IV) (Millon, Grossman, y Millon, 2015).

Con respecto a los índices de invalidez e inconsistencia, se obtuvieron puntuaciones mínimas por lo que se puede afirmar, además del juicio clínico, que las respuestas del paciente son válidas y consistentes (invalidez=0/ inconsistencia=5). El índice de Sinceridad (escala X), muestra un nivel medio-alto con una puntuación de 70. Las puntuaciones en el índice de Deseabilidad Social (escala Y) y el índice de Devaluación (escala Z) muestran concordancia entre ellas, siendo una muy baja (20) y la otra muy alta (83), respectivamente.

A continuación, tras el análisis de los resultados obtenidos, se muestran los patrones clínicos de personalidad y síndromes clínicos más significativos y las facetas de Grossman con las puntuaciones más altas registradas en la línea base, es decir, con una puntuación superior a 75.

En primer lugar, poniendo el foco de atención en las escalas referidas a los patrones y patologías de la personalidad, la paciente sujeto de este trabajo presenta un tipo de personalidad Esquizoide, Evitativa, Melancólica, Dependiente y Masoquista con estilos de personalidad Antisocial, Compulsivo y Negativista. En cuanto a la patología grave de la personalidad, se aprecia un estilo esquizotípico pero la evidencia más significativa hace referencia a un Trastorno Límite de Personalidad. La Tabla 3 muestra las puntuaciones obtenidas en los patrones de personalidad de la paciente.

Tabla 3.*Patrones clínicos de personalidad.*

PERSONALIDAD	PD	TB	Perfil de las tasas base	
Patrones clínicos de la personalidad				
Esquizoide	1	16	78	Tipo
Evitativo	2A	16	78	Tipo
Melancólico	2B	24	81	Tipo
Dependiente	3	13	78	Tipo
Histriónico	4A	2	13	-
Tempestuoso	4B	1	6	-
Narcisista	5	3	36	-
Antisocial	6A	3	60	Estilo
Sádico	6B	5	50	-
Compulsivo	7	19	71	Estilo
Negativista	8A	13	69	Estilo
Masoquista	8B	22	83	Tipo
Patología grave de la personalidad				
Esquizotípico	S	17	66	Estilo
Límite	C	24	94	Trastorno
Paranoide	P	5	43	-

Nota: Puntuación Directa/ TB: Puntuación Tasa Base.

Haciendo referencia a las puntuaciones obtenidas con respecto a los síndromes clínicos más significativos, se refleja la presencia de síntomas somáticos y la

prominencia en Ansiedad generalizada, Depresión persistente y Estrés postraumático. Se destaca la puntuación máxima posible en Depresión Mayor como síndrome clínico grave. En la Tabla 4 quedan registradas las puntuaciones significativas de rasgos psicopatológicos.

Tabla 4.

Síndromes clínicos.

PSICOPATOLOGÍA	PD	TB	Perfil de las Tasas Base	
Síndromes clínicos				
Ansiedad generalizada	A	17	105	Prominente
Síndromes somáticos	H	11	80	Presente
Espectro bipolar	N	4	40	-
Depresión persistente	D	24	100	Prominente
Consumo de alcohol	B	1	60	-
Consumo de drogas	T	2	62	-
Estrés postraumático	R		93	Prominente
Síndromes clínicos graves				
Espectro esquizofrénico	SS	16	73	-
Depresión mayor	CC	24	115	Prominente
Delirante	PP	1	30	-

Nota: Presente (75-85) / Prominente (85-115) / Puntuación Directa/ TB: Puntuación Tasa Base.

Por último, en alusión a las Facetas de Grossman (Grossman y del Rio, 2005), se registraron puntuaciones significativas en las facetas Límite, Masoquista y Melancólico. Dentro de cada una de las facetas se destaca una cognición fatalista del estilo melancólico. Por ello, lleva a decantar el estilo de personalidad del sujeto como un tipo de personalidad melancólica con rasgos límites y masoquistas bastantes significativos. A continuación, en la Tabla 5 se encuentran las puntuaciones de dichas facetas.

Tabla 5.*Facetas de Grossman.*

FACETAS DE GROSSMAN	PD	TB	Perfil de Tasas Base	
Límite	C			
Autoimagen inestable	C.1	7	85	Interpretable
Arquitectura disgregada	C.2	9	93	Interpretable
Temperamentalmente lábil	C.3	8	90	Interpretable
Masoquista	8B			
Autoimagen desmerecedora	8B.1	11	93	Interpretable
Arquitectura invertida	8B.2	8	85	Interpretable
Temperamentalmente disfórico	8B.3	9	85	Interpretable
Melancólico	2B			
Cognitivamente fatalista	2B.1	9	100	Interpretable
Autoimagen inútil	2B.2	7	93	Interpretable
Temperamentalmente afligido	2B.3	8	85	Interpretable

Nota: Interpretable (75-100) / PD: Puntuación Directa/ TB: Puntuación Tasa Base.

Cuestionario de Apego Adulto (Melero y Cantero, 2008).

Las puntuaciones directas recogidas en el cuestionario de Apego Adulto indican niveles altos de baja autoestima, necesidad de aprobación y miedo al rechazo en la paciente (escala 1). A su vez, también muestra niveles moderados-altos en autosuficiencia emocional e incomodidad con la intimidad (escala 4). Esta última se muestra concordante con las puntuaciones obtenidas en la escala 3, obteniendo niveles muy bajos en la expresión de los sentimientos y en la comodidad con las relaciones. Además, se reflejan niveles muy bajos de resolución de conflictos hostil, rencor y

posesividad (escala 2). En la siguiente tabla, aparecen las puntuaciones directas generadas y las valoraciones percentiles correspondientes a cada una de ellas.

Tabla 6.

Puntuaciones obtenidas en las escalas del cuestionario de Apego Adulto.

ESCALAS	PD	Percentil	Valoración del percentil
Escala 1: Baja autoestima, necesidad de aprobación y miedo al rechazo	49	75-84	Alto
Escala 2: Resolución hostil de conflictos, rencor y posesividad	17	1-15	Muy bajo
Escala 3: Expresión de sentimientos y comodidad con las relaciones	30	1-15	Muy bajo
Escala 4: autosuficiencia emocional e incomodidad con la intimidad	20	61-74	Moderado-Alto

A continuación, en la tabla 7 aparecen los niveles de cada escala para cada uno de los cuatro estilos de apego: Temeroso-Hostil, Preocupado, Seguro y Huidizo-Alejado (Melero y Cantero, 2008), a la vez que se reflejan los resultados de las puntuaciones de la paciente en la valoración de los percentiles para cada escala.

Tabla 7.

Análisis de las puntuaciones obtenidas por tipologías de apego adulto.

ESCALAS	Temeroso-Hostil	Preocupado	Seguro	Huidizo-Alejado
Escala 1	Muy alto	Alto	Muy bajo	Bajo/Moderado
Escala 2	Muy alto	Moderado	Bajo	Moderado
Escala 3	Bajo	Moderado/Alto	Alto	Bajo/Moderado
Escala 4	Moderado/Alto	Moderado	Bajo	Alto

Nota: Temeroso-Hostil (Huidizo-Temeroso).

Test para la Evaluación de los Vínculos Interpersonales en Adultos (Picó, S. R. (2019)).

Las puntuaciones que se obtienen de este cuestionario siguen una puntuación estandarizada con una media de 50. Tras el análisis de las respuestas de la participante, se reflejan niveles algo más bajos en las escalas de regulación emocional, vinculación paranoide y vinculación hostil, al igual que puntúa menos en los índices de vinculación segura y de la desorganizada.

No obstante, no se evidencian puntuaciones significativas en ninguna de las escalas ni índices que evalúa este cuestionario. De hecho, el índice de Vinculación Global Saludable refleja niveles bastante cercanos a la media con una puntuación de 52. Las escalas con puntuaciones más altas (puntuación máxima=52) son las de Vinculación Evitativa y la Inocencia Psicológica. Estos resultados concuerdan con los obtenidos tras el cuestionario de Apego Adulto.

A continuación, la siguiente tabla (Tabla 8) refleja las puntuaciones obtenidas sobre las vinculaciones interpersonales.

Tabla 8.

Resultados de las vinculaciones interpersonales en la etapa adulta.

Escalas		PD	T	Valoración de las puntuaciones
Independencia adaptativa	ADA	1,71	44	Medio
Regulación emocional	EMO	1,17	37	Bajo
Vinculación dependiente	DEP	2	43	Medio
Vinculación evitativa	EVI	2,11	52	Medio
Vinculación paranoide	PAR	0	37	Bajo
Vinculación hostil	HOS	0,55	37	Bajo
Inocencia psicológica	INO	1,91	52	Medio

Escalas		PD	T	Valoración de las puntuaciones
Índices				
Vinculación segura	SEG	81	39	Bajo
Vinculación insegura	INS	95	47	Medio
Vinculación desorganizada	DES	74	36	Bajo
Vinculación global saludable	IVG	-96	52	Medio

Nota: Rangos: (1-30) / (30-40) / (40-**50**-60) / (60-70) / (70-99).

Discusión

En este estudio de caso clínico se pretendía analizar la relación entre el estilo de apego, la personalidad y las vinculaciones interpersonales, mostrando cómo influye el estilo de apego infantil en la construcción de la personalidad y del apego adulto y, en consecuencia, cómo este conjunto condiciona la manera en la que nos vinculamos a los demás. De este modo, los resultados obtenidos tras las pruebas administradas a la paciente sujeto de este estudio otorgan información idónea para demostrar dichas correlaciones.

Con respecto a la personalidad, las puntuaciones en el índice de Deseabilidad Social (escala Y) y el de Devaluación (escala Z) muestran relación entre ellas, siendo una muy baja (20) y la otra muy alta (83), respectivamente. Esto indica la tendencia de la paciente a menospreciarse y su intención de no querer llamar la atención. En otras palabras, pretende pasar desapercibida. Esta actitud se asocia con los tipos de personalidad que presenta en los resultados obtenidos y el juicio clínico. La paciente se caracteriza por presentar un trastorno límite de personalidad y un trastorno de depresión mayor. Autores como Fava y Davidson (1996), encontraron una alta comorbilidad en pacientes depresivos con respecto a trastornos de personalidad. En concreto halló alta prevalencia con el evitativo, el dependiente, el límite y el antisocial, entre otros. Éstos han sido hallados en los resultados, confirmando esta comorbilidad.

Su puntuación significativa para el trastorno límite de personalidad informa de su inestabilidad y labilidad emocional, manifestando tanto períodos intensos de apatía y agotamiento como etapas de ira, ansiedad y euforia por su temperamento lábil. Su estructura psíquica es incongruente, es decir, una ambivalencia cognitivo-afectiva manifestada en sus sentimientos contradictorios de amor, culpa y rabia hacia los demás. También, son frecuentes sus pensamientos recurrentes de ideación suicida, preocupación extrema por mantener el afecto de los demás y problemas para perseverar su propio sentido de la identidad a causa de una autoimagen inestable. Se hallan síndromes clínicos prominentes como ansiedad generalizada, propia de las personas evitativas (Millon y Davis, 1998), por la que es incapaz de relajarse por el temor a situaciones adversas y por un intenso estado de alerta e irritabilidad hacia su entorno. Además, refleja estrés postraumático a consecuencia de hechos pasados que le han generado un miedo intenso, desconfianza, malestar y ansiedad. Evita todo aquello que le sea similar o asociado al trauma. Por último, una depresión persistente como evolución de años en los que ha vivenciado sentimientos de angustia, culpabilidad y desánimo, ausencia de iniciativa, apatía y baja autoestima. Con estas características es más probable desarrollar un trastorno de depresión mayor. Autores como Holt et. al, (1992) detectaron en las personas evitativas un malestar generalizado con mayores niveles de ansiedad, depresión, sensibilidad y evitación en las relaciones interpersonales. En esta línea, es de destacar la significativa puntuación de la paciente en la categoría de Depresión Mayor como síndrome clínico grave, en la cual marca la puntuación más alta posible.

Su tipo de personalidad evitativa le lleva a apoyarse en el miedo y desconfianza hacia los demás como estrategia adaptativa. Quiere relacionarse, pero cree mejor distanciarse emocional y socialmente. Estas actitudes están ligadas a otros rasgos hallados en el análisis como son el estilo de personalidad antisocial por dicha desconfianza y con el estilo esquizotípico más patológico por su preferencia al aislamiento social y a las mínimas creaciones de vínculos y responsabilidades personales. Esta tendencia al aislamiento de la personalidad evitativa ha sido apoyada por Torgersen (1999) como predisponente de la aparición de depresión, de acuerdo con lo hallado en los resultados. Se muestra pasiva reflejando un aplanamiento emocional y un afecto deficiente. En suma, su tipo de personalidad esquizoide y melancólica refleja

su falta de deseo y capacidad para experimentar placer. En relaciones sociales se expresa apática, distante y con indiferencia. Sus necesidades afectivo-emocionales se reducen al evitar crear vínculos, desligándose de todo beneficio y afecto. Siempre espera lo peor en cada situación, sintiéndose agobiada, desanimada e inútil. Temperamentalmente, se siente apenada por su intensa preocupación constante, su visión negativa del mundo y los sentimientos de culpa.

Estos sentimientos de inutilidad y comentarios autodenigrantes se relacionan, a su vez, con sus tipos de personalidad masoquista y dependiente, para las cuales puntúa significativamente. Por su tipo de personalidad masoquista, interactúa con los demás de manera servil y autosacrificada, incluso permitiendo que abusen o se aprovechen de ella, por la imagen desmerecedora que tiene de ella misma. Los halagos, los considera erróneos y si no satisface a los demás, cree merecer sufrir dolor. Invierte las emociones, es decir, cuando debería sentir placer, siente dolor, y viceversa. A veces se sentirá ansiosa y otras triste por su carácter disfórico. Por otro lado, su tipo de personalidad dependiente influye en su iniciativa y su falta de autonomía. Recurre a otros buscando afecto, cuidado, seguridad y protección y una vinculación en la que ellos son quienes la dirijan. Es decir, asume el rol pasivo en sus relaciones, por ser más cómodo para ella, y accede voluntariamente a satisfacer los deseos de los demás para mantener su afecto.

Por consiguiente, refleja un estilo de personalidad compulsiva con una alta prudencia, control y perfeccionismo a consecuencia de una lucha entre la hostilidad hacia otros y el miedo a ser desaprobada socialmente. Para resolver este conflicto, suprime su resentimiento y tiende a autoexigirse y exigir a los demás. Así, controla los sentimientos opositoristas desembocando en una actitud pasiva y, por ende, una aparente sumisión pública. También, su estilo negativista le genera un dilema interno entre aceptar las gratificaciones de otros o perseguir sus propios deseos, enfrentándose a interminables disputas y decepciones. Esto manifiesta su ausente capacidad para resolver problemas, de acuerdo con el compulsivo. No obstante, en este estilo, el dilema persiste internamente, cerca de la conciencia. Esto deriva en conductas caracterizadas por un patrón errático de ira explosiva o resistencia completamente mezclado a períodos de culpa y vergüenza.

Todos los rasgos hallados presentan similitudes entre sus diferentes tipos y estilos de personalidad, mostrando congruencia en los hallazgos y en la relación entre ellos.

En cuanto al estilo de apego adulto, las puntuaciones para cada escala mantienen bastante coherencia con los rasgos de personalidad hallados. Tras el análisis y valoración global de estas puntuaciones según las normas de corrección (Melero y Cantero, 2008), junto al juicio clínico, el estilo de apego adulto más adecuado para la paciente es el Huidizo-Temeroso. Como se ha mencionado en la literatura que fundamenta este trabajo, este estilo se ha vinculado a diferentes trastornos de personalidad, entre los cuales aparecen el trastorno de personalidad límite, dependiente y evitativa (Sánchez Herrero, 2011), psicopatologías con altas puntuaciones en los cuestionarios administrados a la paciente. No obstante, cabría mencionar que alguna de las escalas y rasgos de su personalidad concuerdan a su vez con el apego Huidizo-Alejado, con el que también se ha encontrado bibliografía concordante con los resultados analizados en el cuestionario de personalidad; siendo los estilos de personalidad esquizoide y antisocial característicos en personas con este estilo de apego (Lafuente y Cantero, 2010).

En su estilo de apego refleja baja autoestima, necesidad de ser aprobada por el resto de las personas y miedo a ser rechazada, tal y como se expresa en su personalidad dependiente y evitativa. Siente seguridad cuando recibe aprobación social y, por ello, se vincula a los demás dentro de comportamientos dependientes. Esto también influye en su resolución de conflictos. Su ausencia de capacidad para resolverlos asertivamente le lleva a comportarse de manera sumisa, muy alejada de actitudes hostiles, rencores y posesividad. Es congruente con su estilo de personalidad compulsiva y negativista, de modo que suprime su resentimiento y el conflicto, al no quedar resuelto, y queda en su conciencia. Este comportamiento genera, por un lado, ira explosiva y, por otro, culpa y vergüenza, propia de su personalidad límite. Además, muestra muy baja expresión de sus sentimientos y se siente incómoda en las relaciones, al igual que en las situaciones de intimidad, por lo que tiende a aislarse. Está estrechamente relacionado con su personalidad esquizotípica pasiva, mostrando un aplanamiento emocional y un afecto insuficiente. Debido a su negativa en la expresión de sentimientos, se distancia afectivamente y se muestra como autosuficiente a nivel emocional. El sistema de apego

es esencial ya que sirve de estrategia de regulación emocional (como base segura para el niño) y establece un contexto de enseñanza de habilidades destinadas al manejo de sentimientos y afrontamiento de situaciones adversas (Shaver y Mikulincer, 2009).

Teniendo en cuenta sus rasgos de personalidad límite, dependiente, evitativa, entre otras; y su estilo de apego, las vinculaciones que desarrolla con los demás va acorde a éstos. Por ello, interactúa desde una vinculación evitativa. Es distante en sus relaciones sociales evitando la creación de vínculos emocionales con los demás, además de sentirse incómoda en las situaciones de intimidad. Esto concuerda con su estilo de apego huidizo-temeroso ya que evita las situaciones de intimidad por el miedo a ser rechazada (Widom et al., 2017). También, su baja expresión de hostilidad en la resolución de conflictos viene determinada por su baja vinculación hostil en las relaciones, de modo que reprime la manifestación de ira en su dimensión comportamental y emocional. Su carencia de hostilidad y represión de emociones, está muy relacionada con su bajo control de la regulación emocional. Por ello, es incapaz de adaptar las emociones emergentes a las condiciones situacionales del entorno en ese momento. Leible y Snell Jr. (2004), estudiaron la relación entre el concepto de Inteligencia/Regulación Emocional y los trastornos de personalidad, hallando una correlación negativa para todos los trastornos, entre los cuales aparecen el esquizoide, esquizotípico, evitativo, límite y dependiente; congruentes con los resultados del presente estudio. Otros autores también midieron la inteligencia emocional (Hertel et al., 2009), encontrando menor capacidad para comprender y regular la información emocional en pacientes con trastorno depresivo mayor. De nuevo, esta literatura confirma lo hallado. Su ausente personalidad paranoide, su visión sobre los acontecimientos vitales, sin un tono persecutorio y crítico, concuerdan con su baja vinculación paranoide.

Aunque no sea tan significativa, la puntuación en vinculación dependiente podría tener un sentido y estar presente en sus relaciones interpersonales debido al tipo de personalidad dependiente que refleja. No obstante, se encuentran puntuaciones muy similares en Independencia adaptativa, en la cual se estimula el contacto entre personas, pero se potencia el respeto y la autonomía personal. Estos ítems no resultan tras lo analizado en la paciente. Puede que hayan podido influir otros factores en esta variable

por su incongruencia con lo hallado en el análisis de los demás constructos (personalidad y apego).

Es importante destacar que una de sus puntuaciones más altas se obtuvo en la dimensión de inocencia psicológica. Una puntuación considerable en esta categoría se extrapola a un concepto de idealización hacia los demás que le dificulta percibir y procesar aquellas intenciones dañinas o negativas de éstos. Esto está relacionado con el concepto de autenticidad y el sentido de la propia identidad característico de su personalidad límite y dependiente. Según autores como Goldstein y Molina (2004), apuntan a las personas con trastorno límite como características de una marcada confusión respecto a la propia identidad, tanto en el área sexual como sociofamiliar. Con respecto a las personas con trastorno dependiente, también aluden a una pérdida de la identidad, pero más asociada al sentido de fusión identitaria con la persona a la que se vinculan de forma dependiente; lo cual también tiene un sentido para este trabajo.

En cuanto a los índices de vinculación, se halla concordancia entre ellos y con los demás constructos estudiados. A este respecto, expone una baja vinculación segura sintiéndose incómoda en sus relaciones y en una necesidad constante de afecto disfuncional. En contraposición, se muestra dentro de una vinculación insegura. Por ello, sus vinculaciones estarán basadas tanto en la dependencia afectiva como el distanciamiento emocional, es decir, en los tipos de vinculaciones dependiente y evitativa; lo cual es congruente con lo encontrado. No obstante, también se refleja un nivel de vinculación desorganizada bajo con base en la ausencia de manifestaciones hostiles como respuesta a las acciones de los demás.

Es importante hacer referencia a un posible tratamiento dentro del contexto terapéutico para una persona con estas características. Podría resumirse como una persona con un trastorno límite de personalidad y de depresión mayor que refleja personalidad melancólica, dependiente, evitativa, esquizoide, masoquista, que, a la vez muestra un apego huidizo-temeroso por lo que sus vinculaciones estarán mediadas desde la evitación y la dependencia desde una base insegura. Ahora bien, para afianzar una buena alianza terapéutica, y así asegurar resultados más satisfactorios de cara a la terapia, es fundamental crear un espacio de seguridad para la persona. Se trata de

individuos acostumbrados a inhibir sus emociones por miedo a ser rechazados. Por ello es muy importante mostrarse como alguien en quién pueden confiar sus emociones y pensamientos porque no van a huir de la situación.

En cuanto a las fortalezas y posibles limitaciones de este estudio podría hacerse alusión a la muestra reducida a una paciente. En concreto, se escogió por las características previas por las que acudía a terapia a raíz de una situación de maltrato. Por un lado, los resultados podrían ser más previsibles al ser seleccionada intencionalmente, de manera que han ofrecido conclusiones en los análisis semejantes a las halladas en la literatura ya existente.

De cara a líneas futuras de investigación y tratamiento de la problemática de la dependencia afectiva, estaría bien ahondar en este estudio desde otras perspectivas, por ejemplo, analizando dichas relaciones en personas con un apego seguro y que sufran, o hayan sufrido, dependencia emocional o conductas más violentas dentro de una relación. Así podría analizarse si, además del apego y la personalidad construida, existen otras variables que pueden llevar a desencadenar una dependencia afectiva en personas con estructuras de personalidad y apego más estables. Además, se propone trabajar hacia el concepto de dependencia afectiva saludable. A partir de esta perspectiva, se pretende entrenar desde los contextos educativos en habilidades socio-afectivo-sexuales hacia la búsqueda y mantenimiento de relaciones sanas. El objetivo es que las relaciones interpersonales se creen a partir de la autonomía individual, buscando en las personas apoyo y refugio, pero no una necesidad afectiva la cual derive en la pérdida de la propia identidad u otras problemáticas.

Conclusiones

Podría concluirse que en este estudio se esboza cómo el apego influye de manera importante en el desarrollo de la personalidad. Teniendo como base un apego inseguro, la conformación del apego y la personalidad en la etapa adulta será más probablemente patológica. Por lo tanto, esto tiene consecuencias negativas para el sujeto a la hora de crear lazos y vincularse afectivamente con los demás. Más concretamente en el plano de pareja, puede suscitar relaciones basadas en conductas dependientes emocionalmente, impidiendo que estas personas creen vínculos sanos, íntimos, consistentes y duraderos.

Las conclusiones que se pueden obtener de este estudio se exponen a continuación:

- Existe relación entre los rasgos de personalidad evitativa, límite, dependiente y masoquista con el estilo de apego adulto huidizo-temeroso y con las vinculaciones evitativa y dependiente.
- Existe relación entre el apego huidizo-temeroso y su vinculación dependiente.
- Los resultados obtenidos muestran concordancia con la literatura científica y con el juicio clínico con respecto al caso en particular.

Referencias

- Ainsworth, M. D. S. & Witting, B. A. (1969). Attachment and exploratory behavior of one-year-olds in strange situation. *En B. M. Foss. (Ed.), Determinants of infant behavior* (pp. 111-136). Methuen. <https://doi.org/10.2307/1127388>
- Ainsworth, M.D., Blehar, M. C., Waters, E. & Wall, S. (1978). *Patterns of Attachment: Assessed in the strange situation and at home*. Hillsdale. Lawrence Erlbaum. <https://doi.org/10.4324/9780203758045>
- Barroso, O. (2014). El apego adulto: la relación de los estilos de apego desarrollados en la infancia en la elección y las dinámicas de pareja. *Revista digital de medicina psicosomática y psicoterapia*, 4(1), 1-25.
- Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: a test of a four category model. *Journal of personality and social psychology*, 61(2), 226. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.61.2.226>
- Bowlby, J. (1951). Maternal care and mental health. *Bulletin of the World Health Organization*, 3, 355–533.
- Bowlby, J. (1969). *El vínculo afectivo*. Paidós.
- Bowlby, J. (1988). Developmental psychiatry comes of age. *The American journal of psychiatry*, 145(1), 1-10. <https://doi.org/10.1176/ajp.145.1.1>
- Bretherton, I. (1992). The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Developmental psychology*, 28(5), 759-775. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.28.5.759>
- Buruchaga, I., Pérez-Testor, C., Ibañez, M., Diego, S., Golanó, M., Ballús, E. y Castillo, J. (2018). Apego y vínculo: una propuesta de delimitación y diferenciación conceptual. *Temas de psicoanálisis* 11 (15), 13-24.

- Cardenal, V., Sánchez, M., P. y Ortiz-Tallo, M. (2007). Los trastornos de personalidad según el modelo de Millon: una propuesta integradora. *Clínica y Salud, 18*(3), 305-324.
- Cassidy, J., & Shaver, P.R. (2016). *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (3ª ed.). Guilford Press.
- Cogswell, A., Alloy, L., Karpinski, A., & Grant, D. (2010). Assessing Dependency using self report and indirect measures: Examining the significance of discrepancies. *Journal of Personality Assessment, 92*(4), 306-316.
<http://dx.doi.org/10.1080/00223891.2010.481986>
- Cohen, A. & Eagle, M. (2005). Prediction of relational functioning from attachment in adult romantic relationships. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 53*(4), 1331-1333.
- Collins, N. L., & Feeney, B. C. (2004). Working models of attachment shape perceptions of social support: evidence from experimental and observational studies. *Journal of personality and social psychology, 87*(3), 363. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.87.3.363>
- Collins, N. L., & Read, S. J. (1994). Cognitive representations of attachment: The structure and function of working models. In K. Bartholomew & D. Perlman (Eds.), *Advances in personal relationships, 5. Attachment processes in adulthood* (p. 53–90).
- Cruz, C. (2019). Teorías de la personalidad a lo largo de la historia. *Psiquiatría y Salud Mental, 3*(4), 119-130.
- DeYoung, G. (2010). Personality Neuroscience and the Biology of Traits. *Social and Personality Psychology Compass, 4*(12), 1165–1180.
<https://doi.org/10.1111/j.1751-9004.2010.00327.x>

- Fava, M., & Davidson, K. G. (1996). Definition and epidemiology of treatment-resistant depression. *Psychiatric Clinics of North America*, 19(2), 179–200. [https://doi.org/10.1016/S0193-953X\(05\)70283-5](https://doi.org/10.1016/S0193-953X(05)70283-5)
- Feeney, J. A. y Noller, P. (2001). *Apego Adulto*. Desclée de Brouwer.
- Feeney, J., Noller, P. & Hanrahan, M (1994). Assessing adult attachment: Development in the conceptualization of security and insecurity. En M.B. Spearling y W.H. Berman (Eds.), *Attachment in adults: Clinical and developmental perspectives* (pp. 128- 152). New York: Guilford Press.
- George, C., Kaplan, N., & Main, M. (1996). *Adult Attachment Interview*. Department of Psychology, University of California (3) (Manuscrito no publicado).
- Goldstein, F. y Molina F.A. (2004). *Crisis descompensatoria de los trastornos de personalidad*. Bleu Editorial.
- Gonzalo, J. (2016). *Vincúlate. Relaciones reparadoras del vínculo en los niños adoptados y acogidos*. Desclée de Brouwer.
- Grossman, S. D., & Del Rio, C. (2005). The MCMI-III facet subscales. *New directions in interpreting the Millon Clinical Multiaxial Inventory-III (MCMI-III)*, 3-31.
- Hazan, C. & Shaver, P. R. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(3), 511-524. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.52.3.511>
- Hazan, C., & Zeifman, D. (1999). Pair bonds as attachments: Evaluating the evidence. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 336–354). The Guilford Press.
- Hernández, A., Aguilar, C. y Vallar, F. (2018) *Adaptación española de MCMI IV Departamento de I+D Pearson Clinical & Talent Assessment, en colaboración con M.P. Sánchez y V. Cardenal*. Pearson educación.

- Hernández, A., Gutiérrez, F., Valero, J., Gárriz, M., Labad, A. y Gutiérrez-Zotes, J. A. (2009). Una alternativa genético-conductual a los trastornos de la personalidad: el modelo dimensional de Livesley. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 37(3), 174-183.
- Herrero Sánchez, J. (2007). Psicodinamia en Millon: Del modelo Biopsicosocial al modelo Ecológico. *SUMMA Psicológica*, 4(2), 99-105.
<https://doi.org/10.18774/448x.2007.4.200>
- Hertel, J., Schütz, A. & Lammers, C. H. (2009). Emotional intelligence and mental disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 65, 942-954.
<https://doi.org/10.1002/jclp.20597>
- Holt, C. S., Heimberg, R G., Hope, D. A & Liebowitz, M. R (1992). Situational domains of social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 6(1), 63-77.
[https://doi.org/10.1016/0887-6185\(92\)90027-5](https://doi.org/10.1016/0887-6185(92)90027-5)
- Izquierdo-Martínez, S. A., y Gómez-Acosta, A. (2013). Dependencia afectiva: Abordaje desde una perspectiva contextual. *Psychologia. Avances de la Disciplina*, 7(1), 81-91.
- Joel, S., MacDonald, G. & Shimotomai, A. (2010). Conflicting Pressures on Romantic Relationship Commitment for Anxiously Attached Individuals. *Journal of Personality*, 79(1), 51-74. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2010.00680.x>
- Kirkpatrick, L. A., & Hazan, C. (1994). Attachment styles and close relationships: A four-year prospective study. *Personal relationships*, 1(2), 123-142.
<https://doi.org/10.1111/j.1475-6811.1994.tb00058.x>
- Koldobsky, N.M.S. (2009). *Trastornos de Personalidad. Aspectos generales para su Tratamiento*. Polemos.
- Lafuente Benaches, M. J., & Cantero López, M. (2010). *Vinculaciones afectivas. Apego, amistad y amor*. Pirámide.

- Leible, T. L. & Snell Jr., W. E. (2004). Borderline personality disorder and multiple aspects of emotional intelligence. *Personality and Individual Difference*, 37, 393-404. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2003.09.011>
- Livesley, W. J. (1998). Suggestions for a framework for an empirically based classification of personality disorder. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 43(2), 137-147.
- Main, M., & Solomon, J. (1986). Discovery of an insecure-disorganized/disoriented attachment pattern. In T. B. Brazelton & M. W. Yogman (Eds.), *Affective development in infancy* (pp. 95–124). Ablex Publishing.
- Main, M., & Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention*, 1, 121-160.
- Mansukhani, A. (2013). Dependencias interpersonales: Las vinculaciones patológicas. Conceptualización, diagnóstico y tratamiento. En García, A.D. y Cabello, F. (Eds). *Actualizaciones en sexología clínica y educativa*, 197-214.
- Martín, J. M., Seguí-Durán, D., Antón-Torre, L. y Barrera-Palacios, A. (2016). Relación entre estilos parentales, intensidad psicopatológica y tipo de sintomatología en una muestra clínica adolescente. *Anales de psicología*, 32(2), 417-423. <https://dx.doi.org/10.6018/analesps.32.2.203871>
- Mayseless, O. (1996). Attachment Patterns and their outcomes. *Human Development*, 39, 206-223. <https://doi.org/10.1159/000278448>
- Melero, R., y Cantero, M. J. (2008). Los estilos afectivos en la población española: un cuestionario de evaluación del apego adulto. *Clínica y salud*, 19(1), 83-100.
- Mikulincer, M. (1998): Adult attachment style and affect regulation: Strategic variations in self-appraisals. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 420-435. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.75.2.420>

- Millon, T. (1969). *Modern psychopathology; A biosocial approach to maladaptive learning and functioning*. Saunders.
- Millon, T. (1974). Un modelo de Aprendizaje biosocial. En T. Millon (Ed.). *Psicopatología y Personalidad*. Interamericana.
- Millon, T. (2002). Assessment is not enough: The SPA should participate in constructing a comprehensive clinical science of personality. *Journal of Personality Assessment*, 78(2): 209-218.
https://doi.org/10.1207/S15327752JPA7802_02
- Millon, T. y Davis, R. (1998). *Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM-IV*. Editorial Masson.
- Millon, T., & Grossman, S. D. (2005). Personology: A Theory Based on Evolutionary Concepts. In M. F. Lenzenweger & J. F. Clarkin (Eds.), *Major theories of personality disorder* (pp. 332–390). Guilford Press.
- Millon, T., & Grossman, S. D. (2006). Goals of a Theory of Personality. In J. C. Thomas, D. L. Segal, & M. Hersen (Eds.), *Comprehensive Handbook of Personality and Psychopathology, Vol. 1. Personality and Everyday Functioning* (pp. 3–22). John Wiley & Sons Inc.
- Millon, T., Grossman, S., & Millon, C. (2015). *MCMI-IV*. Pearson.
- Moral, M. V., y Sirvent, C. (2009). Dependencia Afectiva y Género: Perfil Sintomático Diferencial en Dependientes Afectivos Españoles. *Revista Interamericana de Psicología/ Interamerican Journal of Psychology*, 43(2), 230-240.
- Morales de Barbenza, C. (2003). El abordaje integrativo de la personalidad en la teoría de Theodore Millon. *Interdisciplinaria*, 20(1): 61-74.
- Picó, S. R. (2019). VINCULATEST. Test para la evaluación de los vínculos interpersonales en adultos. *Informació psicològica*, 117, 181-182.

- Pietromonaco, P. R., Greenwood, D., & Barrett, L. F. (2004). Conflict in Adult Close Relationships: An Attachment Perspective. In W. S. Rholes & J. A. Simpson (Eds.), *Adult attachment: Theory, research, and clinical implications* (pp. 267–299). Guilford Publications. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.71.5.899>
- Rodríguez Cahill, C., y Murias Fernández, E. (2006). *Situación actual de los tratamientos en el trastorno límite de personalidad*. Recuperado de: https://psiquiatria.com/article.php?ar=tr_personalidad_y_habitos&wurl=situacion-actual-de-los-tratamientos-en-el-trastorno-limite-de-personalidad
- Safrany, K. A. R., y Len, A. O. Q. (2005). Vínculo y desarrollo psicológico: la importancia de las relaciones tempranas. *Revista Digital Universitaria*, 6(11), 2-15.
- Sánchez Herrero, M. (2011). *Apego en la infancia y apego adulto: influencia en las relaciones amorosas y sexuales*. Universidad de Salamanca (TFM no publicado).
- Sangrador, J. L. (1993). Consideraciones psicosociales sobre el amor romántico. *Psicothema*, 5(Sup),181-196.
- Schaffer, H. R., & Emerson, P. E. (1964). The development of social attachments in infancy. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 29, 1-77. <https://doi.org/10.2307/1165727>
- Shaver, P. R., & Mikulincer, M. (2009). An overview of adult attachment theory. In J. H. Obegi & E. Berant (Eds.), *Attachment theory and research in clinical work with adults* (pp. 17–45). The Guilford Press.
- Siegel, D.J. (1999). *The developing mind: Toward a neurobiology of interpersonal experience*. Guilford Press.
- Siegel, D. J. (2007). *La mente en desarrollo. Cómo interactúan las relaciones y el cerebro para modelar nuestro ser*. Desclée de Brouwer.

- Sirvent, C., y Moral, M. V. (2007). La dependencia sentimental. *Anales de Psiquiatría*, 23(3), 93- 94.
- Smith, K., Ortiz, M. J. y Apodaca, P. (2014). Experiencias e interacciones de la familia de origen y su influencia en las relaciones afectivas de los adultos jóvenes. *Apuntes de Psicología*, 32(2), 127-136.
- Soares, I., y Dias, P. (2007). Apego y psicopatología en jóvenes y adultos: contribuciones recientes de la investigación. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(1), 177-195.
- Torgersen, R. A. S. (1999). A 6-year follow-up study of anxiety disorders in psychiatric outpatients: Development and continuity with personality disorders and personality traits as predictors. *Nordic Journal of Psychiatry*, 53(6), 409-416. <https://doi.org/10.1080/080394899427638>
- Vishwanatha, K., & Hirisave, U. (2008). Attachment and Psychopathology in Children with Emotional Disorders. *Indian journal of pediatrics*, 74(4), 395-397.
- Widom, C., Czaja, S., Kozakowski, S., & Chauhan, P. (2017). Does adult attachment style mediate the relationship between childhood maltreatment and mental and physical health outcomes? *Child Abuse and Neglect*, 37(1), 311-318. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.05.002>