

TRABAJO FINAL DE GRADO.

TÍTULO: ESTUDIO DE CASOS SOBRE EL APEGO ADULTO.

Autor: D. Carlos Rodríguez Luis.

Tutor académico: D. Juan Manuel Herrera Hernández.

Universidad de La Laguna.

Facultad de Ciencias Sociales y de la Comunicación. Departamento de Ciencias de la
Comunicación y Trabajo Social.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.

La autenticidad de este documento puede ser comprobada en la dirección: <http://sede.ull.es/validacion>

Identificador del documento: 7210721 Código de verificación: H9a/T4xr

Firmado por: Juan Manuel Herrera Hernández
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 10/03/2025 09:36:20

ÍNDICE

Resumen y palabras claves	3
1. INTRODUCCIÓN	4
2. JUSTIFICACIÓN	5
3. OBJETIVOS	19
4. METODOLOGÍA	20
5. RESULTADOS	23
6. DISCUSIÓN	28
7. CONCLUSIONES	31
REFERENCIAS	32
ANEXO	34

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
La autenticidad de este documento puede ser comprobada en la dirección: <http://sede.ull.es/validacion>

Identificador del documento: 7210721 Código de verificación: H9a/T4xr

Firmado por: Juan Manuel Herrera Hernández
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 10/03/2025 09:36:20

RESUMEN Y PALABRAS CLAVES.

Este estudio de casos (N=32) analiza la valoración percibida del apego adulto en mujeres a través del análisis de entrevistas semiestructuradas. El objetivo es comprender cómo las mujeres perciben su apego adulto e identificar patrones en sus narrativas. La metodología cualitativa empleada explora las experiencias y construcciones de la realidad de las participantes en relación con su apego.

Los resultados muestran la importancia de las figuras de apego, especialmente la madre, y el impacto duradero de las experiencias infantiles en el desarrollo. Se observa una tendencia a la transmisión intergeneracional de patrones de crianza, pero también una capacidad de resiliencia y búsqueda de apoyo para mejorar las relaciones.

El estudio destaca la necesidad de abordar las experiencias infantiles adversas, promover relaciones familiares saludables y ofrecer apoyo psicoterapéutico a mujeres con traumas infantiles. Se enfatiza la importancia de la educación sobre el apego seguro y la crianza respetuosa.

Palabras claves: Mujer, determinantes sociales de género y exclusión, apego adulto, valoración percibida, estudio de casos, trabajo social psicoterapéutico, valoración, intervención.

Summary

This case study (N=32) examines the perceived valuation of adult attachment in women through the analysis of semi-structured interviews. The objective is to understand how women perceive their adult attachment and identify patterns in their narratives. The qualitative methodology employed explores the experiences and constructions of reality of the participants in relation to their attachment.

The results show the importance of attachment figures, especially the mother, and the lasting impact of childhood experiences on development. A tendency towards intergenerational transmission of parenting patterns is observed, but also a capacity for resilience and seeking support to improve relationships.

The study highlights the need to address adverse childhood experiences, promote healthy family relationships and offer psychotherapeutic support to women with childhood trauma. The importance of education on secure attachment and respectful parenting is emphasized.

Key word: Female, Social determinants of gender and exclusion, Adult attachment, Perceived assessment, Case study, Psychotherapeutic social work, Valuation, Intervention

1. INTRODUCCIÓN.

El Trabajo Final de Grado, se titula: Estudio de casos sobre el apego adulto.

El apego es la relación afectiva más íntima, profunda e importante que establecemos los seres humanos, con nuestros referentes afectivos/cuidados. Se establece desde los primeros momentos de vida entre el /la cuidador/a, y su papel es: asegurar el cuidado, el desarrollo psicológico y la formación de la personalidad. (Herrera, J.M, 2024). Sus características se pueden resumir en: ser una relación duradera en el tiempo, suele ser estable, relativamente consistente y permanente durante la mayor parte de la vida de una persona. (Herrera , J.M, 2024)

El estudio del apego adulto incluye la valoración del estilo de interacción personal (esquemas, patrones o ciclos interpersonales disfuncionales). El término esquema concebido, como constructo integrador, para describir el sistema cognitivo- afectivo- perceptivo de la persona. (Herrera, J.M, 2024).

Estos esquemas, patrones o ciclos interpersonales disfuncionales (entendido como redes de conocimiento intersubjetivo), desarrolladas en las interacciones con otros, y que organizan, evalúan, codifican la información sobre uno/a misma, los/as demás y el mundo; tienen el potencial de activar respuestas emocionales, fisiológicas - corporales y comportamentales específicas, vinculadas con figuras de cuidado y las emociones asociadas a ellas (dolor, miedo, rabia, placer). (Centonze, A., et all., 2020; Herrera, J.M, 2024).

Estos esquemas desadaptativos tempranos, indican una necesidad o motivación interpersonal esencial insatisfecha en el desarrollo de la persona (relaciones tempranas disfuncionales con figuras de apego, iguales, o primeras parejas. Estas interacciones son la base contextual donde se originan los esquemas y que interfieren en el funcionamiento interpersonal en la etapa adulta. (Herrera, J.M, 2024).

Este TFG, es un estudio de casos, considerados como una herramienta fundamental para comprender cómo las experiencias tempranas moldean nuestras relaciones y nuestra salud mental en la edad adulta. Al explorar las experiencias individuales de manera profunda, estos estudios nos permiten desarrollar intervenciones terapéuticas más efectivas y personalizadas (Herrera,J.M, 2025).

El TFG, incluye un marco teórico que justifica el trabajo, los objetivos, metodología, resultados, discusión y conclusiones. Se incluyen las referencias consultadas y el anexo de la entrevista aplicada.

2. JUSTIFICACIÓN.

2.1. TRABAJO SOCIAL: VALORACIÓN, DIAGNÓSTICO E INTERVENCIÓN.

La metodología de intervención desde el Trabajo Social, sigue los elementos del método científico usado en las ciencias experimentales, siendo sus fases: a) Análisis de la demanda, b) Recogida de información, c) Diagnóstico social, d) Diseño de intervención, e) Aplicación del diseño, f) Evaluación. Es un método clínico porque persigue: la prevención, tratamiento, promoción y mejora social. (Herrera, J.M, 2024).

No hay consenso en la bibliografía profesional, además de no acuerdo, de cuando delimitar donde empieza la intervención con un caso/familia, si desde el momento de la primera interacción informal previo a la entrevista y o formal, durante la misma. También ésta, se ve como la etapa a realizar, tras el previo estudio, diagnóstico y diseño del plan de actuación. La intervención social en el campo profesional del Trabajo Social, su objeto, ha pasado de concebirse como el binomio necesidades sociales-recursos, a la propuesta que sitúa el objeto en la persona, la percepción que tiene de su realidad y los factores situacionales en los que está inmersa. (Herrera, J.M, 2024).

Por un lado, atendiendo a una visión contextual de la intervención social (Fantova, F, 2012), en ámbitos como servicios sociales, tercer sector de la acción social, socio - sanitario, socio- educativo, las características de la intervención social son: actividad formal y organizada, pretende atender a necesidades sociales, genera autonomía e integración de las personas y su fin es la legitimación pública o social. Y por otro lado, atendiendo al proceso de planificación de la intervención social (De Frutos, M^a, A, 2014); definir la necesidad o problema, puntos de apoyo, objetivos, intervención, compromiso de la persona, recursos y prestaciones, indicadores de evaluación.

Específicamente, desde la intervención desde el Trabajo Social Clínico, se encuadra la intervención, dentro de las siguientes premisas:(Herrera, J, M, 2024)

- Se usa el término original «case-work» o trabajo de casos.
- Vinculado a la relación de ayuda, entendida como una estructura que incorpora como mínimo a dos sujetos en interacción.
- Parte de una demanda, movilizadora por una necesidad
- Establecimiento de un vínculo o alianza y proceso de ayuda entre participantes: El/la Trabajador/a Social en la ayuda: El “ sitio presencial/online, o ambiente de ayuda/cura, La mitología o “rationale”, o esquema racional, conceptual, que ofrece una explicación plausible de lo que le pasa al/la persona y el ritual o acciones terapéuticas que aplicamos como base de su efectividad, y se aplica en el contexto real, persona - profesional y el procedimiento seguido o ritual, para mejorar calidad de vida o reducción sintomática.
- Un cuidadoso encuadre, o a aplicar en la intervención los criterios bona-fide (genuino, fidedigno, auténtico, de buena fe), mediante: confianza, comprensión, pericia, expectativas y explicación del problema, propuesta solución, objetivos, metas y acciones (Wampold, B. Imel.Z, 2021).

La valoración implica el diagnóstico, un juicio crítico y técnico del/de la trabajador/a social y que da respuesta al objeto del informe. El concepto de diagnóstico social: Proceso dialógico (no sólo unidireccional desde la opinión o juicio del/la técnico/a), de recogida, elaboración y sistematización de información, para conocer y comprender una serie de elementos de la situación de la persona: problemas y necesidades, causas y dinámicas evolutivas, factores protectores y de riesgo, las tendencias que se prevén para la situación. (Aguilar, M.^a, J., 2013). Otra definición es: Proceso que realiza de forma exclusiva el profesional del Trabajo Social mediante el cual conoce, comprende y

construye una explicación sobre la relación dinámica que existe entre la persona, su subjetividad y el entorno que la rodea. (Regalado, J., 2023).

Desde el Trabajo y su enfoque holístico, funcional y contextual de la persona y su conducta, no existe diferenciación entre la fase de evaluación- diagnóstico e intervención, pues son fases independientes y conectadas durante la fase de ayuda. (Herrera, J.M, 2024).

Los elementos a incluir en el proceso de valoración y diagnóstico y que modulan e influyen en los resultados de la intervención (Wampold, B. Imel.Z, 2021; Herrera, J, M, 2024)

- Incluir una visión: Ideográfica (descriptiva), Dinámica (en continuo cambio), Holística (visión emocional, física, espiritual, contexto, realidad...), Interactiva (relación-influencia entre profesional- persona), Funcional (capacidad, adaptación, resiliencia, afrontamiento, riesgo..), Contextual-social. (entorno, convivientes, estilo de vida, barrio, etnia, cultura, religión, espiritualidad, recursos, medios, supervivencia, etc.).
- Las dificultades afectan a escala: personal, fenoménica, funcional, operante, lingüística, contextual, cultural. Diferenciando entre “situaciones problemáticas asociadas al sufrimiento” (García, et al, 2018, en Al-Halabi, S; Fonseca, E, 2023), y “eventos de estrés” o factores externos a la persona que inciden en el riesgo.
- Impacto en lo contextual o donde la persona hace su vida: Aspectos contextuales (reacción desproporcionada), Aspectos cualitativos (alteraciones experienciales), Aspectos pragmáticos: interferencia en la propia vida).
- Los factores comunes: aquellos que modulan los resultados y deben explorarse: Nivel de funcionalidad y comorbilidad, Reactancia o reactividad, Preferencias, Participación activa, Principios de cambio- motivación, Indicadores: Raza, etnia, lenguaje, orientación sexual, género, edad, discapacidad, clase social, educación, religión/espiritualidad, Estilo de apego, Estilo emocional, Conciencia del problema y expectativas, Estilo de afrontamiento, Funcionamiento emocional, Errores de pensamiento comunes ante las emociones, Estado de ánimo, Pensamientos alterados, Afecto positivo y negativo, Conductas de evitación, Matriz apego-pertenencia e identidad.

Asumimos, las aportaciones sobre diagnóstico en la salud mental (Regalado, J, 2023), clarificadora para la ayuda.

- El Trabajo Social no diagnostica ni trata directamente trastornos mentales. Evalúa, diagnostica e interviene en problemas psicosociales, entre los que se pueden encontrar los problemas en las relaciones entre las personas, los problemas propios del ciclo vital, problemas psicosociales derivados de la pobreza y la exclusión social, la violencia, la discriminación y la estigmatización, y la vulneración de los derechos humanos.
- Cuando el Trabajo Social interviene con personas con problemas de salud físico y mental, el objeto de su intervención no está en los signos y síntomas de estos problemas, sino en sus determinantes y/o consecuencias psicosociales. Es decir, el objeto de su intervención no es el proceso salud enfermedad, sino el proceso malestar-bienestar psicosocial
- El objeto disciplinar del Trabajo Social Clínico es la interacción entre una persona que sufre un desajuste/malestar psicosocial y su entorno. El objeto no es la conducta, la mente ni el cerebro.
- El Trabajo Social Clínico basa sus procesos terapéuticos en los principios y valores del Trabajo Social. Entre ellos está la Justicia Social. Por esa razón sus prácticas terapéuticas se consideran “políticas y críticas”, pues están al servicio del principio mencionado.
- Sus métodos terapéuticos han recibido importante influencia de los enfoques teóricos y metodológicos críticos, anti opresivos, feministas y anti coloniales. Esto lo distingue de otras

formas de práctica clínica, que han recibido influencias principalmente de modelos psiquiátricos, biologicistas y cognitivo-conductuales.

El Trabajo Social Clínico y su enfoque terapéutico está dirigido a la mitigación del sufrimiento humano, se basa en las siguientes premisas fundamentales (Bessel, M.D., 2015): a) La capacidad de destructividad intrapersonal coincide con la capacidad de curación intrapersonal a través de la comunicación y relaciones afectivas seguras., b) El lenguaje otorga poder para auto transformarse y transformar a otros, al expresar nuestra experiencia, conocimiento y encontrar significados compartidos., c) La habilidad de aprender a regular nuestra fisiología, incluyendo funciones involuntarias del cuerpo y el cerebro, mediante actividades básicas como la respiración, el movimiento y el tacto, así como aprendizaje interpersonal y herramientas de afrontamiento., d) La capacidad de promover cambios en las condiciones sociales tanto individuales como colectivas, contribuyendo a la seguridad de las personas y mejorando su calidad de vida desde el grupo y en su entorno comunitario.

2.2. DESCRIPCIÓN DEL APEGO Y ESQUEMAS DESADAPTATIVOS TEMPRANOS.

El apego tiene que ver con la forma en que las personas se relacionan con los/as demás y consigo mismo/a. Bowlby (1988), fue la persona en identificar la importancia de la vulnerabilidad y de las necesidades de ayuda y protección por las figuras de referencia y sus cuidados. Estas figuras de referencia aportan un soporte seguro para explorar e Interactuar con los/as otros/as y sirve como refugio (puerto seguro), cuando se producen situaciones estresantes.

El apego es la relación afectiva más íntima, profunda e importante que establecemos los seres humanos, con nuestros referentes afectivos/cuidados. Se establece desde los primeros momentos de vida entre el /la cuidador/a, y su papel es: asegurar el cuidado, el desarrollo psicológico y la formación de la personalidad. (Herrera, J.M, 2024). Sus características se pueden resumir en: ser una relación duradera en el tiempo, suele ser estable, relativamente consistente y permanente durante la mayor parte de la vida de una persona. (Herrera, J.M, 2024)

El estudio del apego adulto incluye la valoración del estilo de interacción personal (esquemas, patrones o ciclos interpersonales disfuncionales). El término esquema concebido, como constructo integrador, para describir el sistema cognitivo- afectivo- perceptivo de la persona. (Herrera, J.M, 2024).

Desde una perspectiva ontológica, las redes de conocimiento cognitivo, afectivo, perceptivo, que proporcionan lo esquemas, se instauran evolutivamente en la adolescencia tardía, pero además integran otros sistemas de apoyo primario (el apego con progenitores y otras figura de cuidado significativas), la identidad y autoimagen (el espejo de las figuras de apego y de sus iguales), la regulación emocional (emociones, intensidad y frecuencia permitida ante figuras de apego), metacognición (capacidad para mentalizar o reflexionar sobre lo interno y lo externo y poder resolver problemas más complejos).(Herrera, J.M, 2024).

Estos esquemas, patrones o ciclos interpersonales disfuncionales (entendido como redes de conocimiento intersubjetivo), desarrolladas en las interacciones con otros, y que organizan, evalúan, codifican la información sobre uno/a misma, los/as demás y el mundo; tienen el potencial de activar respuestas emocionales, fisiológicas - corporales y comportamentales específicas, vinculadas con figuras de cuidado y las emociones asociadas a ellas (dolor, miedo, rabia, placer). (Centonze, A., et all., 2020; Herrera, J.M, 2024).

Estos esquemas desadaptativos tempranos, indican una necesidad o motivación interpersonal esencial insatisfecha en el desarrollo de la persona (relaciones tempranas disfuncionales con figuras de apego, iguales, o primeras parejas. Estas interacciones son la base contextual donde se originan los esquemas y que interfieren en el funcionamiento interpersonal en la etapa adulta. (Herrera, J.M, 2024).

Una propuesta orientativa para agrupar los esquemas disfuncionales desadaptativos tempranos (Young et al, 2003, Liotti, 2017), con cinco dimensiones de esquemas: desconexión y rechazo, perjuicio en la autonomía y desempeño, límites inadecuados, tendencia hacia el otro, e inhibición y sobrevigilancia.

2.3. TIPOLOGÍAS DE APEGO ADULTO.

Las tipologías no son concebidas como diagnóstico o etiquetas de psicopatología, sí como modelos de referencia y “esquema mental o modelo interno operante”, de la persona, fruto de sus experiencias, memoria y narrativa y basada en dos elementos: a) La coherencia (cómo cuenta la historia personal), b) La narrativa autobiografía (recuerdos personales significativos formados en un contexto e interacción determinada). (Herrera, J.M, 2024).

Los tipos de apegos más comunes dentro de bibliografía existente son:

- Seguro o autónomo (Comunicación intrafamiliar, estilo asertivo, expresión emocional y sentimientos, conductas empáticas, entorno seguro, amor (afecto), y respeto). (Creencias positivas sobre sí mismo y los/as demás).
- Ambivalente o preocupado (Elevada intensidad emocional en la familia, dificultad para regularse, comunicación no asertiva, escala simétrica de acusaciones y agresiones, no se toleran emociones negativas en la comunicación). (Creencias negativas sobre sí mismo y positivas sobre los/as demás),
- Evitativo / Desentendido (Comunicación cerrada (permissiva pero con un alto nivel de indiferencia y negligencia), anulación de la expresión de las emociones y dificultad para identificar, expresar y regular las actitudes evitativas y de rechazo, falta de empatía y dificultad para detectar necesidades en los/as otros/as. (Creencias positivas sobre sí mismo y negativas sobre los/as demás).
- Desorganizado: Comunicación cerrada, ira, agresividad verbal, nula regulación emocional, y alta distorsión de la realidad percibida. (Creencias negativas sobre sí mismo y negativas sobre los/as demás.).

2.4. PROCESO PARA EVALUAR EL APEGO ADULTO.

El estudio y valoración del apego adulto es una parte fundamental para comprender cómo las experiencias tempranas moldean nuestras relaciones y nuestra salud mental en la edad adulta. Al explorar las experiencias individuales de manera profunda, permite desarrollar intervenciones terapéuticas más efectivas y personalizadas” (Herrera Hernández, J.M, 2025).

Existen muchos instrumentos para evaluar el estilo de apego de una persona (Cuadro 1). En su mayoría, parten de dos tradiciones: a) La psicología del desarrollo (mediante entrevistas se explora el apego infantil con la figuras referentes de los cuidados), b) La psicología social y clínica (medir mediante auto-informe las relaciones afectivas y otras relaciones de las personas adultas). (Herrera J.M, 2025).

Cuadro 1: Enfoques de evaluación del apego adulto.

La psicología del desarrollo	La psicología social y clínica
El apego con la entrevista	El apego con cuestionario autoinformado
Apego 1	Apego 2
Clasificación de apego	Estilos de apego
Estrategias, patrones	Estilos de funcionamiento (evitación y ansiedad)
Basado en lo cualitativo transcrito	Basado en cuestionario autoadministrado
No consciente	Consciente
General, constante	Puede ser diferente en distintas relaciones
Desarrollo en la infancia, se consolida en torno a los tres años	No desarrollado en la infancia
Asociado al comportamiento paterno	Sin evidencia de asociación al comportamiento de progenitores
Se sitúa de un modo particular en las relaciones afectivas	Se vinculan con estilos específicos en las relaciones románticas
Los patrones no son en sí problema, pero sí un riesgo de psicopatología	Son patológicos, funcionamiento desajustado y problemáticos

Elaboración propia a partir de González, A. (2024)

En el estudio del apego adulto, incluye la valoración del estilo de interacción personal y los esquemas mentales o modelo interno operante, concebido como: “las representaciones mentales sobre uno mismo/a, sobre los demás y sobre las relaciones interpersonales, construidas en función de las experiencias de vinculación con la figuras de cuidado y las emociones asociadas a ellas (dolor, miedo, rabia, placer). Las dimensiones que se exploran son: a) Relaciones con los padres y experiencias con ellos, b) Profundización en la experiencias infantiles adversas, c) Exploración del presente. (Herrera J.M, 2024).

Atendiendo al modelo mental (interno) de apego de referencia, se identifican desde la práctica aplicada, (Cuadro 2), características dentro de los tres estilos de apego más estudiados en población adulta.

Cuadro 2: Características del modelo mental interno según estilo de apego

Seguro	Evitativo- desentendido	Ambivalente o preocupado
Coherencia en el discurso o en la mente	Idealización	Rabia involucrada
Pensar sobre los procesos mentales “metacognición”	Insistencia en la falta de memoria	Vaguedad en el discurso, divagar y d errapar
Capacidad reflexiva	Descalificar al progenitor/a	Inversión de roles (confusión entre el yo y el otro, entre necesitar y ser necesitado)

Elaboración propia a partir de González, A. (2024)

Además es posible explorar el modelo mental de apego de referencia, mediante el uso de indicadores como: Supervivencia (necesidades básicas), Apoyo al desarrollo físico, cognitivo, conductual, emocional, social., Cuidado/protección, seguridad, Incondicionalidad, Interés y preocupación, Compañía, pertenencia, vinculación, Apoyo emocional, valoración, y reconocimiento, Integración, conexión y afiliación (pertenencia, vivencias, recuerdos..). (Herrera, J.M, 2024).

A la hora de explorar las representaciones mentales sobre uno mismo/a, sobre los demás y sobre las relaciones interpersonales, construidas en función de las experiencias de vinculación con la figuras de cuidado y las emociones asociadas a ellas, es preciso identificar los mecanismos de auto-engaño de la persona, mediante estrategias conscientes o no, que le ayudan a modificar la realidad o vivencia, (Herrera, J.M, 2024), a través de :

- *Disociación* (Ej. Yo no tengo miedo a que llegue la muerte, pero espero que cuando llegue, yo no esté allí).
- *Conductas de evitación emocional*: conductas impulsadas por las emociones (conductas de comprobación, auto-agresivas, consumo sustancias...) evitaciones manifiestas (gente, lugares...), conductas sutiles de evitación (no se disfruta de emociones +, pues no se consigue desconectar de los -), evitación cognitiva (lo que se hace para no pensar en lo -), conductas de seguridad (cosas que usan o hace par que la emoción no se convierta en abrumadora)
- *Reiteración de modos erróneos de afrontar las emociones*: rumiar (intento de gestionar acontecimientos pasados), cavilar (se centra en los síntomas del malestar), y preocuparse (esfuerzos por entender los problemas a los que uno/a se enfrentará y se centra en el futuro)
- *La minimización.*
- *La negación directa.*
- *Hablar del hecho, pero de forma auto-invalidante* (constrictiva, frívola, cínica, sin conectar con el dolor emocional de sus palabras.)

Así mismo, es preciso explorar el afecto (positivo y negativo) mentalizado (ayuda a la mejora de la comprensión y experiencia a la luz del momento presente, la memoria autobiográfica y la narrativa de la propia historia) (Fonagy, A.E., 2023; Jurist, E 2022; Shore. A, N., 2022), y entrenar en la función reflexiva a la persona. Las personas con una buena capacidad reflexiva para la mentalización de sus experiencias emocionales, narrativa y recuerdos autobiográficos, presentan características como (González, A., 2024) .

- Presta atención a cómo le hace sentir a los demás lo que hago.
- Los demás pueden ver una situación de un modo diferente según sus creencias y experiencias.
- A veces puedo malinterpretar las reacciones de mis mejores amigos.
- Le genera curiosidad entender qué hay detrás de la conducta de los demás.
- No se puede saber cómo se siente alguien sin preguntarle.
- Le gusta pensar en las razones que hay detrás de mis actos
- En una discusión tengo en mente el punto de vista de la otra persona.
- Creo que no existe un modo "correcto" de ver una situación.
- Para mí, los actos hablan más claro que las palabras.

Como estrategias para entrenar en la función reflexiva (Fonagy, A.E., 2023; Jurist, E 2022; Shore. A, N., 2022; González, A., 2024).

- Entender las influencias de generaciones anteriores (conductas, patrones, influencias..).
- La perspectiva del desarrollo (no ve el mundo ni las experiencias desde la mentalidad infantil, ni tampoco la juzga con los parámetros actuales).
- Percibir cambios en los estados mentales del pasado, presente y de cara al futuro (analizar situaciones relacionales y significado).
- Darse cuenta de la influencia recíproca entre padres e hijos/as
- Comprender cómo se regulan las emociones en función de la etapa evolutiva (capacidad reflexiva).
- Comprender la dinámica familiar y su influencia como sistema interdependiente.

Así mismo, puede servir de ayuda, la identificación de obstáculos o esquemas disfuncionales (Cuadro 3) que limitan la mentalización y capacidad metacognitiva de la persona.

Cuadro 3: Esquemas disfuncionales

Esquemas	Ejemplo de conducta
Desconexión y rechazo	Abandono- inestabilidad, desconfianza- abusos, privación emocional, imperfección- vergüenza, aislamiento social
Deterioro en autonomía y ejecución	Dependencia- incompetencia, vulnerabilidad al peligro o enfermedad, apego confuso- self inmaduro, fracaso
Límites inadecuados	Grandiosidad- autorización, insuficiente auto-control- auto disciplina
Tendencia hacia los/as otros/as	Subyugación, auto- sacrificio, búsqueda de aprobación- reconocimiento
Inhibición y sobrevigilancia	Negatividad - pesimismo, control excesivo- inhibición emocional, normas inflexibles- hipercrítica, castigo

Fuente: Adaptado de Inchausti, F, 2024, pag. 26.

Los indicadores que reflejan un poca capacidad reflexiva o de mala calidad en la persona (Cuadro 4), se recogen a continuación:

Cuadro 4: Indicadores sobre la capacidad reflexiva

Poca reflexión Indicadores	Reflexión de mala calidad Indicadores
No se hace preguntas, No ve detrás de emociones propias o ajenas, Explicaciones psicológicas, sociales, “enlatadas”, Atribuir a la estructura familiar, Sentirse la causa de todo, Certezas.	Clichés sociales, afirmaciones banales y superficiales, Emociones simples, sin matiz ni mezcla., Falta de originalidad., No hay descubrimiento., Visiones polarizadas (bueno/malo)., Uso de etiquetas., Pensamiento “en círculos”, rumiativo y racionalizado e improductivo.
Conducta	Conducta
Lo que la gente piensa y siente es un misterio para mí., Suelo sentirme confuso respecto a cómo me siento., Cuando me enfado digo cosas sin saber por qué y luego me arrepiento., A veces hago cosas y no sé por qué las hago., Muchas veces las emociones fuertes no me dejan pensar., creo que la gente es demasiado complicada. como para intentar entenderla.	Siempre sé lo que siento, Mi intuición a acerca de las personas suele acertar siempre., Sé exactamente lo que piensan mis amigos/as íntimos/as., Soy capaz de saber cómo se siente alguien con sólo mirarle a los ojos., Cuando pienso algo malo de alguien, no falla, siempre acaba dándome la razón., Me cuesta entender el punto de vista de los que opinan diferentes a mí.

Elaboración propia a partir de González, A. (2024)

El relato por parte de la persona, sus experiencias, memoria y narrativa, se analizan atendiendo a la coherencia y narrativa autobiografía (Cuadro 5)

Cuadro 5: La narrativa (coherencia y autobiografía)

Claves de coherencia (cómo cuenta la historia personal)	La narrativa autobiográfica (recuerdos personales significativos formados en un contexto e interacción determinada)
<ul style="list-style-type: none"> - Calidad: buenos ejemplos - Cantidad: ni mucho, ni poco - Relación: va al grano - Modo: se le sigue el hilo 	<ul style="list-style-type: none"> - Es una memoria específica, pasada o presente (qué) - Tuvo lugar dentro de unos límites espaciales precisos (dónde) - Ocurre en un momento específico y definido (cuándo) - Los/as actores en la escena (quiénes) están bien identificados/as - Queda clara la secuencia de interacción entre ellos/as (qué a quién) - Se entiende de qué tema se trata (sobre qué) - Es clara la razón por la cual se cuenta esa historia (por qué)

Elaboración propia a partir de González, A. (2024)

Atendiendo a la práctica aplicada, (Cuadro 6), se recogen los elementos de coherencia y narrativa autobiográfica según los tipos de apego adulto.

Cuadro 6: Elementos de coherencia y narrativa a valorar

Apego	Coherencia	Narrativa autobiográfica
Seguro	<ul style="list-style-type: none"> - Precisos, aportan ejemplos, recuerdos con figuras de apego primarias de la infancia - Centrados en el tema - Lo que dicen de cada uno de sus progenitor es es consistente durante toda la entrevista 	<p>Recuerda lo que pasó y sintió</p> <p>“Mis necesidades pueden ser satisfechas”</p>
Distanciante	<ul style="list-style-type: none"> - Les cuesta respaldar con evidencias lo que cuentan de sus progenitores - Los que aportan o son idealizados o sin detalles - No aportan una idea clara de cómo era la relación 	<p>Va dejando de sentir, y por tanto de recordar</p> <p>Memorias grises, planas o ausentes</p> <p>“No vale la pena, e mejor no intentar buscar los que necesito”</p>
Preocupado	<ul style="list-style-type: none"> - Son verborreas, descripciones llenas de irrelevancia, términos vagos y jerga psicológica - Se desvían del tema inicial 	<p>Siente demasiado, los recuerdos están saturados de emociones que siguen activas</p> <p>“Nada puede saciar esta necesidad”</p>
Desorganizado	<ul style="list-style-type: none"> - Mezcla contradictoria (distanciante y preocupado) o de desorganizado (al tratar temas de abusos, pérdidas) 	<p>Tiene recuerdos inundados de miedo y le da tanto pánico recordarlos que no es capaz de saber qué necesidad se esconde debajo de todo eso.</p>

Elaboración propia a partir de González, A. (2024)

2.5. LA INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA SOBRE EL APEGO ADULTO.

Es preciso aclarar las diferencias entre método científico y método profesional. «El método científico tiene como objetivo la investigación y la producción de conocimientos, mientras que el método profesional se aplica para conseguir la transformación de una determinada situación o realidad». (De la Red, N, 2000). El papel del trabajo social clínico y su función terapéutica con grupos terapéuticos, psicoterapias de pareja, familia y multifamiliar, está avalado por (NASW, 2006; CSWA, 2022; Comité de Ministros del Consejo de Europa, 2001; IFSW, 2021; IASSW, 2014; Libro Blanco del Título de Grado en Trabajo Social, ANECA., 2004).

Es preciso aclarar que la psicoterapia no es una ciencia, ni una profesión y su formación no está legalmente regulada en España, no existiendo una titulación oficial que acredite como psicoterapeuta a ningún profesional. El Trabajo Social Clínico está reconocido, avalado y acreditado en España y resto de Europa, como profesión para ejercer la psicoterapia. Necesario acotar qué es la psicoterapia y para ello partimos de la definición que nos parece más adecuada para el contexto e intervención del Trabajo Social: “Es un tratamiento principalmente interpersonal que se basa en principios psicológicos, comporta la existencia de un/a terapeuta formado/a, y un/a cliente, que pide ayuda en referencia a un trastorno mental, problema o motivo de demanda, está dirigido por el /la terapeuta para que aporte un remedio al trastorno, motivo de demanda o problema del/la cliente, y está adaptado o individualizado a cada cliente en particular, y a su trastorno, problema o motivo de demanda”. (Bruce E Wampold., Zac E. Imel,2021).

La efectividad de la ayuda, está condicionada por la capacidad de ajuste del contexto profesional a las características del/la cliente/a. Por parte del/la psicoterapeuta, modulan aspectos en la efectividad como: la aplicación en la intervención los criterios bona-fide (genuino, fidedigno, auténtico, de buena fe), de la psicoterapia que son, confianza, comprensión, pericia, expectativas y explicación del problema, propuesta solución, objetivos, metas y acciones. (Bruce E Wampold; Zac E. Imel, (2021).

En la psicoterapia se asumen cuestiones que modulan su eficacia

Cuadro 7: Cuestiones que modulan la psicoterapia.

Cuestiones ontológicas: la realidad social en la que interviene el TSC (entidades interactivas, no naturales, con influencia de condicionantes sociales, indicadores, redes, recursos y activación de problemas de conducta (emoción, pensamiento, interacciones, funcionalidad, acción...)

Cuestiones antropológicas: los factores comunes presentes en los distintos trastornos y los enfoques de psicoterapia que coinciden en cuatro elementos: agente sanador, sitio clínico, mitología (rationale) y ritual (acciones terapéuticas).

Cuestiones psicosociales: inherentes a la intervención psicosocial (contexto, profesional, expectativa clínica, competencia, etc.), y los efectos: Placebo-Nocebo, Barnum, Pigmalión y Charcot.

Cuestiones contextuales: del/la profesional, espacio y condiciones de trabajo, gestión, dirección, recursos, entorno comunitario, etc.

Fuente: Herrera, J.M, 2024.

Los modelos más comunes aplicados en las intervenciones terapéuticas individuales, (Nardone, G., Salvine, A., 2019)., son: Psicoanálisis o dinámico, Modelo o enfoque Terapia Narrativa, Modelo psicosocial o de diagnóstico, Interaccional-estratégico: Modelo Problem Solving Estratégico y Terapia Breve Estratégica (TBE), Sistémico-relacional, Cognitivo- conductual- funcional-contextual, y Enfoque Ecléctico.

A continuación (Cuadro 8), se recoge un resumen del foco y objetivo de los modelos de ayuda.

Cuadro 8. Foco y objetivos de los modelos.

Enfoque	Foco	Objetivo
Psicoanálisis o dinámico.	Emociones, procesos inconscientes y relación terapéutica centrada en conflictos infantiles.	Descubrimiento de los mecanismos de defensa y conflictos inconscientes. expansión del yo y/o cambios en la personalidad, transferencia, contratransferencia.
Cognitivo- conductual- funcional -contextual .	Conducta: (experiencia emocional, conductual, cognitiva, física, relacional, afectiva, narrativa), distorsiones, pensamientos automáticos, evitaciones, etc.	Reducción del malestar sintomático, funcionamiento adaptativo.
Modelo psicosocial o diagnóstico.	Malestar social y emocional, indicadores, red social, recursos, participación, etc	Estudio, diagnóstico, plan de trabajo, tratamiento, evaluación.
Interaccional-estratégico: Modelo Problem Solving Estratégico.	Las soluciones intentadas son disfuncionales.	Obtener primero el cambio y luego la conciencia
Interaccional-estratégico: Enfoque centrado en soluciones.	Encontrar excepciones e implementar soluciones.	Facilitar los cambios mínimos necesarios para un mejor funcionamiento.
Sistémico-relacional.	El equilibrio y reajuste del sistema.	Mejorar la dinámica familiar del interno y con su entorno.
	Eclecticismo técnico	Combinación de dos o más técnicas o procedimientos sin atender a su raíces teóricas. Nivel de funcionalidad-comorbilidad, preferencias, estilo de afrontamiento, reactancia y participación activa, espiritualidad/religiosidad, conciencia del problema y motivación al cambio, estilo de apego, principios de cambio.
Enfoque ecléctico (Carecen de teoría firme de base, excepción*)	Los factores comunes*	La integración conceptual de dos o más teorías (teorías de la personalidad, psicopatología, visiones del mundo, supuestos meta-teóricos y epistemológicos.).
	La integración teórica	Adoptar primero un enfoque y técnicas concretas e ir incorporando progresivamente, técnicas de otros enfoques que sirvan de ayuda.
	La integración asimilativa	

Fuente: Herrera, J.M, 2024

Algunas de las recomendaciones desde la evidencia de las investigaciones desarrolladas sobre el apego adulto (Cuadro 9), y para la ayuda profesional (Levitt, H. M., Motulsky, S.L., Wertz, F.J., Morrow, S.L., y Ponterotto, J.G., 2017; Herrera, J.M. 2024), se pueden resumir a continuación.

Cuadro 9: Recomendaciones para la ayuda según apego.

Apego	Recomendaciones
Seguro	Apariencia fácil, pero requiere un trabajo meta cognitivo para la mentalización de sus experiencias emocionales, narrativa y recuerdos autobiográficos
Ambivalente	Refuerzo de auto-eficacia y fortalezas Controlar y aplicar estrategias para evitar demanda continuada Manejar la contratransferencia si sobrepasa la demanda de atención
Evitativo	Manejo de la contratransferencia por cuestionamiento sobre nosotros de la persona, y evitar parecernos (distanciamiento emocional y/lo derivar caso) Afinar la presencia e intensidad (física y emocional) profesional, sin llegar a producir angustia en la persona atendida
Desorganizado	Reforzar que el espacio de ayuda, es de seguridad y confianza Identificar pensamientos automáticos, distorsionados y trabajarlos

Elaboración propia a partir de Levitt, H. M., Motulsky, S.L., Wertz, F.J., Morrow, S.L., y Ponterotto, J.G., 2017; Herrera, J.M. 2024.

De modo específico (Cuadro 10) , se recogen recomendaciones atendiendo a los componentes del proceso de ayuda profesional, para los dos estilos de apego que presentan mayor dificultad. (González, A., 2024).

Cuadro 10: Componentes de ayuda en estilos de apego complicados

Componentes	Evitativo o distanciante	Ambivalente o preocupado
Su definición de la terapia	Solucionar el problema sin entrar en lo emocional	Hablar sobre lo emocional sin contención y sin ser encauzado
Lo que necesita desarrollar	Curiosidad por explorar su mente, emociones y relaciones	Análisis de los problemas, bajar a los datos, ordenar la mente
El sentido de agencia	Las acciones han de conectarse con las emociones	Ha de desarrollarse la metacognición del “yo puedo hacer algo con lo que me pasa por dentro y con las relaciones”
El trabajo con los recuerdos	Aprende a recordar, a ir bajando capas hacia la emoción, adquiriendo conceptos emocionales y aprendiendo a poner nombre a lo que va sintiendo	Contención al entrar en lo emocional, frenar y ordenar conforme va conectando
El plan de trabajo	De lo más periférico a lo más nuclear, de donde hay conexión a donde la irá habiendo (cuando se vaya conectando)	Empezar por lo que activa menos el sistema de apego, introduciendo estructura y cuidando que se mantenga
Las fases intermedia de la terapia	La persona puede cuestionar el método de trabajo cuando conecta con material emocional	La insatisfacción relacional pasa a primer plano. La persona puede no tener perspectiva sobre los avances, en un día malo siente que la terapia no funciona
La sensación del terapeuta	Frustración: “no avanzo con este paciente”	Caos o sensación de “no soy suficientemente bueno” que no se arregla con más cursos o libros

Fuente: Elaboración propia a partir de González, A. (2024).

El Trabajo Social y su concepción holística de la persona, contexto, características, intersubjetividad, redes de apoyo, recursos, posibilidades, en la fase de diagnóstico e intervención, principios, etc., se

alinea con la propuesta desde la psicología del desarrollo, haciendo uso de entrevista que explora el apego infantil con la figuras referentes de los cuidados. La intervención de ayuda con el apego adulto desde el Trabajo Social (Cuadro 11), debe incluir elementos dentro del proceso que pasamos a describir.

Cuadro 11: Elementos sobre los que intervenir.

Sintomatología	Contención, distracción y apoyos
Regulación y modulación emocional	Sesgos cognitivos, afecto positivo y negativo, conductas de evitación, sesgos emocionales (concluir, y catastrofizar), estilo de afrontamiento
Self- Identidad	Autoestima, narrativa, nicho de evasión, esquemas que afectan
Resiliencia	Afrontamientos, experiencia vital, aprendizaje, afecto positivo y afecto negativo (rumiar, cavilar, preocuparse), conductas de evitación
Esfera interpersonal	Esquemas y patrones recurrentes, conductas de evitación y capacidad metacognitiva para la mentalización emocional
Inteligencia espiritual	Conciencia, Trascendencia, Amor, Perdón, Libertad, Dolor-sufrimiento, Sentido, Gratitud, Afectos.
Dolor emocional	Modo de afrontamiento y regulación (mental-estoico y/o versus voluntad-conciencia y estrategias de afrontamiento)
Patrones repetidos	Propios, excepciones, en sus hermanos/as, iguales, etc.
Estilo de vida	Cuidados, alimentación, sueño, etc.
Relaciones Sociales	Frecuencia, tipo de apoyo (instrumental, afectivo, información)
Redes Sociales	Uso, exposición, socialización, autoestima contingente
Esquemas disfuncionales	Desconexión y rechazo, Deterioro en autonomía y ejecución, Límites inadecuados, Tendencia hacia los/as otros/as, Inhibición y sobrevigilancia
Contratransferencia	Cuidar la activación en el/la profesional de la ayuda las reacciones internas y externas que aparecen en la relación de ayuda y se relacionan con conflictos o asuntos no resueltos por parte del /la profesional. Esta puede activarse en variantes como: agobio - desorganización, impotencia - inadecuación, positivo- satisfacción, especial- sobre implicación, sexualización, desconexión, paternal- protección, enojo- hostilidad. (Inchausti., F, 2024, pag. 108)

Fuente: Herrera, J.M., 2025.

2.6. LOS ESTUDIOS DE CASOS SOBRE EL APEGO ADULTO.

“ Los estudios de caso sobre apego adulto en la investigación de la salud y psicoterapia, se centran en analizar cómo los estilos de apego (seguro, ansioso, evitativo, desorganizado) se manifiestan en las relaciones adultas, cómo afectan la salud física y mental, y cómo pueden ser abordados en la psicoterapia.

Los estudios de caso sobre apego adulto son una herramienta invaluable en la investigación de la salud y la psicoterapia. Al profundizar en las experiencias individuales, estos estudios nos permiten comprender de manera más rica y detallada cómo los patrones de apego desarrollados en la infancia influyen en las relaciones interpersonales, la salud mental y la respuesta a los tratamientos terapéuticos en la edad adulta.

Características distintivas de los estudios de casos sobre el apego adulto:

- Énfasis en la experiencia subjetiva: Se busca comprender la perspectiva de la persona sobre sus relaciones, emociones y experiencias de vida.
- Conexión entre pasado y presente: Se exploran las raíces de los patrones de apego en las experiencias infantiles y cómo estas influyen en las relaciones actuales.
- Implicaciones para la salud: Se investigan los vínculos entre los estilos de apego y problemas de salud como la ansiedad, la depresión, los trastornos alimentarios, las enfermedades crónicas y las dificultades en las relaciones de pareja.
- Aplicación clínica: Se exploran las implicaciones de los hallazgos para la práctica clínica, incluyendo la identificación de objetivos terapéuticos y la selección de intervenciones.
- Particularista: Se centra en un caso específico, ya sea una persona, un evento, una organización o una comunidad.
- Descriptivo: Busca comprender en detalle las características y particularidades del caso.
- Heurístico: Genera nuevas ideas, hipótesis y teorías a partir del análisis del caso.
- Inductivo: A partir de lo particular (el caso), se buscan patrones y generalizaciones.
- Integrado: Combina diferentes fuentes de información (entrevistas, documentos, observaciones) para obtener una visión holística del caso.
- Contextual: El caso se analiza dentro de su contexto histórico, social y cultural.

Aspectos clave que suelen abordarse:

- Relaciones de pareja: Cómo los estilos de apego influyen en la elección de pareja, la comunicación, la resolución de conflictos y la satisfacción en la relación.
- Salud mental: La relación entre los estilos de apego y trastornos como la ansiedad, la depresión, el trastorno límite de la personalidad y el trastorno por estrés postraumático.
- Respuesta a la psicoterapia: Cómo los estilos de apego influyen en la alianza terapéutica, la capacidad de cambio y los resultados del tratamiento.
- Desarrollo de la personalidad: Cómo los patrones de apego se relacionan con el desarrollo de la identidad, la autoestima y la regulación emocional.

Las metodologías utilizadas más comunes:

- Entrevistas en profundidad: Para explorar la historia personal, las experiencias relacionales y las creencias sobre sí mismo y los demás.
- Análisis de registros: Para examinar diarios, cartas o otros materiales que proporcionen información sobre las experiencias y pensamientos del individuo.
- Cuestionarios: Permiten evaluar los patrones de pensamiento, emociones y comportamientos relacionados con el apego en situaciones interpersonales.
- Observación de la interacción: Permite analizar la dinámica de las relaciones del individuo en situaciones reales o simuladas.

Importancia de los estudios de caso:

- Personalización de la terapia: Los estudios de caso permiten adaptar las intervenciones terapéuticas a las necesidades específicas de cada paciente.
- Generación de hipótesis: Pueden identificar nuevas áreas de investigación y generar hipótesis que pueden ser probadas en estudios más grandes.

- **Comprensión profunda:** Proporcionan una visión rica y detallada de la experiencia individual, lo que puede enriquecer nuestra comprensión de los fenómenos psicológicos complejos.
- **Profundidad:** Permiten un análisis detallado y profundo de un fenómeno.
- **Realismo:** Se estudian situaciones reales, lo que aumenta la validez de los resultados.
- **Flexibilidad:** Se adaptan a diferentes disciplinas y enfoques de investigación.
- **Generación de teorías:** Contribuyen al desarrollo de nuevas teorías y conocimientos.

En resumen, los estudios de caso sobre apego adulto son una herramienta fundamental para comprender cómo las experiencias tempranas moldean nuestras relaciones y nuestra salud mental en la edad adulta. Al explorar las experiencias individuales de manera profunda, estos estudios nos permiten desarrollar intervenciones terapéuticas más efectivas y personalizadas” (Herrera,J.M, 2025).

3. OBJETIVOS.

- Conocer la valoración percibida sobre el apego adulto mediante un estudio de casos
- Identificar los elementos comunes de la narrativa y coherencia autobiográfica del discurso, del informe reportado de las entrevistadas.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
La autenticidad de este documento puede ser comprobada en la dirección: <http://sede.ull.es/validacion>

Identificador del documento: 7210721 Código de verificación: H9a/T4xr

Firmado por: Juan Manuel Herrera Hernández
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 10/03/2025 09:36:20

4. METODOLOGÍA.

4.1. Participantes.

Tabla 1: Perfil del estudio de casos.

Caso	Género	Edad	Personas en la unidad familiar de su infancia	Relación sentimental actual	Tiene hijos y/o hijas	Personas convive actualmente
1	F	47	5 (padre*, madre, ella y dos hermanos) * su padre los abandonó	No	2 Hijos	Con sus dos hijos
2	F	67	9 (padre, madre, ella y seis hermanos)	Si	2 Hijos	Con su pareja
3	F	43	5 (padre, madre, ella y dos hermanos)	Si	3 Hijos	Con su pareja y sus tres hijos
4	F	46	4 (padre, madre, ella y su hermana)	Si	2 Hijas	Con su pareja y sus dos hijas
5	F	52	4 (padre *, madre, ella y su hermano) * su padre los abandonó	Si	2 Hijas	Con su pareja, sus dos hijas y su madre
6	F	35	5 (padre, madre, ella y sus dos hermanos)	Si	1 Hijo	Con su pareja y su hijo
7	F	56	5 (padre, madre, ella y dos hermanas)	Si	2 Hijos	Con su pareja, y sus dos hijos
8	F	55	4 (padre, madre, ella y su hermano)	No	2 Hijas	Con sus dos hijas
9	F	67	4 (padre, madre, ella y su hermana*) *su hermana murió cuando ella tenía 6 años	No (viuda)	2 Hijos	Vive sola
10	F	56	5 (padre*, madre, ella y sus dos hermanos) *murió cuando ella tenía dieciséis años	No	1 Hija	Con su madre y su hija
11	F	45	5 (padre, madre, ella y sus dos hermanos)	Si	3 Hijos	Con su pareja y sus tres hijos
12	F	34	5 (padre, madre, ella y sus dos hermanos)	No	1 Hija	Con su hija
13	F	53	5 (padre, madre, ella y sus dos hermanos)	No	2 Hijas	Con uno de sus hijos
14	F	49	5 (padre, madre, ella y sus dos hermanos)	Si	2 Hijas	Con su pareja y sus dos hijas

Continuación Tabla 1

Caso	Género	Edad	Personas en la unidad familiar de su infancia	Relación sentimental actual	Tiene hijos y/o hijas	Personas convive actualmente
15	F	56	4 (padre, madre ella y su hermana)	Si	2 Hijas	Con su pareja y sus dos hijas
16	F	44	7 (padre, madre, ella y sus 4 hermanos)	No	2 Hijas	Con sus dos hijas
17	F	51	4 (padre, madre, ella y su hermano)	Si	1 Hija	Con su pareja y su hija
18	F	52	5 (padre, madre, ella y sus dos hermanos)	Si	2 Hijos	Con su pareja y su hija menor
19	F	35	4 (padre, madre, ella y su abuela materna)	No	1 Hija	Vive sola
20	F	61	5 (padre, madre, ella y dos hermanos)	Si	2 Hijos	Con su pareja
21	F	38	4 (padre, madre, ella y su hermano*) *murió cuando ella tenía 17 años	Si	2 Hijos	Con su pareja y sus dos hijos
22	F	42	4 (padre, madre, ella y su hermano*) *murió cuando ella tenía 6 años	Si	2 Hijas	Con su pareja y sus dos hijas
23	F	52	4 (padre, madre, ella y su hermana)	No	1 Hija	Con su hija
24	F	54	7 (padre, madre, ella y sus cuatro hermanos)	No	2 Hijos	Vive sola
25	F	54	3 (padre, madre y ella)	Si	1 Hijo	Con su pareja
26	F	53	4 (padre, madre, ella y su hermano)	Si	2 Hijas	Con su pareja y sus dos hijas
27	F	47	5 (padre, madre, ella y sus dos hermanas)	Si	3 Hijos	Con su pareja y sus tres hijos
28	F	38	4 (padre, madre, ella y su hermana)	Si	3 Hijos	Con su pareja y sus tres hijos
29	F	35	3 (padre, madre y ella)	Si	2 Hijos	Con su pareja y sus dos hijos
30	F	40	5 (padre, madre, ella y sus dos hermanos)	Si	2 Hijos	Con su pareja y sus hijos
31	F	67	5 (padre*, madre, ella y su abuela y sus dos hermanos(misma madre diferente padre)) *no biológico	Si	2 Hijas	Con su pareja, su hija menor y su madre
32	F	54	6 (padre, madre, ella y sus tres hermanas)	Si	3 Hijos	Con su tres hijos

4.2. Técnica: Revisión de archivo de programa de entrevista estructurada realizada a personas adultas.

4.3. Instrumento: Guión semi- estructurado de entrevista de apego adulto (Herrera, J.M, 2024;González, A., 2024).

4.4. Procedimiento: Las 32 entrevistas, fueron facilitadas por el profesor, fruto de una actividad realizada por el alumnado de la asignatura de Trabajo Social con Individuos Y Familias 1, de 2º de Grado de Trabajo Social, siendo el alumnado quien realizó la misma, a la población general que se presta voluntaria para la misma.

La investigación cualitativa en los estudios de casos, explora la experiencia y narrativa humana o grado en que los diferentes informantes dan sentido a su experiencia, es decir, sus construcciones, sobre la realidad e interacción con otros/as y el mundo que les rodea, y contexto de residencia. El análisis cualitativo conlleva la organización y categorización de la información no numérica, para identificar patrones y temas significativos. Por ello, se aplica la triangulación, que implica por un lado, contar con un número diverso y amplio de casos, donde se registran los temas emergentes de los datos analizados en el análisis temático y narrativo.

5. RESULTADOS.

5.1. Análisis del perfil de las mujeres participantes.

A continuación, se muestra un análisis del perfil de 32 mujeres en un estudio de casos sobre el apego adulto:

Edad:

- La edad promedio de las mujeres en el estudio es de 49.31 años, con una mediana de 51.5 años.
- La desviación estándar de 9.21 indica una variabilidad moderada en las edades.
- El histograma de edad muestra una distribución que tiende a la normalidad, con una concentración de mujeres entre 40 y 60 años.

Personas en la unidad familiar de la infancia:

- En promedio, las mujeres convivieron con 4.78 personas en su infancia, con una mediana de 5 personas.
- La desviación estándar de 1.17 sugiere una variabilidad relativamente baja en el tamaño de la unidad familiar.
- El histograma muestra que la mayoría de las mujeres crecieron en familias de 4 a 5 personas.

Tiene hijos y/o hijas:

- El promedio de hijos e hijas es de 1.94, con una mediana de 2.
- La desviación estándar de 0.61 indica una variabilidad baja en el número de hijos e hijas.
- La mayoría de las mujeres tienen 2 hijos e hijas.

Otros datos:

- Todas las participantes son mujeres (Género = F).
- La columna "Relación sentimental actual" muestra que la mayoría de las mujeres tienen una pareja.
- La columna "Personas convive actualmente" proporciona información sobre la composición del hogar actual de las mujeres.

En resumen, el grupo de estudio está compuesto por mujeres de mediana edad (alrededor de 50 años), que en su mayoría crecieron en familias de 4 a 5 personas y tienen 2 hijos e hijas. La mayoría de las mujeres tienen una pareja y conviven con ella y sus hijos e hijas.

5.2. Resultados de la entrevista.

A. Relaciones con los padres y experiencias con ellos/as

Cuadro 1: Circunstancias generales de la familia

Figuras más relevantes:

- Madre
- Madre y hermanos/as
- Padre y Madre
- Padre, madre y hermanos/as
- Padre, madre y abuelo/a
- Padre, madre, abuelo/a y hermanos/as
- Abuela
- Abuelo
- Abuelos
- Tíos
- Tías
- Otros

Cuadro 2: Relación con los padres

Empezar con el recuerdo más antiguo

- Con su madre
- Con su padre
- Padre ausente, distante
- Madre cercana

Cuadro 3: Adjetivos y relación con sus padres

Adjetivos según progenitor/a

- Padre: ausente, atento, estricto, bueno, prometedor, respetuoso, comprometido,
- Madre: fuerte, romántica, luchadora, mucho carácter, honesta, estricta, empática, amorosa, esencial, emocional, sincera

Cuadro 4: ¿qué hacía cuando estaba mal?

Conductas

- Encerrarse en su cuarto
- Ir al cuarto de su hermana para que la consolara

Cuadro 5: Cercanía con los padres

Opciones de respuesta

- Si:
 - Buena con ambos
 - Más con su padre
 - Más con su madre
- No:
 - Padre

Cuadro 6: Estar separado/a de sus padres/madres

Recuerdo de ausencia/separación de sus progenitores/as

- Si:
 - Viajes de larga duración
 - Ingreso en un internado
 - Por motivos de trabajo
- No

B. Profundización en la experiencias infantiles adversas

Cuadro 7: ¿Sintió rechazo por parte de sus padres?

Opciones de respuesta

- Si
 - Padre
 - Madre
- No

Cuadro 8: Experiencias de haber sido amenazado/a

Opciones de respuesta

- Si
 - Por su padre
 - Por su madre
 - Por ambos
- No

Cuadro 9: Influencia de estas experiencias a su personalidad

Opciones de respuesta

- Si
 - Positivas
 - Negativas
- No

Cuadro 10: Pérdidas sufridas

Opciones de respuesta
- Si:
- Padre
- Abuela
- Abuelo
- Hermano/a
- Amigo/a
- No

Cuadro 11: Maltrato y/o abuso

Opciones de respuesta
- Si:
- Psicológico, por parte de : padre y/o madre
- Físico, por parte de : padre y/o madre
- No

C. Exploración del presente

Cuadro 12: Influencia negativa de las experiencias previas

Opciones de respuesta
- Si
- En cuanto al propio desarrollo
- En cuanto a su personalidad
- En cuanto a la crianza de sus hijos
- En cuanto a posibles traumas causados por esas experiencias
- No

Cuadro 13: Respeto a los propios hijos

Opciones de respuesta
- Nuevas maneras de crianza, diferentes a las vividas por ellas
- Mayor preocupación por todo lo referidos a sus hijos
- No querer que los hijos pasen por las mismas circunstancias negativas que ellas
- Mayor entendimiento ahora que son madres de los comportamientos, actitudes y decisiones de sus padres con ellas

Cuadro 14: Relación actual con los padres

Opciones de respuesta
- Buena
- Mala
- Mejor con el padre
- Mejor con la madre

Cuadro 15: Aprendizaje

Opciones de respuesta

- Enfocado a saber controlar emociones negativas
- Enfocado a saber cómo tratar a sus hijos

6. DISCUSIÓN.

Los resultados de tu estudio de casos sobre apego adulto en mujeres, revelan información relevante sobre las experiencias de apego en la infancia y su influencia en la vida adulta. A continuación, se discuten los hallazgos a la luz de la justificación teórica aportada:

1. Perfil de las participantes:

- El grupo de estudio, compuesto por mujeres de mediana edad (alrededor de 50 años), que en su mayoría crecieron en familias de 4 a 5 personas y tienen 2 hijos/hijas, refleja una muestra relativamente homogénea en cuanto a edad, estructura familiar y etapa del ciclo vital.

2. Relaciones con los padres y experiencias con ellos:

- Figuras de apego: La predominancia de la madre y ambos padres como figuras más relevantes, confirma la importancia de las figuras parentales en el desarrollo del apego, como lo postuló Bowlby (1988). La mención de otras figuras como hermanos/as y abuelos/as, sugiere la influencia de la red familiar extendida en la construcción de vínculos afectivos.
- Calidad de la relación: La descripción de la madre como cercana y el padre como ausente o distante, coincide con la tendencia generalizada en la socialización de roles de género, donde la madre asume el rol de cuidadora principal. Sin embargo, la presencia de adjetivos positivos para ambos padres, indica la complejidad y ambivalencia en las relaciones de apego.
- Experiencias adversas: La presencia de rechazo, amenazas, pérdidas y maltrato, tanto psicológico como físico, por parte de los padres, evidencia la existencia de experiencias infantiles adversas en la muestra. Estas experiencias tempranas pueden tener un impacto significativo en el desarrollo de esquemas desadaptativos, como lo señalan Young et al. (2003) y Liotti (2017).

3. Profundización en las experiencias infantiles adversas:

- Influencia en la personalidad: La influencia negativa de las experiencias adversas en la personalidad, resalta la importancia de las experiencias tempranas en la configuración del self.
- Estrategias de afrontamiento: El encierro en el cuarto o la búsqueda de consuelo en un hermano/a, reflejan estrategias de afrontamiento ante situaciones de malestar emocional. Estas estrategias pueden ser adaptativas o desadaptativas en la edad adulta, dependiendo de su flexibilidad y funcionalidad.

4. Exploración del presente:

- Influencia en la crianza: El deseo de nuevas maneras de crianza, la preocupación por los hijos/hijas y la voluntad de evitarles las mismas circunstancias negativas, sugieren un intento de romper con patrones de apego disfuncionales y asegurar un apego seguro para la siguiente generación.
- Relación actual con los padres: La persistencia de una relación predominantemente buena con los padres, a pesar de las experiencias adversas, plantea la posibilidad de procesos de reparación y reconciliación en la edad adulta.
- Aprendizaje: El enfoque en el control de emociones negativas y el trato a los hijos/hijas, indica una búsqueda de crecimiento personal y desarrollo de habilidades parentales.

5. Tipologías de apego adulto:

- Si bien el estudio no evalúa directamente las tipologías de apego, los datos sugieren la posible presencia de apego ambivalente o preocupado en algunas participantes, debido a la elevada intensidad emocional y la dificultad en la regulación emocional reportada. La presencia de experiencias adversas también podría indicar la presencia de apego desorganizado en algunas mujeres.

6. Implicaciones para el Trabajo Social Clínico:

- Los resultados de este estudio refuerzan la importancia del Trabajo Social Clínico en la evaluación, diagnóstico e intervención en problemas psicosociales relacionados con el apego adulto. La comprensión de las experiencias tempranas, los esquemas desadaptativos y las tipologías de apego, permite al profesional diseñar intervenciones que promuevan la mitigación del sufrimiento humano y la construcción de relaciones interpersonales más saludables.

En particular, se destaca la necesidad de:

- Evaluar el impacto de las experiencias infantiles adversas en la vida adulta.
- Identificar los esquemas desadaptativos que interfieren en el funcionamiento interpersonal.
- Promover la regulación emocional y el desarrollo de estrategias de afrontamiento adaptativas.
- Facilitar la reconstrucción de narrativas personales coherentes y significativas.
- Fortalecer las relaciones interpersonales y la construcción de vínculos afectivos seguros.

Cerrar esta discusión, resaltando que los estudios de casos exclusivamente con mujeres, deben tener en cuenta para enriquecer el análisis e incluir la perspectiva de género, junto con la evidencia disponible, considerar aspectos como:

7. Roles de género y figuras de apego:

- Analizar si existe una preferencia por la madre como figura de apego principal debido a las expectativas sociales y culturales que tradicionalmente asignan a las mujeres el rol de cuidadoras principales.
- Examinar si la ausencia o distancia del padre se relaciona con roles de género que promueven la participación limitada de los hombres en la crianza.
- Analizar cómo la influencia de figuras de apego femeninas (madres, abuelas, tías) puede influir en la construcción de la identidad de género de las participantes.

8. Experiencias infantiles adversas y género:

- Analizar si existe una relación entre el género de la persona que ejerce el maltrato (padre o madre) y el tipo de maltrato experimentado (físico o psicológico).
- Explorar si las mujeres que sufrieron maltrato infantil tienen mayor riesgo de sufrir violencia de género en la edad adulta.
- Analizará cómo las experiencias de rechazo o amenaza pueden afectar la autoestima y la confianza en sí mismas de las mujeres.

9. Crianza, relaciones actuales y género:

- Examinar si las mujeres que buscan nuevas formas de crianza están desafiando los roles de género tradicionales.
- Analizar si la relación actual con los padres está influenciada por expectativas de género sobre cómo deben ser las relaciones entre madres e hijas y padres e hijas.
- Explorar si las mujeres que han experimentado maltrato infantil tienen mayor dificultad para establecer relaciones saludables en la edad adulta.

10. Evidencia e implicaciones:

- Contrastar los resultados del estudio con la evidencia existente sobre la influencia del apego en el desarrollo de las mujeres y la relación entre género y experiencias infantiles adversas.
- Discutir las implicaciones de los hallazgos para la prevención del maltrato infantil y la promoción de la igualdad de género.

Al integrar estos aspectos en el análisis, se puede obtener una comprensión más profunda de cómo las experiencias de apego y las experiencias infantiles adversas, en el contexto de las normas y roles de género, influyen en el desarrollo y bienestar de las mujeres.

7. CONCLUSIONES.

Podemos resumir los hallazgos en las siguientes conclusiones:

- Importancia de las figuras de apego: La madre emerge como la figura de apego más relevante en la infancia de las mujeres entrevistadas, pero la presencia de otros miembros familiares también es crucial.
- Impacto de las experiencias infantiles: Las experiencias infantiles adversas, como el rechazo y el maltrato, tienen un impacto duradero en la personalidad y el desarrollo de las mujeres.
- Transmisión intergeneracional: Existe una tendencia a repetir patrones de crianza, pero también una conciencia creciente de la importancia de romper estos patrones y buscar nuevas formas de relacionarse con los hijos.
- Capacidad de resiliencia: A pesar de las dificultades, las mujeres muestran una capacidad de resiliencia y de aprendizaje, buscando mejorar sus relaciones y su bienestar emocional.
- Necesidad de apoyo: Las mujeres que experimentaron experiencias infantiles adversas pueden beneficiarse de apoyo psicológico para procesar sus traumas y desarrollar relaciones más saludables.

Como implicaciones de este estudio, destacar la importancia de abordar las experiencias infantiles adversas y de promover relaciones familiares saludables. Los resultados sugieren la necesidad de:

- Implementar programas de prevención del maltrato infantil y de apoyo a las familias en riesgo.
- Ofrecer apoyo psicoterapéutico a las mujeres que han experimentado traumas infantiles.
- Fomentar la educación y la sensibilización sobre la importancia del apego seguro y la crianza respetuosa.

Este estudio de casos aporta información valiosa sobre la complejidad del apego adulto y sus implicaciones para la intervención social. La integración de los hallazgos con la justificación teórica, permite una comprensión más profunda de las experiencias de las participantes y orienta la práctica del Trabajo Social Clínico hacia la promoción del bienestar psicosocial.

REFERENCIAS.

- **Aguilar, M.ª J. (2013).** Trabajo Social. Concepto y metodología. Paraninfo.
- **Al-Halabi, S., & Fonseca-Pedrero, E. (2023).** **Manual de psicología de la conducta suicida.** Pirámide.
- **Anderson, T., Ogles, B. M., Patterson, C. L., Lambert, M. J., & Vermeersch, D. A. (2009).** Therapist effects: Facilitative interpersonal skills as a predictor of therapist success. *Journal of Clinical Psychology*, 65(7), 755-768. <https://doi.org/10.1002/jclp.20583>
- **Asen, E., & Fonagy, P. (2023).** *Tratamiento basado en la mentalización con familias.* Desclée de Brouwer.
- **Van der Kolk, B. A. (2015).** *El cuerpo lleva la cuenta: cerebro, mente y cuerpo en la superación del trauma.* Eleftheria.
- **Bowlby, J. (1988).** *Parent-child attachment and healthy human development.* Basic Books.
- **Centonze, A., Inchausti, F., MacBeth, A., & Dimaggio, G. (2020).** Changing embodied dialogical patterns in metacognitive interpersonal therapy. *Journal of Constructivist Psychology*, 34(2), 123-137.
- **Consejo General de Trabajo Social. (2014).** *Código deontológico de Trabajo Social.* https://www.cgtrabajosocial.es/codigo_deontologico
- **Comité de Ministros del Consejo de Europa. (2001).** *Resolución 67/16 sobre funciones, formación y estatus de los Asistentes Sociales.* Consejo de Europa.
- **De Frutos Alonso, M. A. (2014).** Diseño de intervención social. En T. Fernández García (Coord.), *Trabajo Social con casos* (pp. 29). Alianza Editorial.
- **De la Red, N. (2000).** La metodología en el trabajo social desde el marco de las ciencias sociales. *CABS: Cuadernos Andaluces de Bienestar Social*, 8, 9-32.
- **Fantova Azcoaga, F. (2012).** *Manual para la gestión de la intervención social: Políticas, organizaciones y sistemas para la acción.* CCS.
- **Federación Internacional de Trabajadores Sociales. (2014).** *Definición global del trabajo social.* <https://www.ifsw.org/what-is-social-work/global-definition-of-social-work/global-definition-of-social-work-review-2014/>
- **González, A. (2024).** *Entender y evaluar el apego. De las experiencias tempranas al modelo mental.* Imaya.
- **Herrera Hernández, J. M. (2022).** *Trabajo Social Clínico con Grupos Terapéuticos. Material de Estudio.* Instituto Español de Trabajo Social Clínico (IETSC). <https://portal.ietsc.es/>
- **Herrera Hernández, J. M. (2022).** *Trabajo Social Clínico online en Servicios Sociales. Material de Estudio.* Instituto Español de Trabajo Social Clínico (IETSC). <https://portal.ietsc.es/>
- **Herrera Hernández, J. M. (2022).** *La Práctica Basada en la Evidencia y la Investigación Aplicada desde el Trabajo Social Clínico (TSC) y el Trabajo Social (TS) para los Servicios Sociales (SSSS), Tercer Sector de la Acción Social (TSAS), y la Práctica privada (Pv).* Material de Estudio. Instituto Español de Trabajo Social Clínico (IETSC). <https://portal.ietsc.es/>
- **Herrera Hernández, J. M. (2023).** *Terapia Breve Estratégica (TBE) con Problemáticas Específicas. Módulo 2.* Instituto Español de Trabajo Social Clínico (IETSC). <https://portal.ietsc.es/>
- **Herrera, J. M., et al. (2014).** Evolution of a Prevention Program in Mental Health in a Municipal Therapeutic Service. *Psychology*, 5(8), 979-985.
- **Herrera, J. M. (2017).** El Trabajo Social psicoterapéutico en la cartera de los Servicios Sociales Municipales. En A. Ituarte (Coord.), *Prácticas de Trabajo Social Clínico* (pp. 169-190). Nau Llibres.
- **Herrera, J. M., Castillo, J., & Rodríguez, M. B. (2022).** Capítulo IV: La intervención grupal online para la inserción social con clientes/as en situación de vulnerabilidad social, desde el Trabajo Social Clínico y la Pedagogía Terapéutica. En A. R. Del Águila Obra, J. M. Ramírez Navarro, & L. M. Rondón García (Eds.), *Tecnologías, Innovación y Servicios Sociales, Tecnosocial 2022* (pp. 209-216). Thomson Reuters Aranzadi.
- **Herrera, J. M. (2007).** El Trabajo Social en un gabinete psicosocial municipal. *Trabajo Social y Salud*, (57), 293-310.

- **Herrera, J. M. (2008).** Resultados del gabinete psicosocial municipal del Ilmo. Ayuntamiento de Candelaria. *Trabajo Social y Salud*, (59), 219-231.
- **Herrera, J. M., & Mesa, J. R. (Dirs.). (2009).** *Guía psicoeducativa grupal para la prevención de estilos de vida insanos y la mejora de las relaciones humanas.* Ayuntamiento de Santa Úrsula y Gobierno de Canarias.
- **Herrera, J. M. (2022, 2023, 2024).** *Material académico de la asignatura Trabajo Social con Individuos y Familias (1).* Universidad de La Laguna. <https://campusvirtual.ull.es/>
- **Inchausti, F. (2024).** *Sufrimiento y cambio en psicoterapia: teoría, investigación y tratamiento.* Pirámide.
- **Jurist, E. (2022).** *Mentalizando emociones: cultivando la mentalización en la psicoterapia.* Desclée De Brouwer.
- **Levitt, H. M., Motulsky, S. L., Wertz, F. J., Morrow, S. L., & Ponterotto, J. G. (2017).** Recommendations for designing and reviewing qualitative research in psychology: Promoting methodological integrity. *Qualitative Psychology*, 4(1), 2-22.
- **Liotti, G. (2017).** Conflicts between motivational systems related to attachment trauma: Key to understanding the intra-family relationship between abused children and their abusers. *Journal of Trauma and Dissociation*, 18, 304-318.
- **Nardone, G., & Salvini, A. (2019).** *Diccionario Internacional de Psicoterapia.* Herder.
- **National Association of Social Workers. (2005).** *Standards for Clinical Social Work in Social Work Practice.* NASW.
- **Regalado, J. (2023).** *Cómo hacer un diagnóstico social: Diagnóstico clínico contextual.* Letrame.
- **Shore, A. N. (2022).** *Psicoterapia con el hemisferio derecho.* Eleftheria.
- **Organización Mundial de la Salud. (2008).** *Clasificación Internacional de los Trabajadores de la Salud (CIATS).*
- **Vázquez, O. (Coord.). (2004).** *Libro Blanco del Título de Grado en Trabajo Social.* Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación. http://www.aneca.es/media/150376/libroblanco_trbjsocial_def.pdf
- **Wampold, B. E., & Imel, Z. J. (2021).** *El gran debate de la psicoterapia: la evidencia de qué hace que la psicoterapia funcione.* Eleftheria.
- **Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003).** *Schema therapy: A practitioner's guide.* Guilford Press

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
La autenticidad de este documento puede ser comprobada en la dirección: <http://sede.ull.es/validacion>

Identificador del documento: 7210721 Código de verificación: H9a/T4xr

Firmado por: Juan Manuel Herrera Hernández
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 10/03/2025 09:36:20

ANEXO

Anexo 1: Entrevista semi- estructurada de exploración del apego adulto. (Herrera , J. M, 2024; González, A., 2024)

A. Datos sociodemográficos

-Género persona entrevistada:

-Edad:

-Nº de personas en la unidad de convivencia

-Nº de hijos () Edades (), hijas () Edades ()

Entrevista:

Parte 1º Relaciones con los padres y experiencias con ellos

Circunstancias generales de la familia	<ul style="list-style-type: none"> Definir las figuras más relevantes
Relación con los padres	<ul style="list-style-type: none"> Empezar con el recuerdo más antiguo
Cinco adjetivos sobre la relación con los padres	<ul style="list-style-type: none"> Cinco para la madre y cinco para el padre Buscar recuerdos biográficos episódicos de cada adjetivo
Qué hacía cuando se sentía mal	<ul style="list-style-type: none"> Ejemplos de malestar emocional y físicos Definir una secuencia relacional
¿Con qué padre se sentía más cercano?	<ul style="list-style-type: none"> ¿Por qué con el otro no era así?
Estar separado de los padres	<ul style="list-style-type: none"> El recuerdo más antiguo Definir una secuencia relacional

Parte 2º: Profundización en la experiencias infantiles adversas

Sentirse rechazado por los padres	<ul style="list-style-type: none"> Pedir ejemplos, aunque hoy siga pensando que no era una rechazo (justifica)
Experiencias de haber sido amenazado	<ul style="list-style-type: none"> De cualquier tipo (disciplina, o en broma) Primero por progenitores y por personas externas
Influencia de estas experiencias	<ul style="list-style-type: none"> ¿Ve influencia negativas en su personalidad? ¿Piensa que han obstaculizado de algún modo su desarrollo?
Pérdidas (explorar cada una por separado)	<ul style="list-style-type: none"> Edad a la que ocurrió Cómo reaccionó y cómo los demás Si fue al funeral, y describir qué pasó ¿Todavía le afecta hoy en día? ¿Ha influido en su personalidad? ¿Ha influido en su relación con sus hijos(as)?
Maltrato y/o abuso (a él/ella o su familia)	<ul style="list-style-type: none"> Edad y frecuencia ¿Siente que esta experiencia le afecta ahora como adulto? ¿Influye en el acercamiento a su propio hijo/a? Experiencias con personas fuera de la familia

Parte 3º: Exploración del presente

Influencia negativa de las experiencias previas	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Han tenido alguna influencia negativa en su personalidad? • ¿Le siguen influyendo ahora de adulto? • ¿Han obstaculizado de algún modo su desarrollo?
Respecto a los propios hijos/as	<ul style="list-style-type: none"> • Si no tiene, pedir que se lo imagine • Preocupaciones • Tres deseos para ellos en veinte años • ¿Qué le gustaría sus hijos/as aprendieran de ti?
Relación actual con los padres	<ul style="list-style-type: none"> • Cambios en la relación desde la infancia • ¿Mantiene contacto y una frecuencia? • Valoración de la relación actual: fuente de satisfacción, insatisfacción
Aprendizajes	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué ha aprendido de sus experiencias infantiles?

¿Cómo se ha sentido de cómodo/a - incómodo/a, realizando esta entrevista en una escala del 1 al 10, donde 1 es muy cómodo y 10 muy incómodo

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Observaciones: