

Universidad de Salamanca

Facultad de Psicología

Grado en Psicología



**VNiVERSIDAD
D SALAMANCA**

CAMPUS OF INTERNATIONAL EXCELLENCE

Trabajo de Fin de Grado

**PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PARA LA PROMOCIÓN DEL APEGO
SEGURO EN AGRESORES DE VIOLENCIA DE GÉNERO**

Autora: Noelia Arias Iglesias

Tutor: José Antonio Fuertes Martín

Salamanca, junio de 2021

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

Declaro que he redactado el trabajo *Propuesta de intervención para promocionar el Apego Seguro en agresores de Violencia De Género* para la asignatura de Trabajo Fin de Grado en el curso académico 2020/2021 de forma autónoma, con la ayuda de las fuentes bibliográficas citadas en la bibliografía, y que he identificado como tales todas las partes tomadas de las fuentes indicadas, textualmente o conforme a su sentido.

ÍNDICE

1. JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO	1
2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	1
2.1. Teoría del Apego.....	1
2.2. Asociación entre los estilos de apego y la perpetración de VPI	5
2.3. Revisión de programas de intervención con agresores de violencia de género	9
3. OBJETIVOS	12
4. INTERVENCIÓN	13
4.1. Destinatarios	13
4.2. Ubicación del proyecto	13
4.3. Contenidos de la intervención	13
4.4. Temporalización.....	16
4.5. Descripción de las sesiones.....	16
4.6. Diseño de evaluación	28
5. CRONOGRAMA DEL PLAN DE DESARROLLO DEL PROGRAMA	28
6. CONCLUSIONES Y PROSPECTIVA	29
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	31
8. ANEXOS	34
8.1. Anexo 1. Sistema de Codificación del Apego del Paciente (Patient Attachment Coding System, PACS)	34
8.2. Anexo 2. Cuestionario Experiencias en Relaciones Íntimas (ECR) para evaluar las dos dimensiones ortogonales subyacentes del apego adulto (ansiedad y evitación)	37

RESUMEN

La violencia de género y, en concreto, la Violencia en la Pareja Íntima (VPI) supone un grave problema de salud a nivel mundial, al cual debemos hacer frente como sociedad.

La investigación ha puesto de manifiesto la relación entre los estilos de apego y la perpetración y victimización por VPI. Concretamente, la perpetración de este tipo de violencia se relaciona positivamente con los estilos de apego inseguros (estilo de apego inseguro ansioso o preocupado, estilo de apego inseguro evitativo y estilo de apego inseguro desorganizado); en cambio, la vinculación entre la VPI y el apego seguro es negativa. Este trabajo pretende trasladar estos hallazgos a la práctica clínica, proponiendo una intervención basada en el apego con agresores de género. La intervención propuesta no trata de ser exhaustiva, sino que se plantea como parte complementaria al trabajo que se lleva a cabo, el cual es, generalmente, de corte cognitivo-conductual. Así mismo, se destaca la necesidad de evaluar el programa de intervención y sus implicaciones de manera integral, con el objetivo de analizar las mejoras que supone con respecto a los programas que se emplean y las dificultades o aspectos a mejorar.

En definitiva, la inclusión de una intervención basada en el apego podría ser eficaz para el tratamiento de agresores de violencia de género, para disminuir o evitar su reincidencia.

Palabras clave: apego, propuesta de intervención, violencia de género, violencia en la pareja íntima, agresores.

1. JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO.

La Violencia en la Pareja Íntima (VPI) o violencia de género es uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial. La investigación ha puesto de manifiesto una relación significativa entre los estilos de apego inseguros y la perpetración y victimización por VPI; aunque estos hallazgos no se han trasladado aún a la práctica clínica, lo cual es la finalidad de este trabajo.

La intervención con los hombres que agreden a sus parejas es considerada sumamente importante, pues ellos son la causa de que aparezca y se mantenga este tipo de violencia. Tal y como refiere Luis Bonino: “La violencia de género es un problema de los hombres que lo sufren las mujeres” (Lazo y Quintana, 2017, p. 146). Con el fin de mejorar la eficacia y, por tanto, reducir la reincidencia, sería interesante incorporar la Teoría del Apego a las diferentes modalidades de psicoterapia que se utilizan en el trabajo con agresores. La intervención que se propone tiene como objetivo de complementar las existentes, por lo que no puede considerarse como un tratamiento exhaustivo.

2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.

2.1. Teoría del Apego.

El psicoanalista británico John Bowlby desarrolló en 1969 la Teoría del Apego (TA). Dicha teoría esclarece la existencia desde la infancia de una tendencia a formar un vínculo consistente derivado de las experiencias tempranas con figuras específicas (Yárnoz-Yaben y Comino, 2011; Gago, 2014; Dávila, 2015). Nace de la necesidad de la disponibilidad permanente, tanto a nivel físico como emocional de esa figura- debido a la fórmula cultural, normalmente se corresponde con la figura materna- y la capacidad para establecer relaciones íntimas y gratificantes con otros a lo largo de la vida (Yárnoz-Yaben y Comino, 2011; Dávila, 2015; Burutxaga et al., 2018). Hace referencia a una conducta instintiva, activada y modulada independiente de otras necesidades, como la alimentación o la reproducción; es decir, el sistema de apego tiene su propia motivación (Yárnoz-Yaben y Comino, 2011; Gago, 2014; Burutxaga et al., 2018). Esta tendencia forma parte de una herencia arcaica cuya función es la supervivencia de la especie (Gago, 2014; Burutxaga et al., 2018).

Así mismo, se ha demostrado que no existe un modelo específico en relación a los cuidadores significativos, sino que es sumamente probable que se desarrollen múltiples estrategias con cada figura de apego, las cuales se diferencian jerárquicamente (Lecannelier, 2018). En pocas palabras, la TA es un programa de investigación que explica las estrategias psicobiológicas, representacionales y relacionales que desarrollamos para regular las experiencias estresantes que vivimos (Lecannelier, 2018).

Por otra parte, el apego puede definirse como un vínculo afectivo que actúa como sistema de control y responde a objetivos concretos derivados de las necesidades del momento, las cuales dependen tanto de factores endógenos como exógenos (Yárnoz-Yaben y Comino, 2011; Gago, 2014). Los vínculos de apego se establecen en base a las conductas de apego- resultado de las demandas de cuidado-, a los sentimientos de apego- experiencia afectiva- y a la representación mental- representación interna y estable en la relación de apego (Gago, 2014). A partir de los continuados contactos con el exterior y de la respuesta de la figura de apego se generan modelos internos de trabajo (MIT) sobre el mundo y las personas significativas, incluido uno mismo. Estos se utilizan como fuente de información: en base a experiencias pasadas se predice la manera en la que actuará la figura de apego y se actúa en consecuencia (Dávila, 2015; Burutxaga et al., 2018). Tienden a ser automáticos y estables, y se manifiestan a través de patrones de conductas (Yárnoz-Yaben y Comino, 2011). En cambio, no son estancos: están influenciados e influyen a expectativas y comportamientos (Burutxaga et al., 2018). Por tanto, son susceptibles a ser modificados a partir de experiencias nuevas con figuras con apego seguro, como en el contexto psicoterapéutico (Benlloch, 2020).

La calidad del vínculo de apego influye en el desarrollo cognitivo, físico, emocional y afectivo a lo largo de toda la vida (Benlloch, 2020). Para que el desarrollo sea adecuado es necesario recibir durante los primeros años de vida respuestas emocionalmente sensibles por parte de una figura de apego, que actúa como entidad organizadora externa (Burutxaga et al., 2018). Esto confirma el papel esencial de las familias en la formación del apego: la interacción entre el niño y el adulto responsable de la crianza es el primer ambiente emocional del niño, así se introduce en el grupo familiar y, por consiguiente, en el grupo social

y cultural de la familia (Dávila, 2015). Cuando la relación de apego se ha establecido, en torno a los 6 meses de vida, la presencia de esta figura es una base segura o sustento que facilita la exploración del entorno y un refugio para recobrar la calma; por tanto, su separación provoca efectos psicológicos y fisiológicos en el niño, cuyo objetivo es atraerla (Gago, 2014; Dávila, 2015; Burutxaga et al., 2018). La capacidad de la figura de apego para cubrir estas necesidades influirá en la interacción entre ambos, sobre todo su sensibilidad ante las señales del niño (Burutxaga et al., 2018). La respuesta sensible implica atender, interpretar y responder de manera adecuada y temprana a las señales (Lecannelier, 2018); es semejante a la respuesta empática, pero supone además, actuar como persona diferenciada (Gago, 2014). Se plantea que los MIT de los cuidadores influyen en la conducta con la que responden al niño a través de la sensibilidad, esto se conoce como “brecha de transmisión” (Lecannelier, 2018). Al mismo tiempo, las características del ambiente influyen en la conducta del niño de manera diferencial dependiendo de su expresión genética (Burutxaga et al., 2018; Lecannelier, 2018). El vínculo del apego se mantiene a lo largo de todo el ciclo vital, sin embargo, a medida que este avanza la figura hacia la que se dirige cambia (Gago, 2014). Por tanto, el vínculo de apego establecido en la infancia tiene cierta correspondencia con el de la edad adulta: se tienden a repetir los modelos y las dinámicas psicológicas en las relaciones de pareja (Gago, 2014; Dávila, 2015; Ponti y Tani, 2019). En último lugar, conviene destacar que en las relaciones de apego adultas es sumamente probable que cada individuo disponga de estrategias seguras, de evitación y ambivalencia, que se manifestarán según ciertos factores relacionados con el nivel de estrés y amenaza experimentado (Lecannelier, 2018).

Los estilos de apego pueden definirse en base a dos modelos: dimensional y categorial (Benlloch, 2020).

En el modelo dimensional se diferencian cuatro estilos de apego que pueden entenderse como combinaciones de dos dimensiones: ansiedad o miedo al abandono y evitación de intimidad (Yárnoz-Yaben & Comino, 2011; Benlloch, 2020). Las personas con apego seguro (tipo B) puntúan bajo en ambas dimensiones: creen que merecen los cuidados y no tienen miedo de involucrarse de forma íntima; en el caso del apego inseguro ansioso (tipo C) puntúan alto en

la dimensión ansiedad y bajo en la dimensión evitación: se preocupan y temen el rechazo o abandono, y dudan de su importancia; las caracterizadas por el inseguro evitativo (tipo A) puntúan alto en la dimensión de evitación y bajo en la de ansiedad: tienen una fuerte tendencia a la independencia y a la autosuficiencia, así como alto nivel de evitación de la intimidad; y, finalmente, las personas con apego desorganizado (tipo D) puntúan alto en ambas dimensiones (Yárnoz-Yaben & Comino, 2011; Benlloch, 2020).

El modelo categorial distingue en el apego adulto los siguientes estilos: seguro-autónomo, preocupado o ansioso, rechazante o evitativo y no resuelto o desorganizado (Benlloch, 2020). El estilo de apego seguro es característico de personas cálidas, estables y con relaciones íntimas más satisfactorias; además, son más positivas, coherentes y están más integradas (Yárnoz-Yaben & Comino, 2011; Gago, 2014; Dávila, 2015; Benlloch, 2020). Este estilo de vínculo afectivo funciona como sistema de inmunidad psicológica. Cuando esta inmunidad es ineficaz, la persona tiene que sacrificar aspectos para obtener seguridad, lo que da lugar a los estilos inseguros (Benlloch, 2020). Las personas con apego inseguro preocupado se aferran siempre a la figura principal, sacrificando la autonomía y la exploración; también son personas con un gran deseo de intimidad junto con inseguridad hacia los demás. Por otro lado, las personas con estilo evitativo no se aproximan demasiado porque temen el rechazo; además, sienten inseguridad hacia los otros y esperan que les desplacen por pasadas experiencias de abandono, sacrificando la intimidad y la activación de respuestas de apego (Yárnoz-Yaben & Comino, 2011; Gago, 2014; Dávila, 2015; Benlloch, 2020).

Para investigar y evaluar el apego se utilizan diferentes instrumentos específicos, los principales son: procedimiento de la “Situación Extraña” (PSE) de Ainsworth para el apego infantil, la Entrevista de Apego para Adultos (AAI) de M. Main (Gago, 2014), el Autoinforme de Hazan y Shaver, el Cuestionario de Relación (RQ) de Bartholomew y Horowitz, el Cuestionario de Experiencia en las relaciones de pareja (CRP) de Brenam, Clark y SHaver (Yárnoz-Yaben y Comino, 2011) y otros sistemas de evaluación de los MIT como la Entrevista de Apego en Niños o las tareas de completar historias (Lecannelier, 2018). Cabe

señalar que, a principios del siglo XXI, surgieron intervenciones basadas en el apego (IBA) (Lecannelier, 2018).

2.2. Asociación entre los estilos de apego y la perpetración de VPI.

La Organización Mundial de la Salud define la violencia en la pareja íntima (VPI) como los comportamientos que, dentro de una relación íntima, causan daño, incluyendo desde la manipulación hasta la coerción sexual; comprende tres tipos principales de violencia: física, psicológica y sexual (Velotti et al., 2018). La VPI es un tipo de violencia de género. Este fenómeno está íntimamente relacionado con la cultura patriarcal: el 85% de las víctimas son mujeres, aunque no se limita a una edad, sexo, situación socioeconómica, nivel educativo, límite geográfico, sociedad o religión (Ponti y Tani, 2019). La VPI es uno de los problemas de salud pública más trascendentales a nivel mundial cuyas consecuencias económicas, sanitarias y sociales afectan tanto a los miembros de la pareja (víctimas y perpetradores), como a las familias y a la comunidad; además, estos efectos se presentan a corto y a largo plazo (Ponti y Tani, 2019; Spencer et al., 2020). Las consecuencias a nivel físico y psicológico son múltiples: desórdenes funcionales, trastornos ginecológicos, enfermedades de transmisión sexual, pérdida de autoestima depresión, ansiedad, trastorno de estrés post- traumático o suicidio (Ponti y Tani, 2019). La VPI es un fenómeno complejo que se estudia a través del modelo ecológico: es el resultado de la interacción entre factores individuales, relacionales, comunitarios y sociales (Velotti et al., 2018).

Los estilos de apego condicionan de modo característico la capacidad de identificar, procesar, regular y afrontar las emociones (Spencer et al., 2020). La participación en las dinámicas de VPI están estrechamente relacionadas con el estilo de apego que se desarrolla en la pareja (Ponti y Tani, 2019): la lucha para regularse emocionalmente aumenta el riesgo de actuar impulsivamente de forma agresiva y violenta. Cabe destacar que existen factores que pueden mediar entre los estilos de apego y la VPI, como son los problemas interpersonales (Spencer et al., 2020).

Apego ansioso.

El estilo de apego ansioso se correlaciona en gran medida con la perpetración y con la victimización por VPI para hombres y mujeres. Este es un motor potencial para consumir la violencia: la necesidad de atraer a la pareja para satisfacer las necesidades de proximidad, apoyo y amor y el miedo al rechazo estimula la participación en el conflicto y la utilización de la violencia en el caso de ser necesario (Bonache et al., 2019; Spencer et al., 2020). Además, las personas con niveles más altos de apego ansioso tienden a experimentar una baja autoestima y utilizan más estrategias de resolución de conflictos problemáticas que aumentan la probabilidad de VPI: carecen de un control inhibitorio adecuado para evitar el comportamiento agresivo durante el conflicto (Ryan, 2020). Así mismo, las personas con este tipo de apego experimentan inseguridad en sí mismas y en su relación, lo que les lleva a sentir celos (Hicks, 2020). El apego ansioso está indirectamente relacionado con la VPI a través del compromiso con el conflicto: los perpetradores masculinos que tienen un estilo de apego ansioso se inclinan a comportarse más agresivamente cuando perciben implicación propia y retirada de la pareja (Bonache et al., 2019). Está demostrado que el estilo de apego más característico de los maltratadores es el ansioso en relación con todas las formas de VPI (Velotti et al., 2018). Tal y como propone la TA, las personas con este estilo de apego se hiperactivan cuando no se satisfacen sus necesidades, temen la pérdida de la relación y tienden a utilizar estrategias de regulación emocional extremas- hiperactivan conductas de búsqueda de proximidad- que, comúnmente, implican dominio interpersonal o, de manera más extrema, violencia (Velotti et al., 2018; Ponti y Tani, 2019). Teniendo en cuenta estos déficits en gestión y resolución de conflictos, se sugiere que sienten a sus parejas como inaccesibles, reaccionando con rabia y manipulación con el objetivo de retenerlas (Ponti y Tani, 2019). Esto también se relaciona con la explicación diádica de VPI: cuando ambos miembros de la pareja se caracterizan por este estilo de apego, el conflicto escala y aumenta la predisposición a utilizar la violencia (Velotti et al., 2018).

Apego evitativo.

El apego evitativo se asocia significativamente con la perpetración de VPI para hombres y mujeres y con la victimización para mujeres (Spencer et al.,

2020). Su miedo a la intimidad conlleva la eliminación de conductas de búsqueda de proximidad, aumentando el uso de conductas de retraimiento y defensivas y de estrategias de comunicación más evasivas (Bonache et al., 2019; Ponti y Tani, 2019). Además, utilizan la violencia con la finalidad de evitar, controlar, intimidar y mantener distantes a sus parejas; así las controlan y manipulan, instaurando el miedo (Velotti et al., 2018; Ponti & Tani, 2019; Sandberg et al., 2019; Spencer et al., 2020). La investigación ha demostrado que los agresores a menudo tienen un estilo de apego evitativo: un subtipo de individuos antisociales y muy violentos tienden a la evitación (Velotti et al., 2018). Los individuos muy evitativos se culpan a sí mismos por las transgresiones de su pareja durante los conflictos. Estas percepciones sesgadas reducen el afecto negativo desestimando la importancia de las discusiones y reforzando sus MIT (Bonache et al., 2019). Las personas con niveles más altos de apego evitativo tienden a experimentar una baja autoestima y a perpetrar VPI; además, son más impulsivos y utilizan más estrategias de resolución de conflictos problemáticas (Ryan, 2020). Así mismo, las personas con apego evitativo sufren problemas de intimidad ligados a los celos (Hicks, 2020). Utilizan la violencia física, psicológica y sexual, siendo más significativo en los dos últimos tipos (Velotti et al., 2018).

Dado que la proporción de hombres y mujeres en la victimización y la perpetración de VPI está muy desequilibrada, es interesante explorar el papel del género en su asociación con el apego (Velotti et al., 2018). Cabe destacar que las expectativas culturales asociadas al género influyen en la vinculación entre el estilo de apego adulto y la perpetración y victimización: pueden afectar de forma significativa en la asociación entre el apego y la VPI (Karakurt et al., 2019). La mayor probabilidad de estilos de apego evitativo en los hombres se debe a los roles de género: evitan la vulnerabilidad distanciándose de las relaciones. Cuando estas diferencias de género son aceptadas, es probable que no aparezcan problemas de violencia dentro de la pareja. En cambio, cuando una mujer no muestra comportamientos adaptados al rol tradicional (mujeres siempre disponibles, atentas y cariñosas), no se aceptan porque generan falta de poder en el hombre, y puede generar una escalada de violencia (Spencer et al., 2020). Se demostró que el estrés relacionado con las representaciones del

género masculino predice la coerción y el abuso (Karakurt et al., 2019). Al considerar el género por separado, se obtienen las siguientes conclusiones (Spencer et al., 2020):

- El apego ansioso se relaciona significativamente con la perpetración y la victimización por VPI tanto para hombres como para mujeres.
- El apego evitativo también se asocia con la perpetración de VPI de manera significativa tanto para hombres como para mujeres; así pues, esta relación se halló en la victimización para las mujeres, pero no fue significativa en el caso de los hombres.
- No hay suficiente investigación para examinar la relación entre el apego desorganizado y la perpetración o victimización de VPI para mujeres, pero, en ambas variables, se encontró una asociación significativa para hombres.
- El apego seguro no se asocia significativamente con la perpetración ni con la victimización por VPI para las mujeres, pero sí de forma negativa con la perpetración en el caso de los hombres.

Se ha argumentado que las discrepancias de género pueden deberse a la utilización de distintas estrategias de resolución de conflictos: las estrategias que no se corresponden con las expectativas de género se aceptan menos y provocan un mayor uso de violencia. Con el objetivo de conocer el papel del género en la vinculación entre el apego y la VPI se realizaron estudios con parejas con diferente orientación sexual (Velotti et al., 2018). En muestras de parejas homosexuales, se encontró que el apego evitativo se relaciona negativamente con la perpetración y con la victimización por VPI; esto difiere de los resultados en muestras heterosexuales. La conclusión que se extrae es que las expectativas de género desempeñan un papel en esta relación (Velotti et al., 2018). En estos estudios se encontró una variable moderadora: *outness*. Esta variable modera la relación positiva existente entre el apego inseguro y la perpetración de abuso psicológico, puede implicar beneficios o riesgos dependiendo del contexto social. Si desempeña un papel estresante aumenta la posibilidad de comportarse acorde a un estilo de apego inseguro y, del mismo modo, aumenta la posibilidad de que se cometa abuso psicológico. Cabe destacar que el apoyo social previene estas consecuencias (Longares et al.,

2020). Finalmente, se sugiere que la orientación sexual influye en el efecto moderador condicional de la búsqueda de sensaciones en el apego, la agresión física y la autoestima (Ryan, 2020).

Hay que mencionar además, que, según el modelo I³ propuesto por Finkel en 2007, la violencia es el resultado de factores instigadores que suprimen los inhibidores (Ryan, 2020). Los estilos de apego inseguros y la baja autoestima tienen una relación positiva y actúan como impulsores de la perpetración de la VPI psicológica. Esta relación se acrecienta por la impulsividad (Ryan, 2020). Los individuos con estas características probablemente experimenten ansiedad, celos, abandono ante los conflictos y miedo. Finalmente, el bajo nivel de búsqueda de sensaciones es un factor de protección contra la perpetración de VPI para parejas heterosexuales (Ryan, 2020).

Cabe destacar que la mayor parte de la investigación se centra en la violencia física y psicológica (Velotti et al., 2018). La sexualidad es el ámbito más exclusivo de las relaciones de pareja y está estrechamente relacionada con el desarrollo del apego. Los perpetradores de violencia sexual se caracterizan por los estilos de apego inseguro y evitativo; es el grupo más severo de maltratadores (Velotti et al., 2018).

En último lugar, es conveniente señalar que, en relaciones de maltrato, es frecuente la polivictimización y está asociada a peores resultados. Esto no ha sido investigado en los estudios que examinan la vinculación entre el apego y la VPI (Velotti et al., 2018).

2.3. Revisión de programas de intervención con agresores de violencia de género.

Los agresores son el origen de la violencia de género (Arias, 2019). Este tipo de intervenciones no pretenden justificar al agresor; se basan en la oportunidad de cambio modificando pensamientos, creencias y actitudes machistas mantenidos por las relaciones de poder desiguales; y suponen, además de una medida de protección a las víctimas, una medida de prevención

de violencia futura y una ruptura de la transmisión de este comportamiento entre generaciones (Arias, 2019; Salas et al., 2020).

A lo largo de los años se han desarrollado diversos programas de intervención estructurados con el objetivo de dar respuesta a esta necesidad social. Aunque estos tienen aspectos diferenciales, se caracterizan, en general, por un esquema o estructura común: fase inicial de evaluación o diagnóstico, fase terapéutica y fase de seguimiento. La primera se relaciona con la educación y motivación inicial: presentación del grupo, objetivos del programa, motivación para el cambio,...; en la segunda fase se lleva a cabo la intervención en sí: cambio en actitudes, comportamientos y creencias, control emocional, distorsiones cognitivas, celos, asertividad, resolución de problemas, tipos de abuso,...; finalmente, en la tercera fase se lleva a cabo el cierre, la evaluación y el seguimiento: identificación de riesgos y de estrategias de afrontamiento para prevenir recaídas (Beamud, 2017; Salas et al., 2020). Además, trabajan con grupos cerrados o abiertos de entre 7 y 15 personas, y basan la intervención en la utilización de técnicas, ejercicios o dinámicas. En cambio, estos programas difieren en la duración de la intervención (entre 4 meses y 2 años) y del seguimiento (durante un año o hasta obtener la libertad condicional) (Beamud, 2017).

Surgieron en EEUU y Canadá en la década de los 70 y diez años más tarde llegaron a Europa. Actualmente, se llevan a cabo numerosos programas de intervención en el ámbito internacional, nacional y autonómico (Arias, 2019). En España, la Ley Orgánica 1/2004 de Medidas de Protección Integral contra la violencia de género en su artículo 33 obliga a asistir a programas para agresores a aquellos a los que les han suspendido o sustituido la pena privativa de libertad (Alarcón, 2019). En nuestro país, los programas que se llevan a cabo se clasifican en tres tipos: programas en centros penitenciarios con personas condenadas por delitos de violencia de género que participan voluntariamente; programas como medida penal alternativa para personas con una pena menor a dos años que no es privativa de libertad; y programas voluntarios en contextos comunitarios (Salas et al., 2020).

Los modelos existentes se fundamentan en perspectivas teóricas diferentes que hacen hincapié en diversas causas. Entre las perspectivas

destacan: el enfoque cognitivo-conductual y psicoeducativo, el enfoque psicodinámico, el enfoque de género o feminista y enfoque sistémico/familiar (Arias, 2019; Salas et al., 2020). Sin embargo, generalmente se tiende hacia un modelo multidimensional e integrador que abarque la complejidad de este tipo de violencia. Los planteamientos más utilizados son el enfoque psicoeducativo con orientación feminista o de género (fundamentado en el Modelo Duluth) y el Modelo Cognitivo-Conductual: en la práctica se integran y sus límites quedan difuminados (Arias, 2019). El objetivo principal de estos enfoques es eliminar los comportamientos violentos desde la noción de que la conducta violenta es aprendida y, por tanto, se pueden enseñar formas de comportamiento más adaptativas. Se interviene en el manejo de las emociones, la distorsión de los pensamientos, las creencias irracionales, la resolución de problemas y las habilidades relacionales (Arias, 2019).

Los resultados metaanalíticos destacan que es necesario el control de variables moderadoras como el tipo de intervención, la duración de esta y del seguimiento y la medición de la reincidencia (Arias, 2019). El indicador que más se ha utilizado a la hora de evaluar la eficacia de los programas con agresores de género es la medida de recaída o reincidencia, pero no se encuentra un criterio sólido (Arias, 2019). Algunos autores utilizan otras variables para medir la eficacia como el cambio o las necesidades terapéuticas, la evolución de distorsiones cognitivas, variables psicopatológicas o la competencia sociocognitiva (Arias, 2019).

Los programas tienen una eficacia significativa: los agresores tras la intervención tienen menos probabilidades de ser denunciados o condenados nuevamente por este delito. Sin embargo, esto no implica que la intervención reduzca de forma significativa la reincidencia, ya que las parejas informan de que no existe tal efecto (Arias, 2019). De este modo, se debería evaluar la eficacia en base a otros criterios: como los mecanismos internos que subyacen a la agresión de violencia de género o la adquisición de habilidades y destrezas que permitan afrontar de forma exitosa situaciones de riesgo para perpetrar este tipo de violencia (Arias, 2019). A pesar de esto, los estudios concluyen que la eficacia es superior en la intervención de corte cognitivo-conductual frente a otras modalidades, por lo que es recomendable apostar por una intervención

multimodal (Arias, 2019). Además, la intervención debe tener una larga duración (de más de 16 sesiones o 4 meses) y largos períodos de seguimiento (de al menos 12 meses) (Beamud, 2017; Arias, 2019). Por otra parte, los resultados apoyan que, tras la intervención, los agresores mejoran su ajuste psicológico y sus destrezas emocionales y cognitivas: aumenta el autoconcepto (a nivel cognitivo, comportamental y afectivo), aumenta el nivel de inteligencia emocional, disminuye el empleo de estrategias de afrontamiento desadaptativas y se reducen las creencias distorsionadas de la violencia, los roles de género y la dependencia femenina (Arias, 2019).

3. OBJETIVOS.

Objetivos generales:

- Reducir la reincidencia por violencia de género para proteger a las víctimas.
- Aumentar el compromiso de los agresores.
- Promover el desarrollo de un estilo de apego seguro en los agresores.

Objetivos específicos:

- Promover el desarrollo de una relación de apego segura entre la terapeuta y los agresores con el fin de promover su pensamiento reflexivo.
- Analizar las características de las relaciones significativas a lo largo de sus vidas y sus comportamientos, expectativas y tendencias en estas.
- Promover la reflexión respecto a la vinculación entre sus historias pasadas y la realidad de sus presentes.
- Promover el reconocimiento de sus MIT y promocionar alternativas más adaptativas y saludables, con el fin de aumentar su capacidad de autorregulación y su seguridad.
- Tomar conciencia de la vinculación entre la conducta y los estados internos (pensamientos, sentimientos y emociones), tanto de uno mismo como de los demás; atendiendo a la necesidad de tomar conciencia sobre la perspectiva del otro.
- Desarrollar estrategias de regulación emocional adaptativas y saludables.

4. INTERVENCIÓN.

4.1. Destinatarios.

El Programa de Intervención va destinado a agresores de violencia de género derivados de servicios comunitarios como centros de salud, servicios sociales, cuerpos y fuerzas de seguridad, escuelas u otros profesionales. Pretende ser parte de una intervención más exhaustiva cuyo fin es que los interesados aprendan nuevas estrategias de relación más positivas y saludables tanto para sí mismos como para sus parejas en el marco de la Teoría del Apego. La intervención se realizará con dos grupos cerrados de 10 participantes cada uno; al azar se les asignará al grupo experimental o al control (grupo en lista de espera).

4.2. Ubicación del proyecto.

El programa se realizará en el Servicio de Atención psicológica, ubicado en la Facultad de Psicología (Campus Ciudad Jardín. Avenida de la Merced, 109-131. 37005-Salamanca). Contará, además, con el apoyo de las Unidades de Atención vinculadas al Máster de Terapia Familiar y de pareja.

4.3. Contenidos de la intervención.

Una característica de la Teoría del Apego en cuanto a sus aportaciones clínicas es que carece de técnicas e intervenciones específicas; la aplicación del concepto de apego es poco precisa, aunque su información ilumina vías de intervención (Benlloch, 2020). Ha influenciado en gran medida a la psicoterapia: enriquece la visión y comprensión del funcionamiento de los pacientes y de la relación terapéutica. Es decir, la TA es un marco útil para complementar la terapia psicológica con independencia de la orientación teórica de esta. Además, proporciona la habilidad de llegar a representaciones mentales desde conductas observables. Otro rasgo característico es que, en la relación entre la terapeuta y el paciente, la terapeuta se comporta como un cuidador que responde a las necesidades de apego del paciente (base segura); esta relación es fundamental para promover un cambio en las dinámicas de apego. En último lugar, la alianza

terapéutica se ve favorecida por la oposición entre los estilos de apego de terapeuta y paciente (Benlloch, 2020).

El programa de intervención estará basado en las siguientes aproximaciones psicoterapéuticas: reflejo marcado, trabajo con las defensas y terapia focalizada en las emociones.

Reflejo Marcado (*Marked Mirroring, MM*).

La psicóloga, sobre todo al inicio de las sesiones, subrayará de forma verbal, contingente y marcada o enfatizada lo que advierte, a partir de sus intervenciones, del estado mental o emocional de los integrantes del grupo proporcionando así un espacio interno receptivo capaz de mentalizar sus estados emocionales. Además, las intervenciones serán relacionales y dialogadas, respondiendo a los patrones de conversación de los pacientes con hipótesis para que estos las consideren, rechacen o modifiquen. Para que sea eficaz, la terapeuta deberá facilitar un espacio receptivo interno, desconectando de sus propias emociones (Holmes, 2015; Sandí, 2019).

Trabajo con las defensas.

El reflejo se aplicará de forma que abarque el estilo del discurso de los pacientes: la psicóloga se adaptará al tono, timbre, volumen y rango afectivo de los diferentes estilos de apego (Holmes, 2015; Sandí, 2019); es decir, respetará y responderá a las necesidades y el ritmo de los pacientes, acorde con sus estilos de apego (Benlloch, 2020). Es necesario utilizar tanto la información verbal como la no verbal. Con pacientes con apego ansioso las emociones serán confusas y fuertes; en el caso del apego evitativo la intervención será más cognitiva, centrándose en el afecto que se encuentra oculto en su discurso; finalmente, las personas con apego desorganizado realizarán interrupciones repentinas más frecuentes (Holmes, 2015; Sandí, 2019). Posteriormente, la psicóloga utilizará narraciones más coherentes y seguras, con el objetivo de atraer a los pacientes; esto es, empezará a distanciarse para favorecer la autonomía (en personas con apego ansioso) y la tolerancia a la intimidad (de individuos con apego evitativo) (Holmes, 2015; Sandí, 2019; Benlloch, 2020). El encuentro en un punto intermedio permitirá la creación de significados compartidos (Sandí, 2019).

Terapia focalizada en las emociones (*Emotionally Focused Therapy, EFT*).

Se basa en ayudar en la toma de conciencia sobre las emociones, en su tolerancia y regulación, así como en la reflexión sobre ellas para dotarlas de sentido y transformarlas (Greenberg y Elliott, 2006). Para ello, es necesario que los pacientes, en el contexto seguro de la terapia, experimenten las emociones cuando surgen; se promociona la vivencia de sus narraciones, para que tomen conciencia de sus emociones y del impacto de los hechos (Johnson et al., 2005; Greenberg y Elliott, 2006). La terapeuta conduce la experiencia interna del paciente, siendo este el agente activo que da sentido a la vivencia. Con este objetivo se utiliza la exploración empática con marcadores y tareas, identificando núcleos sobre los que trabajar a lo largo del proceso (Greenberg y Elliott, 2006). La terapeuta trata de facilitar la exploración de la experiencia para resolver las dificultades de procesamiento atendiendo completamente a la experiencia del paciente a través de mapas (formulaciones de procesos de resolución de problemas óptimos). De esta forma, la terapeuta entra en el marco de significado del paciente, pudiendo así intervenir en los esquemas de procesamiento disfuncionales (Greenberg y Elliott, 2006). La EFT promueve el desarrollo de un apego seguro, disminuyendo la reactividad de los estilos de apego inseguros, además, aporta beneficios en el trabajo con perpetradores para reducir y prevenir la VPI (Spencer et al., 2020).

La diferencia de género encontrada en la victimización por VPI enfatiza la importancia de implementar intervenciones que incorporen una perspectiva feminista: una mayor victimización femenina puede deberse a las diferencias de poder en las relaciones heterosexuales (Spencer et al., 2020).

De la misma forma, es conveniente adaptar la intervención a los diferentes estilos de apego de los individuos, por lo que es recomendable indagar en los estilos de apego que les caracterizan y su relación en la VPI (Spencer et al., 2020). Con las personas con apego ansioso se recomienda utilizar estrategias de desactivación: intervenciones que les permiten separarse, contener y controlar las emociones; además, es recomendable establecer unos límites

claros para aumentar la consistencia y la predictibilidad y favorecer su autonomía de forma paulatina. Con las personas con apego evitativo se recomienda utilizar intervenciones basadas en estrategias de hiperactivación o emocionales, así como no reforzar su falta de contacto con las emociones y su autosuficiencia (Benlloch, 2020).

4.4. Temporalización.

El programa tendrá una duración total de dos meses y medio: se compone de 10 sesiones semanales con una duración de hora y media cada una.

4.5. Descripción de las sesiones.

SESIÓN 1. Establecimiento de la alianza terapéutica.

Durante la primera sesión del programa de intervención se trabajará con el objetivo de “Promover el desarrollo de una relación de apego segura entre la terapeuta y los agresores con el fin de promover su pensamiento reflexivo”.

En cuanto al contenido de la sesión, se basará en que la TA afirma que se pueden modificar los MIT en contextos seguros, por lo que la psicóloga tratará de proporcionar una base segura que propicie el desarrollo de modelos mentales más adaptativos sobre ellos mismos y sobre los demás (Velotti et al., 2018). La terapeuta actuará como una base segura para los pacientes, los cuales podrán explorar su mundo interior y buscar refugio en este cuando sea necesario; para equilibrar la autonomía y la dependencia (Benlloch, 2020). Esto es lo que se conoce como alianza terapéutica: se basa en el acuerdo de los implicados en cuanto a los objetivos y tareas de la intervención, además, de la creación de un vínculo entre ellos. Esta alianza es un predictor de éxito. La terapeuta cumple funciones de regulación emocional, comprensión, compasión, identificación de problemas y apoyo; además, debe ofrecer confianza, disponibilidad, calidad, empatía e interés (Lazo y Quintana, 2017; Sandí, 2019; Benlloch, 2020). La terapeuta debe dar una respuesta sensible. A través de esta relación la terapeuta será capaz de inculcarle patrones relacionales y narrativos más seguros, interactivos y coherentes (Sandí, 2019).

Sin embargo, se debe tener en cuenta el estilo de apego del paciente en el establecimiento del vínculo, ya que da lugar a diferentes capacidades para atender a las experiencias y para explorar tanto el mundo como los procesos internos (experiencias cognitivas, sensoriales y afectivas) (Lazo y Quintana, 2017; Benlloch, 2020). Los pacientes con estilo de apego ansioso o ambivalente están muy activados emocionalmente, por lo que buscarán protección y seguridad, por tanto, se benefician del establecimiento de límites funcionales que refuercen sus capacidades y de la disponibilidad y apoyo de la terapeuta que hagan de la terapia un contexto estructurado y predecible. Los pacientes con apego evitativo no se implican tanto emocionalmente, por lo que se debe facilitar su expresión afectiva (Lazo y Quintana, 2017; Benlloch, 2020). Es necesario identificar el estado emocional de los agresores, interpretando el lenguaje no verbal y respondiendo acorde, para que estos tomen conciencia de sus emociones y puedan regularlas. Se debe tener en cuenta además, que muchos de ellos acuden a terapia con poca motivación puesto que se encuentra en una fase de precontemplación (Loinaz y Echeburúa, 2012). Esta actitud por parte de la terapeuta se mantendrá a lo largo de todo el proceso de intervención.

Para trabajar estas ideas, en primer lugar, se presentarán todos los implicados, tanto la psicóloga como los pacientes tendrán espacio para hacer referencia a cualquier aspecto personal (por qué están allí, cómo se sienten, qué esperan conseguir,...). Posteriormente, la psicóloga expondrá los objetivos del programa de intervención, ya que todos los implicados deben estar de acuerdo con ellos; además, tendrán la posibilidad de proponer nuevos objetivos grupalmente o de manera individual. Por último, como tarea para la siguiente sesión se pedirá que creen su Historia de Vida, reflexionando sobre su vida y destacando los aspectos más significativos, tanto los positivos como negativos, de su infancia, adolescencia y vida adulta. Con esta tarea se da importancia a la propia percepción del sujeto sobre su vida, a su discurso personal.

SESIONES 2 Y 3. Historia de vida.

En las dos sesiones posteriores se trabajará para la consecución del siguiente objetivo: “Analizar las características de las relaciones significativas a

lo largo de sus vidas y sus comportamientos, expectativas y tendencias en estas”.

El contenido de ambas sesiones será los datos que nos aporten con sus Historias de Vida, los cuales se trabajarán en base al MM, el trabajo con las defensas y la EFT.

Durante la segunda sesión del programa se trabajarán los aspectos más significativos de su infancia y adolescencia: los pacientes compartirán sus experiencias y se analizarán aspectos característicos como el ambiente familiar, las vivencias en el ámbito escolar, las primeras relaciones de pareja,... Además, se debe tener en cuenta la información que proporciona el estilo narrativo (nivel de conciencia, autoconocimiento, ajuste psicológico,...).

De igual forma, en el tercera sesión se trabajará los aspectos de su vida adulta pasada y actual. Además, se analizarán las tendencias, los comportamientos y expectativas que les caracterizan, con el objetivo de conocer sus patrones de relación y vincularlos a la relación temprana con sus cuidadores principales y, por tanto, a su estilo de apego.

Dado que el tiempo con cada implicado es escaso, se propondrán sesiones individuales de 60 minutos para quien esté interesado en tratar de forma más personal su historia o para resolver dudas.

SESIÓN 4. Vinculación pasado-presente y distorsiones cognitivas.

El objetivo en el que se centra la cuarta sesión es: “Promover la reflexión respecto a la vinculación entre sus historias pasadas y la realidad de sus presentes”.

En esta sesión se trabajará con contenidos teóricos sobre el apego y con ítems del Cuestionario de Creencias Irracionales y Pensamientos Distorsionados sobre el Empleo de la Violencia, los Roles de Género y la Relación de Pareja (dependencia emocional) de Arce y Fariña (2005) (obtenido de Arias, 2019).

Se les explicará de forma sencilla qué es el vínculo de apego y los estilos que hay, con el fin de que se identifiquen de manera general en uno de ellos y empiecen a entender o encajar sus vivencias. La explicación teórica que se les proporcionará será la siguiente: el apego es un vínculo que se genera, en primer lugar, con el cuidador primario de nuestra infancia y cuyo objetivo es darnos seguridad y mantenerse disponible cuando somos pequeños, puesto que por nosotros mismos estamos indefensos. Esta primera relación significativa provoca la creación de modelos mentales sobre nosotros mismos, sobre el resto y sobre el mundo, a través de los cuales interpretamos nuestras vivencias y esto marca el desarrollo de nuestra vida y de nuestras relaciones. En función del tipo de cuidado que nos hayan proporcionado se pueden distinguir dos estilos prototípicos de apego:

- Apego seguro: estas personas no temen la intimidad y creen merecer ser cuidados por el resto. Son personas estables, cálidas, positivas y tienen relaciones íntimas satisfactorias.
- Apego inseguro. Dentro del cual se distinguen tres estilos:
 - o Apego inseguro ansioso o ambivalente: temen el rechazo o el abandono y dudan de su importancia. Se aferran al resto sacrificando su autonomía, sienten inseguridad hacia ellos, pero tienen gran deseo de intimidad.
 - o Apego inseguro evitativo: tienden a la independencia, a no implicarse, a ser autosuficientes, porque temen el rechazo, además, sienten inseguridad hacia el resto. Sacrifican la intimidad.
 - o Apego inseguro desorganizado: evitan las relaciones con el resto, pero no sienten inseguridad hacia ellos.

Recalcaremos que el objetivo principal de la intervención es caminar hacia un apego más seguro que aumentará su satisfacción vital general, personal e interpersonal. Para ello deberán implicarse en la terapia, reflexionar y analizar, lo cual implica un trabajo duro e intenso.

En la segunda parte de la sesión se trabajarán las distorsiones cognitivas, para ello se utilizarán ítems del Cuestionario de Creencias Irracionales y Pensamientos Distorsionados sobre el Empleo de la Violencia, los Roles de

Género y la Relación de Pareja (dependencia emocional) de Arce y Fariña (2005) (obtenido de Arias, 2019). El objetivo es que pongan en común sus pensamientos sobre la afirmación concreta que se propone y analicen y reflexionen orientándose hacia un pensamiento más adaptativo y saludable con ayuda del resto de compañeros y de la terapeuta. Ejemplos de ítems:

- *A veces es necesario emplear la fuerza para que los demás te respeten.*
- *La mujer no debería trabajar fuera de casa si tiene marido e hijos.*
- *Tengo derecho a saber qué está haciendo mi mujer y con quién está en todo momento.*
- *Los agresores son personas que tienen problemas psicológicos importantes y a veces no son conscientes de cómo actúan.*
- *Los niños deben recibir una educación diferente a las niñas.*
- *Es muy difícil dominar los nervios cuando te enteras de que tu pareja te quiere dejar.*

SESIÓN 5. Modelos mentales propios (autoconcepto y autoestima) y del resto (celos y confianza en los demás).

La quinta sesión persigue el objetivo de “Promover el reconocimiento de sus MIT y promocionar alternativas más adaptativas y saludables, con el fin de aumentar su capacidad de autorregulación y su seguridad”.

El contenido a trabajar es la posibilidad de modificar los MIT a partir de nuevas experiencias con figuras de apego seguro en condiciones controladas como la psicoterapia (Benlloch, 2020).

Para ello se les explicará que los modelos internos de trabajo se generan a partir de las respuestas de la figura de apego y los contactos con el exterior, se distinguen los modelos mentales propios, sobre personas significativas y sobre el mundo. Estos patrones de pensamiento se utilizan como fuente de información a través de la cual se predicen las conductas del resto y se actúa en consecuencia (Dávila, 2015; Burutxaga et al., 2018). Estos modelos tienden a ser automáticos y estables, manifestándose en los patrones conductuales; pero no son estancos, influyen y están influenciados por expectativas y

comportamientos. Tras la explicación teórica deberán realizar un trabajo reflexivo, respondiendo a las siguientes preguntas: ¿Cómo me siento conmigo mismo y en relación con el resto? ¿Cómo son los demás conmigo? Y, por tanto ¿qué espero de ellos? Se les dejarán 20 minutos para que, individualmente, contesten a las preguntas. Posteriormente las pondremos en común y debatiremos y analizaremos sus respuestas, confiriendo un sentido a sus creencias en relación al apego y promocionando una visión más positiva de sí mismos y del resto.

SESIONES 6 Y 7. Mentalización.

En las sesiones sobre mentalización se trabajará con el objetivo de “Tomar conciencia de la vinculación entre la conducta y los estados internos (pensamientos, sentimientos y emociones), tanto de uno mismo como de los demás; atendiendo a la necesidad de tomar conciencia sobre la perspectiva del otro”.

Los contenidos de estas sesiones se basarán en conocimientos sobre la vinculación entre situaciones, pensamientos, emociones y conductas, la fórmula del comportamiento humano y el Tratamiento Basado en la Mentalización (MBT). La mentalización es el proceso por el cual entendemos nuestros estados mentales y los de los demás, tanto explícita como implícitamente. Implica diferentes capacidades (de hablar, actuar, relacionarse o analizar el mundo). Este entendimiento surge de la experiencia temprana de la relación de apego con figuras atentas y cariñosas, capaces de reflejar la experiencia de la persona de manera adecuada (Sandí, 2019). Las relaciones de apego inseguro provocan falta de regulación emocional y descontrol de la atención e impulsos: se pierde la capacidad de mentalizar, de forma que se malinterpreta la causalidad social y se dificulta la regulación emocional. Las intervenciones del MBT se realizan en condiciones controladas y se debe prestar atención a cómo evoluciona la relación terapéutica. Cabe destacar que la terapeuta puede tener pensamientos o sentimientos muy diferentes a los del paciente, pero es necesario aceptar las diferencias y tolerarlas; esto es un aspecto esencial para que la terapia sea exitosa (Sandí, 2019). Esta técnica se basa en la afectividad mentalizada:

capacidad reflexiva sobre la significación de estados afectivos; lo cual está muy vinculado con la autorregulación emocional (Johnson, 2009).

En este caso, la primera sesión sobre mentalización comenzará con una explicación sobre la relación entre pensamientos, sentimientos y conductas: los sentimientos no aparecen de forma automática como reacción a una situación, ya que si esto fuese así todos sentiríamos lo mismo ante la misma situación. Las situaciones, en sí mismas, son hechos neutros, sin valor emocional; nosotros les dotamos de emociones a partir de nuestra interpretación. Es decir, las situaciones cada uno las interpreta en base a sus esquemas mentales, a la información que tiene disponible, a sus creencias,... desarrollando unos pensamientos sobre esta. A partir de estos pensamientos generamos una respuesta emocional concreta que se expresa a través de una conducta determinada. Por tanto, el esquema por el que nos regimos es el siguiente: Situación → Pensamiento → Sentimiento → Conducta.

Una vez hayan entendido la relación entre situaciones, pensamientos, emociones y conductas y se hayan aclarado todas sus dudas pasaremos a hacer una actividad práctica. En primer lugar, deberán pensar en una situación reciente que les haya hecho sentir mal, tras ello tendrán que describir la situación de la forma más objetiva posible. En segundo lugar, tendrán que tomar conciencia de la interpretación que hicieron de la situación, qué pensaron en ese momento. Después tendrán que nombrar la emoción que sintieron y describir la conducta que llevaron a cabo. Cuando todos lo hayan hecho la compartirán con el resto del grupo y entre todos se generarán pensamientos alternativos más adaptativos y que generen otro tipo de emociones, para finalmente proponer conductas alternativas.

Para terminar la sesión, se explicará la fórmula del comportamiento humano: nuestros comportamientos están influidos por dos variables: un motor y un freno. El motor hace referencia a nuestros deseos, nuestra motivación, la recompensa,... es todo aquello que nos mueve para llevar a cabo una conducta. Por otra parte, el freno hace referencia a los miedos, la inhibición social, el esfuerzo,... es decir, es aquello que hace que no llevemos a cabo determinadas conductas. Cada uno tenemos un motor y un freno distinto en los que influyen muchas variables (nuestros recuerdos, nuestros objetivos, nuestras experiencias

pasadas, nuestras expectativas futuras,...). Esto explica que cada uno actuemos de una forma, pero no justifica las conductas. Entender al resto de personas pasa por entender cómo están pensando ante una situación y, por tanto, cómo se están sintiendo, pero también cuáles son su motor y su freno. A modo práctico o ilustrativo les pediremos que se quiten los zapatos y se pongan los del compañero de la izquierda, de esta forma podrán sentir cómo es caminar con los zapatos de otro y, en último término, aumentar su conciencia sobre la noción de que las diferentes personas tienen visiones y caminos diferentes a los nuestros.

A modo de conclusión y con la intención de que reflexionen sobre ello se entregará impresa la siguiente cita: “Nada ha cambiado excepto mi actitud, por eso todo ha cambiado” (Anthony de Mello).

En la segunda sesión sobre mentalización trabajaremos con el MBT: la terapeuta alentará al paciente a que reflexione sobre sus propios pensamientos y sobre lo que otras personas podrían estar pensando en determinadas situaciones (“pensamiento circular”). La terapeuta debe escuchar y reaccionar continua y contingentemente a la mente del paciente.

SESIONES 8 Y 9. Regulación emocional: impulsividad, resolución de conflictos y habilidades de comunicación (comunicación asertiva y escucha activa).

Ambas sesiones del programa se centrarán en el objetivo de “Desarrollar estrategias de regulación emocional adaptativas y saludables”.

Teniendo en cuenta que la Teoría del Apego es una teoría sobre regulación emocional, se espera que el desarrollo de un apego más seguro mejore esta capacidad: la promoción del apego seguro reducirá los patrones de interacción destructivos en los conflictos y mejorará los estilos de comunicación (Bonache et al., 2019). Se trabajará tanto la regulación emocional como la tolerancia al malestar. Durante todo el proceso terapéutico la psicóloga promoverá la conciencia emocional: tomar conciencia de las emociones que están sintiendo en el camino del cambio. Sin embargo, en esta sesión este

proceso se hará explícito. La alianza terapéutica desarrollada constituirá un espacio seguro en el que expresar y reflexionar sobre las emociones y las necesidades de apego, la terapeuta guiará este proceso, normalizará y validará las emociones y reforzará su expresión. Para aprender la autorregulación emocional es necesario, en primer lugar, tomar conciencia de nuestras emociones para poder identificarlas y darles nombre. En segundo lugar, el propósito es dejarse llevar por estas, sentir las, sentir qué nos provocan, qué propósito tienen,... más tarde analizaremos de dónde vienen y la interpretación que hay detrás de esta emoción. Finalmente, les enseñaremos a utilizar el potencial de las emociones haciéndoles entender que las emociones nacen de nuestras interpretaciones y que estas son funcionales, nos motivan para actuar. Es necesario entender qué nos quieren decir las emociones. Además de la conciencia plena acerca de estas, se pueden emplear técnicas de relajación como el control de la respiración.

En un primer momento, la terapeuta ayudará a regular externamente la experiencia emocional en el contexto seguro de la terapia, posteriormente se espera que esta regulación se internalice. Esto se realizará preguntando por las emociones cuando advierta cambios, de modo que los implicados podrán tomar conciencia de las emociones, ponerles nombre y trabajar sobre ellas. Una vez que se haya alcanzado conciencia y tolerancia emocional deben proponerse respuestas emocionales más adaptativas ante ciertas situaciones. Esto se trabajará, de nuevo, a medida que surjan las emociones, tras la identificación de esta y de los pensamientos que las han provocado.

Al mismo tiempo, se incorporarán elementos de la Terapia Dialéctica Conductual (TDC) para enseñarles habilidades de atención plena, tolerancia a la angustia y regulación emocional; así como la EFT para aprender a reconocer y expresar las necesidades de apego y promover patrones funcionales en las interacciones (Sandberg et al., 2019). Así mismo, debemos alentar la expresión de sus necesidades no resueltas de una forma saludable y asertiva; además de empatizar y aceptar las emociones del resto de personas. Las personas con apego inseguro empezarán a confiar en el resto de la gente, lo que les ayudará a expresar sus emociones y necesidades en un contexto relacional más seguro. Las personas con apego evitativo empezarán a aceptar sus necesidades de

cuidado y se volverán más accesibles a las peticiones del resto. Esto promueve la creación de nuevos patrones relacionales. Finalmente, se promueven formas de interaccionar y resolver los conflictos más asertivas y funcionales.

Para ello, el trabajo en las dos sesiones sobre regulación constará en una explicación teórica y una actividad práctica. Se les explicará que la autorregulación emocional implica reconocer, dirigir y canalizar las reacciones emocionales intensas, para evitar conductas indeseadas, utilizando la motivación que generan las emociones para generar bienestar con nosotros mismos y con el resto. La autorregulación requiere tomar conciencia de las emociones, darles un nombre específico y claro, aceptarlas, integrar esa vivencia y utilizar esa energía para llevar a cabo conductas saludables.

Concretamente se trabajará la emoción de la ira, por ser la promotora de la utilización de violencia. Para ello se les explicará que nos enfadamos o sentimos ira cuando las cosas no son como queremos o cuando alguien no nos trata como creemos que merecemos. Es decir, por la interpretación que hacemos de las situaciones. La ira mal regulada solo tiene efectos perjudiciales, tanto para nosotros mismos como para el resto: dificulta los procesos cognitivos, activa comportamientos agresivos que pueden desencadenar en violencia (que tiene consecuencias nefastas), tiene efectos negativos en las relaciones interpersonales e incluso perjudica a la salud. Las estrategias más eficaces son aquellas que evitan una reacción emocional tan intensa, estas son: pensamiento consecuencial (barajar las posibles consecuencias de un comportamiento iracundo) y pensamiento alternativo (alternativas de solución de un conflicto evitando la ira). La clave está en trabajar sobre los procesos cognitivos, es decir, sobre la interpretación o sentido del que dotamos a la situación. En los casos en los que la emoción ya nos haya invadido podemos aplicar otras estrategias de regulación emocional como: distanciamiento temporal, aceptación de nuestra parte de la responsabilidad en el conflicto, mantenimiento de una actitud positiva (buen humor, optimismo y resiliencia), reestructuración cognitiva (analizar la interpretación que hemos hecho y proponer otras), redefinición el problema de forma que la solución sea más sencilla y relajación o respiración. Tras esta explicación se trabajará la gestión de la ira a nivel práctico: cada persona deberá decir una situación reciente en la que sintió ira y, de forma conjunta, utilizarán

diversas estrategias (distanciamiento temporal, aceptación de la responsabilidad, actitud positiva, reestructuración cognitiva,...) para revertir la situación. El objetivo es que cuando sientan ira sepan cómo gestionarla.

Finalmente, se explicará y practicará la utilización de una estrategia asertiva para exponer nuestras necesidades o nuestras emociones en las situaciones anteriores. Esta técnica se conoce como la Técnica del sándwich y sigue los siguientes pasos:

- Comenzar con algo positivo.
- Describir de forma objetiva la situación, la realidad que no me ha hecho sentir bien.
- Decir cómo me siento, mensaje yo.
- Empatizar.
- Asumir mi parte de responsabilidad.
- Buscar un cambio, proponer una solución o escuchar las soluciones que la otra persona me proponga.
- Decir las posibles consecuencias en el caso en el que la situación no cambie.
- Terminar con algo positivo.

SESIÓN 10. Cierre.

En la sesión final se dará cierre al programa y un sentido holístico al mismo. Para ello, en primer lugar, se valorarán y reforzarán los objetivos cumplidos, tanto a nivel grupal como individual. Además, se resaltarán la importancia de la percepción de apoyo social para mantener el cambio y evitar las recaídas, para ello se darán a conocer diferentes asociaciones como AHIGE o PSIMA. Así como al importante papel del apoyo informal, es decir, el apoyo social de miembros de su comunidad como familiares, amigos, vecinos e incluso el resto de participantes del programa.

Antes de terminar la sesión se llevará a cabo una tarea para prevenir las recaídas, esta consistirá en hacer un listado de cosas que les podrían hacer sentir mal, otro de los recursos que tienen para afrontarlo y otro de recursos para

sentirse bien (cosas que les guste hacer). Se destacará su importancia y utilidad en los momentos en los que no se sientan bien. Deberán ponerlo en común para que entre todos se enriquezcan.

Finalmente, se les explicará en qué consistirá el seguimiento y se dará tiempo y espacio para que compartan emociones, dudas, opiniones,...

Como cierre se les dará impresa la frase de la Gestalt (Fritz Perls):

Yo soy yo.

Tú eres tú.

Yo no estoy en este mundo para cumplir tus expectativas.

Tú no estás en este mundo para cumplir las mías.

Tú eres tú.

Yo soy yo.

Si en algún momento o en algún punto no encontramos, será maravilloso.

Si no, no puede remediarse.

Falto de amor a mí mismo, cuando en el intento de complacerte me traiciono.

Falto de amor a ti, cuando intento que seas como yo quiero, en vez de aceptarte como realmente eres.

Tú eres tú y yo soy yo.

FASE DE SEGUIMIENTO.

La fase de seguimiento se inicia una vez completada la fase de intervención. Esta tendrá una duración de 18 meses. Se realizarán entrevistas telefónicas cada 3 meses cuyo objetivo será evaluar los posibles cambios o desajustes que se produzcan a nivel cognitivo, emocional y conductual relacionados con el estilo de apego; así como complementar o reforzar tanto el aprendizaje obtenido en la intervención como la prevención de recaídas.

Además, a los 6 meses se realizará una sesión grupal en la que se tomarán medidas objetivas y subjetivas sobre el mantenimiento del cambio.

4.6. Diseño de evaluación.

Con el objetivo de evaluar la eficacia de la intervención se realizarán dos cuestionarios en tres momentos diferentes del proceso: antes de la intervención, tras esta y a los seis meses de su finalización. Con estas medidas se podrá comparar los resultados obtenidos entre los grupos experimental y control, a partir de los cuales se evaluará el efecto. Estos cuestionarios son:

- Sistema de Codificación del Apego del Paciente (*Patient Attachment Coding System, PACS*) (Talia et al., 2017) (*Anexo 1*).
- Cuestionario Experiencias en Relaciones Íntimas (ECR) para evaluar las dos dimensiones ortogonales subyacentes del apego adulto (ansiedad y evitación) (Alonso-arbiol et al., 2007) (*Anexo 2*).

Así mismo, se utilizarán medidas subjetivas como el juicio de los implicados acerca de la consecución de objetivos y su satisfacción con el programa, datos que obtendrán en la última sesión de la fase de intervención. Estas medidas se complementarán con los datos obtenidos en las entrevistas de seguimiento y la presencia o ausencia de reincidencia.

5. CRONOGRAMA DEL PLAN DE DESARROLLO DEL PROGRAMA.

Primer Mes				
Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Evaluación pre-tratamiento		Sesión 1		
		Sesión 2		
		Sesión 3		
		Sesión 4		

Segundo Mes				
Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
		Sesión 5		
		Sesión 6		
		Sesión 7		
		Sesión 8		

Tercer Mes				
Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
		Sesión 9		
		Sesión 10		Evaluación post-tratamiento

6. CONCLUSIONES Y PROSPECTIVA.

La violencia de género y, en concreto, la VPI es una violación de los derechos de las mujeres tolerada, silenciada y justificada por el sistema patriarcal de nuestra sociedad. Como se ha expuesto anteriormente en este trabajo, los agresores son el origen de este grave problema, por lo que se debe considerar el trabajo de intervención con ellos como una vía de actuación principal para prevenir la violencia y su reincidencia (Salas et al., 2020).

Acorde con los resultados empíricos, los estilos de apego inseguros (ansioso, evitativo y desorganizado) se relacionan significativamente con la victimización y la perpetración de VPI; en cambio, con el apego seguro su relación es negativa. Por lo que la inclusión del apego en la intervención resultaría beneficiosa para promocionar un estilo de apego seguro y para reducir y prevenir la violencia (Ponti y Tani, 2019; Spencer et al., 2020). Así mismo, la VPI es resultado de la interacción entre condiciones sociales, psicológicas y biológicas, por lo que no se pueden ignorar ninguna de estas variables. Los agresores son una población heterogénea en cuanto al apego: la VPI es

resultado de relaciones multidimensionales y complejas entre individuos, recursos y factores de riesgo; por tanto, es necesario que se realicen más investigaciones entre los estilos de apego y otras variables asociadas a la VPI que arrojen más luz (Velotti et al., 2018).

Con este trabajo se propone una nueva línea de intervención en el tratamiento con agresores basada en el apego. Su objetivo es que se incluya como parte de las ya desarrolladas en la práctica clínica; y, de este modo, abarcar la violencia desde una perspectiva holística y multidimensional, y comprender y trabajar en relación al origen de este patrón relacional violento.

En cuanto a posibles mejoras en el programa intervención propuesto cabe señalar que la inclusión de otros métodos de evaluación de los estilos de apego, como la Entrevista de Apego Adulto, permitiría mejorar la comprensión sobre los modelos mentales y los patrones relacionales asociados. Finalmente, es necesario que tras la aplicación del programa, se lleve a cabo una evaluación exhaustiva tanto de su eficacia, como de los resultados de su aplicación y de la mejora que conlleva con respecto a perspectivas anteriores.

Para concluir, la violencia de género es un problema social, por lo que debemos hacerle frente también desde una perspectiva social, movilizándolo recursos e implicando a toda la comunidad. El sistema patriarcal en el que nos desarrollamos provoca un aumento de la tolerancia, normalización y naturalización de la violencia, que es utilizada como canalización de la agresividad. Los conflictos se gestionan desadaptativamente, sobre todo en el caso de los varones, como consecuencia de los roles de género. La Teoría del Apego, como teoría de gestión emocional, es una herramienta muy poderosa para revertir los modelos mentales desadaptativos y los patrones relacionales violentos, así como en el trabajo con las mujeres que sufren este tipo de relaciones. Esta situación conlleva consecuencias negativas para todos los implicados. Personalmente considero que tratar el origen del problema es la forma más eficaz de acabar con él.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- Alarcón, B. (2019). ¿Reducen la reincidencia los programas de intervención de agresores de violencia de género en medidas alternativas? *ReCRIM: Revista de l'Institut Universitari d'Investigació en Criminologia i Ciències Penals de la UV*, (21), 11-13.
- Alonso-arbiol, I., Balluerka, N. y Shaver, P. R. (2007). A Spanish version of the Experiences in Close Relationships (ECR) adult attachment questionnaire. *Personal Relationships*, 14(1), 45-63.
- Arias, E. (2019). *Evaluación de la eficacia de la intervención re-educativa con agresores de género* [Tesis de Doctorado, Universidad de Santiago de Compostela].
- Lazo, W. O. y Quintana, A. L. (2017). Estilo de apego adulto y alianza terapéutica en hombres que agreden a sus parejas. *PSIQUEMAG*, 5(1).
- Beamud, A. (2017). *Intervención con agresores en violencia de género: una revisión teórica* [Trabajo Fin de Grado, Universidad de Castilla-La Mancha].
- Benlloch, S. (2020). Teoría del Apego en la Práctica Clínica: Revisión teórica y Recomendaciones. *Revista de Psicoterapia*, 31(116), 169-189. <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i116.34>
- Bonache, H., Gonzalez-Mendez, R. y Krahe, B. (2019). Adult attachment styles, destructive conflict resolution, and the experience of intimate partner violence. *Journal of interpersonal violence*, 34(2), 287-309.
- Burutxaga, I., Pérez-Testor, C., Ibáñez, M., de Diego, S., Golanó, M., Ballús, E. y Castillo, J. (2018). Apego y vínculo: una propuesta de delimitación y diferenciación conceptual. *Temas de psicoanálisis*, 15.
- Dávila, Y. (2015). La influencia de la familia en el desarrollo del apego. *Anales. Revista de la Universidad de Cuenca*, 57, 121-130.
- Gago, J. (2014). Teoría del apego. El vínculo. *Escuela Vasco Navarra de Terapia Familiar*, 11, 1-11.
- Greenberg, L. y Elliott, R. (2006). Terapia focalizada en las emociones: una introducción. En Segrera, A. S., Cornelius-White, J. H. D. Behr, M. y Lombardi, S. (2014). Consultorías y psicoterapias centradas en la persona y experienciales, 113-118.
- Hicks, S. (2020). *Romantic relational aggression among college students: A moderated mediation study of attachment style, romantic jealousy, mate value, and relationship investment* [Dissertations, University of Southern Mississippi].

- Holmes, J.. (2015). Attachment Theory in Clinical Practice: A Personal Account. *British Journal of Psychotherapy*, 31(2), 208–228. <https://doi.org/10.1111/bjp.12151>
- Johnson, S., Bradley, B., Furrow, J., Lee, A., Palmer, G., Tilley, D. y Woolley, S. (2005) *Becoming an Emotionally Focused Couple Therapist: The Workbook*. Nueva York. EEUU. Routledge.
- Johnson, S. M. (2009). *Attachment theory and emotionally focused therapy for individuals and couples. Attachment theory and research in clinical work with adults*, 410-433.
- Karakurt, G., Whiting, K. y Banford Witting, A. (2019). Adult attachment security and different types of relational violence victimization among college-age couples. *Journal of marital and family therapy*, 45(3), 521-533.
- Lecannelier, F. (2018). La Teoría del Apego: Una mirada actualizada y la propuesta de nuevos caminos de exploración. *Aperturas psicoanalíticas*, 58.
- Loinaz, I. y Echeburúa, E. (2012). Apego adulto en agresores de pareja [Adult Attachment in PartnerViolent men]. *Acción Psicológica*, 9(1), 33-46. <http://dx.doi.org/10.5944/ap.9.1.435>.
- Longares, L., Escartín, J., Barrientos, J. y Rodríguez-Carballeira, Á. (2020). Insecure Attachment and Perpetration of Psychological Abuse in Same-Sex Couples: A Relationship Moderated by Outness. *Sexuality Research and Social Policy*, 17(1), 1-12.
- Ponti, L. y Tani, F. (2019). Attachment bonds as risk factors of intimate partner violence. *Journal of child and family studies*, 28(5), 1425-1432.
- Salas, N., García, V. C., Zapata, L. V. y Díaz, O. S. (2020). Intervenciones en violencia de género en pareja: Artículo de Revisión de la Literatura. *Revista Cuidarte*, 11(3).
- Sánchez, F. L. (2015). Apego y relaciones amorosas. *Informació Psicològica*, (82), 36-48.
- Sandberg, D. A., Valdez, C. E., Engle, J. L. y Menghrajani, E. (2019). Attachment anxiety as a risk factor for subsequent intimate partner violence victimization: A 6-month prospective study among college women. *Journal of interpersonal violence*, 34(7), 1410-1427.
- Sandí, M. A. (2019). Intervenciones Psicoterapéuticas basadas en la Teoría del Apego. *Revista Cúpula*, 33(1), 33-53.
- Ryan, M. (2020). *The Role of Attachment, Self-Esteem and Impulsivity on Intimate Partner Violence in Same-and Opposite-Sex Relationships* [Dissertations, University of Tennessee].

- Spencer, C. M., Keilholtz, B. M. y Stith, S. M. (2020). The Association between Attachment Styles and Physical Intimate Partner Violence Perpetration and Victimization: A Meta-Analysis. *Family Process*.
- Talia, A., Miller-Bottomo, M. y Daniel, S. I. F. (2017). Assessing attachment in psychotherapy. Validation of the Patient Attachment Coding System (PACS). *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 24(1), 149-161. <https://doi.org/10.1002/cpp.1990>
- Velotti, P., Beomonte, S., Rogier, G. y Tambelli, R. (2018). Exploring relationships: A systematic review on intimate partner violence and attachment. *Frontiers in Psychology*, 9, 1166.
- Yáñez-Yaben, S. y Comino, P. (2011). Evaluación del apego adulto: análisis de la convergencia entre diferentes instrumentos. *Acción psicológica*, 8(2), 67-85.

8. ANEXOS.

Anexo 1. Sistema de Codificación del Apego del Paciente (Patient Attachment Coding System, PACS) (obtenido de Talia et al., 2017).

El PACS evalúa el apego de los pacientes basándose en la transcripción literal de una sesión de psicoterapia de aproximadamente 90 minutos (Talia et al., 2017). La transcripción califica el texto como un todo y se identifican 59 marcadores discursivos en relación a los turnos de palabra. Los marcadores cumplen una función distinta, pueden asignarse a una palabra, a una expresión o a la intervención completa (Talia et al., 2017). Se puntúan de 1 a 7 (con incrementos de 0'5) en doce subescalas sobre la frecuencia y la intensidad de sus marcadores; a partir de las puntuaciones en las subescalas se puntúan las cinco escalas principales, finalmente, se obtiene la puntuación de la sexta escala (seguridad) (Talia et al., 2017). El evaluador clasifica el apego del paciente como seguro, como evasivo o como preocupado. Lo clasifica como seguro si la búsqueda de proximidad, la exploración o el mantenimiento del contacto son más altos que las otras escalas; reciben una subclasificación que puede ser segura-evitadora, segura-autónoma o segura-preocupada. Lo clasifica como evasivo si evitación es más alta; reciben una subclasificación: evasivos-1 si la búsqueda de proximidad es baja, y evasivos-2 si la búsqueda de proximidad es moderada. Lo clasifica como preocupados si la resistencia es más alta; reciben una subclasificación: preocupados-1 si la búsqueda de proximidad es moderada o alta, y preocupados-2 si es baja (Talia et al., 2017).

Tabla 1. Estructura general del Sistema de Codificación del Apego del Paciente (PACS), incluyendo escalas, subescalas y marcadores (Talia et al., 2017).

Escalas	Subescalas y marcadores
Búsqueda de proximidad	<p>Ayuda: (1) Pide ayuda (2) Discute sus propias necesidades de ayuda (3) Pide consejo (4) Pide opinión</p> <p>Revelación: (5) Revela emociones angustiosas experimentadas en el presente (6) Hace una narración vívida de un acontecimiento angustioso pasado (7) Critica el comportamiento poco cariñoso de una persona importante (8) Revela necesidades relacionales no satisfechas (9) Revela haber sido herido por el terapeuta (10) Lloro</p>
Mantenimiento de contacto	(11) Elogia al terapeuta (12) Elogia el tratamiento (13) Elogia las tareas terapéuticas (14) Afirma el comentario del terapeuta (15) Se refiere a la sesión anterior
Explorar	<p>Autoevaluación: (16) Expresa su voluntad de independencia (17) Reflexiona activamente sobre cómo hacer frente a un problema (18) Propone tareas/metras para la terapia (19) Expresa dudas sobre las tareas terapéuticas</p> <p>Intercambio afectivo: (20) Da una narrativa vívida de una experiencia de autodefinition (21) Informa de casos en los que ha sido cuidado por otros (22) Elogia las características positivas de otros y sus consecuencias (23) Alaba la relación y sus resultados</p> <p>Reflexión autónoma: (24) Reflexionando en el presente, asume una perspectiva alternativa sobre la experiencia del yo/otro más allá de lo aparente</p>
Evitación	<p>Evitación directa: (25) No responde a la pregunta sobre la angustia; o (26) a las indicaciones para explorar (27) Responde demasiado brevemente a la intervención del terapeuta y luego se queda en silencio (28) Rechaza la oferta de apoyo</p> <p>Minimización: (29) Minimiza o (30) Normaliza el sufrimiento (31) Convierte el sufrimiento en positivo (32)</p>

	<p>Rápidamente se asegura a sí mismo que el problema se puede arreglar (33) Se retracta de las críticas de los demás</p> <p>Liberación: (34) Se da consejos a sí mismo acerca de cómo resolver el problema (35) Proporciona una justificación externa para un problema (36) Rechaza su propia queja por considerarla inútil (37) Interrumpe bruscamente la discusión sobre el sufrimiento (38) Se ríe del sufrimiento</p>
Resistencia	<p>Resistencia directa: (39) Cambia a otro tema doloroso tras indagar en el sufrimiento (40) Responde de forma inconexa a los estímulos de exploración (41) Se centra en la angustia sin reconocer la intervención del terapeuta; (42) Cambia de tema tras la reflexión del terapeuta</p> <p>Implicación: (43) Consigue el acuerdo del terapeuta; o (44) la opinión de otro para reforzar su propia opinión (45) Habla como si se dirigiera a otras personas (aparte del terapeuta) (46) Cita a otra persona sin introducirla como cita (47) Relata un diálogo con detalles exagerados (48) Expresa opiniones sin incertidumbre ni vulnerabilidad: sobre sí mismo; (49) sobre los demás; o (50) sobre el mundo (51) Hace comentarios críticos como forma de represalia</p> <p>Mezcla: (52) Cambia de tema bruscamente (53) Cambia rápidamente su evaluación de un problema (54) Habla con vagas generalidades (55) Cita pensamientos internos del pasado; o (56) las opiniones de otros sin volver a reflexionar sobre ellas en el presente; (57) Reinterpreta un diálogo pasado de manera confusa (58) Hace preguntas retóricas y las responde; (59) Relata con detalles un incidente intrascendente</p>

Anexo 2. Cuestionario Experiencias en Relaciones Íntimas (ECR) para evaluar las dos dimensiones ortogonales subyacentes del apego adulto (ansiedad y evitación) (Alonso-arbiol et al., 2007).

Los ítems se califican en una escala de respuesta tipo Likert de 1 a 7, donde 1 es totalmente en desacuerdo y 7 totalmente de acuerdo (Alonso-arbiol et al., 2007).

Ítems (Alonso-arbiol et al., 2007):

1. *Prefiero no mostrar a mi pareja cómo me siento por dentro.*
2. *Me preocupa que me abandonen.*
3. *Me siento muy cómodo/a teniendo un alto grado de intimidad con mi pareja.*
4. *Cuando mi pareja comienza a establecer mayor intimidad conmigo, me doy cuenta de que me suelo cerrar.*
5. *Me preocupa que mi pareja no se interese por mí tanto como me intereso yo por ella.*
6. *Me siento violento/a cuando mi pareja quiere demasiada intimidad afectiva.*
7. *Me preocupa bastante el hecho de perder a mi pareja.*
8. *No me siento cómodo/a abriéndome a mi pareja.*
9. *A menudo deseo que los sentimientos de mi pareja hacia mí fueran tan fuertes como mis sentimientos hacia él/ella.*
10. *Quiero acercarme afectivamente a mi pareja, pero a la vez marco las distancias con él/ella.*
11. *Me pongo nervioso/a cuando mi pareja consigue demasiada intimidad afectiva conmigo.*

12. *Me preocupa estar solo/a*
13. *Me siento a gusto compartiendo mis sentimientos y pensamientos íntimos con mi pareja.*
14. *A veces mi deseo de excesiva intimidad asusta a la gente.*
15. *Intento evitar establecer un grado de intimidad muy elevado con mi pareja.*
16. *Necesito que mi pareja me confirme constantemente que me ama.*
17. *Encuentro relativamente fácil establecer intimidad afectiva con mi pareja.*
18. *A veces siento que presiono a mi pareja para que muestre más sentimientos, más compromiso.*
19. *Encuentro difícil permitirme depender de mi pareja.*
20. *No me preocupa a menudo la idea de ser abandonado/a.*
21. *Prefiero no tener demasiada intimidad afectiva con mi pareja.*
22. *Si no puedo hacer que mi pareja muestre interés por mí, me disgusto o me enfado.*
23. *Se lo cuento todo a mi pareja.*
24. *Normalmente discuto mis problemas y preocupaciones con mi pareja.*
25. *Cuando no tengo una relación, me siento un poco ansioso/a e inseguro/a.*
26. *Me siento frustrado/a cuando mi pareja no me hace tanto caso como a mí me gustaría.*
27. *No me importa pedirle a mi pareja consuelo, consejo, o ayuda.*
28. *Me siento frustrado/a si mi pareja no está disponible cuando la necesito.*
29. *Ayuda mucho recurrir a la pareja en épocas de crisis.*
30. *Cuando mi pareja me critica, me siento muy mal.*

31. Recorro a mi pareja para muchas cosas, entre otras, consuelo y tranquilidad.

32. Me tomo a mal que mi pareja pase tiempo lejos de mí.