

UNIVERSIDAD CATOLICA DE VALENCIA
"San Vicente Mártir"



MÁSTER UNIVERSITARIO EN PSICOLOGÍA
GENERAL SANITARIA
TRABAJO FINAL DE MÁSTER

LA ALIANZA TERAPÉUTICA DESDE LA TEORÍA
DEL APEGO Y LA FIGURA DEL TERAPEUTA

Presentado por:

Doña Raquel Pons Peiró

Director/a:

Dra. Blanca Gallego Hernández de Tejada

Don Juan José Mora Ascó

Valencia, a 7 de Mayo de 2023

Raquel Pons Peiró

La alianza terapéutica
desde la teoría del apego y
la figura del terapeuta

Resumen

La teoría del apego explica de qué manera los seres humanos se vinculan afectivamente y expone las consecuencias de los diferentes estilos de vinculación en el desarrollo emocional, cognitivo y social de toda persona a lo largo de su vida. Se considera que la alianza es el principal vínculo que se crea entre terapeuta y paciente dentro del encuadre terapéutico. Diversos estudios proponen que a través de una adecuada alianza el paciente puede traer al presente y reparar sus primeras experiencias relacionales dolorosas, creando nuevos patrones de funcionamiento interpersonal. El objetivo del presente trabajo es realizar una revisión sistemática acerca de los hallazgos de los últimos años sobre la relación que existe entre los estilos de apego del terapeuta y el establecimiento de la alianza terapéutica en terapia individual. La metodología utilizada para la revisión de los documentos seleccionados a partir de las bases de datos Scopus, EBSCOhost y Web Of Science (WoS) corresponde a la última edición del método PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses*). Se presenta las principales características de 9 publicaciones y sus resultados. La mayoría de las investigaciones indican que no hay relación directa entre el tipo de apego del terapeuta y el desarrollo de la alianza. Sin embargo, presentan las influencias de diversas variables moduladoras que intervienen en el vínculo entre paciente y terapeuta. Los últimos hallazgos parecen señalar que el tipo de apego del terapeuta es un factor relevante en la alianza teniendo en cuenta su dimensión temporal.

Palabras clave: apego del terapeuta, vínculo, alianza terapéutica, terapia individual.

Abstract

Attachment theory defines the way that human beings are affectionately bound and exposes the consequences of the different attachment styles for the emotional, cognitive, and social development of every person during its life. It is perceived that the alliance is the main bond that is created between the therapist and the patient within the therapeutic frame. Several studies propose that, using an adequate therapeutic alliance, the patient can bring to the present its first painful relational experiences and repair them, creating new interpersonal operating patterns. The aim of this work is to perform a systematic review of the findings of the last few years regarding the relationship between the attachment styles of the therapist and the setting of the therapeutic alliance in individual therapies. The documents' assortment for the review were executed using the following databases: Scopus, EBSCOhost and Web of Science (WoS), applying for this the last version of the PRISMA procedure (*Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses*). The main features of 9 publications and their results are presented. Most of the studies point that there is no direct relationship between the therapist's type of attachment and the development of the bond. Nevertheless, they present the influence of several modulating factors that have an impact on the therapist-patient alliance. Last findings would suggest that, considering the time dimension, the therapist's type of attachment is a key element for alliance.

Key words: therapist's attachment, bond, therapeutic alliance, individual therapy.

Índice

| | |
|---|----|
| Introducción | 4 |
| Principales Aportaciones de la Teoría del Apego | 4 |
| El Vínculo de Apego en la Situación Terapéutica | 7 |
| Alianza Terapéutica como Principal Vía de Vinculación con el Paciente | 9 |
| Transferencia y Contratransferencia | 10 |
| Justificación..... | 11 |
| Objetivos | 13 |
| Método | 13 |
| Estrategia de Búsqueda | 14 |
| Procedimiento de Selección de Estudios..... | 15 |
| Procedimiento de Extracción de Datos..... | 16 |
| Resultados..... | 17 |
| Características de los Estudios Incluidos | 23 |
| Evaluación del Apego del Terapeuta y la Alianza Terapéutica | 24 |
| Apego del Terapeuta | 24 |
| Alianza Terapéutica | 25 |
| Relación entre Alianza Terapéutica y Apego del Terapeuta | 26 |
| Efectos del Apego Seguro del Terapeuta en la Construcción de la Alianza..... | 28 |
| Efectos del Apego Inseguro del Terapeuta en la Construcción de la Alianza | 29 |
| Discusión | 31 |
| Referencias | 40 |
| Anexos | 49 |
| Anexo 1. Tabla 5 | 49 |
| Anexo 2. Tabla 7 | 52 |

Introducción

Desde la aparición de la teoría del apego propuesta por John Bowlby ha habido un creciente interés por investigar su repercusión empírica en los diferentes ámbitos de las relaciones humanas, convirtiéndose en un concepto relevante para los profesionales de la psicología. Sin embargo, a pesar de que suscita gran interés y presenta relevancia en la práctica clínica, resulta difícil encontrar vías de intervención claras para la aplicación de sus conceptos teóricos, haciéndose vigente un gran desequilibrio entre los logros científicos y su desarrollo clínico (Crittenden, 2017; Galán, 2020).

A continuación, se presentan los aspectos más relevantes de la teoría del apego aplicada a la situación terapéutica.

Principales Aportaciones de la Teoría del Apego

Hasta la primera mitad del siglo XX existía la creencia universal de que los niños se vinculaban con sus cuidadores porque eran capaces de proporcionarles los cuidados básicos para su supervivencia (alimento, aseo y protección). Más tarde, las investigaciones de Spitz (1940-1950), Bowlby (1950) y Harlow (1950-1960) orientadas a estudiar de qué forma se desarrolla la relación temprana entre la madre y su bebé, demostraron que los vínculos de apego iban más allá de los cuidados físicos e incluían conexiones emocionales entre el bebé y su referente (Bowlby, 1979; Harlow, 1958; Spitz, 1945). El óptimo desarrollo cognitivo, social y emocional del bebé inmaduro dependerá de la capacidad de los cuidadores para atender y satisfacer sus necesidades a través de “interacciones privilegiadas” durante las primeras etapas después del nacimiento (Lafuente y Cantero, 2010).

John Bowlby fue pionero a la hora de resaltar la importancia del establecimiento de una “relación cálida” entre la madre y su bebé como principal vía para garantizar el desarrollo psíquico y emocional saludable en el infante (Crittenden, 2017). Sus estudios suponen las primeras aportaciones teóricas sobre el vínculo de apego, las cuales pretenden explicar cómo los seres humanos se vinculan afectivamente y cómo estas

experiencias relacionales influyen en su desarrollo emocional, cognitivo y social a lo largo de su vida. En sus inicios, estas investigaciones tenían como objetivo explorar las consecuencias socioemocionales y alteraciones en el desarrollo evolutivo que provocaba la separación del bebé respecto a su principal cuidador. Tras estas observaciones, Bowlby concluyó que el apego es una necesidad biológica básica que surge de la tendencia que presentan los bebés en sus primeros años de vida a buscar proximidad y protección en sus progenitores; una capacidad innata que garantiza la supervivencia del ser humano (Bowlby, 1989). Para garantizar el óptimo desarrollo del bebé, estos cuidadores conocidos como figuras de apego (FA), deben de ser capaces de proporcionar sensaciones de seguridad y protección de manera consistente a través de cuidados sensibles, dando lugar a la generación de un vínculo seguro que permita al niño/a explorar su entorno (Berducci, 2010; Bretherton, 1992). De esta manera, conceptualizó los tres tipos de apego en base a las respuestas observadas en los niños/as hacia su FA; el apego seguro, el inseguro-evitativo y el inseguro-ambivalente. Los niños que cuentan con un apego seguro son capaces de explorar su entorno teniendo la certeza de que su FA estará disponible para proporcionarle protección de manera estable e incondicional. Por su parte, los niños con apego inseguro tienden a evitar a su FA (apego evitativo) o a reclamar de forma ansiosa su presencia (apego ambivalente) ante la percepción de inconsistencia e inestabilidad de los cuidados y protección aportados por su FA (Fearon y Belsky, 2016).

Tras sus estudios, Bowlby concluyó que las primeras experiencias de vinculación de los bebés con sus figuras de referencia son un aspecto clave para su posterior desarrollo. Los niños/as con apego seguro tienden a desarrollar una mayor confianza en sí mismos y los demás, y los niños con apego inseguro presentan dificultades en áreas emocionales, sociales y cognitivas a largo plazo (Groh et al., 2014). Las principales cualidades con las que debe contar un individuo capaz de brindar al niño sensaciones de valía y seguridad que calmen sus estados de malestar emocional son ser una base y un refugio seguros. Dichas características permiten al bebé explorar el

mundo desde la confiabilidad de que será atendido ante experiencias adversas así como acudir y buscar ayuda al adulto de referencia ante la percepción de peligro o amenaza para calmar sus estados de desregulación (Beebe y Steele, 2013; Cerezo et al. 2019). Para ello, el cuidador debe responder de forma empática y sensible a las necesidades del niño/a, mostrar disponibilidad incondicional a nivel física y emocional y conferir validación emocional que promueva la expresión de la experiencia emotiva del menor (Provenzi et al., 2018; Sherman y Cassidy, 2015). De esta manera, las sensaciones que experimenta el niño respecto a la relación con sus FA crea esquemas de funcionamiento interpersonal conocidos como “modelos operativos internos (MOI)”. Los MOI hacen referencia a la representación mental que un individuo tiene de sí mismo, de los demás y del mundo en general e incluye las expectativas sobre cómo funcionan las relaciones interpersonales, que quedan almacenadas en la memoria emocional implícita (Bowlby, 1995; Bretherton, 2013). A partir de dichos esquemas mentales que se originan en la infancia, la persona comprende y regula su comportamiento social y emocional, e influyen en la forma en la que el individuo establece vínculos con los demás (Bretherton y Munholland, 2008). Así pues, los niños con apego seguro crecerán con la creencia de que el mundo es un lugar confiable y seguro, potenciando su motivación y capacidad de aprendizaje, maximizando su capacidad de flexibilidad y adaptabilidad a las diferentes situaciones de su vida y a lo largo de sus etapas evolutiva, generando una mayor autonomía. Por el contrario, los niños/as con apego inseguro crecerán almacenando experiencias relacionales dolorosas en su memoria implícita que le llevarán a desarrollar esquemas de funcionamiento relacional desadaptativos basados en la necesidad de defensa y protección que reproducirán en sus futuros vínculos (Bigelow et al., 2018).

Más tarde, Mary Ainsworth aportó validez empírica a los hallazgos de Bowlby al desarrollar el paradigma experimental conocido como “*situación extraña*” (*Strange Situation Procedure, SSP*), un instrumento de medida que permite evaluar la calidad de la interacción afectiva entre el niño/a y su FA (Bretherton, 2013). Los resultados y conclusiones clarifican los comportamientos típicos de cada tipología de apego. Los

niños con apego evitativo buscan distancia para evitar el rechazo o las experiencias dolorosas que les proporciona la interacción con su cuidador, mientras que los niños con apego ansioso-ambivalente presentan conductas hiperactivadas de búsqueda de proximidad, incluso en situaciones en las que no existe un peligro real (Ainsworth, 1979). Por otro lado, el desarrollo de la situación extraña permitió conceptualizar otro tipo de apego inseguro conocido como apego desorganizado, donde el menor presenta conductas de acercamiento-distanciamiento respecto al cuidador, fruto de experiencias relacionales traumáticas que impiden crear un patrón estable de interacción, siendo propensos a desarrollar problemas conductuales y trastornos emocionales graves (Holmes, 2004).

El Vínculo de Apego en la Situación Terapéutica

Desde la aparición de la teoría del apego y consecuente investigación, han surgido diferentes líneas de trabajo interesadas en estudiar la aplicación de la teoría del apego a la práctica psicoterapéutica (Black et al., 2010; Levy y Johnson, 2019; Sauer et al., 2003). Según Goldman y Anderson (2007), la teoría del apego cobra sentido en el proceso terapéutico a través de relación que establecen paciente y terapeuta, como diada que se asemeja a la relación generada entre la FA y el bebé. Así pues, al hablar de apego y psicoterapia nos referimos a lo que sucede entre el paciente y el terapeuta y el vínculo que se crea entre ambos; un tipo de relación que permite al paciente conocer formas de vinculación diferentes a las que experimentó en sus primeras experiencias relacionales con sus cuidadores (Sauer et al., 2003).

A grandes rasgos, la principal aportación que confiere la teoría del apego a la psicoterapia es la necesidad de que el terapeuta actúe como una base segura a partir de la cual el paciente pueda explorar su mundo interno y al cual regresar en busca de refugio y consuelo (Bowlby, 1989). De esta manera, el vínculo que se crea entre ambos ofrece la posibilidad al paciente de explorar experiencias pasadas generadoras de malestar y sufrimiento desde un entorno de seguridad, tomando conciencia de su mundo

interno, a partir del cual hacer frente a sus dificultades y vulnerabilidades (Benlloch, 2020). Dicho vínculo basado en la seguridad, el apoyo y la confianza, supone una experiencia relacional correctiva y novedosa capaz de generar un cambio terapéutico y un resultado exitoso en la terapia, promoviendo en el paciente una redefinición de sus patrones vinculares (Bowlby, 1979; Holmes, 2004). A través del vínculo, el terapeuta se convierte en una figura de referencia capaz de conferir sensaciones de seguridad, regulación y apoyo emocional, así como desarrollar en el paciente una capacidad reflexiva a través de la mentalización, confiriéndole una nueva realidad que le permita hacer aquello que no pudo aprender durante sus primeros años de vida (Bordin, 1979). Así pues, los terapeutas actúan como figuras transitorias de apego seguro a través de una experiencia emocional correctiva, donde aflora el malestar del paciente para ser acogido de una manera novedosa y tolerable (Johnson y Greenberg, 2011; Mallinckrodt et al., 1995). Dentro de la relación terapéutica, la presencia de un vínculo basado en la confianza y comprensión mutua es un aspecto clave que influye en la consecución de los objetivos y en la eficacia del proceso terapéutico (Baldwin et al., 2007).

Esto es más probable que ocurra en los casos en los que los terapeutas cuentan con un estilo de apego seguro (Romano et al., 2008), ya que cuentan con un mayor grado de capacidad de autorregulación, mentalización, confianza en sí mismo/as, se muestran más abiertos/as y tienen mayor habilidad para acoger y sostener las emociones desagradables y dolorosas de otras personas (Cann et al., 2008; Diener y Monroe, 2011). La capacidad de autorregulación y mentalización transmitida a través del vínculo de apego seguro aporta flexibilidad al funcionamiento relacional, mientras que la ausencia de dichas capacidades potencia el mantenimiento de patrones relacionales rígidos y desadaptativos basados en la necesidad de protegerse frente al mundo (Bateman y Fonagy, 2004; Fonagy y Target, 2006). Tener en cuenta la variable de apego como principal elemento en la situación terapéutica puede ayudar a comprender que el origen del trastorno que presenta el paciente se debe a un déficit en las conexiones emocionales entre el niño que fue y sus cuidadores (Weinberg et al.,

2008). De esta forma, la terapia concebida a través de la relación entre paciente y terapeuta puede ayudar al paciente a modificar la forma en la que procesa la información y ayudarlo a generar nuevas vías de autorregulación (Behrendt et al., 2016).

Alianza Terapéutica como Principal Vía de Vinculación con el Paciente

Carl Rogers define la alianza terapéutica como la relación de colaboración y confianza que se establece entre el terapeuta y el paciente dentro del proceso terapéutico, la cual debe basarse en la presencia de empatía, autenticidad y aceptación incondicional por parte del terapeuta. Dichas condiciones hacen que el paciente se sienta aceptado y seguro para explorar y expresar sus emociones y experiencias dolorosas. Rogers fue pionero en enfatizar la importancia de la relación terapéutica en el proceso de cambio terapéutico (Black et al., 2010).

Dentro del estudio de la alianza terapéutica, diferentes autores han subrayado la importancia del vínculo en el avance terapéutico. Bordin (1979) define la alianza terapéutica como un aspecto relacional de la terapia basado en el “encaje y colaboración entre paciente y terapeuta”, conformado por tres componentes: (a) el acuerdo en las tareas, (b) el vínculo positivo y (c) el acuerdo en los objetivos, siendo el vínculo positivo un factor relevante de la terapia que permite la aceptación y continuidad del trabajo terapéutico por parte del paciente. Por su parte, Luborsky et al. (1990) completan dicha definición aportando una perspectiva donde la alianza es una “entidad dinámica” cambiante en función de las demandas y fases de la terapia. Considera que la alianza terapéutica es una construcción conjunta entre paciente y terapeuta, quienes deben compartir un acuerdo acerca de la forma de proceder tanto a nivel de trabajo realizado (objetivos terapéuticos) como a nivel de relación establecida entre ambos (vínculo terapéutico).

Para que la alianza terapéutica resulte beneficiosa, el terapeuta debe contar con determinadas habilidades tales como sensibilidad o capacidad para leer la demanda del paciente, así como responsividad coherente a sus necesidades, que favorezca el

desarrollo de una representación interna del otro como un ser confiable; principales características del apego seguro (Rubino et al., 2000).

Transferencia y Contratransferencia

Dado que la alianza terapéutica surge del encuentro entre el paciente y su terapeuta y del trabajo de colaboración que realizan, el principal elemento sanador de la alianza es la experiencia emocional correctiva. A través de dicha experiencia, se hace posible la activación de patrones de vinculación dolorosos y su actualización hacia patrones relacionales más adaptativos (Corbella y Botella, 2003). En este proceso de construcción del vínculo se van a dar “imágenes especulares” donde se reflejan las vivencias pasadas tanto del paciente como del terapeuta a través de la transferencia y la contratransferencia (Kiesler, 2001).

Por un lado, el concepto de transferencia refiere al mecanismo psicológico a través del cual el paciente transfiere inconscientemente y revive en sus nuevas experiencias de vinculación sus antiguos sentimientos, emociones, expectativas y deseos relacionales. De manera, que la alianza terapéutica resulta una experiencia relacional reparadora en la que, si el terapeuta cuenta con buenas capacidades y habilidades de vinculación, puede crear una dinámica relacional segura que sirva al paciente como aliciente para reparar sus experiencias de inseguridad interpersonal (Corbella y Botella, 2003). La transferencia de emociones y experiencias del paciente hacia el terapeuta dentro del contexto de vinculación se concibe como el punto de partida para el trabajo terapéutico, siendo un factor relevante en la terapia que el terapeuta debe atender y manejar para el adecuado avance del proceso terapéutico (Zachrisson, 2009).

Por otro lado, el concepto de contratransferencia hace referencia al mecanismo psicológico inverso, a través del cual el terapeuta “deposita” en la figura del paciente todo lo relativo a sus experiencias relacionales más tempranas y significativas; es decir, lo que suscita el paciente en el terapeuta en términos de sensaciones y creencias. La

contratransferencia en terapia se refiere a los sentimientos, actitudes y reacciones emocionales que experimenta el terapeuta hacia el cliente en el proceso terapéutico (Gabbard, 2001). El terapeuta consciente, capaz de hacer frente a la contratransferencia, podrá ver más allá de sus propias inseguridades relacionales y ser sensible a las necesidades de sus pacientes. El concepto de contratransferencia apunta a la importancia de que el terapeuta conozca sus propias heridas y miedos relacionales que pueden tener su origen en etapas tempranas del desarrollo (Kielser, 2001). Un terapeuta con un apego evitativo se mantendrá emocionalmente distante del paciente, mientras que un terapeuta con un apego ansioso puede empatizar de forma excesiva con las emociones del paciente, nublando su capacidad de brindar ayuda, apoyo y sostén (Safran et al., 2011).

Justificación

Diversos estudios en los últimos años se han esforzado por identificar las principales variables que contribuyen al éxito en terapia. Entre ellas, la construcción de la alianza terapéutica aparece como uno de los factores más importantes que predice la consecución de los objetivos terapéuticos (Colli et al., 2014; Degnan et al., 2016; Diener y Monroe, 2011). Dada la relevancia atribuida al vínculo entre paciente y terapeuta en los resultados de la terapia, las investigaciones se han centrado en identificar las claves que promueven o dificultan el establecimiento de una óptima relación entre paciente y terapeuta. La evidencia actual sugiere que tanto las características del paciente como las del terapeuta influyen en la construcción del vínculo, siendo la figura del terapeuta uno de los factores más influyentes en los resultados de la terapia (Benlloch, 2020; Mikulincer et al., 2013).

Una de las aplicaciones de la teoría del apego al ámbito clínico podría ir dirigida a salvaguardar la relación terapéutica entre paciente-terapeuta, ya que, numerosos estudios han demostrado que una buena alianza terapéutica maximiza los resultados exitosos de la terapia (Barber et al., 2000; Luborsky et al., 1990; Safran y Wallner, 1991;

Weerasekera et al., 2001). Así pues, el apego como mecanismo mediador en la diada paciente-terapeuta está bien constatada por diferentes trabajos de investigación, los cuales apuntan la necesidad de contemplar esta variable en terapia más allá de las intervenciones específicas y propuestas de trabajo terapéutico (Eagle, 2017; Lingardi et al., 2017; Mallinckrodt, 2010).

Por ello, uno de los motivos que conceden relevancia al tema del presente trabajo es continuar investigando la nueva realidad emergente. Por ello se pretende explorar de qué manera las primeras experiencias relacionales del terapeuta con sus FA contribuyen a la construcción del vínculo con su paciente. Del mismo modo que las experiencias de apego del paciente contribuyen a facilitar o dificultar el establecimiento de una adecuada relación con su terapeuta (Horvath et al., 2011), cabe considerar que, de forma bidireccional, las experiencias de apego del terapeuta pueden influir en el óptimo desarrollo de la alianza y la consecución de objetivos terapéuticos. En este sentido, resulta de gran importancia contemplar tanto los patrones relacionales del paciente como los del terapeuta, ya que diversos estudios demuestran que la capacidad del terapeuta para crear una conexión interpersonal con su paciente contribuye a generar un espacio terapéutico basado en la calidez afectiva, la confianza y la aceptación que potencia la apertura emocional y cognitiva del paciente (Burke et al., 2016).

Teniendo en cuenta estos hallazgos, existe la necesidad de explorar el estilo de apego del terapeuta, su historia relacional con los cuidadores de su infancia y su autoconcepto como variable moduladora en el encuentro terapéutico. Esto permitirá sentar las bases para el diseño de intervenciones y estudios que incluyan la figura del terapeuta como contribuyente en la evolución del proceso terapéutico, así como la realización de futuras investigaciones sobre apego y alianza terapéutica desde una perspectiva biopsicosocial.

Objetivos

El principal objetivo general del presente estudio es analizar los efectos que tienen los diferentes tipos de apego de los terapeutas sobre la formación de la alianza terapéutica con sus pacientes en terapia individual.

Como objetivos específicos se pretende (1) explorar la función mediadora del apego del terapeuta en la construcción de la alianza terapéutica, (2) identificar cuáles son los aspectos relacionales del terapeuta que influyen en el establecimiento del vínculo terapéutico, (3) conocer el valor de la alianza terapéutica como predictora de los resultados en la terapia.

Método

El procedimiento que ha guiado la búsqueda, selección y análisis de los artículos incluidos en la presente revisión sistemática se basa en las directrices propuestas por la metodología PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses; Page et al., 2021). En cuanto al procedimiento metodológico, la guía PRISMA proporciona la forma de proceder a la hora de llevar a cabo la estrategia de búsqueda y selección de artículos (Libertati et al., 2009). Este proceso se ha completado en tres fases: (a) fase de identificación de los registros a través de una búsqueda en las bases de datos de referencia en cuanto al tema de interés, utilizando palabras clave previamente seleccionadas, (b) fase de screening, donde se valoran los registros obtenidos aplicando criterios de elegibilidad para delimitar los artículos de interés y (c) fase de inclusión en la que se seleccionan los estudios a revisar.

A su vez, la estrategia PICOS (Population, Interventions, Comparator, Outcomes, Study design; Libertati et al., 2009) ha servido para formular la pregunta de investigación que ha guiado el proceso de extracción de la información según los objetivos planteados. Previo a la selección y revisión de los estudios, se realizó una búsqueda inicial sobre la temática de interés para conocer el estado y la calidad de la información, así como las bases de datos y terminología más adecuada. De esta

manera, los elementos PICOS utilizados hacen referencia a: paciente (adultos), comparación (tipos de apego del terapeuta), resultados (alianza terapéutica) y tipos de estudios (estudios empíricos). Debido a que la alianza terapéutica es un proceso intrínseco a la psicoterapia, se desestima el elemento “intervención”, ya que se da en cualquier corriente psicológica siempre que haya una relación paciente-terapeuta. Así pues, la pregunta de investigación resultante es: ¿Cómo influye el tipo de apego de los terapeutas en la construcción de la alianza terapéutica?

Estrategia de Búsqueda

Teniendo en cuenta los objetivos propuestos, las bases de datos consultadas para la obtención de los artículos de interés son Scopus, EBSCOhost y Web Of Science (WoS), en las cuales se aplicó la ecuación de búsqueda previamente diseñada. Para delimitar los conceptos necesarios para realizar una búsqueda concisa y restrictiva, inicialmente se realizó una búsqueda global con los términos “attachment AND therapeutic alliance” con el fin de revisar el estado actual de la investigación en relación al tema de interés, a partir de la cual se recopiló la terminología con mayor presencia en la literatura científica. Posteriormente, se establecieron las palabras clave empleando el APA Thesaurus of Psychological Index Terms, ya que permite elaborar un lenguaje controlado respecto al tema que se pretende revisar. A continuación, en la Tabla 1 se muestra la combinación de los elementos PICO y la terminología recuperada para el diseño de la ecuación de búsqueda.

Tabla 1

Propuesta Inicial de Términos Escogidos para Formular la Ecuación de Búsqueda

| P (patient) | C (comparison) | O (outcomes) |
|--------------------|-----------------------|----------------------------|
| “Adults” | “Attachment” | “Therapeutic relationship” |
| | “Attachment style” | “Therapeutic alliance” |
| | “Attachment theory” | “Therapeutic bond” |
| | | “Therapeutic link” |

Posteriormente, debido al amplio interés que ha suscitado el estudio del vínculo de apego en los últimos años, se realizó una búsqueda más restrictiva y focalizada, teniendo en cuenta únicamente a la figura del terapeuta. Para ello, se realizó otra búsqueda global contemplando los términos *“therapist attachment styles AND therapeutic alliance”*, a partir de la cual se obtuvieron muy pocos resultados y difusos. Sin embargo, la búsqueda con conceptos más amplios *“attachment theory AND psychotherapy AND therapeutic alliance”* permitió obtener información acorde al objetivo de la investigación, pero resultaba poco restrictiva y acumulaba mucho ruido documental al incluir el concepto “teoría del apego”. Finalmente se delimitó la búsqueda utilizando el concepto “apego del terapeuta” ya que, a pesar de ser una variable poco estudiada, afinaba los resultados de la búsqueda. Tras este proceso de toma de decisiones, la ecuación de búsqueda utilizada contempla tres bloques de conceptos con sus correspondientes sinónimos y términos relacionados: “apego del terapeuta”, “alianza terapéutica” y “adultos”, dando como resultado la siguiente ecuación de búsqueda: *(“therapist attachment”) AND (“therapeutic alliance” OR “therap* relationship” OR “therapeutic bond” OR “therapeutic link”) AND (adult*)*. La búsqueda se limitó a artículos publicados en revistas científicas, en inglés y español, sin restricciones en el año de publicación, ya que a pesar de que la teoría del apego y la tipología cuenta con una amplia trayectoria de investigación, la variable de apego referida al terapeuta es un aspecto novedoso con poca presencia en la literatura científica. Los filtros utilizados para todas ellas fueron por tema, incluyendo aquellos resultados referentes a artículos científicos.

Procedimiento de Selección de Estudios

Para la selección de los estudios de interés, se diseñó un listado de criterios de inclusión y exclusión con el objetivo de extraer la información relevante de los artículos recuperados. A continuación, en la Tabla 2 se presenta de forma detallada las consideraciones tenidas en cuenta para seleccionar los estudios.

Tabla 2*Criterios de Inclusión y Exclusión Utilizados para Extraer la Información a Revisar*

| Criterios de inclusión | Criterios de exclusión |
|--|---|
| Estudios publicados en inglés o español. | Estudios que solo hacen referencia al tipo de apego del paciente. |
| Estudios clínicos. | Estudios que solo tienen en cuenta la formación de la alianza terapéutica sin contemplar el apego del terapeuta. |
| Estudios que hacen referencia al estilo de apego del terapeuta o a ambos en conjunto (diada paciente-terapeuta) en población adulta. | Estudios que hablan sobre la formación de la alianza terapéutica en población infantil y/o adolescente. |
| Estudios que incluyen medida del estilo de apego del terapeuta. | Estudios que analizan la relación entre los estilos de apego del terapeuta y la alianza terapéutica en otro tipo de relaciones (p.e. pareja, grupos). |
| Estudios que incluyen medida de la alianza terapéutica. | Estudios que analizan los factores, predictores o indicadores de la alianza terapéutica sin tener en cuenta el tipo de apego del terapeuta. |
| Artículos que estudian la relación entre los estilos de apego del terapeuta y la alianza terapéutica en terapia individual. | Estudios que analizan el progreso de la construcción de la alianza teniendo en cuenta variables intrínsecas (ruptura de la alianza, reparación, distancia percibida) sin incluir los efectos del apego del terapeuta. |

Procedimiento de Extracción de Datos

Para la extracción de datos de los artículos seleccionados, tras aplicar los criterios de elegibilidad, se realizó un trabajo de análisis de contenido donde se revisó de forma exhaustiva la información de cada estudio. La Tabla 3 incluye los criterios y características más relevantes de los artículos revisados, así como el tipo de

información extraída. Su desarrollo ha servido como guía para clarificar y facilitar la obtención y comprensión de la información para su posterior discusión.

Tabla 3

Variables Contempladas para la Extracción de la Información

| Síntesis de resultados | Información extraída |
|--|--|
| <i>Autores y año de publicación</i> | Autores del artículo y en qué año fue publicado |
| <i>Población</i> | Personas participan en la muestra |
| <i>Objetivo</i> | Objetivos del estudio |
| <i>Instrumento de evaluación del estilo de apego del terapeuta</i> | Instrumento se utiliza para evaluar el tipo de apego del terapeuta |
| <i>Resultados en alianza terapéutica</i> | Resultados que tiene el tipo de apego del terapeuta sobre la alianza terapéutica |

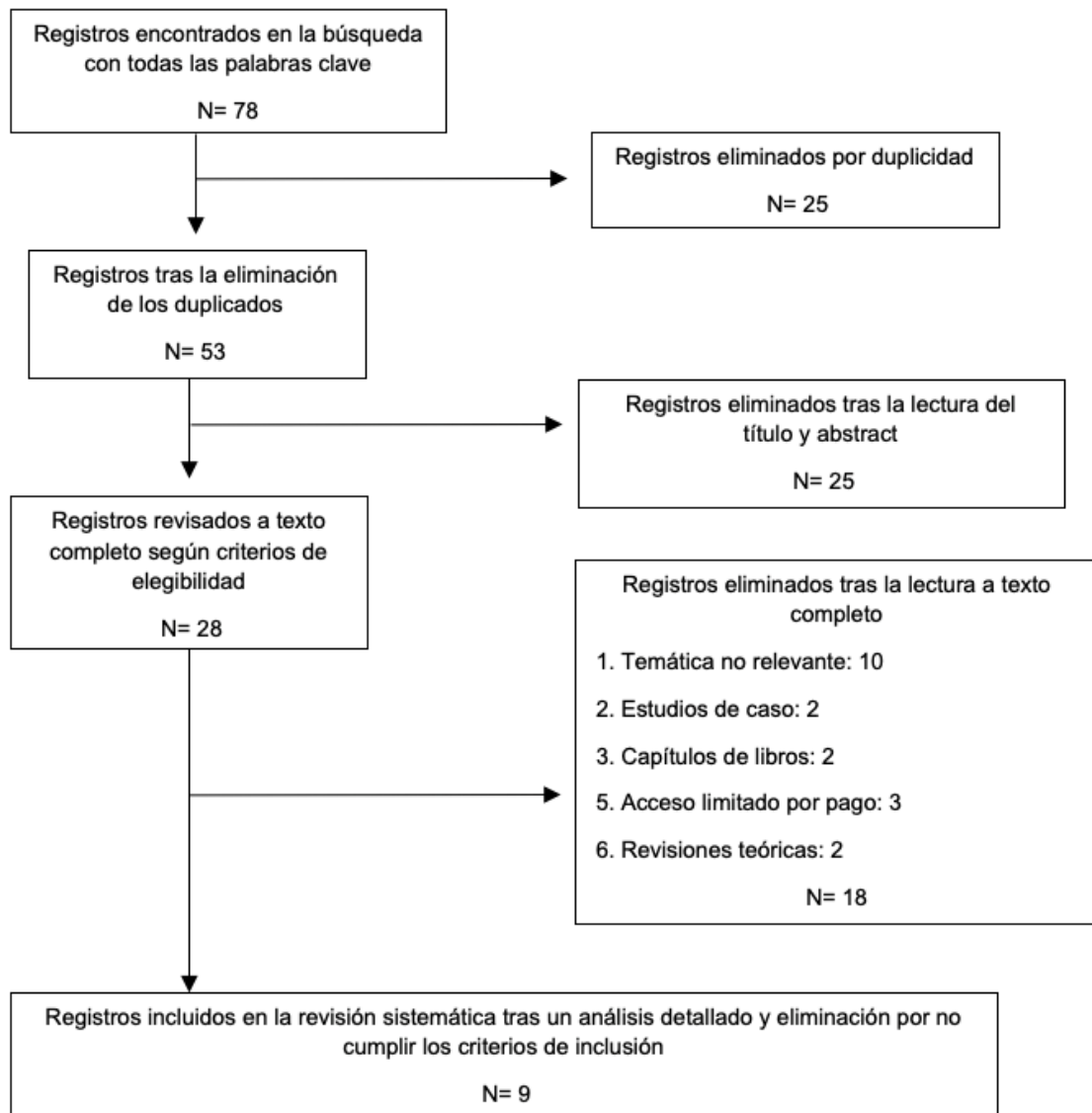
Resultados

Al introducir la ecuación de búsqueda en las diferentes bases de datos a consultar, se obtuvieron un total de 78 resultados, de los cuales 25 fueron eliminados por duplicidad, reduciéndose la cantidad de artículos a revisar a partir de la lectura del título y el resumen (abstract) a 53. Entre ellos, 25 fueron eliminados y 28 se incluyeron en la fase de revisión a texto completo aplicando los criterios de elegibilidad comentados en el apartado anterior. A continuación, se leyeron los 28 documentos resultantes para evaluar la idoneidad de su contenido respecto a las necesidades y objetivos del presente trabajo de revisión. Finalmente, 10 de ellos fueron desestimados por diversos motivos, entre los cuales destaca los artículos descartados del resultado final por no contemplar la relación entre tipo de apego del terapeuta y calidad de la alianza terapéutica. Habiendo descartado los documentos mencionados, se procedió al análisis exhaustivo de los 18 artículos obtenidos.

Este proceso queda reflejado en la Figura 1, la cual muestra el diagrama de flujo que incluye toda la información de manera esquemática y sistematizada de todas las fases de revisión. El diagrama de flujo ha sido realizado siguiendo las directrices de la versión actualizada en 2020 del método PRISMA (Page et al., 2021).

Figura 1

Diagrama de Flujo del Proceso de Selección de Estudios



Todos los estudios revisados tienen como principal objetivo analizar la relación entre los estilos de apego del terapeuta y la formación de la alianza terapéutica. A su vez, algunos de ellos contemplan los efectos de modulación de otras variables sobre los conceptos de interés. El estudio realizado por Sauer et al. (2010) incluye medidas del

estilo de apego del paciente y los llevados a cabo por Bucci et al. (2015) y Romano et al. (2008) mediciones del apego resultante de la interacción entre paciente y terapeuta. Así mismo, el estudio de Ruiz-Aranda et al. (2021) considera la influencia de las habilidades de autorregulación emocional del terapeuta a la hora de desarrollar una buena alianza y el llevado a cabo por Ligiero y Gelso (2002) analiza los efectos de las conductas contratransferenciales del terapeuta sobre la construcción de la alianza. Por su parte, el realizado por Black et al. (2005) valora la influencia de dificultades percibidas por el terapeuta en el transcurso de la terapia, el de Romano et al. (2008) evalúa el nivel de profundidad en las exploraciones con el paciente como indicativo de la calidad de la alianza terapéutica y, por último, el realizado por Dinger et al. (2009) presenta mediciones sobre la personalidad del terapeuta según su estilo de apego. Otros, incluyen medidas previas de sintomatología clínica (Bucci et al., 2015; Schauenburg et al., 2014) tales como trastornos de ansiedad, depresivos, alimentarios, de adaptación/estrés, obsesivo-compulsivo y dificultades interpersonales del paciente como indicativo del resultado de la terapia (Dinger et al., 2009; Schauenburg et al., 2014).

En la Tabla 4 se presentan los principales resultados de los estudios revisados que se desarrollarán de forma extensa en los siguientes apartados.

Tabla 4*Síntesis de los Estudios Incluidos en la Revisión Sistemática*

| Estudio | Diseño | Muestra | Medición apego | Medición alianza | Resultados |
|--|---|---|--|--|---|
| Ruiz-Aranda et al. (2021) | No experimental Descriptivo correlacional | 63 terapeutas (6 hombres, 57 mujeres) 27-69 años (edad media 39.3) Mínimo 5 años de experiencia | The Attachment Evaluation Questionnaire in Adults (CaMir) | Working Alliance Inventory (WAI) 1 momento de medición | El estilo de apego del terapeuta no influye en el establecimiento adecuado de la relación terapéutica |
| Bucci et al. (2015) | Transversal | 30 terapeutas (30 mujeres) 24-64 años (edad media 23 años) | Relationship Questionnaire (RQ) | Working Alliance Inventory (WAI) 1 medición (a partir de la sesión 3) | No hay relación entre el estilo de apego del terapeuta y la alianza. El apego inseguro del terapeuta influye en la calidad de la alianza con los pacientes más sintomáticos. |
| Wongpakaran y Wongpakaran (2012) | Transversal | 13 terapeutas (7 hombres, 6 mujeres) 26-54 años Entre 5-20 años de experiencia. | Experience of Close Relationships Questionnaire (ECR) | Working Alliance Inventory (WAI) 1 medición | No hay relación entre el tipo de apego del terapeuta y la alianza. |

| Estudio | Diseño | Muestra | Medición apego | Medición alianza | Resultados |
|---------------------------|--------------------------|--|----------------------------------|--|--|
| Ligero y Gelso (2002) | Transversal | 50 terapeutas (13 hombres y 37 mujeres) Edad media 27,54 años Año medio de experiencia: 1.76 | Relationship Questionnaire (RQ) | Working Alliance Inventory (WAI) 1 medición (mínimo 3-9 sesiones de terapia) | No hay relación entre el estilo de apego del terapeuta y la alianza, ni con las conductas contratransferenciales. |
| Sauer et al. (2010) | Longitudinal naturalista | 13 terapeutas (10 mujeres, 3 hombres) 23-44 años, edad media 29.15 | Adult Attachment Inventory (AAI) | Working Alliance Inventory (WAI) Diferentes mediciones (sesión 1, 4, 7) | Existe relación entre el tipo de apego del terapeuta y la construcción temporal de la alianza. Los terapeutas con apego inseguro de tipo ansioso tienen un efecto positivo sobre la alianza después de la primera sesión, pero efectos negativos con el tiempo a partir de la tercera sesión. |
| Schauenburg et al. (2014) | Longitudinal naturalista | 31 terapeutas (16 mujeres, 14 hombres) 26-54 años Experiencia de 0-21,5 años. | Adult Attachment Inventory (AAI) | Helping Alliance Questionnaire (HAQ) 1 medición retrospectiva (al finalizar la terapia) | No hay relación significativa entre el apego del terapeuta y la alianza. |

| Estudio | Diseño | Muestra | Medición apego | Medición alianza | Resultados |
|----------------------|--------------------------|---|---|--|---|
| Black et al. (2005) | Transversal | 491 terapeutas (148 hombres, 343 mujeres). Edad media 51 años. 54,8% más de 10 años de experiencia, 8 terapeutas con menos de 2 años. | Attachment Style Questionnaire (ASQ) | Agnew Relationship Measure (ARM) 1 medición | Hay relación entre el tipo de apego del terapeuta y la variación en la construcción de la alianza, así como con las dificultades que surgen durante el proceso terapéutico. Los terapeutas con relaciones de apego inseguras reportan más problemas en terapia (desconfianza en las relaciones y necesidad de aprobación). |
| Romano et al. (2008) | Longitudinal naturalista | 59 terapeutas / estudiantes universitarios de posgrado (55 mujeres, 4 hombres) 22-44 años | Experience of Close Relationships Questionnaire (ECR) | Working Alliance Inventory (WAI) Diferentes mediciones extraídas de sesiones intermedias (5-9). | El apego del terapeuta no afecta a la construcción de la alianza, pero influye en el grado de intimidad con el paciente. |
| Dinger et al. (2009) | Longitudinal naturalista | 12 terapeutas (9 mujeres, 3 hombres) 26-43 años 1 mes – 7,2 años de experiencia | Adult Attachment Inventory (AAI) | Alliance Scale of the Inpatient Experience Scale (IES) Diferentes mediciones retrospectivas (semana anterior) | El apego del terapeuta no se relaciona con el desarrollo de la alianza, pero sí con la calidad. El apego ansioso en el terapeuta se relaciona con niveles más bajos de calidad de la alianza, sobre todo en pacientes más angustiados y en la sesión 7. |

Características de los Estudios Incluidos

Los tipos de diseños predominantes son el naturalista longitudinal (Dinger et al., 2009; Romano et al., 2008; Sauer et al., 2010; Schauenburg et al., 2014) y el transversal (Black et al., 2005; Bucci et al., 2015; Ligiero y Gelso, 2002; Wongpakaran y Wongpakaran, 2012). En el caso de los estudios naturalistas longitudinales, los datos a analizar se obtienen a través de registros (cuestionarios y entrevistas) llevados a cabo en diversos momentos de la terapia como parte del tratamiento habitual, mientras que los transversales aportan medidas en un momento específico de la terapia. De manera que, el primer grupo de estudios informa sobre cómo evoluciona en el tiempo los diferentes eventos y variables de interés (apego del terapeuta y alianza) sin intervenir en su recopilación, aportando mayor fiabilidad en las conclusiones acerca de asociaciones de tipo causa-efecto. El segundo grupo, aporta conocimiento sobre la relación entre las variables en un momento dado. Únicamente el estudio de Ruiz-Aranda et al. (2021) cuenta con un diseño no experimental de tipo descriptivo correlacional, el cual no realiza manipulaciones de las variables ni toma en consideración sus posibles influencias sobre los resultados.

En cuanto a la muestra de participantes, se observa una diferencia en cuanto a género en el reclutamiento de terapeutas. De la muestra total que incluye los resultados de $N = 762$ terapeutas, el 73,88% se refiere a mujeres, siendo su proporción mayor ($n = 563$ de una muestra total de $N = 762$) frente al número de terapeutas hombres participantes en los diferentes estudios ($n = 198$ de una muestra total de $N = 762$). Las edades se encuentran comprendidas entre los 22 – 69 años, con un período de experiencia profesional que oscila entre 1 mes de experiencia en aquellos terapeutas en formación de posgrado hasta 20 años en servicios de atención terapéutica a pacientes.

Evaluación del Apego del Terapeuta y la Alianza Terapéutica

Apego del Terapeuta

En relación a la evaluación del estilo de apego del terapeuta, se observan diferentes instrumentos de medida. El más utilizado en los artículos revisados es el “Adult Attachment Inventory” (AAI; Main et al., 2002) presente en los estudios de Dinger et al. (2009), Sauer et al. (2010) y Schauenburg et al. (2014), seguido del “Relationship Questionnaire” (RQ) (Bartholomew y Horowitz; 1991) en Bucci et al. (2015) y Ligiero y Gelso (2002), y el “Experience of Close Relationships Questionnaire” (ECR; Brennan et al., 1998) que aparece en Romano et al. (2008) y Wongpakaran y Wongpakaran (2012). De los estudios restantes, el realizado por Ruiz-Aranda et al. (2021) utiliza el “The Attachment Evaluation Questionnaire in Adults” (CaMir; Balluerka, 2011) y el llevado a cabo por Black et al. (2005) emplea el “Attachment Style Questionnaire” (ASQ; Feeney et al., 1994). Las principales características de todos ellos se detallan en la Tabla 5 (Anexo 1).

Como resultado de las mediciones, algunos de los artículos revisados aportan información sobre la prevalencia de los estilos de apego en los terapeutas, que se puede observar de forma detallada en la Tabla 6.

Tabla 6

Prevalencia de los Estilos de Apego del Terapeuta en los Estudios Revisados

| Estudio | Apego seguro | Apego inseguro | |
|---------------------------|--------------|----------------------------|------------------|
| | | <i>Ansioso-Ambivalente</i> | <i>Evitativo</i> |
| Dinger et al. (2009) | 58% | 33,3% | 8,3% |
| Ligiero y Gelso (2002) | 85% | 13,4% | 1,6% |
| Schauenburg et al. (2014) | 64,5% | 25,8% | 9,7% |

| Estudio | Apego seguro | Apego inseguro | |
|--|---------------------|---------------------------------|------------------|
| | | <i>Ansioso- Ambivalente</i> | <i>Evitativo</i> |
| Wongpakaran y Wongpakaran (2012) | 69,2% | 30,8% | - |

A grandes rasgos, en los artículos que presentan este tipo de información, se observa una mayor predominancia de apego seguro por parte de los terapeutas, que oscila entre el 64,5% y el 85% de la muestra. Sin embargo, la presencia de terapeutas con apego inseguro también es considerable. Teniendo en cuenta este estilo de apego, el de tipo ansioso-ambivalente es el más presente, el cual corresponde a entre el 13,4% y el 33,3% de los participantes. Los estudios restantes no incluyen información sobre la prevalencia de los estilos de apego en los terapeutas (Bucci et al., 2015; Dinger et al., 2009; Romano et al., 2008; Ruiz-Aranda et al., 2021; Sauer et al., 2010). Cabe destacar que el llevado a cabo por Black et al. (2005) es el único que no categoriza a los terapeutas dentro del espectro de seguridad-inseguridad debido al tipo de instrumento de evaluación utilizado. En su lugar, contempla las conductas de los terapeutas que se relacionan con un tipo de apego seguro o inseguro.

Alianza Terapéutica

El instrumento de medida utilizado por excelencia a la hora de evaluar la calidad de la alianza terapéutica es el “Working Alliance Inventory” (WAI; Horvath y Greenberg, 1989), presente en seis de los estudios revisados (Bucci et al., 2015; Ligiero y Gelso, 2002; Romano et al., 2008; Ruiz-Aranda et al., 2021; Sauer et al., 2010; Wongpakaran y Wongpakaran, 2012). En cuanto a la frecuencia de medición, los estudios realizados por Bucci et al. (2015), Ligiero y Gelso (2002), Ruiz-Aranda et al. (2021) y Wongpakaran y Wongpakaran (2012) presentan una única medición de la alianza; en concreto, el de Ruiz-Aranda et al. (2021) y Wongpakaran y Wongpakaran (2012) al finalizar la terapia y el de Bucci et al. (2015) y Ligiero y Gelso (2002) a partir de la tercera sesión. Por su

parte, Sauer et al. (2010) y Romano et al. (2008) aportan diferentes mediciones de la calidad de la alianza a lo largo del transcurso de la terapia; el primero evalúa dicha variable en las sesiones 1, 4 y 7, y el segundo en sesiones intermedias del proceso terapéutico (de la 5 a la 9).

Otros de los instrumentos de evaluación reportados por los artículos son el “Helping Alliance Questionnaire” (HAQ; Bassler et al., 1995) presente en Schauenburg et al. (2014) y el “Agnew Relationship Measure (ARM; Agnew-Davies et al., 1998) en Black et al. (2005), ambos administrados a los terapeutas al final de la terapia a través de una medición retrospectiva. En cuanto al estudio realizado por Dinger et al. (2009), la evaluación de la alianza se realizó a través del “Inpatient Experience Scale” (IES; Sammet y Schauenburg, 1999), un instrumento específico para pacientes hospitalizados, aportando mediciones semanales retrospectivas que informan de la calidad de la alianza percibida en la sesión anterior. Las principales características de los instrumentos de medida de la alianza se desarrollan en la Tabla 7 (Anexo 2).

Relación entre Alianza Terapéutica y Apego del Terapeuta

A la hora de analizar la posible relación entre apego y alianza, cuatro de los estudios revisados reportan que el tipo de apego del terapeuta no influye en el adecuado establecimiento de la relación con sus pacientes (Ligiero y Gelso, 2002; Ruiz-Aranda et al., 2021; Schauenburg et al., 2014; Wongpakaran y Wongpakaran, 2012). De manera que, ninguna tipología de apego (seguro-inseguro) se relaciona con ventajas o desventajas sobre el desarrollo de la alianza. El estudio realizado por Bucci et al. (2015) clarifica dicha ausencia de relación al encontrar que ni los terapeutas con apego seguro formaban mejores alianzas de trabajo con sus pacientes, ni los terapeutas con apego inseguro establecían peores alianzas. Estos autores aportan evidencia de que el desarrollo de un apego seguro por parte del terapeuta no es un predictor significativo de una mayor calidad de la alianza. Sin embargo, cabe mencionar que esto no ocurría en los casos de pacientes con sintomatología grave (ansiedad y depresión). Encontraron

que el apego inseguro del terapeuta influye en la calidad de la alianza con los pacientes más sintomáticos, siendo la gravedad de los síntomas una variable moduladora entre la construcción de la alianza y los estilos de apego del terapeuta. De modo similar, Dinger et al. (2009) afirman que el apego del terapeuta no se relaciona con el desarrollo de la alianza, pero sí con la calidad. El apego inseguro de tipo ansioso por parte del terapeuta se relaciona con niveles más bajos de calidad en la alianza, sobre todo en pacientes más angustiados y en sesiones intermedias del proceso terapéutico (séptima sesión). Siguiendo la misma línea, Romano et al. (2008) tampoco hallaron una relación significativa, concluyendo que el estilo de apego del terapeuta no afecta a la construcción de la relación entre el profesional y su paciente, pero sí al grado de intimidad entre ambos.

Por otro lado, dos de los estudios restantes afirman cierto grado de relación entre estas dos variables. En el caso de Sauer et al. (2010), los autores encontraron influencias entre el tipo de apego del terapeuta y la construcción temporal de la alianza, donde el apego de tipo ansioso-ambivalente tiene un efecto positivo sobre la vinculación con el paciente después de la primera sesión, pero efectos negativos con el tiempo a partir de la tercera sesión. De esta manera, los terapeutas desarrollan un estilo de funcionamiento interpersonal categorizado como ansioso forman buenas alianzas iniciales que irán disminuyendo en calidad a medida que avance la terapia. Por su parte Black et al. (2005) reporta datos similares en cuanto a la existencia de relación entre el tipo de apego del terapeuta y las alteraciones en la construcción y desarrollo de la alianza a lo largo del tiempo, así como con las dificultades que surgen durante el proceso terapéutico. En este caso, los terapeutas con apego inseguro reportan una mayor percepción de dificultades en el transcurso de la terapia. Este grupo de terapeutas muestra mayor desconfianza en las relaciones y una necesidad de aprobación en comparación con los terapeutas con apego seguro, aspectos que pueden resultar perjudiciales para el establecimiento de la relación terapéutica.

Efectos del Apego Seguro del Terapeuta en la Construcción de la Alianza

Del total de estudios revisados, cinco de ellos valoran la influencia del apego seguro del terapeuta sobre la alianza (Black et al., 2005; Ligiero y Gelso, 2002; Ruiz-Aranda et al., 2021; Schauenburg et al., 2014; Wongpakaran y Wongpakaran, 2012).

La ausencia de relación entre las variables de interés (apego del terapeuta y alianza) se sustenta con los hallazgos de Ligiero y Gelso (2002), Ruiz-Aranda et al. (2021), Schauenburg et al. (2014) y Wongpakaran y Wongpakaran (2012), sin embargo aportan resultados interesantes. En el estudio realizado por Ruiz-Aranda et al. (2021) encontraron que los terapeutas que cuentan con historias de vinculación temprana basadas en la percepción de seguridad son más capaces de construir un vínculo positivo con sus pacientes. Dichas experiencias les permiten desarrollar una percepción sensible a las necesidades del paciente, responder de manera congruente y afectiva proporcionando una sensación de protección y confianza, así como desarrollar habilidades de regulación y aceptación emocional efectivas tanto propias como dirigidas al paciente. De modo similar, Wongpakaran y Wongpakaran (2012) encontraron que el apego seguro combinado con un el estilo interpersonal sumiso del terapeuta influye sobre los resultados de la terapia. Un terapeuta seguro y sumiso facilita la reducción de la sintomatología ansiosa en sus pacientes. Dentro de la misma línea, Schauenburg et al. (2014) demuestran que el apego seguro del terapeuta produce una mejora sintomática en casos graves (depresión) y mejoras en las competencias interpersonales de los pacientes al final del tratamiento. Los terapeutas con experiencias relaciones tempranas basadas en la aceptación incondicional, la confianza y la percepción de seguridad, son más capaces de ayudar a que los pacientes más severos reduzcan su sintomatología o malestar. El estudio realizado por Ligiero y Gelso (2002) incluye datos sobre las conductas contratransferenciales. La ausencia de dichas conductas por parte del terapeuta predice alianzas de trabajo más fuertes, ya que su presencia puede afectar al desarrollo del vínculo terapéutico.

De manera contraria, únicamente el estudio realizado por Black et al. (2005) sugiere que el apego seguro del terapeuta fomenta la construcción de relaciones sólidas en terapia. Los autores reportan que un apego seguro por parte del terapeuta se relaciona con una buena alianza. Los modelos seguros de apego dan como resultado un enfoque más abierto, flexible y no defensivo en el comportamiento interpersonal, lo que se traduce en terapeutas que se muestran más receptivos y colaborativos, características que facilitan una alianza terapéutica positiva.

Efectos del Apego Inseguro del Terapeuta en la Construcción de la Alianza

Del total de estudios revisados que contemplan la influencia del apego inseguro sobre la alianza terapéutica, tres concluyen que no hay relación significativa entre ambas variables (Bucci et al., 2015; Romano et al., 2008; Ruiz-Aranda et al., 2021), mientras que los tres restantes (Dinger et al., 2009; Sauer et al., 2010; Wongpakaran y Wongpakaran, 2012) sugieren que el apego inseguro del terapeuta influye de forma negativa en la construcción de la alianza con sus pacientes. Esta relación se explica en términos de fluctuaciones en la calidad en comparación con los terapeutas que cuentan con estilos de apego seguro. La disparidad e inconsistencia de los resultados se relaciona con la presencia de variables moduladoras analizadas por los diferentes estudios.

Abordando aquellos estudios que evidencian de la ausencia de relación entre las variables de interés, en el caso de Ruiz-Aranda et al. (2021), los autores encontraron que aquellos terapeutas con apego inseguro que contaban con experiencias relacionales traumáticas (violencia, indisponibilidad de las FA, experiencias de invalidación emocional, amenazas) establecían relaciones de menor calidad con sus pacientes a pesar de contar con buenas estrategias de autorregulación emocional. Así mismo, el apego ansioso del terapeuta no afecta a la calidad de la relación si el terapeuta cuenta con estrategias de autorregulación. Otro hallazgo similar es el presentado por Romano et al. (2008), quienes hallaron que el tipo de apego del terapeuta influye en el

nivel de intimidad, predisposición a la exploración y apertura emocional del paciente en sesión. De manera que existe una relación negativa entre el apego evitativo del terapeuta y la profundidad de la exploración en las sesiones. Los terapeutas con una tendencia evitativa en sus vínculos obstaculizan la apertura a la exploración en sus pacientes. Por su parte, Bucci et al. (2015) encontraron que el apego ansioso del terapeuta se relaciona con una peor calidad en la alianza con pacientes más sintomáticos (ansiedad y depresión), mientras que el apego evitativo con una mejor alianza con esta tipología de pacientes.

En cuanto a los estudios que evidencian de la presencia de relación entre el apego inseguro del terapeuta y la alianza, el estudio longitudinal de Sauer et al. (2003) informa de qué manera el apego inseguro del terapeuta influye en el desarrollo de la alianza en el transcurso de las sesiones de terapia. Los autores reportan que el apego ansioso se relaciona positivamente con la calidad de la alianza en las primeras sesiones, pero de forma negativa a medida que avanza el proceso terapéutico. Los autores defienden que el apego ansioso está significativamente relacionado con el desarrollo de la alianza a lo largo del tiempo, siendo beneficioso en fases tempranas de la terapia que se torna perjudicial a partir de fases intermedias. Resultados similares aparecen en el estudio realizado por Dinger et al. (2009), el cual evidencia de como el apego inseguro del terapeuta se relaciona con la calidad del vínculo. Dicho vínculo puede verse afectado en el transcurso de las sesiones en terapeutas con apego ansioso, informando de una disminución de la calidad a medida que avanza el trabajo terapéutico (sesión 7). Por su parte, el estudio de Black et al. (2005) reporta pequeñas correlaciones negativas entre las dimensiones de apego inseguro del terapeuta y la calidad de la alianza, sugiriendo que el apego evitativo (distanciamiento e incomodidad con la intimidad emocional) y el apego ansioso (cercanía, necesidad de aprobación y preocupación en las relaciones) tiene un efecto perjudicial en la construcción de la alianza con los pacientes. El estilo de apego ansioso se relaciona con una peor calidad en la alianza, así como un mayor número de problemas o dificultades percibidas por el terapeuta durante el transcurso de

la terapia. Por último, el estudio realizado por Wongpakaran y Wongpakaran (2012) informa de que el apego ansioso del terapeuta interviene en la formación de la relación terapéutica en cuanto a los objetivos alcanzados (resultado de la terapia), ya que los estilos seguro o sumiso ayudan a la reducción sintomatológica de los pacientes (ansiedad y depresión).

Discusión

El principal objetivo del presente estudio es ofrecer una perspectiva sintetizada sobre la influencia del vínculo de apego del terapeuta sobre la formación de la alianza con sus pacientes en terapia individual. La revisión de los artículos obtenidos muestra gran variedad de resultados que, a priori, pueden resultar inconsistentes. La mayoría de ellos desestiman una influencia directa entre el estilo de apego del terapeuta y la calidad de la relación terapéutica. Sin embargo, dado que la naturaleza y el desarrollo de los vínculos incluye una gran complejidad de aspectos relacionados, diversos estudios evidencian de variables moduladoras intrínsecas al funcionamiento interpersonal que intervienen en la relación entre apego y alianza. A continuación, se pretende dar un poco de luz a los resultados obtenidos, con la intención de cumplir uno de los objetivos específicos planteados inicialmente en el presente trabajo de revisión; identificar y sintetizar cuáles son los aspectos relacionales del terapeuta que afectan a un óptimo establecimiento del vínculo terapéutico.

En primer lugar, abordando la influencia del apego seguro del terapeuta sobre la construcción de la alianza, Black et al. (2005) destacan la importancia de tener en cuenta la calidad del vínculo. Se observa que los terapeutas con un tipo de apego seguro establecen alianzas de mayor calidad al contar con capacidades y habilidades sociales que facilitan el desarrollo de una alianza terapéutica positiva. Entre ellas se encuentra una mayor apertura, flexibilidad, sensibilidad, ausencia de conductas defensivas, así como una actitud más receptiva y colaborativa por parte del profesional hacia sus pacientes (Black et al., 2005).

Dentro de la misma línea el estudio realizado por Ruiz-Aranda et al. (2021) encontraron que los terapeutas categorizados como seguros son más capaces de construir vínculos más positivos en comparación con los terapeutas con apego inseguro. Los terapeutas hábiles en crear relaciones seguras confieren a sus pacientes un mayor grado de validación y contención emocional. Dichos aspectos suponen la base para la construcción de una relación terapéutica de calidad, ya que los profesionales capaces de comprender y regular sus emociones desarrollan vínculos basados en la confianza mutua y aceptación incondicional (Heinonen y Nissen-Lie, 2020).

Otros hallazgos defienden que el apego seguro de los terapeutas fomenta su capacidad para realizar intervenciones terapéuticas sensibles y ajustadas a las necesidades del paciente (Sauer et al., 2010; Dozier et al., 1994). Así mismo, el apego seguro del terapeuta influye sobre los resultados de la terapia. Concretamente, este estilo de funcionamiento interpersonal facilita la reducción de dificultades interpersonales en los pacientes (Schauenburg et al., 2014), así como una mayor reducción de sintomatología grave ansiosa y depresiva (Schauenburg et al., 2014; Wongpakaran y Wongpakaran, 2012). Se puede considerar pues, que la severidad de los síntomas podría ser una variable moduladora entre la calidad de la alianza y los estilos de apego del terapeuta (Bucci et al., 2015).

Teniendo en cuenta que el estilo del terapeuta puede influir tanto en la calidad de la alianza como en los resultados de la terapia, los terapeutas con apego seguro podrían actuar como figuras confiables dentro del proceso terapéutico. Los terapeutas con este estilo de vinculación serán más capaces de calmar los estados de malestar de sus pacientes a través de una atención y regulación emocional sensible, sin ser percibidos como una figura amenazante.

La tendencia observada a que los terapeutas con apego seguro son más propensos a realizar intervenciones exitosas, incluso con aquellos pacientes de mayor gravedad, podría explicarse a través de la adquisición de mayores competencias sociales adaptativas fruto de sus experiencias de vinculación tempranas. Dichas

competencias se transmiten al paciente a través de la relación terapéutica. En esta, los terapeutas actúan como figuras transitorias de apego capaces de modelar las dificultades interpersonales de sus pacientes aportando alternativas de vinculación más ajustadas (Johnson y Greenberg, 2011; Siegel y Wallin, 2003).

Otro de los aspectos relevantes teniendo en cuenta el apego seguro del terapeuta y la alianza es que, aquellos profesionales que cuentan con experiencias de seguridad en su historia relacional presentan un menor número de conductas contratransferenciales en sus sesiones. Esto se traduce en una mayor calidad del vínculo entre paciente y terapeuta. Esta línea de argumentación encaja con los resultados reportados por Ligiero y Gelso (2002) de manera que, el comportamiento contratransferencial inconsciente (que el terapeuta no se dé cuenta de sus propias heridas y miedos en las relaciones) puede perjudicar el proceso terapéutico y su ausencia predice alianzas más fuertes. Los autores del estudio han observado que dichas conductas están más presentes en las sesiones de terapeutas con apego inseguro de tipo ansioso. Para garantizar el mantenimiento de la calidad en este tipo de diadas, resultaría interesante promover en los terapeutas con apego ansioso una mayor toma conciencia acerca de sus patrones de funcionamiento interpersonal. Esto les permitiría manejar de forma adaptativa sus conductas contratransferenciales, así como desarrollar una mayor habilidad para regular sus reacciones emocionales de búsqueda de proximidad en los vínculos. Diversos estudios dan soporte a estos hallazgos y señalan que el manejo de la contratransferencia requiere cinco atributos esenciales por parte del terapeuta: autoconocimiento, autointegración, manejo de la ansiedad, habilidades de conceptualización y empatía (Gelso y Hayes, 2001; Mohr et al., 2005;).

Dado que la contratransferencia es un fenómeno normal en terapia, ya que el terapeuta es un ser humano con emociones y experiencias propias que pueden influir en su percepción y relación con el paciente, el autoconocimiento resulta un aspecto interesante a valorar. La falta de conciencia o la ausencia de un trabajo introspectivo por parte del terapeuta hacia la exploración de sus propios patrones de apego

disfuncionales podría ser un obstáculo que perjudique su capacidad para ser una figura objetiva y mantener una actitud imparcial en la relación con el paciente. Por lo que resulta relevante que el terapeuta sea consciente de su contratransferencia y la maneje adecuadamente a lo largo del proceso terapéutico (Gabbard, 2001; Watkins, 1985).

Desde el punto de vista del apego inseguro, el estudio de Sauer et al. (2010) concluye que el apego de tipo ansioso en el terapeuta disminuye la calidad de la alianza teniendo en cuenta la dimensión temporal. De este modo, esta categoría de apego tiene un efecto positivo en la relación terapéutica después de la primera sesión, pero negativo a partir de la tercera. La preocupación del terapeuta por atender al paciente desde su propia necesidad de aprobación podría ser percibido en un primer momento por el paciente como interés genuino y acogimiento, pero llegar a ser intrusivo a medida que avancen las sesiones. Esto resulta coherente al tener en cuenta la naturaleza de las relaciones interpersonales, ya que toda relación, incluida la relación terapéutica, comprende un trabajo de co-construcción inestable basado en rupturas y reparaciones del vínculo, donde cada persona aporta su mundo interno en la creación de un mundo externo (Horvath et al., 2011). Dado que el apego ansioso conlleva como característica principal una hipersensibilidad al rechazo, se podría relacionar con una mayor fluctuación de la calidad de la alianza terapéutica (mayor presencia de rupturas y dificultad en la reparación) que no se reflejan en una evaluación aislada (Bucci et al., 2015; Sauer et al., 2010). Esto podría explicar por qué algunos de los estudios que tienen en cuenta el desarrollo temporal de la alianza y realizan medidas en diferentes momentos del proceso terapéutico evidencian de una disminución en la calidad del vínculo (Dinger et al., 2009; Sauer et al., 2010). Una posible explicación de la disminución de la calidad del vínculo entre paciente y terapeuta con apego ansioso a lo largo del tiempo es que, éste último, podría estar más interesado en calmar y atender sus propias necesidades relacionales dolorosas que las de su paciente. Esto se podría traducir en una pobre sensibilidad por parte del terapeuta a la hora de ajustar la intervención a las demandas y necesidades del paciente, un aspecto clave para la

intonía y vinculación como factores que aumentan la calidad de la relación (Benlloch, 2020; Black et al., 2005). Esto resultaría pues, en una dificultad del terapeuta para atender la demanda real del paciente al dirigir el foco hacia sus propios asuntos inconclusos a nivel relacional. El estudio de Black et al. (2005) sustenta esta idea al encontrar que los terapeutas con apego ansioso percibían un mayor número de dificultades en terapia al estar más pendientes de su necesidad de aprobación que de las demandas de sus pacientes, lo que los llevaba a establecer metas y objetivos terapéuticos más complejos, perfeccionistas y desajustados a la realidad y vivencia de de la persona atendida.

De esta manera, el apego inseguro de tipo ansioso puede beneficiar al terapeuta en etapas tempranas de la terapia (conductas de búsqueda de intimidad), pero resultar perjudicial a medida que avanza el proceso terapéutico. Podría ser que las estrategias de apego hiperactivadas de búsqueda de intimidad propias del apego ansioso (esfuerzo por controlar a los demás para minimizar la distancia emocional) generen una necesidad de distanciamiento emocional progresivo en el paciente que le lleve a experimentar la alianza como menos positiva. Estos terapeutas podrían resultar intrusivos y desencadenar conductas de alejamiento o evitación por parte de los pacientes, al igual que ocurre con aquellas FA que presentan altos niveles de preocupación en la crianza (Berducci, 2010; Bretherton, 1992; Crittenden, 2017). Resulta coherente con los hallazgos de Rubino et al. (2000), quienes encontraron un menor grado de empatía en los terapeutas con apego ansioso; los terapeutas con mayores grados de preocupación en las relaciones interpersonales pueden estar demasiado involucrados con su propio miedo al abandono y deseo de cercanía, lo que tiene como resultado una menor capacidad para responder con verdadera empatía a las necesidades de sus pacientes. Por lo que, realizar mediciones recurrentes en los procesos de terapia puede resultar interesante a la hora de conocer el estado de la calidad real y objetiva de la alianza.

La necesidad de que los terapeutas con apego inseguro de tipo ansioso desarrollen habilidades de autorregulación que permitan atender a la demanda real de

sus pacientes desde un punto de vista objetivo, cobra importancia con los resultados del estudio realizado por Ruiz-Aranda et al. (2021). Dichos autores informan de que el apego ansioso no afecta a la calidad de la alianza si el terapeuta cuenta con estrategias de autorregulación, por lo que el desarrollo y entrenamiento de habilidades de autorregulación en los terapeutas podría ser un aspecto relevante a tener en cuenta para garantizar una óptima alianza, sobre todo en los casos en los que el terapeuta cuenta con un apego ansioso-ambivalente. Dichas habilidades de autorregulación confieren al terapeuta una mayor capacidad de mentalización que potencia la reflexión del paciente en terapia, la cual se relaciona con una mayor objetividad ante su malestar y una generación de respuestas más ajustadas a su realidad (Behrendt et al., 2016; Cassidy y Shaver, 2008; Kristin et al., 2015). Aquellos terapeutas capaces de regular su mundo emocional, serán capaces de conferir una experiencia emocional correctiva necesaria para el avance del proceso terapéutico (Corbella y Botella, 2003; Mallinckrodt et al., 1995).

De manera contraria, en los casos de terapeutas con apego inseguro de tipo evitativo, el apego del terapeuta influye en la alianza a través de la predisposición del terapeuta a acoger la apertura emocional del paciente. Como se observa en el estudio realizado por Romano et al. (2008), los terapeutas evitativos podrían obstaculizar la exploración de experiencias dolorosas en sesión. Algunos artículos que apoyan estos datos indican que los individuos con una alta evitación reaccionan a la angustia con expresiones de lástima y no con compasión empática (Westmaas y Silver, 2001). Además, el apego evitativo se ha relacionado con un comportamiento interpersonal frío/distante y de rechazo (Bartholomew y Horowitz, 1991). Dada la naturaleza del proceso terapéutico, donde el profesional atiende a un paciente con algún grado de malestar emocional, el terapeuta con tendencia evitativa en sus relaciones podría sentirse amenazado ante la necesidad de intimidad emocional demanda por su paciente, que le impulse a adoptar un mayor distanciamiento emocional como mecanismo de protección (Hasson et al., 2011; Mikulincer y Shaver, 2005). De esta

manera, los terapeutas evitativos tienden a ofrecer respuestas menos empáticas cuando sus pacientes muestran altos niveles de angustia (Rubino et al., 2000).

Para finalizar, cabe exponer uno de los hallazgos que podrían explicar de forma destacable la ausencia de relación directa entre apego del terapeuta y la construcción del vínculo en terapia. Las conductas de apego se activan dentro de una relación donde una de las personas se percibe incapaz de hacer frente a sus dificultades sin la ayuda de otra persona “más sabia, fuerte y aseguradora de la supervivencia” (Farber, 1995). En este sentido, el terapeuta inseguro puede no ver al paciente como una FA capacitada para proporcionar seguridad y, consecuentemente, su estilo de apego no se activa durante las sesiones; es decir, los pacientes podrían no actuar como FA que activen los patrones de funcionamiento interpersonal desadaptativos de los terapeutas.

Algunas de las limitaciones con las que cuenta el presente estudio es la escasez de estudios clínicos que centren la atención en las variables de vinculación del terapeuta que intervienen en la relación con su paciente. En la mayoría de los artículos revisados aparecen mediciones de otras variables que pueden interferir en la relación directa entre apego y alianza, por lo que resultaría interesante generar una línea de investigación que únicamente incluya ambas variables de forma aislada, así como unificar los criterios metodológicos en cuanto al tamaño de la muestra, características de los terapeutas e instrumentos de medición. Un dato relevante que cabe mencionar es la necesidad de incluir en dichos estudios a terapeutas que cuenten con la misma orientación terapéutica, ya que el estudio realizado por Schauenburg et al. (2014) aporta datos interesantes. Los autores hablan de una tendencia a elegir una determinada corriente terapéutica según el tipo de apego del terapeuta, de manera que los profesionales con orientaciones humanistas suelen ser personas con apego inseguro de tipo ansioso que buscan intimidad y se enfocan en realizar su trabajo desde una perspectiva más relacional, mientras que los terapeutas cognitivos tienden a ser personas con apego inseguro de tipo evitativo que buscan distanciamiento emocional y, por ello, su trabajo va más orientado a la consecución de objetivos terapéuticos y realización de tareas

(Dinger et al., 2009). Por lo que, controlar dicha variable podría resultar útil a la hora de reclutar muestras más unificadas y obtener resultados más concluyentes.

En resumen, dado que los terapeutas con apego inseguro cuentan con una mayor probabilidad de realizar intervenciones desajustadas a las necesidades del paciente, resultaría interesante promover y promocionar experiencias terapéuticas en los profesionales. En primer lugar, como paso previo a la práctica clínica, se propone la importancia de que los terapeutas realicen un trabajo personal a través de terapia individual o formaciones específicas que potencien su capacidad de autoconocimiento y crecimiento personal. Estas experiencias pueden ser una oportunidad para que el terapeuta conozca sus heridas y tome consciencia de aquellos patrones de funcionamiento interpersonal que surgen de forma automática fruto de sus experiencias tempranas de apego, que pueden resultar perjudiciales para el establecimiento del vínculo en terapia. En segundo lugar, una vez iniciada la práctica clínica, se propone la importancia de que el terapeuta realice supervisiones periódicas sobre sus casos clínicos con profesionales experimentados. Este hecho podría resultar una oportunidad para que el terapeuta atienda a sus propias dificultades durante el transcurso de la terapia con sus pacientes, rescatar la objetividad de las sesiones reduciendo la presencia de conductas contratransferenciales, promoviendo una actitud más empática, así como fomentar el desarrollo de habilidades de autorregulación que garanticen una atención y respuesta sensible a las necesidades del paciente. Un trabajo personal o un acompañamiento a través de supervisiones podría ampliar la conciencia del terapeuta sobre sus propias dificultades y ayudarlo a desarrollar una actitud más neutral a la hora de trabajar con su paciente. Así mismo, se propone la importancia de realizar mediciones de la alianza de forma rutinaria en el transcurso de la terapia que aporten información sobre la calidad del vínculo, ya que se ha observado que resulta un aspecto importante para garantizar el éxito terapéutico.

A modo de conclusión se puede observar cómo el tipo de apego del terapeuta es un factor relevante en la vinculación con el paciente que se hace presente a través

de la construcción y desarrollo temporal de la alianza. Resulta importante pues, incluir una mirada terapéutica centrada en el proceso y no tanto en los resultados u objetivos terapéuticos, de manera que el profesional tome conciencia sobre la importancia de cuidar el vínculo en terapia, así como generar habilidades necesarias para crear un entorno seguro para el paciente que potencie su apertura a la exploración. De manera que, en el proceso de cambio en terapia, toma fuerza tanto el trabajo realizado por el paciente como la condición del terapeuta, dada la naturaleza puramente relacional que se da en los procesos terapéuticos. Desde este punto de vista, y más allá de la psicopatología mostrada por el paciente, es necesario que los profesionales de la psicoterapia cuenten con conocimientos sobre las bases de un apego seguro que les permita ofrecer un entorno adecuado donde el paciente pueda encontrar una FA sensible, responsiva, coherente y fiable. Estas características son las que permiten al paciente una mayor apertura a la exploración y reflexión intrapersonal.

Referencias

- Ainsworth, M. D. S. (1979). Attachment as related to mother-infant interaction. *Advances in the Study of Behavior*, (9), 1-51. [https://doi.org/10.1016/S0065-3454\(08\)60032-7](https://doi.org/10.1016/S0065-3454(08)60032-7)
- Ainsworth, M. D. S. (1989). Attachments beyond infancy. *American psychologist*, 44(4), 709-716. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.44.4.709>
- Baldwin, S. A., Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2007). Untangling the alliance-outcome correlation: Exploring the relative importance of therapist and patient variability in the alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(6), 842-852. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.75.6.842>
- Balluerka, N., Lacasa, F., Gorostiaga, A., Muela, A., & Pierrehumbert, B. (2011). Versión reducida del cuestionario CaMir (CaMir-R) para la evaluación del apego. *Psicothema*, 23(3), 486-494. Recuperado a partir de <https://reunido.uniovi.es/index.php/PST/article/view/9090>
- Barber, J. P., Connolly, M. B., Crits-Christoph, P., Gladis, L., & Siqueland, L. (2000). Alliance predicts patients' outcome beyond in-treatment change in symptoms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(6), 1027-1032. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.68.6.1027>
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2004). Mentalization-Based Treatment of BPD. *Journal of Personality Disorders*, 18(1), 36-5. <https://doi.org/10.1521/pedi.18.1.36.32772>
- Beebe, B., & Steele, M. (2013). How does microanalysis of mother–infant communication inform maternal sensitivity and infant attachment? *Attachment & Human Development*, 15(5-6), 583–602. <https://doi.org/10.1080/14616734.2013.841050>
- Behrendt, H. F., Konrad, K., Goecke, T. W., Fakhrabadi, R., Herpertz-Dahlmann, B., & Firk, C. (2016). Postnatal Mother-to-Infant Attachment in Subclinically Depressed Mothers: Dyads at Risk? *Psychopathology*, 49(4), 269-276. <https://doi.org/10.1159/000447597>

- Benlloch Bueno, 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.v31i116.348>
- Berducci, D. (2010). From infants' reacting to understanding grounding mature communication and sociality through turn-taking and sequencing. *Psychology of Language and Communication*, 14(1), 3-28. <https://doi.org/10.2478/v10057-010-0001-x>
- Bigelow, A. E., Beebe, B., Power, M., Stafford, A. L., Ewing, J., Egleson, A., & Kaminer T. (2018). Longitudinal relations among maternal depressive symptoms, maternal mind-mindedness and infant attachment behavior. *Infant Behavior and Development* 51, 33-44. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2018.02.006>
- Black, S., Hardy, G., Turpin, G., & Parry, G. (2010). Self-reported attachment styles and therapeutic orientation of therapists and their relationship with reported general alliance quality and problems in therapy. *Psychology and Psychotherapy*, 78(3), 363-377. <https://doi.org/10.1348/147608305X43784>
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252-260. <https://doi.org/10.1037/h0085885>
- Bowlby, J. (1979). The Bowlby-Ainsworth Attachment Theory. *Behavioral and Brain Sciences*, 2, 637-638. <https://doi.org/10.1017/S0140525X00064955>
- Bowlby, J. (1989). *Attachment and loss* (Vol.1). Nueva York, NY: Basic Books (Trabajo original publicado en 1969).
- Bretherton, I. (1992). The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Developmental Psychology*, 28(5), 759-775. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.28.5.759>
- Bretherton, I., & Munholland, K. A. (2008). Internal working models in attachment relationships: Elaborating a central construct in attachment theory. In J. Cassidy

- & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*, The Guilford Press, 102-127.
- Bretherton, I. (2013). Revisiting Mary Ainsworth's conceptualization and assessments of maternal sensitivity-insensitivity, *Attachment & Human Development*, 15(5-6), 460-484. <https://doi.org/10.1080/14616734.2013.835128>
- Bucci, S., Seymour-Hyde, A., Harris, A. & Berry, K. (2015). Client and Therapist Attachment Styles and Working Alliance. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 23(2), 155-165. <https://doi.org/10.1002/cpp.1944>
- Burke, E., Danquah, A., & Berry, K. (2015). A Qualitative Exploration of the Use of Attachment Theory in Adults Psychological Therapy. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 23(2), 142-154. <https://doi.org/10.1002/cpp.1943>
- Cann, A., Norman, M. A., Welbourne, J. L., & Calhoun, L. G. (2008). Attachment styles, conflict styles and humour styles: interrelationships and associations with relationship satisfaction. *European Journal of Personality*, 22(2), 131-146, <https://doi.org/10.1002/per.666>
- Cerezo, M. A., Pons-Salvador, G., Trenado, R. M., & Sierra-García, P. (2019). The temporal dimension in maternal sensitivity predicting organized attachment in children. *Nonlinear Dynamics, Psychology and Life Sciences*, 23(1), 137-171.
- Colli, A., Tanzilli, A., Dimaggio, G., & Lingardi, V. (2014). Patient Personality and Therapist Response: An Empirical Investigation. *The American Journal of Psychiatry*, 171(1), 102-108. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.13020224>
- Corbella, S., & Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de Psicología / Annals of Psychology*, 19(2), 205-221. Recuperado a partir de <https://revistas.um.es/analesps/article/view/27671>
- Crittenden, P. M. (2017). Gifts from Mary Ainsworth and John Bowlby. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 22(3). <https://doi.org/10.1177/1359104517716214>

- Degnan, A., Seymour-Hyde, A., Harris, A., & Berry, K. (2014). The Role of Therapist Attachment in Alliance and Outcome: A Systematic Literature Review. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 23(1), 47-65. <https://doi.org/10.1002/cpp.1937>
- Diener, M. J., & Monroe, J. M. (2011). The relationship between adult attachment style and therapeutic alliance in individual psychotherapy: A meta-analytic review. *Psychotherapy*, 48(3), 237–248. <https://doi.org/10.1037/a0022425>
- Dinger, U., Strack, M., Sachsse, T., & Schauenburg, H. (2009). Therapists' attachment, patients' interpersonal problems and alliance development over time in inpatient psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 46(3), 277–290. <https://doi.org/10.1037/a0016913>
- Eagle, M. N. (2017). Attachment theory and research and clinical work. *Psychoanalytic Inquiry*, 37(5), 284-297. <https://doi.org/10.1080/07351690.2017.1322420>
- Farber, B. A., Lippert, R. A., & Nevas, D. B. (1995). The therapist as attachment figure. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 32(2), 204-212. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.32.2.204>
- Fearon, R. P., & Belsky, J. (2016). Precursor of attachment security. In J. Cassidy & R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*. New York, NY: Guilford Press, 63-88.
- Fonagy, P., & Target, M. (2006). The Mentalization-Focused Approach to Self Pathology. *Journal of Personality Disorders*, 20(6), 544-576. <https://doi.org/10.1521/pedi.2006.20.6.544>
- Gabbard, G. O. (2001). A contemporary psychoanalytic model of countertransference. *Journal of Clinical Psychology*, 57(8), 983-991, <https://doi.org/10.1002/jclp.1065>
- Galán, A. (2020). ¿En qué mejora la teoría del apego nuestra práctica clínica? Es hora de recapitular. *Papeles del Psicólogo*, 41(1), 66-73. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2917>

- Goldman, G., & Anderson, T. (2007). Quality of object relations and security of attachment as predictors of early therapeutic alliance. *Journal of Counseling Psychology, 54*(2), 111-117, <https://doi.org/10.1037/0022-0167.54.2.111>
- Groh, A. M., Fearon, R. P., Bakermans-Kranenburg, M. J., van IJzendoorn, M. H., Steele R. D., & Roisman, G. I. (2014). The significance of attachment security for children's social competence with peers: a meta-analytic study. *Attachment & Human Development, 16*(2), 103-136. <https://doi.org/10.1080/14616734.2014.883636>
- Harlow, H. F. (1958). The nature of love. *American Psychologist, 13*(12), 673-685. <https://doi.org/10.1037/h0047884>
- Holmes, J. (2004). Disorganized attachment and borderline personality disorder: A clinical perspective. *Attachment & Human Development, 6*, 181-190 <https://doi.org/10.1080/14616730410001688202>
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy, 48*(1), 9–16. <https://doi.org/10.1037/a0022186>
- Johnson, S. M., & Greenberg, L. S. (1985). Emotionally focused couples therapy: an outcome study. *Journal of Marital and Family Therapy, 11*(3), 313-317, <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.1985.tb00624.x>
- Kiesler, D. J. (2001). Therapist countertransference: In search of common themes and empirical referents. *Journal of Clinical Psychology, 57*(8), 1053-1063, <https://doi.org/10.1002/jclp.1073>
- Lafuente, M.J., & Cantero, M.J. (2010). Vinculaciones afectivas. Apego, amistad y amor. *Madrid: Pirámide*, 93-124.
- Levy, K. N., & Johnson, B. N. (2019). Attachment and psychotherapy: implications from empirical research. *Canadian Psychology, 60*(3), 178-193, <https://doi.org/10.1037/cap0000162>*

- Ligiéro, D. P., & Gelso, C. J. (2002). Countertransference, attachment and the working alliance: The therapist's contribution. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 39(1), 3-11. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.39.1.3>
- Lingiardi, V., Muzi, L., Tanzilli, A., & Carone, N. (2017). Do therapist's subjective variables impact on psychodynamic psychotherapy outcomes? A systematic literature review. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 25(1), 85-101. <https://doi.org/10.1002/cpp.2131>
- Luborsky, L., Barber, J. P., & Crits-Christoph, P. (1990). Theory-based research for understanding the process of dynamic psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58(3), 281-287. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.58.3.281>
- Mallinckrodt, B., Gantt, D. L., & Coble, H. M. (1995). Attachment patterns in the psychotherapy relationship: development of the client attachment to therapist scale. *Journal of Counseling Psychology*, 42(3), 307-317. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.42.3.307>
- Mallinckrodt, B. (2010). The psychotherapy relationship as attachment: Evidence and implications. *Journal of Social and Personal Relationships*, 27(2), 262-270. <https://doi.org/10.1177/0265407509360905>
- Mallinckrodt, B., & Jeong, J. (2015). Meta-analysis of client attachment to therapist: Associations with working alliance and client pretherapy attachment. *Psychotherapy*, 52(1), 134-139. <https://doi.org/10.1037/a0036890>
- Mikulincer, M., Shaver, P. R., & Berant, E. (2013). An attachment perspective on therapeutic processes and outcomes. *Journal of Personality*, 81(6), 606-616. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2012.00806.x>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., McGuinness, L. A.,... & Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews.

Declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas. *Revista Española de Cardiología (English ed.)*, 74(9), 790-799. <https://doi.org/10.1016/j.rec.2021.07.010>

Provenzi, L., Scotto di Minico, G., Giusti, L., Guida, E., & Müller, M. (2018). Disentangling the dyadic dance: theoretical, methodological and outcomes systematic review of mother-infant dyadic processes. *Frontiers in Psychology*, 9:348, <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00348>

Romano, V., Fitzpatrick, M., & Janzen, J. (2008). The secure-base hypothesis: Global attachment, attachment to counselor, and session exploration in psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology*, 55(4), 495-504. <https://doi.org/10.1037/a0013721>

Rubino, G., Barker, C., Roth, T., & Fearon, P. (2000). Therapist empathy and depth of interpretation in response to potential alliance ruptures: The role of therapist and patient attachment styles. *Psychotherapy Research*, 10(4), 408-420. <https://doi.org/10.1093/ptr/10.4.408>

Ruiz-Aranda, D., Cardoso-Álvarez, S. & Fenorllar-Cortés, J. (2021). Therapist Attachment and the Working Alliance: The Moderating Effect of Emotional Regulation. *Frontiers in Psychology*, 12:784010. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.784010>

Safran, J. D., Muran, J. C., & Eubanks-Carter, C. (2011). Repairing alliance ruptures. *Psychotherapy*, 48(1), 80-87. <https://doi.org/10.1037/a0022140>

Safran, J. D., & Wallner, L. K. (1991). The relative predictive validity of two therapeutic alliance measures in cognitive therapy. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3(2), 188-195. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.3.2.188>

Sauer, E. M., Lopez, F. G., & Gormley, B. (2003). Respective contributions of therapist and client adult attachment orientations to the development of the early working

- alliance: a preliminary growth modeling study. *Psychotherapy Research*. 13(3), 371-382, <https://doi.org/10.1093/ptr/kpg027>
- Schauenburg, H., Buchheim, A., Beckh, K., Nolte, T., Brenk-Franz, K., Leichsenring, F., Strack, M. & Dinger, U. (2010). The influence of psychodynamically oriented therapists' attachment representations on outcome and alliance in inpatient psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 20(2), 193-202. <https://doi.org/10.1080/10503300903204043>
- Sherman, L. J., Rice, K., & Cassidy, J. (2015). Infant capacities related to building internal working models of attachment figures: A theoretical and empirical review. *Developmental Review*, 37, 109-141. <https://doi.org/10.1016/j.dr.2015.06.001>
- Smith, A. E. M., Msefti, R. M., & Golding, L. (2010). Client self-rated adult attachment patterns and the therapeutic alliance: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 30(3), 326-337. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.12.007>
- Spitz, R. (1945). Hospitalism: An Inquiry into the Genesis of Psychiatric Conditions in Early Childhood. *Psychoanalytic Study of the Child*, 1(1), 53-74. <https://doi.org/10.1080/00797308.1945.11823126>
- Watkins, C. E. (1985). Countertransference: Its impact on the counseling situation. *Journal of Counseling & Development*, 63(6), 356-359. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.1985.tb02718.x>
- Weerasekera, P., Linder, B., Greenberg, L., & Watson, J. (2001). The Working Alliance in Client-Centered and Process-Experiential Therapy of Depression. *Psychotherapy Research*, 11(2), 221-233. <https://doi.org/10.1093/ptr/11.2.221>
- Weinberg, M. K., Beeghly, M., Olson, K. L., & Tronick, E. (2008). Effects of maternal depression and panic disorder on mother-infant interactive behavior in the Face-to-Face Still-Face paradigm. *Infant Mental Health Journal*, 29(5), 472-491. <https://doi.org/10.1002/imhj.20193>
- Wongpakaran, T. & Wongpakaran, N. (2012). How the interpersonal and attachment styles of therapists impact upon the therapeutic alliance and therapeutic

outcomes. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 95(12), 1583-1592.

Recuperado a partir de

<https://thaiscience.info/Journals/Article/JMAT/10971942.pdf>

Zachrisson, A. (2009). Countertransference and changes in the conception of the psychoanalytic relationship. *International Forum of Psychoanalysis*, 18(3), 177-

188. <https://doi.org/10.1080/0803706090277761>

Anexos

Anexo 1. Tabla 5

Instrumentos Utilizados para la Medición del Apego del Terapeuta

| Nombre | Siglas | Autores | Descripción | Veces utilizado |
|-----------------------------------|---------------|--------------------|---|------------------------|
| <i>Adult Attachment Inventory</i> | AAI | Main et al. (2002) | Instrumento de autoinforme a través de una entrevista semiestructurada que incluye preguntas sobre las primeras experiencias relacionales durante la infancia con figuras de apego primarias. La entrevista debe ser transcrita por expertos formados en el manejo del instrumento para garantizar la fiabilidad de la codificación y clasificaciones posteriores. La codificación tiene en cuenta la coherencia, la flexibilidad y la integridad del discurso de cada entrevistado para la asignación categórica de los siguientes grupos: seguro/autónomo (F), inseguro/desestimador (Ds), inseguro/preocupado (E) y no resuelto (U). Además incluye el cálculo de medidas continuas de la escala de estado mental: seguridad vs. inseguridad y evitación vs. preocupación. | 3 |

| Nombre | Siglas | Autores | Descripción | Veces utilizado |
|--|---------------|-------------------------------|---|------------------------|
| <i>Relationship Questionnaire</i> | RQ | Bartholomew y Horowitz (1991) | Instrumento de autoinforme que incluye cuatro enunciados que se ajustan con los cuatro patrones de apego prototípicos propuestos por los autores. Las clasificaciones de apego se conceptualizan en dos dimensiones relacionadas: autoconcepto (modelo del yo) y funcionamiento interpersonal (modelo de los demás), dando lugar a los cuatro estilos de apego: a) seguro, relacionado con la imagen positiva propia y de los demás, la comodidad en las relaciones interpersonales, la presencia de intimidad y la autonomía, b) preocupado que incluye una visión negativa del yo y positiva del otro y preocupación por las relaciones interpersonales, c) desdeñoso con una visión positiva del yo y negativa del otro, evitación de la intimidad y ausencia de dependencia, y d) temeroso relacionada con una visión negativa tanto del yo como de los demás, altos niveles de miedo hacia la intimidad. | 2 |
| <i>Experience of Close Relationships Questionnaire</i> | ECR | Brennan et al. (1998) | Medida de autoinforme que consta de 36 ítems basados en dos dimensiones: a) ansiedad, indicativa de miedo al abandono y rechazo interpersonal y b) evitación, indicativa de incomodidad con la cercanía e intimidad interpersonal. Cada ítem se responde a través de una escala Likert de 7 puntos que va desde 1 (muy en desacuerdo) a 7 (totalmente de acuerdo). | 2 |

| Nombre | Siglas | Autores | Descripción | Veces utilizado |
|---|---------------|-------------------------|---|------------------------|
| <i>The Attachment Questionnaire in Adults</i> | CaMir | Balluerka et al. (2011) | Medida de autoinforme que consta de 32 medidos en una escala tipo Likert de 5 puntos según su grado de acuerdo o desacuerdo. Evalúa las representaciones de apego en base a experiencias relacionales tempranas presentes en dinámicas familiares. Consta de 7 dimensiones que hacen referencia a: a) seguridad (disponibilidad y apoyo de las FA), b) preocupación familiar e interferencia de los padres (apego preocupado), c) autosuficiencia y resentimiento hacia los padres (apego evitativo), d) trauma infantil (apego desorganizado) y e) valor de la patria potestad y permiso de los padres (estructura familiar). | 1 |
| <i>Attachment Style Questionnaire</i> | ASQ | Feeney et al. (1994) | Instrumento de autoinforme compuesto por 40 ítems orientados a medir el estilo de interacción interpersonal de la persona evaluada. Contempla cinco dimensiones que se relacionan con conductas típicas de cada tipología de apego: a) confianza (apego seguro), b) preocupación por las relaciones (apego ansioso-ambivalente), c) necesidad de aprobación (apego ansioso-ambivalente) que incluye necesidad de aceptación y validación, d) relaciones como aspectos secundarios (apego evitativo) que incluye necesidad de protegerse contra el dolor emocional y la vulnerabilidad, malestar con la cercanía e incomodidad con la intimidad, y (e) orientación hacia la consecución de logros y el funcionamiento independiente (apego evitativo). | 1 |

Anexo 2. Tabla 7

Instrumentos Utilizados para la Medición de la Alianza

| Nombre | Siglas | Autores | Descripción | Veces utilizado |
|---------------------------------------|---------------|--|--|------------------------|
| <i>Working Alliance Inventory</i> | WAI | Horvath y Greenberg (1989) | instrumento de autoinforme que consta de 36 ítems que el sujeto debe contestar en una escala tipo Likert de 7 puntos para medir la calidad de la alianza terapéutica. Consta de 3 subescalas: (a) desarrollo del vínculo, la cual evalúa la confianza y la relación entre el paciente y el terapeuta, (b) acuerdo de objetivos, en relación al acuerdo establecido entre paciente y terapeuta sobre los objetivos generales del tratamiento y (c) acuerdo de tareas, que mide el acuerdo sobre las tareas realizadas para lograr los objetivos terapéuticos. | 6 |
| <i>Helping Alliance Questionnaire</i> | HAQ | Bassler, Potratz, y Krauthauser (1995) | Instrumento de autoinforme que consta de 11 ítems e informa de la calidad general de la alianza en pacientes hospitalizados con diagnósticos mixtos. | 1 |
| <i>Agnew Relationship Measure</i> | ARM | Agnew-Davies et al. (1998) | Cuestionario de autoinforme de 28 ítems calificados en una escala tipo Likert de 7 puntos según el grado de acuerdo o desacuerdo de los participantes. El estudio que emplea este instrumento para evaluar la calidad de la alianza modificó la redacción de los ítems para utilizarlo como una medida generalizada de formación de alianzas terapéuticas. | 1 |

| Nombre | Siglas | Autores | Descripción | Veces utilizado |
|-----------------------------------|---------------|-----------------------------|---|------------------------|
| <i>Inpatient Experience Scale</i> | IES | Sammet y Schauenburg (1999) | Cuestionario de autoinforme compuesto por 38 ítems que tiene como objetivo identificar aspectos relevantes del proceso terapéutico con pacientes hospitalizados. Consta de 7 escalas, sin embargo, el estudio que lo emplea únicamente utiliza la escala "alianza con terapeuta individual" que confiere importancia al aspecto del vínculo en la alianza terapéutica. Dicha escala evalúa la cercanía emocional y el grado de comprensión percibido por el paciente, así como el acuerdo sobre los objetivos terapéuticos. Los sujetos deben contestar en una escala Likert de 6 puntos. | 1 |