



Universidad Internacional de La Rioja
Facultad de Ciencias de la Salud

Grado en Psicología

Recorrido de la Teoría del Apego y su aplicación en psicoterapia en la edad adulta

Trabajo fin de estudio presentado por:	María Cañadas Martínez
Modalidad:	Ensayo teórico
Director/a:	María del Pilar Berzosa Grande
Fecha:	03/07/2024

Resumen

Existe una extensa literatura que avala la importancia de la Teoría del Apego. En este sentido, este ensayo profundiza en la influencia de esta teoría en la psicoterapia, destacando el espacio terapéutico como un entorno privilegiado para la reparación de los vínculos de apego inseguros. Enfatiza la importancia de establecer una base segura que enmarque la relación, así como de adaptar la intervención al estilo de apego del paciente y de abordar la propia dinámica relacional. Además, la investigación resalta el valor terapéutico de explorar las experiencias pasadas de la persona en un contexto de seguridad y confianza. Los **resultados indican** el papel crucial de la relación terapéutica en la reparación de los vínculos de apego, lo que tiene un impacto significativo en el éxito del tratamiento. En **conclusión**, se ha comprobado que el terapeuta debe convertirse en un experto capaz de adaptar su intervención al estilo de cada paciente teniendo en cuenta sus particularidades a la hora de vincularse. Así, la relación será una experiencia emocional correctiva para el individuo que le permitirá desarrollar un sentido integrado de su propio self. En el futuro sería interesante contar con estudios longitudinales de los efectos de la psicoterapia basada en la TA, así como con protocolos de intervención adaptados a cada estilo de apego.

Palabras clave: *Teoría del Apego, psicoterapia, vínculo terapéutico, reparación.*

Abstract

There is an extensive literature that supports the importance of Attachment Theory. In this sense, this essay delves into the influence of this theory in psychotherapy, highlighting the therapeutic space as a privileged environment for the repair of insecure attachment bonds. It emphasizes the importance of establishing a secure base that frames the relationship, as well as tailoring the intervention to the patient's attachment style and addressing the relational dynamics themselves. In addition, the research highlights the therapeutic value of exploring the person's past experiences in a context of safety and trust. The **results** indicate the crucial role of the therapeutic relationship in the repair of attachment bonds, which has a significant impact on treatment success. In **conclusion**, it has been shown that the therapist must become an expert capable of adapting his intervention to the style of each patient, taking into account his particularities in attachment. Thus, the relationship will be a corrective emotional experience for the individual that will allow him to develop an integrated sense of his own self. In the future, it would be interesting to have longitudinal studies of the effects of AT-based psychotherapy, as well as intervention protocols adapted to each attachment style.

Keywords: *Attachment Theory, psychotherapy, therapeutic bond, reparation.*

Índice de contenidos

1.1.	Justificación	10
1.2.	Objetivos.....	14
2.	La Teoría del Apego en el niño	14
2.1.	Definición de la Teoría del Apego.....	14
2.2.	La Situación Extraña	18
2.3.	Los estilos de apego.....	21
2.4.	Neurociencia del apego	29
3.	La Teoría del Apego en el adulto.....	33
3.1.	Transición del apego infantil al apego adulto	33
3.2.	Entrevista de Apego Adulto.....	36
4.	Aplicación de la Teoría del Apego en psicoterapia	40
4.1.	Teoría del Apego y alianza terapéutica	41
4.2.	Experiencias emocionales correctivas.....	43
4.3.	Influencia del estilo de apego del paciente y del terapeuta en la relación terapéutica 45	
4.4.	Estrategias para la psicoterapia basada en la Teoría del Apego	48
5.	Conclusiones.....	54
5.1.	Limitaciones.....	55
5.2.	Prospectiva	55
6.	Referencias bibliográficas	57
7.	Webgrafía	68

Índice de figuras

Figura 1. <i>Corte sagital del cerebro: corteza orbitofrontal, amígdala e hipocampo</i>	31
Figura 2. <i>Corte sagital del cerebro: corteza cingulada anterior y corteza fusiforme</i>	32

Índice de tablas

Tabla 1. <i>Descripción de los ocho episodios utilizados para valorar los estilos de apego.</i>	20
Tabla 2. <i>Síntesis de las características de los estilos de vinculación</i>	28
Tabla 3. <i>Características de los estilos de apego en la EAA</i>	40
Tabla 4. <i>Estrategias para la psicoterapia basada en la TA</i>	53

Introducción

El **ser humano** ha sido considerado desde la antigüedad un **animal social**, lo que significa que se encuentra genéticamente programado para establecer interacciones sociales con los miembros de su entorno. Desde sus orígenes, ha precisado de la **cooperación** con sus homónimos para sobrevivir y, posteriormente, para lograr el desarrollo de la sociedad que conocemos actualmente (Barroso, 2014; Holmes y Slade, 2019).

A diferencia del resto de los animales, nace **dependiente** de su **madre** y sigue siéndolo durante los años posteriores a su nacimiento. Necesita de otros seres humanos con mayor experiencia para poder **sobrevivir** dado que, de lo contrario, se enfrenta inevitablemente a la muerte. Por tanto, son ellos quienes, durante años, se convierten en figuras protectoras que cumplen una función: **alimentar y proteger** al infante para que progresivamente gane en autonomía y pueda valerse por sí mismo e incluso convertirse en una figura protectora para un nuevo infante, asegurando así la supervivencia de la especie (Casullo y Fernández, 2004).

Si bien podría creerse que estas funciones podría realizarlas cualquier adulto disponible, o incluso la tribu en su conjunto, es sabido que el **bebé humano** está diseñado para escoger a un individuo de su entorno, normalmente la madre, que se convierte en su **cuidador principal** y se encarga de brindarle la **protección y el apoyo** que necesita (Hornor, 2019).

En este contexto es donde cobra especial relevancia el concepto sobre el que versa este ensayo teórico, que no es otro que la **Teoría del Apego**, en adelante TA, cuyo principal autor fue **John Bowlby** (Bowlby, 1979), un reconocido psicoanalista que se basó en las investigaciones de Freud, Darwin, Lorenz o Harlow.

Esta teoría explica que ya desde el vientre materno se genera un vínculo entre la **madre** y el feto, denominado **vínculo de apego**, que se mantiene y fortalece a lo largo de los primeros meses de vida extrauterina, en los que el bebé depende completamente de los cuidados de su progenitora. De este modo, la madre se convierte en su **principal figura de apego** (Grimalt y Heresi, 2012).

El bebé humano tiene la tendencia a **apegarse de forma instintiva** a la figura que cuida de él, con el fin de **sobrevivir**, lo que incluye el desarrollo físico, social y emocional. De este modo, la meta biológica del sistema de apego es la supervivencia, y la psicológica, es la **seguridad** (Hernández-Pacheco, 2020).

La función de la o las figuras de apego, en caso de que el padre u otro adulto estén disponibles, consiste en **detectar y responder** adecuadamente a las **necesidades** del pequeño, dado que por sus limitaciones de movimiento y de lenguaje no es capaz de satisfacerlas por sí mismo. En este sentido, las necesidades del bebé pueden ser, por un lado, **fisiológicas** (relacionadas con hambre, frío, sed, sueño, etc.), o, por otro, **emocionales** (Barroso, 2014).

El niño hace saber al adulto sus necesidades por medio de **conductas primarias de expresión emocional**, como lo son el llanto, la agitación o los gritos. Y un **cuidador disponible** es aquel que responde de forma predecible y consistente a ambos tipos de necesidades, lo que hace que el niño se sienta acogido y comprendido, reforzando su **vínculo de apego** y facilitando que recurra de nuevo a él cuando lo precise (Galán, 2016).

En cuanto a las necesidades emocionales, y por cuestiones de falta de desarrollo cortical, es un hecho que los niños pequeños no son capaces de comprender sus emociones ni de regularlas por sí mismos de una manera adecuada. Por tanto, necesitan de un cuidador que las **entienda, las interprete y las regule** con ellos, dándoles un sentido comprensible para ellos (Holmes y Slade, 2019).

De este modo, las experiencias repetidas de apego que el infante tiene con su cuidador dan lugar a la formación, en el cerebro del niño, de un **sistema interno de creencias sobre sí mismo**, sobre las relaciones y lo que puede esperar de ellas, y sobre el funcionamiento del mundo, que lo acompañan a lo largo de toda su vida. Y, todo ello influye, por tanto, en la forma de **vincularse** con otras personas (Contreras *et al.*, 2011).

En función de la disponibilidad del cuidador principal y de la forma en que éste satisface o no las necesidades del infante, se forja en él un **estilo de apego** determinado, o, lo que es lo mismo, una manera particular de relacionarse y vincularse en situaciones de **intimidad** (bien sea en amistad, en pareja, o incluso con un psicoterapeuta).

Si bien en las próximas páginas el lector encontrará una descripción exhaustiva de los **cuatro estilos de apego**, cabe mencionar que estos se dividen en dos grandes categorías: **seguridad e inseguridad**. Cuando el cuidador principal se encuentra disponible y sensible a las necesidades fisiológicas y emocionales del infante de manera consistente, contribuye a que su ansiedad disminuya y, por tanto, se desarrolle en él un estilo de **apego seguro**. No obstante, cuando el cuidador no se encuentra disponible ni es sensible a las demandas de forma consistente, se desarrolla un estilo de **apego inseguro**, que a su vez se divide en otras tres categorías: **evitativo, ansioso y desorganizado** (Lacasa y Muela, 2014).

Cada uno de los estilos citados en el párrafo anterior presentan características diferentes que se abordarán más adelante, tanto en la forma en que el cuidador se dirige al infante, como en las consecuencias que esto tiene para el niño, en cuanto al manejo que éste hace de sus emociones y en lo referente al **concepto que tiene de sí mismo**, de las **relaciones** interpersonales y del **mundo**.

Mary Ainsworth, una psicóloga e investigadora que se formó con Bowlby, elaboró un procedimiento de laboratorio (la **Situación Extraña**, en adelante SE) para niños de entre 9 y 18 meses, gracias al cual, a partir de la interacción del niño con su madre en los distintos escenarios planteados en la prueba, es posible identificar el **estilo de apego** que presenta el **niño**.

Posteriormente, teniendo en cuenta que el sistema de apego da lugar a una estructura interna de relación con uno mismo y con los demás que se prolonga a lo largo de toda la vida de la persona, se ideó un nuevo instrumento con el fin de identificar el estilo de apego del adulto. Mary Main, creó la **Entrevista de Apego Adulto** (EAA en adelante), una entrevista semiestructurada de orientación psicodinámica en la que, a partir del análisis de las respuestas del sujeto, se analizan los recuerdos que éste tiene sobre las relaciones que tuvo con sus principales figuras de apego en su infancia, y se identifica el estilo de apego que presenta en la actualidad.

La investigación, durante los últimos años, ha demostrado que el **estilo de apego** de una persona **puede cambiar en la edad adulta** por diferentes motivos. Por ende, de lo anterior se deduce que una persona insegura puede conseguir desarrollar una capacidad de vincularse de manera segura por medio de varias vías. Una posibilidad tiene que ver con el hecho de relacionarse con personas significativas con un estilo de vinculación seguro, que ayuden a transformar paulatinamente las estructuras internas que ha ido forjando el sujeto a lo largo de su trayectoria vital. La otra, y en la que se basa el presente ensayo, está relacionada con el impacto que tiene la **psicoterapia** y, más concretamente, **la relación con el psicoterapeuta**, en el desarrollo de un apego seguro, por medio de la **exploración de los conflictos pasados y actuales** y el desarrollo de **nuevas formas de relacionarse** (Marmarosh y Kivlighan, 2014).

El presente ensayo se divide en tres grandes bloques que se explicarán a continuación: En primer lugar, incluye un análisis de la TA en el niño, realizando una descripción exhaustiva de la TA y, más concretamente, del concepto “sistema de apego”, de su función, así como del modo en que se desarrolla. En este apartado también se explica el procedimiento de la SE,

que permite identificar el estilo de vinculación que tiene cada niño y, por último, los cuatro estilos de apego derivados de los resultados de la SE.

El segundo bloque se centra en las implicaciones de la TA en la edad adulta, e incluye, por tanto, una explicación acerca de la transición del apego infantil al apego adulto, así como una descripción completa de la EAA y de las manifestaciones propias de cada uno de los estilos de vinculación.

En el tercer apartado, se hace una aproximación a la aplicación de la TA en psicoterapia. Para ello, se explica la relación entre la alianza terapéutica y la TA, el concepto de experiencias emocionales correctivas y la influencia del estilo de apego tanto del terapeuta como del paciente en la relación terapéutica. Además, se incluye un último apartado donde se describen algunas estrategias que el terapeuta puede poner en práctica basándose en la TA.

Por último, se exponen las conclusiones alcanzadas a partir de la realización del presente ensayo, así como sus posibles limitaciones y líneas futuras.

1.1. Justificación

Es posible que el lector se pregunte el porqué de la elección de esta temática, debido a que la TA no es en absoluto un concepto actual. Si bien es cierto que la TA quedó relegada a un segundo plano en el marco de la intervención e investigación psicológicas durante décadas, a finales de la década de los años 90 del siglo pasado e inicios del siglo actual, se ha reavivado el estudio de esta temática, aproximándose progresivamente a la psicobiología.

De esta forma, los postulados de **Bowlby** han sido completados y ampliados por numerosos **estudios sobre neurociencias, psiconeuroinmunología y genética** del apego (Lecannelier, 2018), motivo por el cual este trabajo pretende aportar una mirada completa y actualizada de esta cuestión.

Los estudios dejan claro que a lo largo de los primeros años de vida se produce un aumento ingente de **neuronas y de conexiones sinápticas**. No obstante, alrededor de los seis años tiene lugar **una poda neuronal**, lo que indica que la mayoría de los **aprendizajes** que el humano tendrá a lo largo de su vida se dan en esos primeros años. De ahí la importancia tan grande del **apego** en la **construcción de la personalidad** a lo largo de todo el ciclo vital, dado que, si bien tras esta poda es posible generar nuevos aprendizajes cognitivos, se reducen las posibilidades de crear **aprendizajes emocionales complejos** (Hernández-Pacheco, 2020).

En este sentido, la investigación ha demostrado que **las experiencias afectivas tempranas** son cruciales en el **desarrollo y la evolución de los circuitos neuronales** del cerebro del infante (Ara, 2012).

El sistema de apego condiciona la calidad de sus relaciones con el entorno, así como la de la relación que mantiene consigo mismo. Por tanto, conviene, en lugar de obviarlo, tratar de conocer todo lo que se puede hacer para modularlo o para sacar buen provecho de sus potencialidades.

El **bienestar del niño** depende del buen trato que este reciba, lo cual depende de que los **adultos** posean las **competencias parentales** necesarias para responder de forma adecuada a sus **necesidades y de sintonizar** con él (Ara, 2012). La **sintonización** es el proceso mediante el cual la madre transmite a su cría la sensación de que ella es consciente de cómo se siente él, lo que produce en el niño la sensación de sentirse emocionalmente **conectado y comprendido** por ella (Barudy y Dantagnan, 2005).

Cuando los progenitores no son capaces de sintonizar emocionalmente con sus hijos de manera repetida, se generan situaciones especialmente complejas para los niños. Con el tiempo, no es de extrañar que los pequeños tengan **dificultades** para aprender a manejar sus **emociones y desarrollar empatía**, o que incluso dejen de expresar o sentir determinadas emociones (Barudy y Dantagnan, 2005).

En el momento en que estos niños alcanzan la **edad adulta**, muchos de ellos presentan serias dificultades a la hora de desarrollar competencias parentales adecuadas, lo cual no es sorprendente, ya que la mayoría de los padres que descuidan o incluso **maltratan** a sus hijos, son a la vez hijos de padres que no pudieron sintonizar emocionalmente con ellos (Barudy y Dantagnan, 2005). Hernández-Pacheco afirma, en este sentido, que el tipo de **apego del padre** influye de forma directa en el de su prole. Es decir, se transmite por **educación**, por lo que, si se interviene desde la psicoterapia en el apego de los adultos, se puede llegar a frenar esta transmisión a la siguiente generación (2020).

Unido a lo anterior, cabe destacar que otro de los motivos por los que se sabe que hoy en día es fundamental basarse en la TA, es que la incapacidad de las figuras de apego para generar vínculos de apego seguros con sus hijos y los **efectos fisiológicos** derivados (Bernard *et al.*, 2016) que se explicarán más adelante, pueden dar lugar a **disfunciones, retrasos en el desarrollo** (Ara, 2012), **enfermedades físicas** (Piug *et al.*, 2012), **trastornos mentales** (Felitti

et al., 1998), o incluso la **muerte** en el caso de los recién nacidos antes de término (OMS, 2022).

Actualmente se ha demostrado que algunos problemas tales como el **abuso de sustancias**, las **dificultades académicas** o los problemas de **violencia en la pareja** (tanto en las víctimas como en los perpetradores), se relacionan con el **estilo de apego** de los individuos (Caspers *et al.*, 2006; Dutton y White, 2012; Gore y Rogers, 2010). E incluso, algunos problemas de salud mental como el Trastorno Límite de la Personalidad o el Trastorno Antisocial de la Personalidad se relacionan con un estilo de apego inseguro o desorganizado (Dosier, Stoval-McCloug y Albus, 2008, como se cita en Pitillas, Halty y Berástegui, 2016).

El DSM-V (APA, 2013) cuenta también con una categoría diagnóstica denominada “trastorno de apego reactivo”, que incluye síntomas relativos a la conducta de apego ligados a una causa concreta. Entre la comunidad clínica existe un cierto descontento con esta propuesta diagnóstica, dado que plantea en sí misma un reduccionismo, al basarse en la conducta social de los niños en contextos muy determinados, como lo son los niños maltratados o institucionalizados (Galán, 2010).

En relación con la **salud física**, las investigaciones indican que algunas emociones tales como la **ira**, la **ansiedad**, la **hostilidad** o el **estrés** pueden estar relacionadas con el inicio y la progresión **de enfermedades cardíacas, cáncer, artritis, SIDA o hipertensión arterial** (Garrido, 2006). Fredrickson (2001), relacionándolo con el estilo de apego, apunta a que las personas inseguras (tanto ambivalentes como evitativas) experimentan este tipo de emociones en mayor medida, lo que las hace estar más expuestas a problemas de salud física. Las personas con **estilo seguro**, en cambio, experimentan con más frecuencia emociones como la **alegría**, la **confianza** o la **tranquilidad**, lo que favorece su **crecimiento social**, su capacidad de ser **resilientes** y, en última instancia, su **bienestar emocional** (Fredrickson, 2001; Pitillas, Halty y Berástegui, 2016).

Si bien es cierto que el sistema de apego es una **estructura interna** que acompaña a la persona durante toda su vida, esta no es inamovible, sino que puede estar sujeta a **cambio** si se dan las condiciones necesarias. De hecho, la investigación realizada durante los últimos años afirma que los tipos de apego pueden cambiar en la edad adulta (Bucci *et al.*, 2015; Lossa, Corbella y Botella, 2012) y, más concretamente, que la **terapia psicológica** es capaz de transformar el **apego inseguro en seguro** (Burke, Danquah y Berry, 2015).

El **espacio terapéutico** es, por definición, el contexto donde se dan las condiciones para un cambio de esta envergadura. Así como una **madre sensible y receptiva** es capaz de generar una sensación de seguridad en el apego de su hijo, brindándole su apoyo y animándolo a **explorar** el mundo, un psicoterapeuta puede convertirse también en un **refugio seguro** donde el paciente puede explorar y reflexionar acerca de sus situaciones y recuerdos dolorosos sabiendo que recibirá **consuelo, seguridad y aliento** (Mikulincer, Shaver y Berant, 2012).

En este sentido, este refugio seguro en que se convierte la terapia favorece que el paciente pueda tomar conciencia de cómo los **modelos internos negativos** que se formaron fueron necesarios para **sobrevivir** en el pasado, y, sin embargo, en la actualidad, no son adaptativos ni útiles, e incluso le generan un cierto malestar (Daly y Mllinckrodt, 2009).

Muchas personas que recurren a **terapia** llegan habiendo sentido muy poca seguridad en su familia de origen, y, por tanto, vienen con la necesidad de tener una **experiencia relacional distinta**, donde poder **revisar sus propios esquemas** internos, y someterlos a modificaciones que impliquen un cambio significativo en sus vidas (Mair, 2020).

En este sentido, la investigación ha demostrado que, dentro del marco de una **psicoterapia** basada en la TA, los **avances** de los pacientes tienden a ser más profundos y **duraderos** en el tiempo (Mikulincer, Shaver y Berant, 2012). Esto es así porque la modificación del tipo de apego a otro más seguro permite **reorganizar los modelos internos de trabajo** de la persona, ayudándole a desarrollar un mayor sentido de control y autoeficacia, así como una mayor capacidad para **autorregularse** emocionalmente (Benlloch, 2020).

Por todo lo anterior, huelga decir que las conclusiones extraídas de este ensayo pueden constituir una gran aportación a la psicoterapia, sea cual sea el modelo psicoterapéutico desde el que se intervenga. En este sentido, la TA puede aplicarse de manera transversal en cualquier proceso terapéutico, con independencia del tema en particular en el que se base el motivo de consulta del paciente, dado que precisa únicamente de la relación entre el terapeuta y el paciente.

Algunos estudios recientes aseguran que los pacientes **inseguros** tienden a utilizar los **servicios psicológicos y psiquiátricos** con mayor frecuencia, generando mayores costes a la sociedad (Berry, Roberts, Danquah y Davies, 2014, como se cita en Burke, Danquah y Berry, 2015). Por tanto, una psicoterapia que tuviera en cuenta los beneficios e implicaciones de la TA y fuera capaz de implementar intervenciones acordes a ella, permitiría reducir la inversión en sanidad pública y, al mismo tiempo, mejorar la **calidad de vida** de estos pacientes.

En definitiva, este ensayo pretende contribuir al desarrollo de una psicoterapia útil y eficiente y, en última instancia, al desarrollo de una sociedad más sana en términos de salud mental.

1.2. Objetivos

El objetivo general consiste en explicar de qué forma la aplicación de la Teoría del Apego en psicoterapia puede contribuir a que los pacientes con un apego inseguro revisen sus modelos operativos internos y desarrollen, progresivamente, un estilo de apego seguro desde el que relacionarse consigo mismos, con el mundo y con las personas de su entorno.

Los objetivos específicos son:

- Realizar una revisión bibliográfica exhaustiva sobre la Teoría del Apego.
- Conocer los principales instrumentos de clasificación del estilo de apego tanto en la infancia como en la edad adulta.
- Conocer las características de cada estilo de apego y saber identificarlos.
- Comprender de qué forma tanto la psicoterapia como la relación terapeuta-paciente puede convertirse en una experiencia emocional correctiva para los pacientes inseguros.

2. La Teoría del Apego en el niño

En este primer capítulo, se presenta una amplia definición de la Teoría del Apego, destacando su relevancia en el desarrollo psicológico y emocional de los individuos. Se ofrece al lector la oportunidad de comprender la importancia fundamental de esta teoría en la comprensión del funcionamiento interpersonal y en la formación de la personalidad. Posteriormente, se realiza una descripción detallada de uno de los principales instrumentos de evaluación del sistema de apego con el objetivo de proporcionar una comprensión completa de su aplicación y utilidad en la investigación y la práctica clínica. Finalmente, se examinan las características de cada uno de los cuatro estilos, y se aborda la relación entre la neurociencia y el apego.

2.1. Definición de la Teoría del Apego

El ser humano es, por definición, un **animal social**, y se encuentra predestinado a la **interacción** social con las personas de su entorno (Barroso, 2014; Maltese et al., 2017). Es

decir, nace programado para interesarse y preferir el contacto con otros miembros de la especie humana (López, 2003).

En el momento de su nacimiento y durante los meses, e incluso años posteriores, es un ser **dependiente** que no está preparado todavía para sobrevivir por sí mismo (López, 2003). Es decir, el ser humano es el animal más **altricial** de todos (Hernández-Pacheco, 2020) y, por tanto, necesita ser **cuidado** por los adultos que están a su cargo, que han de convertirse en **figuras protectoras** encargadas de brindarle alimento, calor y auxilio en situaciones de enfermedad, malestar o peligro (Casullo y Fernández, 2004).

El hecho de depender completamente de sus cuidadores durante varios años de su vida permite al ser humano depender menos de sus instintos, y le da un gran margen de **flexibilidad en el aprendizaje**, pero lo obliga a pasar mucho más tiempo con sus figuras cuidadoras (Hernández-Pacheco, 2020).

Para el bebé estar solo y sin la protección de estas figuras equivaldría a su **muerte emocional e incluso física** (Homes y Slade, 2019). De modo que, por una cuestión de mera supervivencia, el bebé humano está programado para elegir a un individuo de su entorno y convertirlo en alguien valioso para él capaz de brindarle la **protección** que necesita (Honor, 2019; Levine y Heller, 2010).

La **selección natural**, de hecho, favorecía a aquellos que eran capaces de crear **vínculos de apego** con otros puesto que, quienes tenían a alguien que cuidase de ellos, sobrevivían el tiempo suficiente como para transmitir a su descendencia la importancia de crear vínculos estrechos (Levine y Heller, 2010).

El **apego** es, por tanto, en un sistema motivacional cuyo objetivo consiste en mantener la **proximidad** entre los bebés y sus cuidadores para poder sobrevivir (Guzmán y Contreras, 2012). Este mecanismo cumple, por un lado, una función de carácter **adaptativo** tanto para el infante como para los padres y, por otro, para la **especie humana**, puesto que se trata de una garantía para la supervivencia de esta (Ortiz, Fuentes y López, 1990).

John Bowlby ha sido considerado el padre de la Teoría del Apego, y su trabajo, desarrollado a lo largo de décadas, se ha apoyado en gigantes intelectuales tales como Darwin, Freud o los reconocidos etólogos Lorenz y Harlow (Homes y Slade, 2019).

Según Bowlby (1979) el vínculo de apego se desarrolla durante los primeros nueve meses de vida extrauterina, y suele establecerse con la **madre**, que es la principal figura de referencia, dado que el niño interactúa con ella de forma constante. Sin embargo, a lo largo

de las últimas décadas de investigación, se ha demostrado que la relación de apego entre una madre y su bebé comienza a establecerse en el **útero materno**, lo que se conoce como **apego prenatal** (Grimalt y Heresi, 2012; Hornor, 2019), a partir de las representaciones mentales que ésta va construyendo acerca de su hijo (Grimalt y Heresi, 2012).

El **sistema nervioso** del bebé necesita coordinarse con el de su **cuidador**. Así, cuando el cuidador regaña o juega con el niño, activa la rama simpática del sistema nervioso del niño, y cuando lo calma o realiza alguna actividad relajante, activa la rama parasimpática. Si se activa con frecuencia la simpática y esta activación no viene acompañada de la parasimpática, es muy probable que el niño experimente sensaciones desagradables a nivel somático (Hernández-Pacheco, 2020).

Las figuras de referencia, para ser consideradas competentes, deben **captar las señales emitidas por el bebé** con sus cambios de estado en cada momento (hambre, frío, sed, aburrimiento, miedo) así como entenderlas y responder adecuadamente a ellas **regulándolo física y emocionalmente**. De tal modo que, si esto ocurre de forma repetida, el infante, cuando tenga una necesidad sin cubrir, por ejemplo, hambre, emitirá de nuevo sus conductas primarias de expresión emocional (llorar, agitarse) y buscará la **proximidad** física de su figura de referencia con el anhelo de ser **calmado** por ella (Barroso, 2014).

En este sentido, la respuesta del **cuidador** no es únicamente una acción de protección ante un peligro externo, sino que también ayuda a solventar el **distrés**, o, lo que es lo mismo, brinda una **respuesta sensible** al niño que contribuye a que este se sienta **acogido y comprendido** y, por tanto, vuelva a recurrir a él cuando lo necesite (Galán, 2016).

Al hilo de lo anterior, Casullo y Fernández (2004) sostienen que existen dos tipos de variables capaces de **activar el sistema de apego**: la primera, relacionada con el propio niño (fatiga, hambre, enfermedad, estrés), y la segunda, con el contexto en el que este se encuentra (situaciones amenazantes).

Los niños, cuando son pequeños no son capaces de regular correctamente sus emociones, y precisan de un adulto que las entienda, interprete y regule por ellos. A este concepto se le denomina **“cerebro prestado”** y consiste en que el padre o la madre pueden ayudar al niño a dar un sentido a **sus experiencias afectivas**, de forma que sus propias necesidades y pensamientos sean comprensibles para él (Holmes y Slade, 2019).

Cuando el infante todavía es pequeño, precisa de la **presencia de su cuidador**, y a través del contacto con él, adquiere paulatinamente estrategias que le permiten calmarse y

recuperar la **homeostasis** (Hernández-Pacheco, 2020). Con el tiempo, el niño aprende que puede activarse y bajar su activación por sí mismo, y va siendo capaz de tolerar el malestar y tranquilizarse sin la presencia de sus figuras de referencia. Más adelante, cuando se convierte en un adulto, puede incluso calmarse con solo pensar que unas horas más tarde podrá reencontrarse con un familiar, amigo o pareja, de modo que la mera anticipación de este momento logra reducir considerablemente su angustia (Barroso, 2014).

Cuando el niño es pequeño, precisa de un **adulto** que **regule sus estados fisiológicos y emocionales**, lo que se traduce en tres aspectos: en primer lugar, reconocer adecuadamente su estado emocional y adoptar una actitud que permita al niño transformar ese estado de angustia, por otro más adecuado, así como legitimar este estado emocional del niño respondiendo a él con cariño y seguridad. En segundo lugar, **poner palabras al estado emocional** enlazándolo con un estímulo externo. Y, en tercer lugar, responder de forma apropiada y ayudar al niño a resolver la situación, acercándose a él, hablándole en un tono suave, ayudándole a frenar, etc. (Ara, 2012). En este sentido, el cuidador debe cumplir una doble función: por un lado, ha de ser un **refugio seguro** al que el niño pueda dirigirse en momentos de malestar para sentirse protegido y consolado y, por otro, debe actuar como **base segura** apoyando la **exploración del entorno u otras personas** con autonomía y cuidando al niño desde la distancia (Pitillas, Halty y Berástegui, 2016).

Hernández-Pacheco (2020) explica que las **interrupciones en las relaciones** de apego son sanas y **necesarias**, dado que ayudan al niño a percibir que, aunque haya problemas, estos podrán resolverse. En cambio, si estas interrupciones o fisuras en la relación se prolongan demasiado en el tiempo, como, por ejemplo, si la madre se enfada con el hijo y no le habla en varios días o es violenta con él, esto provocará muy probablemente daños en la forma de regularse emocionalmente del niño.

La calidad del apego está relacionada con la capacidad para estar con los demás, pero también con la **capacidad para alejarse** de ellos cuando procede. Así, cuanto más segura y conectada al otro se siente una persona, más capaz es de alejarse de sus figuras de referencia porque confía en que puede contar con ellas en caso de necesidad (Homes y Slade, 2019).

Durante los primeros seis meses de vida extrauterina, el bebé no discrimina entre personas conocidas y desconocidas, pero, a partir del séptimo mes, comienza a desarrollar una cierta **ansiedad ante las figuras extrañas**, así como preferencia por sus figuras de apego (López, 2003). Este mecanismo permite que se ponga en marcha el **sistema de apego** para

recuperar el vínculo con su figura de referencia a fin de que esta lo proteja (Payas, 2010). Así el ser humano se convierte en un experto en distinguir, a lo largo de su vida, al amigo del enemigo (Galán, 2016; Ortiz, Fuentes y López, 1990).

Conforme crecen, tanto las crías de animales como los infantes humanos, van **alejándose** de forma progresiva de sus **cuidadores** durante periodos de tiempo cada vez más largos en los que **exploran** el entorno. Y cuando necesitan sentirse seguros, **regresan** de nuevo a ellos para ser **consolados y acogidos** (Worden, 2013). En cambio, si los niños son abandonados o sobreprotegidos, no serán capaces de confiar en sí mismos y no desarrollarán habilidades para explorar y equivocarse, lo que, en edades más avanzadas como la adolescencia, puede llegar a compensarse con una búsqueda de **dopamina y exploración** por vías alternativas que pueden llegar a ser incluso **patológicas** (Hernández-Pacheco, 2020).

Las experiencias de apego que el niño tiene con su cuidador a lo largo de su vida modelan sus estructuras cognitivas y afectivas en forma de modelos operativos internos (MOI) (Rivera y Heresi, 2019). Los **MOI** son un sistema interno de **expectativas y creencias** sobre **sí mismo, los demás y las relaciones**, que permite predecir e interpretar la conducta de las figuras de referencia para poder actuar en consecuencia (Contreras et al., 2011).

Estos modelos se desarrollan desde los primeros meses de vida y van complejizándose a lo largo de todo el ciclo vital (Barroso, 2014; Guzmán y Contreras, 2012; Lacasa y Muela, 2014; Worden, 2013) regulando, sobre todo, las relaciones interpersonales que precisan de intimidad (Siegel, 2013). En definitiva, acaban dando lugar a una forma particular **de sentir, pensar y actuar** común a todas las relaciones de apego, de amistad y amorosas (Lacasa y Muela, 2014).

En relación con todo lo anterior, cabe destacar que la presencia del cuidador en momentos tempranos del desarrollo es esencial, tanto para la supervivencia física del infante como para la adquisición del conocimiento relacional y cultural (Holmes y Slade, 2019) ya que la interacción que se establece entre el cuidador y el bebé “influye en la capacidad cognitiva, el desarrollo socioemocional y, posteriormente, en el desarrollo de las relaciones sociales, familiares y románticas de la vida” (Maltese et al., 2017, p.1250).

2.2. La Situación Extraña

Mary Ainsworth fue una psicóloga e investigadora estadounidense que tuvo la oportunidad de formarse con Bowlby en la clínica Tavistock, en Londres, donde éste

desarrollaba su labor. Allí, el equipo se dedicó a investigar los **efectos** que tenía en los niños el hecho de **separarse** de sus padres (Van Rosmalen, Van Der Veer y Van Der Horst, 2015).

En el año 1954 viajó a **Uganda**, donde estudió la relación que establecían las madres ganda con sus hijos en un **entorno cotidiano**, analizando la **evolución del sistema de apego** a lo largo del primer año de vida (Van Rosmalen, Van Der Veer y Van Der Horst, 2015).

Más tarde, volvió a Estados Unidos y desarrolló, en 1969, la **Situación Extraña** (SE, a partir de ahora). Se trataba de un procedimiento con una duración de veinte minutos dividido en **ocho episodios** que pretendía observar la **interacción** entre niños de 9-18 meses y sus **madres** y reproducir sus situaciones cotidianas de **separación**. El experimento tenía lugar en un laboratorio que simulaba una sala de juego y consistía en separar durante tres minutos a los niños de sus madres, quedándose con una **figura extraña** en un primer momento y, después, completamente solos (Bretherton, 1992).

La SE se basó en tres criterios: (1) la **ansiedad** por la ausencia de la figura del cuidador; (2) la reacción al **reencontrarse** con ella; (3) el empleo de ésta como **base de seguridad** a partir de la cual explorar el entorno (Ortiz, Fuertes y López, 1990; López, 2003; Van Rosmalen, Van Der Veer y Van Der Host, 2015).

Para facilitar la comprensión del lector, conviene aclarar que la **base de seguridad** hace referencia al sentimiento de **tranquilidad** que siente el niño cuando se sabe **respaldado** por su cuidador, en quien sabe que puede confiar en caso de necesidad (Levine y Heller, 2010). Así, si el infante percibe que este estará allí pase lo que pase, se siente **seguro** y con ganas de **explorar** el entorno (Van Rosmalen, Van Der Veer y Van der Horst, 2015).

A continuación, se expone una tabla donde se recoge paso a paso el procedimiento del experimento de la SE:

Tabla 1.

Descripción de los ocho episodios utilizados para valorar los estilos de apego.

Participantes		Duración	Descripción
1	Madre, niño y observador	30 sg.	El observador introduce a la madre y al niño en la sala y abandona la sala.
2	Madre y niño	3 m.	Niño y madre permanecen en la sala. La madre se sienta en una silla y responde a las señales de su hijo, pero no inicia interacciones. Si al cabo de dos minutos el niño permanece pasivo, lo anima a jugar.
3	Madre, niño y desconocida	3 m.	Una mujer desconocida entra en la sala, se sienta en una silla y permanece en silencio durante un minuto. En el segundo minuto conversa con la madre. En el tercer minuto se acerca al niño e inicia una interacción amistosa con él. Pasado el tercer minuto, mientras la extraña habla con el niño, la madre sale de forma discreta.
4	Niño y desconocida	3 m. o menos	Primer episodio de separación: la desconocida responde a las iniciativas del niño e intenta consolarlo o distraerlo si muestra angustia. Si la angustia es intensa, se puede reducir la duración.
5	Madre y niño	3 m. o más	Primer episodio de reunión: la madre entra y la desconocida sale. La madre responde a las señales del niño, intenta consolarlo si lo necesita y procura que vuelva a explorar. Al cabo de tres minutos, cuando el niño está tranquilo, se despide y abandona la sala.
6	Niño	3 m. o menos	Segundo episodio de separación: el niño permanece solo en la sala, pero si la angustia es intensa, puede reducirse la duración.
7	Niño y desconocida	3 m o menos	Tercer episodio de separación: la desconocida entra en la sala, responde a las iniciativas y señales del niño e intenta consolarlo o distraerlo si muestra angustia. Si es intensa, puede reducirse la duración.
8	Madre y niño	3 m.	Segundo episodio de reunión: la madre entra, saluda al niño y lo coge en brazos mientras la desconocida abandona la sala. La madre responde a las señales del niño, intenta consolarlo si lo necesita y procura que vuelva a explorar.

Fuente: Ortiz, Fuentes y López, 1990, p.156.

Los resultados del experimento permitieron establecer una clasificación de los principales tres tipos de apego: **seguro**, **evitativo** y **ansioso-ambivalente** (Holmes y Slade, 2019) y se llegó a la conclusión de que cada uno de ellos comportaba un tipo de **expectativas, creencias y objetivos** en relación con el vínculo con los demás y con uno mismo (Pérez, Castillo y Davins, 2009).

Antes de exponer con detalle los tipos de apego, merece la pena explicar dos conceptos importantes que esclarecen cómo se desarrolla uno u otro tipo: la **estrategia primaria** y la **estrategia secundaria**. El bebé nace con una predisposición primaria a vincularse de manera segura con su figura de referencia, lo que se denomina estrategia **primaria**. Por tanto, cuando su sistema de apego se activa, muestra **conductas de apego** dirigidas a esta figura, y su **respuesta sensible** permite que disminuya su ansiedad, recupere la **homeostasis** y desactive su sistema de apego (Butzer y Campbell, 2008; Lacasa y Muela, 2014).

Cuando el cuidador no se encuentra disponible de forma consistente, no se reduce la **ansiedad** y, por tanto, la conducta de apego se mantiene en el tiempo. Como la estrategia primaria ha fracasado, el infante despliega una estrategia **secundaria** (Butzer y Campbell, 2008). La estrategia secundaria es bipolar, lo que quiere decir que tiene dos posibles vías: por un lado, mantener una alta activación emocional para que la figura de referencia está disponible (dando lugar al apego **ansioso**), o, por otro, desactivar el sistema de apego para reducir la desregulación emocional (dando lugar al apego **evitativo**) (Lacasa y Muela, 2014).

2.3. Los estilos de apego

A continuación, se explican con detalle los estilos o tipos de apego establecidos por Mary Ainsworth tras la SE:

1) Apego seguro

Los niños catalogados dentro de la categoría de “apego seguro” eran capaces de **explorar el entorno** de juego cuando la madre estaba presente. Mientras jugaban, se giraban constantemente para comprobar que ella seguía allí (Barroso, 2014) y, cuando se marchaba, mostraban una cierta **ansiedad** y no exploraban con la misma intensidad (Oliva, 2004).

A su regreso, se alegraban de volver a verla, buscaban el **contacto** con ella y eran fácilmente **consolados** (Ortiz, Fuentes y López, 1990), tendiendo los brazos hacia ella y

amoldándose a su cuerpo (Barroso, 2014). Una vez consolados, retomaban la **exploración** del entorno y la conducta de juego (Oliva, 2004).

Estos son niños que, durante los primeros meses de vida han sido cuidados y protegidos por sus cuidadores (Payás, 2010), quienes han estado disponibles para atender sus demandas físicas y emocionales de forma consistente y les han proporcionado una base segura desde la que explorar (Holmes y Slade, 2019). Gracias a esto, y aunque buscan la atención del adulto, no tienen la necesidad de que este esté presente en todo lo que hacen (Barroso, 2014).

El cuidador de un niño seguro se caracteriza por permitirle **expresar sus emociones**, tanto las positivas como negativas, lo que le permite comprender que “todos los afectos son tolerables y regulables” (Holmes y Slade, 2019, p.59), así como reconocer sus estados de necesidad o angustia y buscar apoyo (Casullo y Fernández, 2004; Grimalt y Heresi, 2012).

Fruto del **aprendizaje social** que se produce durante la interacción padre-hijo, el infante, observando a su progenitor, adopta **estrategias útiles** que le sirven para gestionar sus emociones negativas en situaciones de estrés y que, con el tiempo, es capaz de aplicar en situaciones ordinarias o amenazantes, en presencia o ausencia de su cuidador (Brumariu, 2015).

Las personas seguras se sienten cómodas en la **intimidad** (Gómez-Zapiain, Ortiz, Gómez-Lope, 2011) y aceptan el hecho de depender de otras y que las demás dependan de ellas (Casullo y Fernández, 2004; Contreras et al., 2011). Logran captar las señales tanto emocionales como físicas de las otras y responder coherentemente a ellas (Brumariu, 2015; Levine y Heller, 2010) y se dice de ellas que desarrollan más y mejores **habilidades sociales**, mayor **empatía**, **regulación emocional**, **imaginación** en los juegos, **resolución de problemas**, e incluso mayor **autonomía** en su vida diaria (Lacasa y Muela, 2014).

Todo lo anterior contribuye a que internalicen un modelo positivo tanto de sí mismos como de los demás (Grimalt y Heresi, 2010; Melero y Cantero, 2008; Urrego, Gaitán y Umbarila, 2016) y que se perciban, por tanto, como personas **valiosas y dignas de ser queridas** y cuidadas (Payás, 2010).

Las personas seguras se caracterizan, por lo general, por una mayor capacidad de **empatizar** con los demás, ya que cuando uno se siente seguro a nivel emocional puede dejar de centrarse en sus propias necesidades y ayudar a otros (Gómez-Zapiain, Ortiz y Gómez-Lope, 2011). Por tanto, en pareja, son capaces de ofrecer más apoyo a su compañero y de recibirlo,

así como de mantener relaciones más satisfactorias y estables en el tiempo (Castillo y Medina, 2019; Medina, Rivera y Aguasvivas, 2016).

Esta primera categoría fue la más frecuente entre los sujetos de la muestra y representó al **56-70%** de esta (Ortiz, López y Fuentes, 1990).

El estilo de apego seguro es considerado un sistema de **inmunidad psicológica**, es decir, un sistema de protección. En cambio, cuando la inmunidad psicológica ofrecida por el cuidador es baja, el infante se ve obligado a sacrificar algún aspecto de su vida psíquica a cambio de seguridad, dando lugar a los estilos de apego inseguros. Así, por un lado, los evitativos permanecen cercanos a su cuidador, pero sin aproximarse en exceso, sacrificando la intimidad. Y, por otro, los ansiosos se aferran al cuidador incluso en ausencia de peligro, sacrificando la exploración y la autonomía (Benlloch, 2020).

2) Apego inseguro evitativo

Los bebés pertenecientes a la categoría de apego evitativo fueron calificados en el experimento como “bastante independientes” (Oliva, 2004, p.67). Eran niños que mostraban mucha atención a los **juguetes** (Benlloch, 2020) y exploraban sin utilizar la mirada de su madre como fuente de seguridad, ya que no mantenían **contacto visual** con ella (Oliva, 2004).

En el momento de la separación no se mostraban ansiosos ni preocupados y no daban muestras de preferencia por su madre frente a la extraña (Ortiz, Fuentes y López, 1990) y, cuando regresaba, la evitaban (Barroso, 2014).

Aunque en el experimento parecían **indiferentes**, la investigación posterior ha demostrado que la frecuencia cardiaca de estos niños se eleva tanto como la de los bebés que expresan malestar e inquietud, y que sus niveles de cortisol (la hormona relacionada con el estrés), aumentan también (Levine y Heller, 2016). En este sentido, una investigación llevada a cabo por Spangler y Grossmann (1993) permitió llegar a la conclusión de que, en efecto, los patrones inseguros, presentaban niveles más elevados de cortisol que el seguro.

Las figuras de apego de estos niños normalmente tienen relaciones poco cercanas dado que les cuesta mantener el **contacto físico** (Payás, 2010), y tienden a ser rígidas e inflexibles y, ante las manifestaciones afectivo-emocionales del bebé muestran conductas de **rechazo y hostilidad**, dado que las consideran excesivas o un mero capricho del infante (Barroso, 2004).

Estos niños, por tanto, aprenden que serán rechazados si expresan sus necesidades y afectos, por lo que terminan por **inhibirlas**, desactivando la estrategia de apego (DeWall et al., 2011), dado que de esta forma logran la cercanía de sus cuidadores y minimizan su rechazo (Barroso, 2014).

Cuando reciben actitudes de rechazo por parte de sus figuras de referencia, interiorizan la idea de que el contacto físico y la **intimidad** no son positivos (Payás, 2010) y terminan desarrollando actitudes de **independencia** y cierta **aversión al contacto** (Barroso, 2014).

Estas personas equiparan la intimidad con la **pérdida de independencia** (Levine y Heller, 2010; Retana y Sánchez, 2008), por lo que adoptan una postura defensiva en las relaciones. Además, se definen a sí mismos como **autosuficientes** y con capacidad de controlar sus emociones, y niegan cualquier atisbo de dependencia que puedan tener de sus figuras de apego (Lacasa y Muela, 2014).

En este sentido, las personas evitativas internalizan la sensación de **culpa** y **vergüenza** y, con frecuencia, dirigen su **rabia** hacia sí mismos, llegando sentirse muy responsables de sus actos. Les cuesta especialmente relajarse en compañía de otros y aprenden a regularse por sí mismos (Hernández-Pacheco, 2020).

En pareja, tienen dificultades para mantener la intimidad, e incluso dan menos importancia a las relaciones amorosas, en comparación con otros aspectos de su vida. Son personas que han aprendido a no esperar un verdadero apoyo emocional por parte de los demás, motivo por el cual tienden a evitar la cercanía (López, 2003).

En este perfil de apego el nivel de ansiedad es bajo y el de **evitación** alto, puesto que se alejan del otro, y, al evitarlo, están menos conectados con su pareja y tienden a valorar en menor medida los aspectos positivos de su relación (Castillo y Medina, 2019). DeWall y sus colaboradores (2011) comprobaron, de hecho, que las personas evitativas tienen menores niveles de compromiso en sus relaciones amorosas y tienden a cometer más **infidelidades** que la media.

En definitiva, las personas con un perfil evitativo tienen una visión positiva de sí mismos, y negativa de los demás (Melero y Cantero, 2008), al contrario de lo que sucede con las seguras, que tienen un concepto positivo de ambos.

Esta segunda categoría fue la segunda más presente en la muestra, y representó el 20% de esta (Oliva, 2004).

3) Apego inseguro ansioso-ambivalente

Los niños pertenecientes a esta categoría, que representaban un **10-15%** de la muestra, prácticamente **no exploraban** la sala de juegos, ni siquiera cuando su madre estaba presente (Oliva, 2004). Cuando esta salía **lloraban desconsoladamente** y mostraban actitudes de gran **ansiedad** al separarse (Ortiz, Fuentes y López, 1990) y era tal la angustia que sentían por no saber dónde se encontraba que esta emoción les impedía explorar (Oliva, 2004).

Cuando regresaba, presentaban actitudes **ambivalentes**, es decir, **buscaban entrar en contacto** con ella, pero a la vez sentían **rabia** hacia ella, arqueaban su cuerpo hacia atrás con enfado y se **resistían a ser consolados** (Barroso, 2014; Bretherton, 1992).

Generalmente las **figuras** de apego de estos niños no son hostiles, sino **inconsistentes** o **insensibles**. Son cuidadores que a veces lo hacen bien, otras ignoran al bebé, otras le demuestran que les molesta y otras son cercanos. Es decir, en ocasiones son insensibles, pero, en otros momentos, cuando se encuentran tranquilos, se muestran sensibles y competentes a la hora de reconocer y satisfacer las necesidades del bebé (Barroso, 2014; Siegel, 2013).

Esta **oscilación entre sensibilidad e insensibilidad** provoca una gran **angustia** al niño, que es incapaz de crear una secuencia de eventos que le permita saber qué puede esperar de sus padres (Hernández-Pachecho, 2020), lo que deriva en una **hiperactivación del sistema** de apego (Barroso, 2014; Holmes y Slade, 2019), o incluso en una **dependencia compulsiva** del adulto, puesto que no sabe con seguridad si estará disponible cuando lo necesite. Por tanto, el niño ansioso aprende que únicamente manteniendo sus demandas de forma incesante podrá sobrevivir (Payás, 2010).

Estos niños perciben que sus adultos de referencia no son una fuente de apoyo segura (Siegel, 2013), lo que contribuye a que su conducta de exploración se vea reducida o incluso inhibida con el fin de **permanecer al lado del adulto** para asegurar su permanencia (Barroso, 2014; Ortiz, Fuentes y López, 1990)

Estas personas buscan la intimidad, tienden a **obsesionarse con sus relaciones** y están muy pendientes de los cambios de expresión de los demás. Sin embargo, a veces se precipitan al sacar conclusiones y a menudo **malinterpretan el estado emocional** del otro (Levine y Heller, 2010).

Tienen cierta **hipersensibilidad hacia las emociones negativas** (Casullo y Fernández, 2004); están continuamente **preocupados** por las relaciones familiares; les cuesta separarse

de sus seres queridos; temen ser **abandonados** (Lacasa y Muela, 2014) y muestran dificultades en la **autonomía y en la autorregulación** (Hernández-Pacheco, 2020), ya que necesitan mucha seguridad y apoyo (López, (2003).

Los niños con apego ansioso tienen una **visión negativa de sí mismos** y positiva de los demás, y necesitan la **aprobación y cercanía constantes** de sus figuras de apego (Melero y Cantero, 2008, Urrego, Gaitán y Umbarila, 2016). En este sentido, son personas que creen ser incapaces de hacerse querer, por lo que muestran constantemente un miedo al posible **abandono** (Melero y Cantero, 2008).

Las personas ansiosas aprenden a actuar en función de cómo se sienten en cada momento, externalizan la sensación de culpa y vergüenza y tienden a dirigir su rabia hacia los demás, culpándolos de sus fracasos, o incluso llegándolos a humillar o controlar (Hernández-Pacheco, 2020).

En pareja, tienden a **elegir peor a sus compañeros** que los sujetos con un apego seguro, se esfuerzan por mantener la intimidad (López, 2003) y dudan con frecuencia de que su pareja corresponda su amor porque no se sienten merecedores de él (Levine y Heller, 2010). Son perfiles donde el grado de evitación es bajo, puesto que buscan la proximidad, y el de **ansiedad es alto**, por lo que, aunque son capaces de detectar los aspectos positivos de la relación, es probable que se fijen más en aquello que no funciona (Castillo y Medina, 2019).

4) Apego desorganizado

Bowlby estableció la teoría del Apego, Ainsworth desarrolló los métodos empíricos y Main, discípula de Ainsworth planteó otras dos grandes líneas de investigación: el apego adulto, estudiando los relatos de apego adulto en lugar de en la conducta, y el establecimiento de un cuarto estilo de apego: el desorganizado (Holmes y Slade, 2019).

En este sentido, Main llegó a la conclusión de que la SE no permitía clasificar a un pequeño porcentaje de los bebés de la muestra. Eran niños que tenían **miedo de sus cuidadores**, puesto que eran a la vez su fuente de **alarma** y su **posible solución** (Holmes y Slade, 2019).

En el experimento, estos niños representaban el **10-12%** de la muestra y se mostraban desorientados (Ortiz, Fuentes y López, 1990). Al reencontrarse con su madre se **acercaban** a ella, pero de manera brusca y repentina se **alejaban** sin un motivo aparente (Oliva, 2004), o incluso mostraban conductas de acercamiento **contradictorio**, tales como acercarse a su

madre, pero mirando hacia otro lado (Urrego, Gaitán y Umbarila, 2016). Además, algunos mostraban conductas particulares como: movimientos estereotipados, paralización, desorientación o movimientos repetitivos de manos y cabeza (Holmes y Slade, 2019).

En definitiva, eran niños que, en el procedimiento de investigación mostraban gran **inseguridad** tanto en **presencia como en ausencia** de su figura de referencia (Oliva, 2004).

Dentro de la categoría de apego desorganizado se incluye a los infantes cuyo estilo de vinculación no se define ni como evitativo ni como ansioso, ya que sus respuestas son **incoherente e impredecibles** (Payás, 2010).

Las figuras de apego de estos niños tienden a ejercer estilos parentales patológicos como consecuencia de haber sufrido **experiencias traumáticas o pérdidas no elaboradas** en el pasado (Barroso, 204). Así, estos niños, en ciertos momentos han vivido la **cercanía** emocional de sus padres, pero también su **rechazo**, motivo por el cual se sienten vinculados a ellos, pero tienen miedo cuando los tienen cerca (Ortiz, Fuentes y López, 1990).

En general, los niños con un apego desorganizado tienden a percibirse como personas **indignas y malas**, y a los demás, como **inaccesibles o abusadores** (Barroso, 2014).

En definitiva, a partir de los datos aportados por la SE es posible identificar cuál es el tipo de vínculo de apego establecido entre un niño y su figura de referencia. Algunos de los modelos descritos anteriormente pueden parecer inadecuados, en cambio, cabe destacar que fueron los que permitieron que el niño sintiese una cierta seguridad e hicieron que pudiese adaptarse a un contexto relacional insano o inadecuado. Y, una vez puestos en juego tantas veces a lo largo de su vida, es difícil renunciar a ellos porque permitieron su supervivencia (Barroso, 2014).

Tabla 2.
Síntesis de las características de los estilos de vinculación.

Estilo de vinculación	Características
Seguro	<ul style="list-style-type: none"> - Cuidador presente de manera consistente a nivel físico y emocional. - Cuidador percibido como fuente de apoyo y protección. - Capacidad de exploración autónoma del niño en ausencia del cuidador. - Visión positiva de sí mismo y de los demás. - Desarrollo de estrategias útiles de regulación emocional tanto en presencia como en ausencia del cuidador. - Búsqueda de la intimidad. - Capacidad para captar señales emocionales y físicas de los otros. - Mayores niveles de empatía, de regulación emocional y mejores habilidades sociales. - En pareja: mayor empatía, apoyo, satisfacción y estabilidad en la relación.
Inseguro- evitativo	<ul style="list-style-type: none"> - Cuidador frío y distante en la relación con el infante. - Inconsistencia del cuidador en la satisfacción de las necesidades del niño. - Actitudes de independencia y evitación aprendidas por el niño como mecanismo de supervivencia. - Idea errónea de “falsa autosuficiencia” por parte del niño y autorregulación. - Internalización de culpa y vergüenza y rabia hacia sí mismos. - Rechazo de la intimidad. - Visión positiva de sí mismo y negativa de los demás. - En pareja: dificultad para mantener la intimidad, menores niveles de compromiso y mayores niveles de infidelidad.
Inseguro- ansioso	<ul style="list-style-type: none"> - Cuidador presente de manera inconsistente a nivel físico y emocional. - Cuidador no percibido como una fuente de apoyo y protección segura. - Dependencia compulsiva del adulto y actitudes de angustia excesiva en su ausencia, así como reducción de la conducta exploratoria. - Demanda de satisfacción de necesidades de manera continua para asegurar la permanencia del adulto. - Externalización de culpa y vergüenza y rabia hacia los demás. - Visión negativa de sí mismo y positiva de los demás. - Búsqueda de la intimidad y obsesión con las relaciones. - Dificultades en las separaciones y temor al abandono. - Dificultad para la autonomía y la autorregulación. - En pareja: peor elección del compañero, búsqueda de intimidad y dudas frecuentes de que su pareja corresponda su amor.
Inseguro desorganizado	<ul style="list-style-type: none"> - Cuidador inconsistente que en ocasiones es cercano, y en otras, rechaza al infante. - Respuestas incoherentes, contradictorias e impredecibles del niño. - Vinculación del niño a su figura de referencia combinada con miedo al adulto. - Niño cuyo estilo de vinculación no es evitativo ni ansioso. - Percepción de sí mismo como indigno o malo, y de los demás como inaccesibles o abusadores.

Fuente: elaboración propia.

2.4. Neurociencia del apego

La naturaleza humana se caracteriza, entre otras cosas, por la propensión materna hacia el cuidado y la protección de su progenie, atributo fundamental en la manifestación de la conducta de apego. Durante la **gestación**, el **cerebro** femenino experimenta una serie de **transformaciones** a nivel **estructural y funcional**, orientadas a adaptarse a las necesidades del feto en desarrollo. Esta vinculación, con su correspondiente reflejo en distintas áreas encefálicas, comienza a configurarse durante la gestación y se consolida en los momentos del **parto**, la **lactancia** y las **interacciones** posteriores (López y Sueiro, 2008).

El ser humano, a diferencia de otras especies, se caracteriza por poseer un repertorio limitado de comportamientos innatos, lo cual es compensado con una notable capacidad para ajustarse a las condiciones de su entorno mediante el **aprendizaje** de nuevas **conductas**, **emociones**, **cogniciones** y **modalidades relacionales** (Botella y Corbella, 2005). Tal aprendizaje se viabiliza gracias a una propiedad distintiva del cerebro humano: la **plasticidad**, que implica la capacidad de reconfigurar tanto su estructura como su funcionalidad en respuesta a estímulos intelectuales, interacciones emocionales, actividades físicas, entre otros. Esta dinámica modifica los patrones de comunicación neuronal, fortaleciendo las conexiones preexistentes y generando otras de índole novedosa (López y Sueiro, 2008).

Entre los últimos estadios del **embarazo y los primeros años** de vida, el cerebro experimenta un notable **incremento de tamaño y un aumento de conexiones** sinápticas. Este proceso no solo requiere de la provisión adecuada de **nutrientes**, sino también de **condiciones relacionales óptimas** (Dobbing, 1997). Así pues, el reconocimiento de la naturaleza social y relacional del sistema nervioso humano ha propiciado el establecimiento de puentes entre áreas del saber como la biología, la psicología evolutiva, las neurociencias, las teorías familiares y las teorías del apego (Botella y Corbella, 2005). En el contexto específico de esta investigación, es relevante destacar que la Teoría del Apego inició su camino hacia la psicobiología en la década de los noventa del siglo pasado (Lecannelier, 2018).

El **neonato** manifiesta una necesidad innata de establecer y mantener un vínculo emocional y una **conexión empática con su progenitora**, y cuando se ve privado de esta conexión debido a diversas circunstancias, experimenta un estado de angustia que desencadena la activación del sistema de apego como un mecanismo natural dirigido a buscar el amparo materno y **restaurar el vínculo afectivo** perdido. Estos episodios de ruptura del

vínculo pueden variar en su duración e intensidad: desde separaciones transitorias de breve duración hasta situaciones de maltrato o abandono que pueden ser extremadamente intensas o incluso persistentes en el tiempo. Las primeras, son esenciales para el desarrollo psicológico del infante, dado que constituyen una oportunidad para que el niño aprenda a regular sus estados emocionales, confiando en la disponibilidad eventual de su figura de apego. Por el contrario, las segundas conllevan una **ruptura significativa** en los lazos de apego y desencadenan un **proceso neurobiológico potencialmente perjudicial** para el desarrollo del **sistema nervioso** del niño (Botella y Corbella, 2005).

La expresión del **malestar** en los bebés desencadena un ciclo neurobiológico de **hiperarousal y disociación**, afectando significativamente al desarrollo cerebral durante la primera infancia. En el estado de hiperarousal, ante la pérdida del vínculo con la figura de apego, se activa una **respuesta de amenaza** por medio de la **rama simpática**, con liberación de hormonas del estrés como adrenalina, noradrenalina y dopamina. El bebé busca activamente **restaurar el vínculo** seguro mediante conductas como la protesta y el llanto. En contraste, la disociación ocurre cuando la restauración no sucede, produciéndose una inhibición conductual, emocional y neurobiológica, y un aumento de hormonas del estrés como el cortisol, mediado por la rama parasimpática (Botella y Corbella, 2005).

Esta estrategia de supervivencia de desconexión emocional permite al bebé una cierta de estabilidad, aunque puede tener consecuencias dramáticas en su capacidad futura de autorregularse. Por tanto, se sabe que el cuidado materno constante es crucial en la infancia para un desarrollo neurobiológico adecuado, enfatizando la importancia de un entorno relacional estable y afectuoso. (Botella y Corbella, 2005)

Investigaciones recientes muestran que la complejidad del **comportamiento cognitivo-emocional** humano es posible gracias a la **integración de diversas áreas** del cerebro, no porque estas sean exclusivamente afectivas o cognitivas, sino por las interacciones entre zonas donde se produce un intercambio de información (López y Sueiro, 2008). Concretamente, los avances tecnológicos producidos en el ámbito de la medición de la actividad cerebral han permitido un considerable progreso en la identificación de las **áreas cerebrales, circuitos neurales y neurotransmisores** presentes en el sistema de apego (Vrticka y Vuilleumier, 2012).

Es sabido que el **hemisferio derecho**, y en particular la **amígdala y el hipotálamo** se desarrollan gracias a la interacción temprana con las figuras de referencia, lo cual está

relacionado con la posterior integración de la memoria, de las emociones, de la regulación emocional y del contacto social. (Ara, 2012; Hernández-Pacheco, 2020).

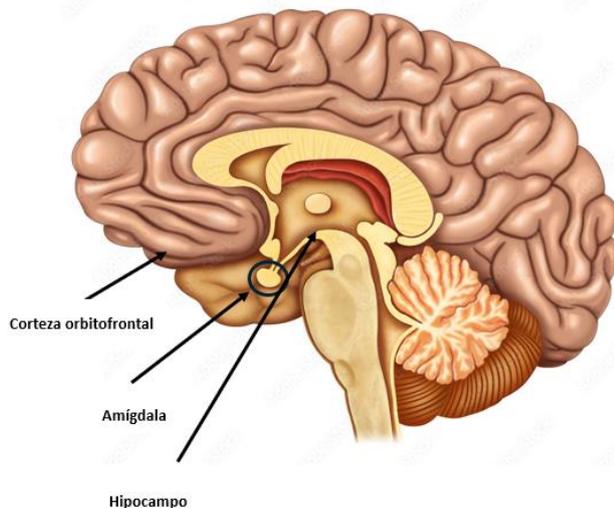
La amígdala, como estructura neural especializada en la integración cognitivo-emocional en el vínculo de apego desempeña un papel clave en el **procesamiento emocional** vinculándose a los procesos cognitivos y motivacionales propios del sistema límbico (López y Sueiro, 2008).

El sistema límbico, por su parte, constituye la base neurológica de las emociones siendo responsable de su manifestación, reconocimiento y autorregulación, gracias a estructuras como el hipocampo y la corteza orbitofrontal (Schore, 2000). Se ha comprobado que existen, al menos, cuatro áreas corticales asociadas al sistema límbico que se ponen en marcha en el cerebro de la madre durante el reconocimiento de su hijo (López y Sueiro, 2008): la corteza orbitofrontal, la región anterior de la corteza cingulada (ACC), la corteza fusiforme y la corteza insular.

La **corteza orbitofrontal** es determinante en la integración neurobiológica de los **sistemas de recompensa**, al conectar con neuronas productoras de dopamina, una sustancia necesaria para valorar el carácter de recompensa de los estímulos. Específicamente, las áreas laterales de esta se activan en respuesta a estímulos visuales, táctiles y olfativos, que son aspectos propios de las emociones positivas del vínculo de apego. Además, se encarga también de la toma de decisiones y la inhibición conductual (López y Sueiro, 2008).

Figura 1.

Corte sagital del cerebro: corteza orbitofrontal, amígdala e hipocampo.



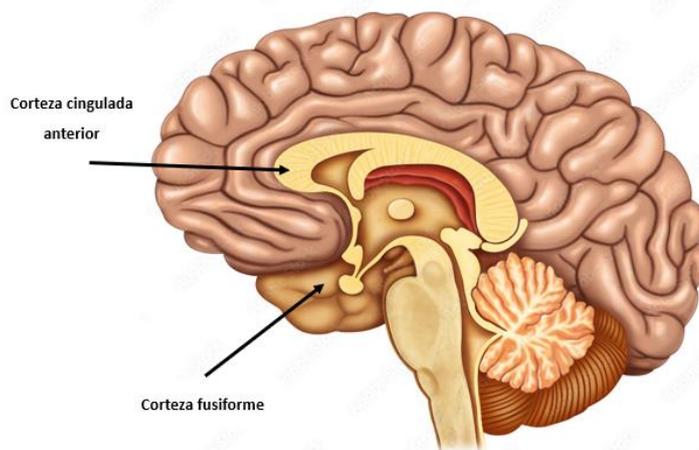
Fuente: Adobe Stock.

Los pacientes que sufren lesiones en áreas específicas del cerebro pueden experimentar dificultades significativas en la interpretación de expresiones faciales o vocales que actúan como estímulos sociales reforzadores, así como en la capacidad de inhibir su comportamiento (Rolls y Grabenhorts, 2008). Además, es común que enfrenten desafíos sustanciales en situaciones que demandan **empatía o teoría de la mente**, competencias cruciales en el establecimiento y mantenimiento del vínculo de apego (López y Sueiro, 2008). La aplicación de técnicas de neuroimagen ha revelado que la presentación de imágenes de la madre su hijo activa su corteza orbitofrontal, y de manera similar, la visualización de imágenes del hijo activa esta área en la madre (Minagawa-Kawai *et al.*, 2009).

La segunda área implicada es la región anterior de la **corteza cingulada (ACC)**. Esta participa activamente en las **respuestas afectivas** que se llevan a cabo en las relaciones sociales (Broche-Pérez, Herrera y Omar-Martínez, 2016). La **corteza fusiforme**, por su parte, es esencial en el procesamiento de la **expresión facial**, habilidad fundamental en el vínculo de apego, mientras que la **corteza insular** se encarga de procesar **sensaciones táctiles** como las caricias, aspecto esencial en la relación madre-hijo (López y Sueiro, 2008).

Figura 2.

Corte sagital del cerebro: corteza cingulada anterior y corteza fusiforme.



Fuente: Adobe Stock.

El análisis de la conexión entre la neurobiología y la relación terapéutica conlleva la consideración del papel de la **memoria implícita**, ya que investigaciones han evidenciado que los vínculos de apego tempranos se internalizan y almacenan como recuerdos implícitos (Gabbard, 2000). En esta línea, la relación terapéutica representa una forma de vínculo de apego con la capacidad inherente de **reformular los patrones de apego** almacenados en la

memoria implícita de los pacientes, lo que ocasiona modificaciones en su comportamiento tanto en su vida cotidiana como en sus relaciones interpersonales (Botella y Corbella, 2005). Esta transformación se facilita mediante la **neuromodularidad**, un estado generado durante el curso de la terapia que facilita la conectividad neuronal y, por tanto, la plasticidad (Wylie y Simon, 2004).

En esta línea, como resultado de la interacción con el terapeuta que genera un estado de neuromodularidad, se desencadena la **liberación de neurotransmisores** como la serotonina, la dopamina, la acetilcolina y la norepinefrina, lo que posibilita la **modificación de los recuerdos** almacenados en la memoria implícita mediante nuevas interacciones con el terapeuta internalizadas por el paciente, así como mediante nuevas experiencias de aprendizaje resultantes del aumento de la conciencia relacional (Wylie y Simon, 2004).

3. La Teoría del Apego en el adulto

En este capítulo se presenta una explicación sobre el proceso de transición del apego infantil al apego en la edad adulta, resaltando las implicaciones significativas que este fenómeno tiene en la forma en que los individuos se relacionan consigo mismos, con el entorno y con los demás. Se ofrece al lector una comprensión profunda de cómo las experiencias tempranas de apego influyen la configuración de los vínculos afectivos y las dinámicas relacionales a lo largo del ciclo vital.

Además, se proporciona una exhaustiva descripción de la Entrevista de Apego Adulto, un instrumento de enfoque psicodinámico diseñado para explorar el estilo de apego del individuo a partir de la narrativa que este construye en torno a sus experiencias infantiles

3.1. Transición del apego infantil al apego adulto

Aunque al inicio la Teoría del Apego se aplicó únicamente al estudio de las relaciones tempranas, a lo largo de los años se han llevado a cabo investigaciones que estudian los principios de esta misma teoría en las relaciones que tienen lugar en la **edad adulta** (Benloch, 2020).

Durante la infancia, se da una organización piramidal de las figuras de apego, lo que quiere decir que en la cúspide se encuentra normalmente la figura materna, y posteriormente son relevantes el padre, los hermanos, o incluso los abuelos o cuidadores. Sin embargo, a medida que el niño crece, comienzan a tomar importancia **figuras ajenas al sistema familiar**,

como los **amigos, la pareja**, o incluso en la edad adulta, los **propios hijos**, y estas acaban convirtiéndose también en figuras de apego (Aguilar, 2019).

En función de las situaciones vividas el niño puede adoptar distintas **estrategias** para valorar la realidad, y estas se almacenarán en su **memoria procedimental**, lo que hará que se repitan de forma automática a lo largo de su vida. Dichas estrategias, que pueden ser adaptativas y acordes a las expectativas de los cuidadores, pueden ser contraproducentes al emplearlas con personas ajenas al sistema familiar: amigos, compañeros de clase, familia extensa, etc. (Hernández-Pacheco, 2020).

En este sentido, la **adolescencia** es un momento **crucial** en el ciclo vital, dado que la información que ha integrado el infante sobre **cómo relacionarse con otros** durante sus primeros años de vida, puede dar lugar a distintas situaciones: cuando la información sobre cómo relacionarse es adaptativa y adecuada al entorno, la transición a la vida adulta se produce de manera organizada. Cuando esta es equivocada, bien porque transmite el mensaje al niño de que precisa de gran distancia emocional, o, por el contrario, porque transmite la creencia de que solamente puede regularse en compañía (pandillas conflictivas, parejas tóxicas, etc.), hará falta un esfuerzo para reconducir las fallas que se den en las relaciones sociales. Y, por último, cuando esta información está muy distorsionada, la transición a la vida adulta se complica con la aparición de un intenso sentimiento de ansiedad que tratará de calmarse por medio de sustancias, comida, actividades de riesgo como la violencia o el sexo compulsivo, etc. (Hernández-Pacheco, 2020).

El **apego adulto** se configura, por tanto, a partir de las **experiencias** que la persona tuvo en su familia de origen con sus **cuidadores primarios** (Contreras *et al.*, 2011; Pérez, Castillo y Davins, 2009) y tiene un papel determinante en el funcionamiento de las relaciones amorosas (Retana y Sánchez, 2008). Se ha comprobado, de hecho, que los adultos, al igual que los más pequeños, buscan a su figura de seguridad cuando sienten malestar y necesitan calmarse y sienten ansiedad cuando esta desaparece (Casullo y Fernández, 2004; Guzmán y Contreras, 2012).

Se sabe incluso que “las experiencias relacionadas con el enamoramiento y el mantenimiento del vínculo y las reacciones ante la pérdida o la amenaza de pérdida del compañero coinciden con los principios básicos de la teoría del apego” (Gómez-Zapiain, Ortiz, Gómez-Lope, 2011, p.477). La diferencia entre el adulto y el niño estriba en que el primero tiene mayor capacidad de **abstracción**, de modo que esta facultad le permite **saberse**

psicológica y emocionalmente apoyado por su figura de apego **sin necesidad de tenerla cerca** físicamente de forma constante (Levine y Heller, 2010).

Gómez-Zapiain, Ortiz y Gómez-Lope (2011) apuntan que el amor de pareja es algo así como la expresión del vínculo de apego, pero en las relaciones afectivas, dado que, en el adulto, la **figura de apego principal** deja de ser el progenitor y pasa a serlo el **compañero sentimental** (López, 2003).

En la experiencia interpersonal con los cuidadores, las personas aprenden, desde niñas, todas las destrezas que es necesario poner en juego en las relaciones afectivas, tales como la capacidad de **identificar y diferenciar las emociones**, de **regularlas** con acierto, o incluso la capacidad de **empatizar** con el otro. Todas ellas son fundamentales tanto en el inicio como en el desarrollo de una relación amorosa (Barroso, 2014).

El desarrollo de una relación de **pareja** precisa de tres sistemas distintos pero relacionados entre sí: el de **apego**, el **sexual** y el de **cuidados**. Los tres albergan componentes tanto emocionales como cognitivos, así como representaciones mentales de sí mismo, de los demás y de la relación e influyen en la forma en que cada miembro vive la relación, y en cómo ambos la construyen conjuntamente (Gómez-Zapiain, Ortiz y Gómez-Lope, 2011).

Cuando los tres sistemas anteriormente mencionados funcionan adecuadamente, se generan vínculos satisfactorios. En cambio, cuando se producen interferencias entre ellos o, por algún motivo, alguno deja de estar presente, se genera insatisfacción en la relación (Gómez-Zapiain, Ortiz y Gómez-Lope, 2011). En este sentido, Castillo y Medina (2019) explicitan que para que una **relación de pareja** se considere **satisfactoria** debe existir entre ambos una **relación próxima a nivel físico y emocional**, de forma que esta sea una **base segura** que permita explorar otras actividades o ámbitos diferentes de la pareja.

Como se ha mencionado ya, el vínculo de apego se establece durante el embarazo y se prolonga a lo largo de todo el ciclo vital. El **70-75%** de las personas adultas continúan perteneciendo al **mismo estilo de apego** durante el resto de su vida, mientras que el **25-30%** restante, **cambia** (Levine y Heller, 2010). De hecho, cada vez son más los estudios que defienden que puede darse un cambio en el estilo de apego de una persona adulta (Fralely, 2019).

Cuando se producen cambios en las relaciones con los principales cuidadores puede producirse una cierta discontinuidad en el estilo de apego, lo que conduce, en algunos casos, a revisar y actualizar los **modelos operativos internos** de los que ya se ha hablado

anteriormente. En este sentido, algunas situaciones vitales adversas tales como el **maltrato**, las **separaciones**, las **pérdidas** o la **falta de disponibilidad** de las figuras de referencia, pueden contribuir a que un apego que era seguro deje de serlo (Lacasa y Muela, 2014).

Cuando tienen lugar **acontecimientos positivos** tales como la vuelta de un ser querido después de una separación, encontrar una **pareja** con la que sentirse apoyado o realizar un proceso de **psicoterapia**, entre otros, también puede darse una revisión de los modelos operativos internos, que en este caso pueden contribuir a que un vínculo de apego inseguro comience a ganar seguridad (Fraley, 2019)

Por tanto, el estilo de apego puede ser modificado por medio de experiencias relacionales gratificantes con figuras de apego seguras que permiten hacer una **redefinición de la historia vincular** de la persona (Lossa, Corbella y Botella, 2012).

El hecho de que una relación de apego haya sido disfuncional o insatisfactoria repercute en todos los ámbitos de la vida de la persona, bien sea cognitivo, afectivo, conductual o relacional, motivo por el cual es precisa una intervención que propicie una mejor regulación de estos aspectos empleando como herramienta el vínculo de apego que se genera en la relación terapéutica (Galán, 2019, como se cita en Benlloch, 2020).

3.2. Entrevista de Apego Adulto

Mary Main fue la investigadora que descubrió el apego desorganizado, pero, además, elaboró la **Entrevista de Apego Adulto** (en adelante EAA), o, en inglés, la Adult Attachment Interview (AAI), un instrumento semiestructurado de orientación psicodinámica (Holmes y Slade, 2019) que permite hacer una **evaluación de los recuerdos** que el adulto tiene acerca de sus relaciones con las **figuras de apego de su infancia** (Martínez y Santelices, 2005), no esperando obtener registros sobre lo que ocurrió, sino sobre cómo lo vivió e interpretó la persona (Hernández-Pacheco, 2020).

Se trata de un protocolo que consta de 15 preguntas en el que se realiza un estudio literal de las transcripciones (Main, 2000) y se analiza la coherencia del discurso, la estructura del relato y la habilidad del entrevistado para colaborar con el entrevistador (Martínez y Santelices, 2005). Comienza con preguntas banales y, de forma progresiva, continúa con aspectos relacionados con situaciones de abandono, miedo, peligro o pérdida, y finaliza con preguntas sobre aspectos del momento presente (Hernández-Pacheco, 2020).

Es una prueba con gran fiabilidad y mucho respaldo que permite predecir la sensibilidad parental, así como la conducta de los hijos de los entrevistados en la SE (Main, 2000).

En definitiva, esta entrevista desarrollada por Main (2000) brinda la posibilidad de clasificar al sujeto en una de las cuatro categorías equivalentes a las descritas por Ainsworth en la SE (Martínez y Santelices, 2005) y que se explican a continuación:

1) Seguro

Durante la entrevista, el discurso del individuo seguro es **coherente y fluido**, y **colabora** con el entrevistador, tanto si las experiencias de las que habla han sido positivas como si no lo han sido (Martínez y Santelices, 2005). En ellas se percibe un equilibrio entre los recuerdos cognitivos y emocionales (Hernández-Pacheco, 2020).

Se observa **objetividad** en la descripción y evaluación de las relaciones (Main, 2000) y se percibe que el entrevistado considera que sus experiencias de apego, tanto las positivas como las negativas, han sido importantes para el desarrollo de su propia personalidad (Martínez y Santelices, 2005). Es decir, además de recordar lo que ocurrió, son capaces de obtener **aprendizajes útiles** (Hernández-Pacheco, 2020).

Un aspecto llamativo de esta categoría es que estas personas utilizan con frecuencia el **sentido del humor** y muestran sentimientos de **compasión por sus figuras de referencia** (Main, 2000). Además, cuando se describen a sí mismas o a otras personas, existe un **equilibrio** entre las **características positivas y las negativas** (Hernández-Pacheco, 2020).

Dentro de esta categoría, existen dos subgrupos: los resilientes o de “apego seguro adquirido” y los de “apego seguro ingenuo”. Los primeros, son personas conscientes y reflexivas que han sido capaces de reorganizar su patrón ansioso o evitativo dando lugar a una organización mental más equilibrada en la edad adulta. Los segundos, en cambio, son personas que, habiendo vivido una infancia sana, están poco preparados para las situaciones complicadas que llegan en la edad adulta, lo que puede llevarlos a padecer ansiedad o depresión en situaciones de mayor complejidad (Hernández-Pacheco, 2020).

2) Evitativo

Los sujetos evitativos tienden a describir a sus padres como normales o incluso excelentes, llegando incluso a **idealizarlos** o incluso **disculparlos**. No obstante, sus relatos

posteriores, en ocasiones **contradican** estas descripciones (Main, 2000; Martínez y Santelices, 2005). En este sentido, son personas que **minimizan la importancia del apego** en sus vidas (Martínez y Santelices, 2005).

Muchos de ellos no explican los acontecimientos vitales negativos porque dicen no recordarlos, y otros los explican, pero asegurando que no les han afectado, o incluso afirmando que les han servido para hacerse más fuertes (Main, 2000).

En general, sus relatos son **carentes de emoción** (Holmes y Slade, 2019), tienden a omitir información sobre cómo se sintieron y dan **prioridad a los hechos** (Hernández-Pacheco, 2020) y sus descripciones a menudo son especialmente cortas (Main, 2000; Martínez y Santelices, 2005), **poco fluidas** y con **interrupciones** como “no sé” o “no me viene nada a la mente” (Hernández-Pacheco, 2020).

3) Ansioso-preocupado

En las entrevistas realizadas a los individuos ansioso-preocupados, se observa una gran preocupación por sus experiencias pasadas e incluso cierto enfado o **resentimiento** hacia sus propios padres (Main, 2000; Martínez y Santelices, 2005). En general, dan escasa importancia a los hechos y el orden en que ocurrieron, y hacen **énfasis en cómo se sintieron** (Hernández-Pacheco, 2020).

Son personas que tienden a maximizar la importancia del apego en sus vidas y presentan relatos especialmente **largos e incoherentes**, con detalles irrelevantes, así como **explicaciones imprecisas o confusas** (Martínez y Santelices, 2005).

Aunque su discurso puede parecer atractivo al inicio, produce cansancio muy pronto, dado que saltan de un tema a otro con mucha facilidad, son infantiles en sus conclusiones o incluso idealizan sus posibilidades futuras confiando en exceso en sus capacidades (Hernández-Pacheco, 2020).

Además, tienden a ser personas que **dramatizan** sus dificultades y buscan intencionalmente causar pena en el interlocutor al escuchar su historia vital (Hernández-Pacheco, 2020).

4) Desorganizado

En este caso, el discurso tiende a presentar **lapsos o vacíos**, y se perciben muestras de no haber superado alguna experiencia traumática, dado que, en ocasiones, estos sujetos,

pueden llegar a no mencionar a una persona fallecida, o incluso hablar de ella como si todavía estuviera viva (Martínez y Santelices, 2005).

El contenido de la entrevista suele indicar que en sus relaciones de apego infantiles ha habido situaciones conflictivas, de desamparo o una conducta coercitiva hacia ellos (Martínez y Santelices, 2005).

Main y Goldwyn (1989) cayeron en la cuenta de que había algunas personas que, en la EAE, presentaban un grado de coherencia y colaboración muy alto compatible con el apego seguro, pero que sin embargo habían tenido relaciones complejas o traumáticas con sus padres (Homes y Slade, 2019).

Este fenómeno recibió el nombre de **“seguridad ganada”** y, según Holmes y Slade (2019) son dos las posibles explicaciones: por un lado, se dice que, a pesar de haber tenido una situación desfavorable en la infancia, es posible desarrollar una seguridad ganada o adquirida por medio de las relaciones positivas con otras personas significativas como abuelos, hermanos, maestros, psicoterapeutas, etc. (Ibañez, 2013).

Por otro lado, otros autores consideran que la seguridad ganada no es más que un fenómeno que afecta a los estudios retrospectivos dado que si se contempla el pasado a través de un presente difícil en el que la persona es infeliz, es fácil caer en el error de interpretar y describir los cuidados parentales como negativos (Crowell, Fraley y Roisman, 2016, como se cita en Holmes y Slade, 2019).

Tabla 3.
Características de los estilos de apego en la EAA.

Estilo de vinculación	Características
Seguro	<ul style="list-style-type: none"> - Discurso coherente, fluido y colaborativo. - Objetividad en la descripción y evaluación de las relaciones. - Equilibrio entre recuerdos cognitivos y emocionales. - Consideración positiva de las experiencias positivas y las negativas en el desarrollo de su personalidad. - Empleo frecuente del sentido del humor. - Sentimientos de compasión hacia las figuras de referencia.
Inseguro- evitativo	<ul style="list-style-type: none"> - Idealización de los progenitores. - Relatos contradictorios con la visión ideal de los padres. - Minimización de la importancia del apego. - Olvido de los acontecimientos vitales negativos. - Relatos donde priman los hechos sobre las emociones. - Relatos cortos, pocos fluidos y con interrupciones.
Inseguro- ansioso	<ul style="list-style-type: none"> - Preocupación actual por las experiencias pasadas. - Resentimiento hacia los progenitores. - Relatos donde priman las emociones sobre los hechos. - Maximización de la importancia del apego. - Relatos poco coherentes, imprecisos y confusos. - Relatos largos con detalles irrelevantes. - Dramatización de las dificultades.
Inseguro desorganizado	<ul style="list-style-type: none"> - Lapsos o vacíos en el discurso. - Muestras de no superación de experiencias traumáticas. - Descripción de situaciones conflictivas o de desamparo en la infancia.

Fuente: elaboración propia.

4. Aplicación de la Teoría del Apego en psicoterapia

En este capítulo se aborda la TA y su aplicación en el contexto terapéutico, destacando su relevancia creciente en la psicoterapia con adultos. Se examina cómo el estilo de apego de una persona puede modificarse en condiciones terapéuticas adecuadas, centrándose en la creación de una base segura en la relación terapeuta-paciente para facilitar el cambio terapéutico.

Se destaca la importancia de la alianza terapéutica, que se define por el acuerdo en los objetivos y tareas de la terapia, así como por el vínculo emocional entre terapeuta y paciente, y se analiza como la relación con el terapeuta puede suponer una experiencia emocional correctiva que permita reparar los modelos internos disfuncionales de relación.

Por último, se presentan una síntesis con algunas estrategias específicas basadas en la evidencia para la psicoterapia basada en la TA.

4.1. Teoría del Apego y alianza terapéutica

A lo largo de la última década, la TA está cobrando cada vez más relevancia en la terapia con adultos (Daly y Mallinckrodt, 2009), dado que constituye un constructo teórico que complementa el trabajo terapéutico realizado desde cualquier modalidad (Burke, Danquah y Berry, 2015).

Desde que la investigación ha demostrado que el estilo de apego de una persona puede modificarse si se dan las condiciones adecuadas (Bucci *et al*, 2015; Lossa, Corbera y Botella, 2012), la psicoterapia se ha centrado en el establecimiento de una base segura en la relación terapeuta-paciente para facilitar el cambio terapéutico (Burke, Danquah y Berry, 2015).

Las personas buscan tratamiento en momentos en los que se sienten amenazadas o angustiadas (Bucci *et al.*, 2015). Por tanto, como el sistema de apego en la edad adulta se activa en estos momentos donde la persona se siente vulnerable, la **relación terapéutica** se caracteriza por ser un **encuentro** entre un **individuo vulnerable que busca ayuda** y una **figura protectora que trata de ayudarla**. Y, por este motivo es posible afirmar que la TA proporciona un marco de referencia para manejar los encuentros y desencuentros que surgen en dicha relación (Galán, 2020).

Así, la experiencia de seguridad que experimenta el paciente emerge en el contexto de la interacción entre él y el terapeuta, por medio de su voz, ojos, postura y modo de relacionarse con él (Mair, 2020).

El **terapeuta** actúa como una **figura de apego creando una base segura** para el paciente, afirmando sus cualidades positivas, ayudándole a comprender sus sentimientos y acciones, así como las reacciones de los otros ante ellas (Mikulincer, Shaver y Berant, 2012). Le proporciona **tiempo, espacio y seguridad para explorarse a sí mismo** y su entorno relacional (Daly y Mllinckrodt, 2009; Eagle, 2017), así como los **aspectos dolorosos de su vida**, tanto en el pasado como en el presente, lo cual no sería viable sin la presencia de un acompañante en quien confía y que actúa como guía (Eagle, 2017).

La psicoterapia, en este sentido, genera un entorno seguro desde el que explorar los daños pasados y **elaborar una narrativa coherente** que permite al paciente **comprender y**

explicar su estilo de vinculación (Marmarosh y Kivlighan, 2014; Saphiro, 1999) así como desarrollar las habilidades necesarias para convertirse en un adulto competente en el mundo físico y social (Eagle, 2017).

En este contexto, cobra especial relevancia la **alianza terapéutica**, un concepto que ha recibido durante las dos últimas décadas el interés de la investigación (Bucci *et al.*, 2015) y que ha sido incorporado por la gran mayoría de las escuelas, distanciándose de la visión transferencial psicoanalítica (Lossa, Corbella y Botella, 2012).

La alianza hace referencia a la relación establecida entre el terapeuta y el paciente durante el proceso de psicoterapia (Lossa, Corbella y Botella, 2012) y, según Bordin (1979) contiene tres dimensiones: en primer lugar, el **acuerdo** que existe entre el cliente y el terapeuta acerca de los **objetivos** de la terapia; en segundo lugar, el acuerdo sobre las **tareas** a realizar para alcanzar dichos objetivos; y, por último, el **vínculo emocional**, basado en el respeto, la confianza y el apego entre ambos.

Los estudios muestran que existe una **relación empírica entre la alianza y los resultados** de la psicoterapia, con independencia de la modalidad terapéutica (Bucci *et al.*, 2015; Holmes; 2009; Mikulincer, Shaver y Berant, 2012), llegando incluso a afirmar que esta explica la mayor parte de la varianza en los resultados (Navia y Arias, 2012; Rosetti y Botella, 2017).

Por lo general, los pacientes **seguros** son capaces de establecer una **mejor y más fuerte alianza** con sus respectivos terapeutas, llegando así a obtener mejores resultados (Bucci *et al.*, 2015; Lossa, Corbella y Botella, 2012).

Este perfil suele estar compuesto de personas que perciben a sus terapeutas como receptivos y disponibles emocionalmente (Aguilar, 2019), tienen una idea positiva de su propio self y buscan la conexión interpersonal, lo que los hace más capaces de establecer y mantener vínculos emocionales (Diener y Monroe, 2011). Además, la seguridad se asocia con una actitud más positiva hacia la terapia, así como a una **capacidad de exploración de las experiencias internas** más profunda y completa (Mikulincer, Shaver y Berant, 2012).

Los pacientes **inseguros**, en contraposición, tienden a desconfiar de las intenciones de los otros, tienen una idea negativa de su propio self, y presentan más dificultades a la hora de establecer y cultivar vínculos emocionales o de llegar a acuerdos con el terapeuta en cuanto a

los objetivos y las tareas para alcanzarlos (Diener y Monroe, 2011). Todo ello, contribuye a debilitar la calidad de la alianza, y, por tanto, a producir **resultados terapéuticos más pobres** (Bucci *et al.*, 2016; Lossa, Corbella y Botella, 2012).

En concreto, el apego **ansioso**, que se caracteriza por una acusada **sensibilidad al rechazo interpersonal** (Bucci *et al.*, 2016), se relaciona positivamente con la alianza en la primera sesión, pero negativamente a lo largo del proceso (Degnan *et al.*, 2016; Marmarosh y Kivlighan, 2014). Es posible que en la primera sesión el paciente se sienta cómodo con el terapeuta y logre vincular con él, pero, al no obtener resultados inmediatos, cuestione el vínculo con este (Lossa, Corbella y Botella, 2012).

Los pacientes ansiosos presentan dificultades a la hora de establecer objetivos conjuntos con el terapeuta porque la posibilidad de generar cambios en su vida activa en ellos su patrón ansioso, dando lugar a dificultades no tanto en el vínculo como en los objetivos, lo cual repercute directamente en la alianza (Lossa, Corbella y Botella, 2012).

4.2. Experiencias emocionales correctivas

Apego y **exploración** pueden parecer conceptos antagónicos, dado que, aparentemente, el apego invita a acercarse a la figura protectora y la exploración a alejarse progresivamente de ella. Por tanto, es fácil entender que activar uno conlleva desactivar el contrario. En cambio, la relación entre ambos constructos es **complementaria**, puesto que la relación de apego brinda la seguridad necesaria para explorar el entorno o el mundo interno (cuidador como base segura), así como un lugar al que volver en busca de protección (cuidador como puerto seguro) (Galán, 2020).

Una gran mayoría de terapeutas ha observado, a lo largo de su trayectoria clínica, que aquello que los pacientes han aprendido en su infancia, se refuerza en la edad adulta. Esto ocurre porque establecen nuevas relaciones que confirman sus expectativas y refuerzan los mensajes negativos que habían desarrollado en la relación con sus cuidadores años atrás. Por este motivo, el objetivo principal del **terapeuta** consiste en **ofrecer a su cliente una nueva experiencia en su relación con él**, que posteriormente pueda **extrapolar** a su relación consigo mismo, con los demás, y con el mundo (Daly y Mallinckrodt, 2009).

El paciente con apego seguro, fruto de la interacción en su infancia con sus figuras de apego, se atreve a explorar su mundo interno y conectar con sus experiencias afectivas. El

evitativo, en cambio, tiene dificultades para conectar con los demás, consigo mismo y con sus necesidades de apego. Por tanto, es posible que lo haga de forma sesgada y sin tener en cuenta su mundo afectivo. Al ambivalente su historia vital lo ha llevado a exagerar su malestar de manera que no pueda ser ignorado, y, por tanto, tiende a ser excesivamente consciente de sus pensamientos y sentimientos vulnerabilidad. Y, por último, el paciente desorganizado tiene una gran cantidad de vivencias pasadas no procesadas, por lo que es esperable que evite acceder a ellas o que al hacerlo sienta angustia y desorganización (Galán, 2020).

Es frecuente que el **terapeuta**, fruto de la **contratransferencia**, tenga la tendencia de dar **respuestas complementarias** al estilo de relación del paciente, reforzando sus formas establecidas de relación (Burke, Danquah y Berry, 2015). Para evitarlo, conviene que este logre desconectarse del estilo de apego del cliente a fin de **ofrecerle una experiencia interpersonal correctiva** que suponga una oportunidad de desarrollar comportamientos interpersonales más adaptativos (Bucci *et al.*, 2015).

Por tanto, al mismo tiempo que **valida y respeta las estrategias del paciente**, dado que es consciente de que son necesarias para protegerse, el terapeuta ha de ejercer un **contrapeso** para poder acceder a los **aspectos** que el cliente en cuestión evita y que **debe afrontar**. En el caso del paciente evitativo, aproximarse a los eventos afectivos que este evita a toda costa nombrando y hablando emociones, incluyendo el afecto, etc. (Burque, Danquah y Berry, 2015). En el del paciente ambivalente, reforzar la capacidad de analizar cognitivamente las experiencias emociones, introducir más estructura en la conversación, establecer conexiones causales entre eventos por medio de líneas del tiempo, etc. (Burque, Danquah y Berry, 2015). Y, por último, en el del desorganizado, poner un cierto orden en su confusión (Galán, 2020).

Todo lo anterior, se resume en el concepto central de la TA: la experiencia emocional correctiva, que sienta las bases para cualquier cambio que pueda darse en el marco de la relación terapéutica.

Una **experiencia emocional correctiva** es la habilidad por parte del terapeuta para **generar** unas **condiciones diferentes de relación** con el paciente teniendo en cuenta su **historia vital** (Daly y Mallinckrodt, 2009). Es decir, el terapeuta reacciona de una forma diferente a las expectativas que tenía el paciente, que están basadas en las experiencias que ha vivido a lo largo de su infancia con sus cuidadores primarios (Eagle, 2017).

De esta forma, la experiencia repetida de sentirse entendido hace que el paciente sienta la confianza y seguridad necesarias para comprender que el terapeuta y el contexto de

la terapia constituyen una base segura desde la que explorar el entorno y las experiencias privadas (Eagle, 2017). Y, además, gracias a las experiencias emocionales correctivas brindadas por el terapeuta, se abre la **posibilidad de restablecer los modelos internos** del individuo que tanto dificultan su relación consigo mismo y con los otros (Holmes, 2009).

Para los pacientes **evitativos**, que tienden a establecer una cierta distancia protectora tanto con el terapeuta como con sus iguales, una experiencia correctiva puede consistir en tratar de **incrementar la proximidad con el terapeuta** y explorar progresivamente la profundidad de **sus experiencias internas** (Mikulincer, Shaver y Berant, 2013).

Para los **ansiosos**, que tienen la tendencia a permanecer en una posición dependiente en sus relaciones, una experiencia correctiva puede ir en la dirección de mantener una cierta **distancia** con él, así como animarlo a que desarrolle paulatinamente su **autonomía** (Mikulincer, Shaver y Berant, 2013).

De esta forma, los pacientes experimentan nuevas formas de relacionarse en el marco de la seguridad de la terapia, con el objetivo de que pongan en práctica esta nueva forma de funcionar en el mundo y, posteriormente, vuelvan a la seguridad de la relación terapéutica para analizar conjuntamente los sentimientos surgidos a raíz de sus nuevos comportamientos interpersonales (Geller y Farber, 2015).

Cuando esta dinámica se produce de forma repetida en la relación terapéutica, el paciente, **fuera de sesión**, cuando se enfrenta a un desafío, es capaz de **evocar la imagen de su terapeuta** ser guiado por su voz y **apoyo imaginario**. Así, se produce una conversación imaginaria en su mente que le brinda la suficiente seguridad como para implementar cambios en sus relaciones interpersonales (Mair, 2020).

4.3. Influencia del estilo de apego del paciente y del terapeuta en la relación terapéutica

Cada uno de los cuatro estilos de apego exhibe una modalidad única de interacción terapéutica, lo que conlleva a la evocación de respuestas distintivas por parte del terapeuta y, en consecuencia, al establecimiento de dinámicas relacionales diversas.

En líneas generales, el paciente con un estilo de apego **seguro** exhibe una notable habilidad para la **autoexploración**, la **autorrevelación** y la evaluación tanto de sus relaciones pasadas como presentes, lo que propicia el desarrollo de una alianza terapéutica robusta entre el paciente y el terapeuta (Rosetti y Botella, 2012).

En el contexto terapéutico, estos pacientes suelen ser considerados como **cooperativos**, dado que están dispuestos a involucrarse en la construcción de una relación distinta tanto con el profesional como con ellos mismos, además de mostrar aprecio por la ayuda y el acompañamiento recibidos (Galán, 2020).

El paciente con un estilo de apego **evitativo** tiende a minimizar la importancia de las relaciones interpersonales y a evitar la expresión de sus emociones. Presenta **dificultades** para **confiar** en los demás y para **comunicar sus sentimientos**, al mismo tiempo que experimenta un deseo subyacente de establecer conexiones emocionales, aunque enfrenta un gran temor al respecto (Rosetti y Botella, 2012).

Este perfil psicológico se caracteriza por haber desarrollado a lo largo de su vida una **autonomía excesiva** y una fuerte dependencia de sus propios recursos, lo que resulta en una desconfianza hacia la ayuda externa (Galán, 2020). En el contexto terapéutico, el paciente evitativo tiende a mostrar una **participación limitada** y a solicitar intervenciones poco comprometidas emocionalmente, buscando principalmente orientación práctica o la adquisición de habilidades técnicas específicas (Aguilar, 2019).

La actitud reservada y distante de la persona evitativa puede generar desafíos para el terapeuta, quien podría sentirse cuestionado o rechazado por el paciente. Por ende, el terapeuta debe demostrar una habilidad especial en el establecimiento de una relación terapéutica que mantenga una **distancia relacional adecuada**: estar presente tanto física como emocionalmente, sin provocar sentimientos de angustia o vulnerabilidad en el paciente (Galán, 2020).

El paciente con un perfil **ansioso** manifiesta significativas dificultades para confiar en la disponibilidad emocional del terapeuta y en sus buenas intenciones (Rosetti y Botella, 2012). Este individuo busca de manera constante **seguridad y protección**, y, con el propósito de asegurar el cuidado, puede recurrir reiteradamente a solicitar ayuda o, en casos más extremos, utilizar estrategias coercitivas como amenazas de abandono o suicidio (Galán, 2020).

Por consiguiente, el terapeuta se enfrenta al desafío de establecer **límites funcionales** que definan los confines de la relación terapéutica, una tarea que a veces es percibida por el paciente como un acto de abandono (Aguilar, 2019).

Por último, el paciente con un estilo de apego **desorganizado** tiende a fomentar un ambiente de **confusión relacional** dentro del contexto terapéutico, y a recurrir a estrategias

inapropiadas en las cuales depende únicamente de sí mismo, como la automutilación o el consumo de sustancias (Galán, 2020).

A pesar de que el principal enfoque de la intervención psicoterapéutica basada en la TA se centra en el estilo de apego del paciente, es imperativo reconocer el impacto que ejerce el **estilo de apego del terapeuta** en el proceso de tratamiento.

El terapeuta, como un participante activo en la interacción terapéutica, posee sus propios pensamientos y sentimientos y un estilo de vinculación personal, que influye en su capacidad para tolerar las defensas y estrategias disfuncionales del paciente. Su función no es otra que la de inculcarle, por medio del modelado, patrones de comunicación y de relación más seguros y adaptativos con el objetivo de fomentar un fortalecimiento del sentido del self del paciente (Aguilar, 2019).

En este sentido, es relevante destacar que el estilo **de apego del terapeuta** incide en el **proceso y resultado de la terapia** (Aguilar, 2019). Investigaciones han demostrado que terapeutas con un estilo de apego seguro son capaces de establecer alianzas más sólidas con sus pacientes (Degnan *et al.*, 2016; Diener y Monroe, 2011). Por el contrario, la ansiedad de apego en terapeutas inexpertos se ha asociado con una alianza deficiente, lo que repercute negativamente en los resultados terapéuticos (Dinger y Schauenburg, 2009).

Algunos estudios resaltan que los **estilos de apego opuestos entre paciente y terapeuta** se correlacionan con una **mejor alianza** terapéutica y resultados favorables (Bucci, 2016; Bruck *et al.*, 2006; Petrowski *et al.*, 2011). Además, se ha observado que pacientes con apego ansiosos se benefician de trabajar con terapeutas evitativo y no intrusivos, que les otorgan la oportunidad de asumir un papel más autónomo, mientras que pacientes evitativos se benefician de la participación de terapeutas más comprometidos (Bruck *et al.*, 2006; Petrowski *et al.*, 2011).

Es importante mencionar que la habilidad de un individuo para desempeñar un **rol de cuidador disponible** está estrechamente relacionada con su propia **experiencia de haber sido cuidado**. Se sabe que terapeutas que han experimentado negligencia o rechazo en su infancia encuentran mayores dificultades para establecer un ambiente terapéutico seguro, lo que afecta su capacidad para acompañar al paciente en la exploración y modificación de sus modelos internos de trabajo (Mikulincer y Shaver, 2007).

La trayectoria vital del paciente a menudo revela que la habilidad del individuo para percibir al terapeuta como una figura de apego segura emerge como un obstáculo principal

que debe ser abordado durante el curso de la terapia. En otras palabras, aunque la provisión de una base segura por parte del terapeuta sea necesaria, podría no ser suficiente, ya que una parte significativa del proceso terapéutico se enfoca en enfrentar las barreras que obstaculizan la percepción del terapeuta como vínculo seguro para el paciente (Eagle, 2017).

Particularmente, al inicio del tratamiento, los pacientes con inseguridades en el apego tienden a interpretar la relación con el terapeuta de acuerdo con las expectativas de relación que han sido moldeadas por sus experiencias previas. Es decir, el paciente trae consigo a la relación terapéutica un conjunto de expectativas sobre cómo las figuras de apego deberían relacionarse con él, lo que se denomina transferencia. Además, es común que el paciente, a través de la interacción con otros, incluido el terapeuta, elicitara respuestas que validen su modelo interno de funcionamiento, que ha sido desarrollado a lo largo de su historia de vida (Eagle, 2017).

Por consiguiente, resulta esencial que la relación terapéutica ofrezca al paciente estrategias emocionales correctivas que faciliten la revisión y reestructuración de estas expectativas tan arraigadas.

4.4. Estrategias para la psicoterapia basada en la Teoría del Apego

A pesar de que la TA no ha concretado una propuesta de intervención clínica específica, sí ha ejercido una gran influencia en el mundo de la psicoterapia (Galán, 2019). De esta forma, este apartado busca ofrecer una síntesis con directrices basadas en la evidencia que guíe a los psicólogos interesados en la TA en sus intervenciones, aumentando así las posibilidades de éxito terapéutico.

1) Proporcionar una base segura

El requisito primordial y esencial para la práctica terapéutica consiste en la instauración de una base segura, la cual proporciona al paciente el terreno propicio para la **exploración de su historia relacional previa**, así como de sus **conflictos actuales**, al tiempo que fomenta el desarrollo gradual de **nuevas modalidades relacionales**, más adaptativas (Marmarosh y Kivlighan, 2014).

Esta premisa encuentra su analogía en el concepto de la figura materna disponible, quien, al proveer un refugio y un estímulo a la vez, facilita que el niño explore su entorno. Sin embargo, en el caso del individuo adulto, dicha base segura se internaliza no tanto para la

exploración del entorno externo, sino para la **introspección** y el conocimiento de su propio self (Eagle, 2017).

Contrariamente a una posible interpretación, la instauración de una base segura no tiene como finalidad principal resolver el estrés del paciente. En lugar de ello, su propósito radica en transmitir al individuo que el terapeuta posee la capacidad de tolerar sus miedos, emociones turbulentas y pensamientos negativos, reafirmando su compromiso de permanecer a su lado y acompañarlo a lo largo de su proceso, incluso en presencia de dichas manifestaciones (Burke, Danquah y Berry, 2015).

En resumen, el terapeuta debe transformarse en un **elemento constante en la existencia de sus pacientes**, lo cual propiciará el desarrollo de confianza tanto en el terapeuta como en un **nuevo paradigma relacional** con los demás. Esta confianza se fundamenta en la percepción del terapeuta como una figura de apego fiable (Daly y Mallinckrodt, 2009).

2) Adaptar la intervención al estilo de apego del paciente

A pesar de que la singularidad de cada individuo condiciona su respuesta a las intervenciones terapéuticas, resulta relevante señalar la existencia de patrones comunes inherentes a cada estilo de apego, los cuales demandan la implementación de estrategias específicas por parte del terapeuta.

Particularmente, los pacientes con un estilo de apego **ansioso** tienden a beneficiarse de intervenciones que enfatizan el componente cognitivo o conductual. Estas intervenciones, denominadas "**estrategias de desactivación**", facilitan la capacidad del individuo para distanciarse lo suficiente de sus emociones a fin de contenerlas y regularlas. Asimismo, resulta crucial establecer límites claros que transmitan coherencia y previsibilidad, comprender su inclinación inicial hacia la dependencia y fomentar gradualmente su autonomía (Benlloch, 2020; Galán, 2019; Galán, 2020).

Por otro lado, en el caso de los individuos con un estilo de apego **evitativo**, se evidencia la necesidad de intervenciones centradas en el componente emocional (**estrategias de hiperactivación**). Para este perfil, es recomendable facilitar la exploración y expresión de sus propias emociones, evitando la superficialidad en el abordaje temático y sin reforzar su sensación de autosuficiencia (Benlloch, 2020; Rossetti y Botella, 2017).

3) Abordar la propia relación terapéutica

Un aspecto fundamental en el contexto de la psicoterapia es el abordaje de la relación terapéutica en sí misma, así como de los **contenidos y sentimientos que emergen** dentro de esta dinámica. Este enfoque implica una **labor metacognitiva** en la que tanto el paciente como el terapeuta se esfuerzan por comprender cómo la intervención del otro ha influido en sus respectivos procesos internos (Galán, 2020).

La exploración de esta relación terapéutica permite la toma de conciencia acerca de los acontecimientos que la configuran y facilita la identificación de las dinámicas relacionales y la capacidad del paciente para afrontar su vulnerabilidad. En otras palabras, los elementos que surgen en el transcurso de la consulta pueden constituir un material valioso para investigar hasta qué punto estas dinámicas se replican en la vida cotidiana del cliente, con el objetivo de abordarlas terapéuticamente (Benlloch, 2020; Slade y Holmes, 2018).

Es importante señalar que las **rupturas** en la alianza entre el terapeuta y el paciente, lejos de ser percibidas como un obstáculo, pueden convertirse en una **oportunidad terapéutica**. Por ejemplo, cuando un cliente expresa su decepción ante el terapeuta por la cancelación de una cita, esta situación proporciona la posibilidad de explorar similitudes entre la reacción del paciente en este contexto y sus interacciones con otras personas a lo largo de su vida (Daly y Mallinckrodt, 2009).

En conclusión, las rupturas experimentadas en la alianza terapéutica representan una oportunidad singular para abordar algunos de los temas centrales en la vida del paciente que de otra forma tal vez no se hubieran planteado.

4) Reparar el presente a través de la exploración del pasado

La relación terapéutica emerge como el entorno propicio en el cual, respaldados por la seguridad proporcionada por el terapeuta, los pacientes encuentran la oportunidad de explorar tanto sus vivencias pasadas como sus relaciones actuales, mediante el análisis de sus experiencias de apego previas (Mikulincer, Shaver y Berant, 2012).

El proceso de tomar conciencia de que la manera en que se siente y se comporta puede estar influenciada por experiencias pasadas se conoce como "contactar con los fantasmas". Aunque este proceso puede resultar doloroso, también tiene un potencial sanador, dado que estas influencias afectan diversos aspectos de la vida psicológica del paciente (Holmes, 2009).

Aceptar y comprender estas influencias pasadas constituye la tarea primordial que enfrenta el paciente durante el proceso terapéutico, con el apoyo y acompañamiento del terapeuta. En este contexto, se presenta la oportunidad de **revisar la historia de los progenitores del paciente**, quienes probablemente hayan sido considerados responsables de su sufrimiento psicológico, y comprender que, a su vez, ellos fueron producto de su propia historia. Este proceso busca **facilitar el perdón** hacia los padres, fomentar la **empatía** hacia su sufrimiento y, en última instancia, promover el **perdón hacia uno mismo** y el trabajo en la reparación (Holmes, 2009)

5) Establecer límites que enmarquen la relación

Los límites se erigen como pilares fundamentales en la dinámica relacional humana, estableciendo **barreras psicológicas** esenciales que regulan cualquier **interacción** interpersonal. Sin embargo, en el contexto específico de la relación terapéutica, el establecimiento de límites constituye una faceta indispensable del proceso clínico (Daly y Mallinckrodt, 2009).

En este sentido, el terapeuta se enfrenta ocasionalmente al desafío de responder a las demandas y expectativas del paciente de una manera que desafíe sus supuestos relacionales, con el propósito de ofrecer una experiencia emocional correctiva (Geller y Farber, 2015).

Específicamente, los pacientes **ansiosos**, influidos por experiencias previas de inconsistencia en las relaciones, particularmente en la infancia, manifiestan una sensibilidad exacerbada hacia la separación, la pérdida y otros cambios en la estructura de la terapia (Geller y Farber, 2015). Por consiguiente, el establecimiento de **límites claros** y expresados con **empatía y cariño** por parte del terapeuta emerge como un medio reparador de estas experiencias de inconsistencia (Daly y Mallinckrodt, 2009).

En consonancia con lo anterior, los períodos de pausa o la conclusión de la terapia brindan una oportunidad valiosa para explorar los sentimientos del cliente en relación con la separación y el abandono, y para establecer conexiones con su historia personal. Es imperativo, entonces, invertir tiempo en las sesiones para preparar al paciente ante la culminación de la relación terapéutica, con el propósito de evitar la reactivación de experiencias pasadas de abandono y proporcionarle nuevos significados (Burke, Danquah y Berry, 2015).

La discusión sobre la naturaleza temporal de la terapia juntamente con el paciente se revela como un aspecto crucial en este proceso. Por tanto, es **esencial abordar la separación**

con la misma dedicación y sensibilidad que se emplea en el establecimiento inicial de la **conexión terapéutica** (Daly y Mallinckrodt, 2009).

En resumen, el manejo de límites claros, respetuosos y afectuosos se concibe como una herramienta fundamental para gestionar adecuadamente la conclusión de la terapia, alentando gradualmente al paciente a establecer vínculos seguros fuera del contexto terapéutico, donde pueda generalizar los logros alcanzados durante el proceso terapéutico (Burke, Danquah y Berry, 2015).

6) Establecer una distancia terapéutica adecuada

Encontrar la distancia interpersonal apropiada en el contexto terapéutico es un proceso de gran relevancia que requiere una atención particular. Aunque es natural que el cliente busque establecer la distancia con la que se sienta cómodo, es responsabilidad del **terapeuta** gradualmente **instaurar el nivel de distancia óptimo** y funcional para el paciente y la relación (Saphiro, 1999).

Los pacientes con tendencias **ansiosas** tienden a desarrollar relaciones intensas, muy **cercanas y dependientes** con sus figuras de referencia, incluyendo al terapeuta, lo que se refleja en un apego compulsivo y la búsqueda de contacto incluso entre sesiones (Geller y Farber, 2015).

Por ende, la distancia propuesta por estos pacientes suele ser menor a la ideal. Inicialmente, el terapeuta, en lugar de imponer la distancia adecuada, se esfuerza por satisfacer las necesidades del cliente y establece una distancia que, aunque no sea óptima a largo plazo, es necesaria para generar seguridad y fomentar la implicación del paciente. A medida que **avanza la terapia**, el terapeuta gradualmente **incrementa la distancia**, lo que permite al paciente desarrollar autonomía y habilidades de regulación emocional (Daly y Mallinckrodt, 2009).

Este proceso contribuye a una experiencia emocional correctiva para el paciente ansioso, permitiéndole internalizar la capacidad de autorregularse y mantener un vínculo con el terapeuta sin depender exclusivamente de él (Daly y Mallinckrodt, 2009).

Por otro lado, las personas con estilos de apego **evitativo** tienden a mantener **distancias mayores de lo adecuado**, e incluso pueden reaccionar negativamente ante la percepción de que el terapeuta ejerce cierto poder sobre ellos (Geller y Farber, 2015).

En este caso, el terapeuta respeta la distancia inicialmente marcada por el paciente y, gradualmente, busca **reducirla para promover una mayor intimidad** en las sesiones, facilitando la exploración de los afectos del paciente. Esta experiencia emocional correctiva ayuda al cliente a disminuir sus defensas emocionales y a enfrentar los riesgos asociados con la intimidad emocional (Daly y Mallinckrodt, 2009).

Tabla 4.

Estrategias para la psicoterapia basada en la TA.

Estrategia	Características principales
Proporcionar una base segura	<ul style="list-style-type: none"> - Crear un entorno seguro que fomente la exploración emocional del paciente. - Transmitir la capacidad del terapeuta para tolerar y acompañar emociones difíciles. - Analogía con la figura materna disponible que proporciona un refugio y estímulo para la exploración, aunque dirigida al propio self.
Adaptar la intervención al estilo de apego del paciente	<ul style="list-style-type: none"> - Comprender que cada estilo de apego requiere estrategias terapéuticas específicas. - Pacientes ansiosos: estrategias de desactivación centradas en el componente cognitivo o conductual. - Pacientes evitativos: estrategias de hiperactivación centradas en la exploración emocional.
Abordar la propia relación terapéutica	<ul style="list-style-type: none"> - Favorecer una reflexión metacognitiva sobre la relación entre terapeuta y paciente. - Facilitar la toma de conciencia de las dinámicas relacionales del paciente. - Emplear las rupturas en la alianza terapéutica para explorar temas centrales en la vida del paciente.
Reparar el presente a través de la exploración del pasado	<ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar un entorno seguro donde el paciente explore sus vivencias pasadas y sus relaciones actuales. - Ayudar al paciente a tomar conciencia de las influencias pasadas en su comportamiento y sentimientos. - Fomentar una actitud de perdón y comprensión hacia los progenitores y hacia uno mismo.
Establecer límites que enmarquen la relación	<ul style="list-style-type: none"> - Establecer límites claros y afectuosos que regulen la dinámica relacional. - Explorar los sentimientos y cogniciones surgidos en torno al establecimiento de límites en terapia y fuera de ella.
Establecer una distancia terapéutica adecuada	<ul style="list-style-type: none"> - Encontrar un equilibrio funcional entre la cercanía y distancia en la relación terapéutica. - Adaptarse inicialmente a la distancia del paciente y progresivamente virar hacia una distancia adecuada.

Fuente: elaboración propia

5. Conclusiones

El análisis detallado que se ha realizado acerca de la TA y sus componentes revela la importancia crucial de la relación terapéutica en el proceso de tratamiento psicológico. Tal y como decía el objetivo principal de este ensayo, el establecimiento de una **base segura** por parte del terapeuta y una sólida **alianza** emergen como pilares esenciales para el éxito de la terapia. Estos hallazgos resaltan la necesidad de que los terapeutas se esfuercen por generar las **condiciones propias de un entorno seguro** y de confianza que fomente la exploración emocional y el **autoconocimiento** por parte del paciente. En definitiva, el contexto terapéutico permite de algún modo replicar el entorno familiar del paciente y, en particular, la relación con la madre.

La **terapia** puede ser, si se dan las condiciones adecuadas mencionadas en el apartado anterior, una **experiencia emocional correctiva** en sí misma. El paciente tiene la oportunidad de revisar de manera progresiva sus modelos operativos internos coherentes con su historia vital y desarrollar de la mano del terapeuta un estilo de apego seguro desde el que poder relacionarse consigo mismo y vincularse con el mundo y con su entorno.

El terapeuta, como experto, ha de ser capaz de **adaptar sus intervenciones al estilo de apego individual** de cada **paciente**, reconociendo las distintas modalidades de interacción requeridas por los diferentes perfiles. Para ello, es esencial que domine las características básicas de cada estilo y los instrumentos de evaluación necesarios para esclarecer el estilo de vinculación de cada uno de sus pacientes.

La **exploración del pasado de la persona**, especialmente en lo que respecta a sus experiencias de apego, constituye un elemento crucial en el proceso terapéutico. Comprender cómo dichas experiencias pasadas **influyen en la experiencia inmediata** del paciente es fundamental para promover la reparación emocional, el **perdón** hacia las figuras de referencia y el desarrollo de un **sentido integrado de su propio self**.

El dominio en la gestión adecuada de los límites y de una distancia adecuada en la relación terapéutica son aspectos esenciales a los que los terapeutas deben prestar atención, porque de lo contrario, pueden caer en una dinámica disfuncional que refuerce el funcionamiento desadaptativo del paciente.

5.1. Limitaciones

A pesar de la exhaustiva revisión de la literatura acerca de la TA y sus implicaciones en la práctica terapéutica, este trabajo no está exento de ciertas limitaciones que podrían haber afectado en cierto modo a su validez. Entre las principales limitaciones se incluyen:

En primer lugar, aunque se ha tratado de abordar la TA de manera integral y completa, teniendo en cuenta un importante número de investigaciones, se debe reconocer que cada individuo y situación terapéutica tienen particularidades únicas. Por este motivo, existe el **riesgo** de que algunas conclusiones derivadas de la literatura revisada **no sean generalizables** a todos los **contextos clínicos**.

En segundo lugar, este ensayo se ha basado en investigaciones previas realizadas por otros autores y en la revisión de la literatura ya existente. Por tanto, la interpretación de estos hallazgos está sujeta a una cierta subjetividad por parte del autor. Si bien se ha tratado de mantener en todo momento un enfoque objetivo, es posible que ciertos **sesgos cognitivos** hayan podido influir de alguna forma en la **interpretación de los resultados**.

Otra de las posibles limitaciones de este trabajo radica en la **complejidad del tema**. La TA es un campo de estudio complejo que, como tal, abarca distintas disciplinas y enfoques teóricos. La comprensión completa de todos los aspectos de la TA y su aplicación en la práctica clínica es un desafío continuo que podría haber resultado en una simplificación excesiva o en una falta de profundidad en determinados aspectos tratados en este ensayo.

Finalmente, es importante destacar que, aunque la literatura existente sobre la TA es abundante, resulta limitada en lo que respecta a su aplicación concreta en la psicoterapia. Específicamente, hay una **escasez de investigaciones** que definan claramente los aspectos que los **terapeutas** deben cumplir y en los que deberían recibir **formación**.

En resumen, y aunque se hayan realizado esfuerzos para examinar y describir de manera exhaustiva la TA y sus implicaciones clínicas, estas limitaciones deben tenerse en cuenta al interpretar los hallazgos y conclusiones presentados en este trabajo.

5.2. Prospectiva

A lo largo de este trabajo se han explorado diversos aspectos de la TA y su aplicación en el contexto clínico y más concretamente, en lo que respecta a la acción del terapeuta en el marco de la psicoterapia. No obstante, todavía quedan áreas de investigación que podrían

beneficiarse de futuros desarrollos en este campo. Algunas posibles líneas de trabajo derivadas de este estudio incluyen:

En primer lugar, un **aumento de datos de la investigación empírica**. Son necesarios más estudios que demuestren la eficacia de las intervenciones basadas en la TA en diferentes poblaciones y contextos clínicos. Dichas investigaciones podrían incluir ensayos clínicos controlados, así como **estudios longitudinales** a fin de evaluar los resultados a largo plazo de la psicoterapia basada en la TA.

En segundo lugar, basándose en los hallazgos de este ensayo, podría resultar muy interesante y útil en el ámbito clínico el desarrollo de **protocolos** específicos de **intervención** adaptados a **cada estilo de apego**, con descripciones más detalladas del papel de la psicoterapia y del psicoterapeuta. Estos protocolos podrían incluir técnicas y estrategias terapéuticas diseñadas para abordar las necesidades concretas de cada individuo teniendo en cuenta su estilo de vinculación.

Por último, sería muy enriquecedor investigar cómo las intervenciones basadas en la TA se aplican en diferentes **culturas y contextos** culturales. La forma en que las personas se relacionan y generan vínculos afectivos puede diferir de manera significativa entre culturas. En este sentido, sería interesante profundizar en el papel que tienen **las normas y los valores culturales en las interacciones tempranas** entre cuidadores e infantes, que darán lugar a un estilo de apego determinado.

En conclusión, son muchas las posibles investigaciones que podrían llevarse a cabo en el futuro en el campo de la TA dado que de este modo se estaría contribuyendo a mejorar la comprensión y la eficacia de las intervenciones terapéuticas orientadas a promover el bienestar emocional y psicológico de las personas.

6. Referencias bibliográficas

Aguilar, M. (2019). Intervenciones psicoterapéuticas basadas en la teoría del apego. *Revista Cúpula*, 33(1), 33-53. [art03.pdf \(binasss.sa.cr\)](#)

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.) (DSM V). Washington, DC: Author. Recuperado el 14/01/2021 de: <https://bit.ly/36piG5d>

Ara, M. (2012). El vínculo de apego y sus consecuencias para el psiquismo humano. *Intercanvis*, 29, 7-17. [El vínculo de apego y sus consecuencias para el psiquismo humano - Dialnet \(unirioja.es\)](#)

Barudy, J. y Dantagnan, M. (2005). Guía de valoración de las competencias parentales a través de la observación participante. *Instituto de Formación, Investigación e Intervención sobre violencia familiar y sus consecuencias*. 4-29. [Barudy Guía De Evaluacion De Competencias Parentales \[zpnxgw7x7e4v\] \(idoc.pub\)](#)

Barroso, O. (2014). El apego adulto: la relación de los estilos de apego desarrollados en la infancia en la elección y las dinámicas de pareja. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, 1(1), 1-24. [Apego Adulto.pdf \(psicociencias.org\)](#)

Benlloch, S. (2020). Teoría del Apego en la Práctica Clínica: Revisión teórica y Recomendaciones. *Revista de Psicoterapia*, 31(116), 169-189. [Dialnet-TeoriaDelApegoEnLaPracticaClinica-7484095 \(1\).pdf](#)

Bernard, K., Miller, G., Jones, D.J., y Cassidy, J. (2016). *Attachment and psychoneuroimmunology* [Apego y psiconeuroinmunología]. En J. Cassidy y Ph. R. Shaver (Eds), *Handbook of attachment. Theory, research, and clinical applications*. Nueva York: Guilford Press.

Botella, L., y Corbella, S. (2005). Neurobiología de la autorregulación afectiva. Patrones de apego y compatibilidad en la relación terapeuta-paciente. *Psicoterapia, neurobiología y neurociencias*, 16(61), 77-103. [Neurobiología de la autorregulación afectiva, patrones de apego y compatibilidad en la relación terapeuta-paciente - Dialnet \(unirioja.es\)](#)

Bowlby, J. (1979). *Vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida*. Morata.

Bretherton, I. (1992). The origins of Attachment Theory: John Bowlby and Mary Ainsworth [Los orígenes de la Teoría del Apego: John Bowlby y Mary Ainsworth]. *Developmental Psychology*, 28, 759-775. [\(PDF\) The Origins of Attachment Theory: John Bowlby and Mary Ainsworth \(researchgate.net\)](#)

Broche-Pérez, Y., Herrera, L.F., y Omar-Martínez, E. (2016). Neural substrates of decision-making [Sustratos neuronales de la toma de decisiones]. *Neurología*, 31(5), 319-325. [main.pdf \(sciencedirectassets.com\)](#)

Bruck, E., Winston, A., Aderholt, S. y Muran, J.C. (2006). Predictiv validity of patient and therapist attachment and introject styles [Validez predictiva de los estilos de apego e introyección del paciente y del terapeuta]. *American Journal of Psychotherapy*, 60(4), 393-406. [Validez predictiva de los estilos de apego e introyección de pacientes y terapeutas - PubMed \(nih.gov\)](#)

Brumariu, L. E. (2015). Parent–child attachment and emotion regulation. Attachment in middle childhood: Theoretical advances and new directions in an emerging field [Regulación emocional padre-hijos. El apego en la niñez: Avances teóricos y nuevas direcciones en un ámbito emergente]. *New Directions for Child and Adolescent Development*, 148, 31-45. [Parent-Child Attachment and Emotion Regulation - PubMed \(nih.gov\)](#)

Bucci, S., Seymour-Hyde, A., Harris, A., y Berry, K. (2015). Client and therapist attachment styles and working alliance [Los estilos de apego del cliente y el terapeuta y la alianza terapéutica]. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 23(2), 155-165. [Estilos de Apego entre Cliente y Terapeuta y Alianza de Trabajo - Bucci - 2016 - Psicología Clínica y Psicoterapia - Wiley Online Library](#)

Burke, E., Danquah, A., Berry, K. (2015). A qualitative exploration of the use of Attachment Theory in adult psychological therapy [Una exploración cualitativa del uso de la Teoría del Apego en la terapia psicológica del adulto]. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 23(2), 142-154. [Una exploración cualitativa del uso de la teoría del apego en la terapia psicológica de adultos - Burke - 2016 - Psicología Clínica y Psicoterapia - Wiley Online Library](#)

Butzer, B., y Campbell, L. (2008). Adult attachment, sexual satisfaction, and relationship satisfaction: A study of married couples [Apego adulto, satisfacción sexual y satisfacción en la relación: Un estudio de parejas casadas]. *Personal Relationships*, 15, 141-

154. [Apego adulto, satisfacción sexual y satisfacción en las relaciones: un estudio de parejas casadas - BUTZER - 2008 - Relaciones personales - Wiley Online Library](#)

Caspers, K.M., Yucuis, R., Troutman, B., y Spinks, R. (2006). Attachment as an organizer of behavior: implications for substance abuse problems and willingness to seek treatment [El apego como organizador de la conducta: implicaciones para los problemas de abuso de sustancias y la voluntad de buscar tratamiento]. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 1(32), 1-10. [Tratamiento, prevención y apego a políticas de abuso de sustancias como organizador de la conducta: implicaciones para los problemas de abuso de sustancias y la voluntad de buscar tratamiento | Erudito semántico \(semanticscholar.org\)](#)

Castillo, J.A., y Medina, P. (2019). *La relación de pareja: apego y calidad del vínculo* (pp.37-53). En Pérez Testor, C. *Psicoterapia psicoanalítica de pareja*. Herder.

Casullo, M.M., y Ferndández, M. (2004). Evaluación de los estilos de apego en adultos. *XII Anuario de Investigaciones. Facultad de Psicología-UBA*, 183-192. [Evaluación de los estilos de apego en adultos \(redalyc.org\)](#)

Contreras, P., Guzmán, M., Alfaro, C., Arraya, C., y Jiménez, P. (2011). Significados asociados a la infidelidad en estudiantes universitarios con estilos de apego seguro e inseguro. *Salud & Sociedad*, 2(1), 10-30. [Significados asociados a la infidelidad en estudiantes universitarios con estilos de apego seguro e inseguro - Dialnet \(unirioja.es\)](#)

DeWall, C.N., Lambert, N.M., Pond, R., Timothy, S., Fincham, F.D., Slotter, E.B., Finkel, E.J., y Luchies, L.B. (2011). So far away from one's partner, yet so close to romantic avoidant attachment, interest in alternatives, and infidelity [Tan lejos de la pareja, pero tan cerca del apego evitativo, el interés por las alternativas y la infidelidad]. *Journal of Personality and Social Psychology*, 101(6), 1302-1361. [\[PDF\] So far away from one's partner, yet so close to romantic alternatives: avoidant attachment, interest in alternatives, and infidelity. | Semantic Scholar](#)

Daly, K., y Mallinckrodt, B. (2009). Experienced therapists' approach to psychotherapy for adults with attachment avoidance or attachment anxiety [Aproximación a la psicoterapia con adultos con apego evitativo y ansioso desde la perspectiva de terapeutas experimentados]. *Journal of Counseling Psychology*, 56(4), 549-563. [\(PDF\) Enfoque de terapeutas experimentados para la psicoterapia para adultos con evitación del apego o ansiedad por el apego \(researchgate.net\)](#)

Degnan, A., Seymour-Hyde, A., Harris, A., y Berry, K. (2016). The role of therapist attachment in alliance and outcome: a systematic literature review [El rol del apego terapéutico en la alianza y los resultados: un análisis sistemático]. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 23, 47-65. [El papel del apego del terapeuta en la alianza y el resultado: una revisión sistemática de la literatura - PubMed \(nih.gov\)](#)

Diener, M.J., y Monroe, J.M. (2011). The relationship between adult attachment style and therapeutic alliance in individual psychotherapy: a meta-analytic review [La relación entre el estilo de apego adulto y la alianza terapéutica en la psicoterapia individual: un meta-análisis]. *Psychotherapy*, 48(3), 237-248. [La relación entre el estilo de apego adulto y la alianza terapéutica en psicoterapia individual: una revisión metaanalítica - PubMed \(nih.gov\)](#)

Dinger, U., y Schauenburg, H. (2009). Réplica: Terapeutas, pacientes y desarrollo de alianzas. *Psicoterapia: Teoría, Investigación, Práctica, Entrenamiento*, 46(3), 298–300. <https://doi.org/10.1037/a001703>

Dutton, D.G., y White, K.R. (2012). Attachment insecurity and intimate partner violence. *Aggressions and Violent Behavior*, 17, 475-481. [Attachment insecurity and intimate partner violence - ScienceDirect](#)

Eagle, M.N. (2017). Attachment Theory and research and clinical work [Teoría del apego, investigación y trabajo clínico]. *Psychoanalytic Inquiry*, 37(5), 284-297. [Attachment Theory and Research and Clinical Work | Request PDF \(researchgate.net\)](#)

Felitti, V.J., Anda, R.F., Nordenberg, D., Williamson, D.F., Spitz, A.M., Edwards, V., y Marks, J.S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults [Relación entre el abuso infantil y la disfunción doméstica en muchas de las principales causas de muerte en adultos]. *American Journal of Preventive Medicine*, 14, 245-258. [Relación del maltrato infantil y la disfunción doméstica con muchas de las principales causas de muerte en adultos. El estudio de las experiencias adversas en la infancia \(ACE\) - PubMed \(nih.gov\)](#)

Fraley, R.C. (2019), Attachment in adulthood: Recent developments, emerging debates, and future directions [El apego en el adulto: desarrollo reciente, debates emergentes y líneas futuras]. *Annual Review of Psychology*, 70(4), 01-22. [Apego en la edad adulta: desarrollos recientes, debates emergentes y direcciones futuras - PubMed \(nih.gov\)](#)

Fredrickson, B.L. (2001). The role of positive emotions in Positive Psychology [El rol de las emociones positivas en la Psicología Positiva]. *American Psychological Association*, 56(3), 218-226. [The role of positive emotions in positive psychology. The broaden-and-build theory of positive emotions - PubMed \(nih.gov\)](#)

Gabbard, G.O. (2000). A neurobiologically informed perspective on psychotherapy [Una perspectiva neurobiológicamente informada sobre la psicoterapia]. *British Journal of Psychiatry*, 177, 117-122. [A neurobiologically informed perspective on psychotherapy. \(apa.org\)](#)

Galán, A. (2010). El apego. Más allá de un concepto inspirador. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 30(108). 581-595. [El apego: Más allá de un concepto inspirador \(isciii.es\)](#)

Galán, A. (2016). La teoría del apego: confusiones, delimitaciones conceptuales y desafíos. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 36(129), 45-61. [La teoría del apego: confusiones, delimitaciones conceptuales y desafíos \(isciii.es\)](#)

Galán, A. (2019). La dimensión clínica de la Teoría del Apego, ¿una promesa aún incumplida? *Revista de Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente*, 33, 35-44. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2917>

Galán, A. (2020). ¿En qué mejora la Teoría del Apego nuestra práctica clínica? Es hora de recapitular. *Papeles del Psicólogo*, 41(1), 66-73. [¿EN QUÉ MEJORA LA TEORÍA DEL APEGO NUESTRA PRÁCTICA CLÍNICA? ES HORA DE RECAPITULAR \(redalyc.org\)](#)

Garrido, L. (2006). Apego, emoción y regulación emocional. Implicaciones para la salud. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38(3), 493-507. [v38n3a04.pdf \(bvsalud.org\)](#)

Gómez-Zapiain, J., Ortiz, M.J., y Gómez-Lope, J. (2011). Experiencia sexual, estilos de apego y tipos de cuidado en las relaciones de pareja. *Anales de Psicología*, 27(2), 447-456. [Experiencia sexual, estilos de apego y tipos de cuidados en las relaciones de pareja. \(apa.org\)](#)

Geller, J.D., y Farber, B.A. (2015). Attachment style, representations of psychotherapy, and clinical interventions with insecurely attached clients [Representaciones del estilo de apego en psicoterapia e intervenciones clínicas con clientes con un apego inseguro]. *Journal of Clinical Psychology*, 71(5), 457-468. [Estilo de apego, representaciones de psicoterapia e intervenciones clínicas con clientes con apego inseguro - PubMed \(nih.gov\)](#)

Gore, J.S., y Rogers, M.J. (2010). Why do I study? The moderating effect of attachment style on academic motivation. [¿Por qué estudio? El efecto moderador del estilo de apego en la motivación académica]. *The Journal of Social Psychology*, 150(5), 560-587. [¿Por qué estudio? El efecto moderador del estilo de apego en la motivación académica - PubMed \(nih.gov\)](#)

Grimalt, L., y Heresi, E. (2012). Estilos de apego y representaciones maternas durante el embarazo. *Revista Chilena de Pediatría*, 83(3), 239-246. [Estilos de apego y representaciones maternas durante el embarazo \(conicyt.cl\)](#)

Guzmán, M., y Contreras, P. (2012). Estilos de apego en las relaciones de pareja y su asociación con la satisfacción marital. *Psykhé*, 21(1), 69-82. [Redalyc.Estilos de Apego en Relaciones de Pareja y su Asociación con la Satisfacción Marital](#)

Hernández-Pacheco, M. (2020). *Apego, disociación y trauma. Trabajo práctico con el modelo parcuve*. Desclée De Brouwer.

Holmes, J. (2009). *Teoría del apego y psicoterapia*. En busca de la base segura. Desclée de Brouwer.

Holmes, J. y Slade, A. (2018). Attachment and Psychotherapy [Apego y psicoterapia]. *Current Opinion in Psychology*, 25, 152-156. [Apego y psicoterapia - PubMed \(nih.gov\)](#)

Holmes, J. y Slade, A. (2019). *El apego en la práctica terapéutica*. Desclée de Brouwer.

Hornor, G. (2019). Attachment disorders [Trastornos del apego]. *Journal of Pediatric Health Care*, 33, 612-622. [Trastornos del apego - PubMed \(nih.gov\)](#)

Ibañez, M. (2013). El estudio del apego y de la función reflexiva: Instrumentos para el diagnóstico y la intervención terapéutica en salud mental. *Temas de Psicoanálisis*, 5, 1-26. [Pdf-M-Ibanez1.pdf \(temasdepsicoanalisis.org\)](#)

Lacasa, F., y Muela, A. (2014). Guía para la aplicación e interpretación del cuestionario de apego CaMir-R. *Psicopatología. Salud mental*, 24, 83-93. [Lacasa-Fernando-24.pdf \(fundacioorienta.com\)](#)

Lecannelier, F. (2018). La Teoría del Apego: una mirada actualizada y la propuesta de nuevos caminos de exploración. *Aperturas Psicoanalíticas*, 58(18), 1-28. [cc2018n058a16.pdf \(aperturas.org\)](#)

Levine, A., y Heller, R. (2010). *Maneras de amar. La nueva ciencia del apego adulto y cómo puede ayudarte a encontrar el amor y conservarlo*. Urano.

López, F. (2003). Apego y relaciones amorosas. *Informació psicológica*, 82, 36-48.
[Apego y relaciones amorosas - Dialnet \(unirioja.es\)](#)

López, N., y Sueiro, E. (2008). Neurobiología del vínculo afectivo-emocional en la mujer gestante. *Informe científico sobre la comunicación materno-filial en el embarazo*. Universidad de Navarra. [smi_D34.pdf \(saludecuador.org\)](#)

Lossa, L., Corbella, S., y Botella, L. (2012). Estilo de apego del paciente en la construcción de la alianza terapéutica. *Boletín de Psicología*, 105, 91-103. [\(PDF\) Estilo de apego del paciente en la construcción de la alianza terapéutica \(researchgate.net\)](#)

Main, M. (2000). The organized categories of infant, child, and adult attachment: Flexible vs. inflexible attention under attachment-related stress [Las categorías organizadas del apego en el infante, en el niño y en el adulto; atención flexible versus inflexible bajo estrés relacionado con el apego]. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 48(4), 1055-1127. [The Organized Categories of Infant, Child, and Adult Attachment: Flexible Vs. Inflexible Attention Under Attachment-Related Stress - Mary Main, 2000 \(sagepub.com\)](#)

Mair, H. (2020). Attachment safety in psychotherapy [Apego seguro en psicoterapia]. *Couns Psychother Res*, 1-9. [Seguridad del apego en psicoterapia - Mair - 2021 - Counselling and Psychotherapy Research - Wiley Online Library](#)

Maltese, A., Gallai, B., Morotta, R., Lavano, F., Lavano, S.M., Tripi, G., Romano, P., D'Oro, L., y Salerno, M. (2017). Neurosciences and attachment theory: A brief review [Neurociencias y teoría del apego: Una breve revisión]. *Acta Médica Mediterránea*, 33, 1249-1255. [\(PDF\) NEUROSCIENCES AND ATTACHMENT THEORY: A BRIEF REVIEW | Semantic Scholar](#)

Marmarosh, C.L., y Kivlighan, D.M. (2014). The insecure psychotherapy base: using client and therapist attachment styles to understand early alliance [La base insegura en psicoterapia: empleo del estilo de apego del cliente y del terapeuta para entender la formación de la alianza]. *Psychotherapy*, 51(3), 404-412. [La base de la psicoterapia insegura: Uso de los estilos de apego entre el cliente y el terapeuta para comprender la alianza temprana - PubMed \(nih.gov\)](#)

Martínez, C., y Santelices, M.P. (2005). Evaluación del apego en el adulto: una revisión. *Psyche*, 14(1), 181-191. [Evaluación del Apego en el Adulto: Una Revisión \(redalyc.org\)](https://redalyc.org)

Medina, C., Rivera, L., y Aguasvivas, J.A. (2016). El apego adulto y la calidad percibida de las relaciones de pareja: evidencias a partir de una población adulta joven. *Salud & Sociedad*, 7(3), 306-318. [El apego adulto y la calidad percibida de las relaciones de pareja: Evidencias a partir de una población adulta joven - Dialnet \(unirioja.es\)](https://dialnet.unirioja.es)

Melero, R., y Cantero, M.J. (2008). Los estilos afectivos en la población española: un cuestionario de evaluación del apego adulto. *Clínica y Salud*, 19(1), 83-100. [Los estilos afectivos en la población española: un cuestionario de evaluación del apego adulto \(isciii.es\)](https://isciii.es)

Mikulincer, M., Shaver, P.R., y Berant, E. (2012). An attachment perspective on therapeutic processes and outcomes [Una perspectiva de apego sobre los procesos y resultados terapéuticos]. *Journal of Personality* 81(6), 606-616. [Una perspectiva de apego a los procesos y resultados terapéuticos - PubMed \(nih.gov\)](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov)

Minagawa-Kawai, Y., Matsuoka, S., Dan, i., Naoi, N., Nakamura, K., y Kojima, S. (2009). Prefrontal activation associated with social attachment: facial-emotion recognition in mothers and infants [Activación prefrontal asociada al apego social: reconocimiento facial-emocional en madres e hijos]. *Cerebral Cortex*, 19, 284-292. [\[PDF\] Activación prefrontal asociada al apego social: reconocimiento facial-emocional en madres e hijos. | Erudito semántico \(semanticscholar.org\)](https://erudit.semanticscholar.org)

Navia, C.E., y Arias, E.M. (2012). Alianza terapéutica y su relación con las variables de apego del terapeuta y del consultante. *Universitas Psychologica*, 11(3), 885-894. [Alianza terapéutica y su relación con las variables de apego del terapeuta y del consultante - Dialnet \(unirioja.es\)](https://dialnet.unirioja.es)

Rosetti, M.L., y Botella, L. (2017). Alianza terapéutica: evolución y relación con el apego en psicoterapia. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 26(1), 19-30. [Alianza terapéutica: evolución y relación con el apego en psicoterapia - Dialnet \(unirioja.es\)](https://dialnet.unirioja.es)

Saphiro, D., Hardy, G., Aldridge, J., Davidson, C., Rowe, C., y Reilly, S. (1999). Therapist responsiveness to client attachment styles and issues observed in client-identified significant events in psychodynamic-interpersonal psychotherapy [Capacidad de respuesta del terapeuta al estilo de apego del cliente y problemas observados en eventos significativos identificados

por el cliente en la psicoterapia psicodinámico-interpersonal]. *Psychotherapy Research*, 9(1), 36-53. [Therapist Responsiveness to Client Attachment Styles and Issues Observed in Client-Identified Significant Events in Psychodynamic-Interpersonal Psychotherapy: Psychotherapy Research: Vol 9, No 1 \(tandfonline.com\)](#)

Oliva, A. (2004). Estado actual de la teoría del apego. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*, 4(1), 65-81. [\(PDF\) Estado actual de la teoría del apego \(researchgate.net\)](#)

Organización Mundial de la Salud (OMS). 2022. *La OMS recomienda el contacto inmediato de piel con piel para lograr la supervivencia de los bebés pequeños y prematuros* [Comunicado de prensa]. [La OMS recomienda el contacto inmediato de piel con piel para lograr la supervivencia de los bebés pequeños y prematuros \(who.int\)](#)

Ortiz, M.J., Fuentes, J., y López, F. (1990). *Desarrollo socioafectivo en la primera infancia* (pp.151-172). En Palacios, J., Marchesi, A., y Coll, C. *Desarrollo psicológico y educación*. Alianza.

Payás, A. (2010). *Las tareas del duelo. Psicoterapia desde un modelo integrativo-relacional*. Planeta.

Pérez, C., Castillo, J.A., y Davins, M. (2009). Psicoterapia psicoanalítica de pareja: teoría y práctica clínica. *Apuntes de Psicología*, 27(2-3), 197-217. [Psicoterapia psicoanalítica de pareja: teoría y práctica clínica - Dialnet \(unirioja.es\)](#)

Petrowski, K., Nowacki, K., Pokorny, D., y Buccheim, A. (2011). Matching the patient to the therapist: the roles of the attachment status and the helping alliance [Emparejar al paciente con el terapeuta: los roles del estado de apego y la alianza de ayuda]. *The journal of Nervous and Mental Disease*, 199(11), 839-844. [Emparejar al paciente con el terapeuta: los roles del estado de apego y la alianza de ayuda - PubMed \(nih.gov\)](#)

Pitillas, C., Halty, A., Berástegui, A. (2016). Mejorar las relaciones de apego tempranas en familias vulnerables: el programa Primera Alianza. *Clínica Contemporánea*, 7(2), 87-96. [\(PDF\) Mejorar las relaciones de apego tempranas en familias vulnerables: el programa Primera Alianza \(researchgate.net\)](#)

Piug, J., Englund, M.M., Simpson, J.A., y Collins, W. (2012). Predicting adult physical illness from infant attachment. A prospective longitudinal study [Predicción de la enfermedad

física adulta a partir del apego infantil. Un estudio prospectivo longitudinal]. *Health Psychology*, 32(4), 409-417. [Predicción de la enfermedad física del adulto a partir del apego infantil: un estudio longitudinal prospectivo - PubMed \(nih.gov\)](#)

Retana, B.E., y Sánchez, R. (2008). El papel de los estilos de apego y los celos en la asociación con el amor adictivo. *Psicología Iberoamericana*, 16(1), 15-22. [Redalyc.El Papel de los Estilos de Apego y los Celos en la Asociación con el Amor Adictivo](#)

Rivera, D., y Heresi, E. (2011). Integración de la teoría del apego y modelos basados en la evidencia en la comprensión de la satisfacción marital. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 20, 57-65. [Redalyc.Integración de la Teoría del Apego y Modelos Basados en la Evidencia en la Comprensión de la Satisfacción Marital](#)

Rolls, E.T., y Grabenhorst, F. (2008). The orbitofrontal cortex and beyond: from affect to decision making [La corteza orbitofrontal y más allá: desde el afecto hasta la toma de decisiones]. *Progress in Neurobiology*, 86, 217-244. [La corteza orbitofrontal y más allá: del afecto a la toma de decisiones - ScienceDirect](#)

Siegel, J.D. (2013). *Tormenta cerebral. El poder y el propósito del cerebro adolescente*. Alba.

Schore, A. (2000). Attachment and the regulation of the right brain [Apego y regulación del cerebro derecho]. *Attachment & Human Development*, 2(1), 23-47. [Attachment and the regulation of the right brain \(allanschore.com\)](#)

Urrego, Y., Gaitán, N.A., y Umbarila, D.A. (2016). Relación entre el tipo de apego y la conducta de infidelidad en adultos jóvenes. *Revista de Psicología*, 12(24), 41-54. [Relación entre el tipo de apego y la conducta de infidelidad en adultos jóvenes \(uca.edu.ar\)](#)

Van Rosmalen, L., Van Der Veer, R., y Van Der Horst, F. (2015). Ainsworth's strange situation procedure: the origin of an instrument [El procedimiento de la situación extraña de Ainsworth: el origen de un instrumento]. *Journal of History of the Behavioral Sciences*, 51(3), 261-284. [EL PROCEDIMIENTO DE LA SITUACIÓN EXTRAÑA DE AINSWORTH: EL ORIGEN DE UN INSTRUMENTO - PubMed \(nih.gov\)](#)

Vrticka, P. y Vuilleumier P. (2012). Neuroscience of human social interactions and adult attachment style [Neurociencia de las interacciones sociales humanas y el estilo de apego adulto]. *Frontiers in Human Neuroscience*, 6, 1-7. [fnhum-06-00212.pdf](#)

Worden, J.W. (2013). *El apego, la pérdida y la experiencia del duelo* (pp.29-48). En Worden, J.W. *El tratamiento del duelo. Asesoramiento psicológico y terapia*. Planeta.

Wylie, M.S. y Simon, R. (2004). Discoveries from the black box: How the neuroscience revolution can change your practice [Descubrimientos de la caja negra: Cómo la revolución neurocientífica puede cambiar tu práctica]. *Psychotherapy. Networker*.

7. Webgrafía

Adobe Stock. (s.f.). *Sección del cerebro con vista lateral* [Fotografía]. [seccion del cerebro con vista lateral ilustración de Stock | Adobe Stock](#)