

# Estilo personal, apego y atención plena en una muestra de Psicoterapeutas con experiencia en Trauma Complejo

## *Personal Style, Attachment and Mindfulness in a Sample of Psychotherapists with Experience in the Treatment of Patients with Complex Trauma (PTSD)*

**José Juan Carrasco Romero**

Psicólogo General Sanitario. Experto en Clínica e Intervención en Trauma con EMDR

### Resumen

El objetivo de este trabajo consiste en analizar la relación entre el Estilo Personal del Terapeuta, el Apego Adulto y la Atención Plena en una muestra de 47 psicoterapeutas con experiencia (promedio: 16-20 años) en el tratamiento de pacientes con TEPT Complejo con el fin de estudiar sus habilidades personales frente a un grupo poblacional que manifiesta diversas psicopatologías, problemas psicosociales y ambientales. Se han utilizado los cuestionarios de Evaluación del Estilo Personal del Terapeuta (EPT-C) (Prado-Abril et al., 2019), el Cuestionario de Apego Adulto (Meler y Cantero, 2008) y el Cuestionario Mindfulness de Cinco Facetas (FFMQ) (Quintana, 2016). Los resultados indican correlaciones significativas entre múltiples variables de los tres constructos y también con las variables socio-descriptivas Años de Experiencia y Tiempo de Práctica Deliberada. La limitación principal es el número reducido de la muestra, pero ya se prevé la importancia de estos factores para alcanzar la excelencia clínica.

*Palabras clave: estilo personal del terapeuta, apego, atención plena, práctica deliberada, investigación en psicoterapia.*

## **Abstract**

The objective of this work is to analyse the relationship between the Personal Style of the Therapist, Adult Attachment and Mindfulness in a sample of 47 psychotherapists with experience (average: 16-20 years) in the treatment of patients with Complex PTSD in order to study their personal abilities in a population group that manifests various psychopathologies, psychosocial and environmental problems. The Therapist's Personal Style Assessment Questionnaire (EPT-C) (Prado-Abril et al., 2019), the Adult Attachment Questionnaire (Meleró and Cantero, 2008) and the Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ) (Quintana, 2016) have been used. The results indicate significant correlations between multiple variables of the three constructs and, also, as well as with the socio-descriptive variables Years of Experience and Time of Deliberate Practice. The main limitation would be the small number of the sample, but the importance of these factors to achieve clinical excellence is already foreseen.

*Keywords: therapist personal style, attachment, mindfulness, deliberate practice, psychotherapy research.*

## **AGRADECIMIENTOS**

Quisiera utilizar este espacio para mostrar mi agradecimiento a todos los psicoterapeutas que han participado en este estudio y que, generosamente, han accedido a emplear su tiempo en responder a los cuestionarios. Me consta por la bondad de los resultados que han mostrado una sinceridad y apertura digna de su valor profesional.

Más concretamente quisiera agradecer la inestimable colaboración del Instituto para el Desarrollo y Aplicación de E.M.D.R. (IDAE) y de la Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia (SEMPyP) a través de su Fundador y Presidente de Honor D. José Luis Marín y, especialmente, a su Presidenta D. <sup>a</sup> Begoña Aznárez que ha apoyado esta investigación y confiado en mí desde el comienzo aportando sus recursos profesionales, su saber y su cariño.

No puedo dejar de acordarme de mi esposa y de mi hijo, lo afortunado que soy por tenerlos y lo que disfruto a su lado. Siempre han sido mi principal fuente de energía.

Espero, de corazón, que me haya impregnado lo suficiente de todo lo que ha supuesto esta actividad para que, en mi práctica clínica, pueda devolver lo mucho que he aprendido gracias a personas que descubren cada día el amor por su trabajo.

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

Marco Teórico.....	6
Los Efectos del Terapeuta (la Persona del Terapeuta) y el Círculo de Mediocridad.....	6
Pericia versus Efectos del Terapeuta .....	7
Efectos del Terapeuta que Explican la Excelencia Clínica.....	8
La Persona del Terapeuta y su Relación con el Estilo Personal del Terapeuta (EPT).....	9
La Persona del Terapeuta y su Relación con el Estilo de Apego y la Atención Plena .....	10
El Trastorno por Estrés Post-traumático (TEPT) .....	12
Trauma Simple vs Trauma Complejo .....	13
TEPT Complejo. Desafío Terapéutico .....	14
Justificación .....	16
Importancia de esta Investigación.....	16
Aportaciones Novedosas para la Psicología .....	16
Planteamiento del Problema .....	17
Objetivos.....	19
Objetivo General.....	19
Objetivos Específicos .....	19
Hipótesis .....	20
Marco metodológico .....	21
Diseño .....	21
Participantes .....	21
Instrumentos.....	22
Cuestionario Estilo Personal del Terapeuta (EPT).....	22
Cuestionario de Apego Adulto .....	23

Cuestionario de Cinco Facetas de Mindfulness (Five Facets Minfulness Questionaire, FFMQ).....	25
Procedimiento.....	26
Análisis de Datos .....	26
Resultados .....	27
Descripción de la muestra .....	27
Análisis Exploratorio y Descriptivo de los Instrumentos de Medida.....	28
Cuestionario de Evaluación del Estilo Personal del Terapeuta (EPT-C).....	28
Cuestionario de Evaluación del Apego Adulto (AA).....	30
Cuestionario de Cinco Facetas de Mindfulness (Five Facets Minfulness Questionaire) (FFMQ).....	33
Análisis Correlacional.....	35
Discusión.....	41
Limitaciones .....	48
Prospectiva.....	49
Referencias Bibliográficas.....	50
Anexo A.    Cuestionario de Evaluación del Estilo Personal del Terapeuta (EPT-C) .....	60
Anexo B.    Cuestionario de Apego Adulto .....	61
Anexo C.    Cuestionario de Cinco Facetas de Mindfulness (Five Facets Mindfulness Questionaire) (FFMQ).....	65
Anexo D.    Consentimiento Informado .....	66

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1.</b> <i>Correlaciones Significativas y Altamente Significativas entre las Variables Estudiadas</i> .....	39
--	----

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. <i>Características de la Muestra de Psicoterapeutas (N=47)</i> .....	27
Tabla 2. <i>Análisis Descriptivo de las Respuestas a los Ítems del EPT-C</i> .....	28
Tabla 3. <i>Fiabilidad en las Dimensiones del EPT-C de la Muestra de Psicoterapeutas Participantes</i> .....	29
Tabla 4. <i>Análisis Descriptivo y Exploratorio de las Variables de las Dimensiones del EPT-C</i> .....	30
Tabla 5. <i>Análisis Descriptivo de las Respuestas a los Ítems del Cuestionario de Apego Adulto</i> .....	30
Tabla 6. <i>Fiabilidad en las Dimensiones del Cuestionario de Apego Adulto de la Muestra de Psicoterapeutas Participantes</i> .....	31
Tabla 7. <i>Análisis Descriptivo y Exploratorio de las Variables de las Dimensiones del Cuestionario de Apego Adulto</i> .....	32
Tabla 8. <i>Análisis Descriptivo de las Respuestas a los Ítems del Cuestionario FFMQ</i> .....	33
Tabla 9. <i>Fiabilidad de las Dimensiones del Cuestionario FFMQ de la Muestra de los Psicoterapeutas Participantes</i> .....	34
Tabla 10. <i>Análisis Descriptivo y Exploratorio de las Variables de las Dimensiones del Cuestionario FFMQ</i> .....	34
Tabla 11. <i>Resumen de las Características de las Variables en la Muestra de Psicoterapeutas Participantes</i> .....	35
Tabla 12. <i>Coefficientes de Correlación de Pearson entre las Variables del EPT-C y las Variables de Apego Adulto y del FFMQ</i> .....	36
Tabla 13. <i>Coefficientes de Correlación de Pearson entre las Variables del Apego Adulto y las del FFMQ</i> .....	37
Tabla 14. <i>Coefficientes de Correlación de Spearman de las Variables Años de Experiencia y Tiempo de Práctica Deliberada con las Variables del EPT-C, las Variables del Apego Adulto y las del FFMQ</i> .....	39

## MARCO TEÓRICO

Hasta ahora se ha entendido que factores como la formación continua, la supervisión, la psicoterapia personal o la experiencia resultaban primordiales para el desarrollo de buenos psicoterapeutas, pero, contra todo pronóstico, no existe certeza de que estos elementos influyan positivamente en el resultado final de la terapia (Rousmaniere et al., 2017). Sin embargo, dimensiones como las características personales de los terapeutas están cobrando relevancia.

En esta sección se procede a esclarecer el concepto de la Persona del Terapeuta diferenciándolo de otros constructos próximos, se estudian también las características particulares que explican la excelencia clínica con especial interés en el estilo personal, el nivel de apego y la atención plena y cómo todo ello puede influir en el tratamiento de pacientes con Trastorno por Estrés Post-traumático (TEPT) Complejo.

### Los Efectos del Terapeuta (la Persona del Terapeuta) y el Círculo de Mediocridad

Los Efectos del Terapeuta aluden a los elementos diferenciales del profesional durante su trabajo, esta variable responde a un constructo transteórico que intenta significarse con independencia de los modelos psicoterapéuticos y se refiere al porcentaje de la varianza de los resultados que pueden atribuirse a la persona del profesional, desvinculándolos de otras características como las técnicas realizadas, el diagnóstico o el tratamiento llevado a cabo (Baldwin y Imel, 2013; Barkham et al., 2017). Por lo tanto y para limitar las confusiones se utilizará la expresión "Efectos del Terapeuta" como equivalente a la "Persona del Terapeuta" en su ejercicio, entendiendo esta como la forma de ser que presenta cuando realiza su profesión y cómo contribuye a lograr sus objetivos. Por lo tanto, la persona del terapeuta y sus efectos suponen una conceptualización que teoriza sobre una de las variadas maneras de comportarse que puede adoptar un individuo (al igual que ser padre, amante o hijo) y que, como tal, obedece a parámetros más o menos susceptibles de incorporar elementos aprendidos que la enriquezcan.

Según Lambert (2013) la mayor parte de los psicoterapeutas consiguen mejoras significativas en sus pacientes, sin embargo, esto supone darse de bruces con otra realidad: existen profesionales con mejores resultados que otros, resultados que pueden llegar a ser extremadamente significativos. Es decir, si bien se da una efectividad correcta entre diferentes psicoterapeutas, resulta que existen algunos que alcanzan la excelencia (los denominados *supershrinks*) y otros donde ocurre lo contrario (*pseudoshinks*) (Okiishi et al., 2003). Esta conclusión permite dar importancia al establecimiento de mediciones objetivas para evaluar el rendimiento y desempeño de estos profesionales (Gimeno-Peón et al., 2018b; Goldberg et al., 2016a), tanto más si tenemos en cuenta que cuando los clínicos se autovaloran tienden a sobreestimar sus aspectos positivos y a infravalorar sus elementos negativos. Esta infravaloración de sus cualidades menos deseables pone de manifiesto no sólo la dificultad de los profesionales para objetivar su trabajo sino, sobre todo, que aquellos cuyos resultados son

especialmente inadecuados tienden a considerarse *supershrinks*, lo cual supone una seria distorsión de sus capacidades (Walfish et al., 2012; Hannan et al., 2005) y, de forma añadida, puede conllevar una falta de interés/motivación para desarrollar actividades que mejoren sus capacidades terapéuticas generando un círculo de mediocridad.

A la luz de la investigación hasta la fecha parece que conseguir un rendimiento por encima de la media no es algo habitual (Baldwin y Imel, 2013; Barkham et al., 2017) y, por añadidura, sí que es fácil de perder. Tampoco conviene olvidar que la psicoterapia, además de ayudar, puede no funcionar, ser inocua o también dañar (Castonguay et al., 2010), para ejemplo el provocador resultado de una simulación que afirmaba que efectuando la retirada de una serie de profesionales que obtienen malos resultados la salud mental pública mejoraría de manera importante (Imel et al., 2015).

Por otro lado, podría llegar a pensarse que el nivel de mediocridad en la práctica clínica puede ser pasajero o tiene que ver, tan sólo, con determinados pacientes, sin embargo, parece que se mantiene con el tiempo y se extiende dentro de una categoría amplia de pacientes (Kraus et al., 2016), por el contrario, de manera inversa, los clínicos excelentes desarrollan sus habilidades frente a una extensión amplia de pacientes y es tanto más significativa cuanto peor es el estado de estos. Las cifras que se manejan actualmente son elocuentes, dentro de lo que podríamos llamar una "Campana de Gauss" parece que un 15-20% de los terapeutas son menos eficaces mientras que un 15-20% lo son mucho y de una forma generalizada (Barkham et al., 2017). Además, los eficaces obtienen resultados en torno al 50 por ciento mejores que los que aportan una eficacia de nivel medio y obtienen un porcentaje considerablemente menor de abandonos que llega también al 50% (Miller et al., 2013). Algunos estudios establecen que el cambio positivo generado por los terapeutas excelentes puede llegar a ser tres veces superior que la media (Brown et al., 2005).

A tenor de estos resultados parece obvio insistir en la conveniencia de estudiar aquellos factores personales de los terapeutas que apuntan hacia el éxito profesional, no tan sólo por la conveniencia de los pacientes sino también para el autoconocimiento de los profesionales, de forma que puedan obtener pautas objetivas de su manera de proceder y cuáles de estas resultan eficaces y apropiadas y cuáles no.

### **Pericia versus Efectos del Terapeuta**

Es posible que pueda confundirse la pericia con los efectos del terapeuta, puesto que existe una clara influencia entre ambos (Prado-Abril et al., 2019). La pericia va más allá del mero conocimiento de los desarrollos técnicos basados en la evidencia y de su correcta aplicación (como si las terapias fueran una suerte de cirugía psicológica) o, al menos, esto no parece garantizar una mejora del desempeño de los clínicos (Norcross y Wampold, 2018). Como se ha visto, tampoco supone una garantía la fidelidad exclusiva a una escuela o modelo conceptual (Gimeno-Peón et al., 2018a), por mucho que pueda valorarse como mejor o más científico que el resto.

Desde concepciones más clásicas se apuntaba a que la pericia tenía que ver principalmente con la experiencia acumulada, sin embargo, la experiencia resulta una condición necesaria, pero no suficiente, para alcanzar el éxito, y, además, podría ser la causa del estancamiento en las mejoras (Ericsson, 2006). A nadie se le escapa que no todos los pianistas son virtuosos ni todos los taxistas buenos conductores, por mucho que practiquen a diario.

La importancia de definir y caracterizar la pericia ha hecho que entre con pleno derecho dentro del campo de la investigación (Pérez-Álvarez, 2019; Miller et al., 2018) y del debate de la psicoterapia. Cuando se habla de pericia se hace referencia a un ámbito interpersonal y social donde se desarrollan un conjunto de habilidades que se ponen en práctica a la hora de aplicar un tratamiento psicológico valorando su adecuación a un paciente concreto, dentro de un contexto asistencial particular y teniendo en cuenta los elementos socioculturales en orden a lograr el máximo beneficio (Prado-Abril et al., 2016). Ni que decir tiene que alcanzar el grado de pericia necesario para el manejo de estas circunstancias no sólo es complejo sino, nuevamente, difícil de valorar y medir. El manejo personal y del entorno que implica tener pericia requiere de unas condiciones inherentes excepcionales en orden a desarrollar una adecuación constante a lo que sucede.

Está claro que la pericia, por lo dicho, se trata de una actitud y una manera de proceder, un efecto o consecuencia, en definitiva, asociado a la Persona del Terapeuta, que consideramos aquí el elemento radical.

### **Efectos del Terapeuta que Explican la Excelencia Clínica**

El estudio de Wampold et al. (2017), tras una revisión sistemática de la evidencia disponible que relaciona las variables personales de los clínicos con mayor eficacia, concluye que pueden extraerse, al menos, cuatro características distintivas: capacidad para establecer relaciones terapéuticas sólidas en un rango considerable de pacientes (Flückiger et al., 2018; Del Re et al., 2012); manejar un repertorio de habilidades interpersonales de facilitación específicas para cada paciente (Anderson et al., 2016); tener dudas acerca del desempeño profesional (Nissen-Lie et al., 2017); implicarse en la Práctica Deliberada (Chow et al., 2015). Curiosamente, esto supone descartar variables tradicionalmente consideradas como descriptoras de la excelencia clínica y que no resultan concluyentes, por ejemplo: adherencia a un protocolo y competencia en el tratamiento (Webb, DeRubeis y Barber, 2010), orientación teórica (Norcross y Wampold, 2018), supervisión (Alfonsson et al., 2018), acumulación de experiencia (Goldberg et al., 2016b), psicoterapia personal (Malikioski-Loizos, 2013) y habilidades interpersonales autoevaluadas (Wampold et al., 2017). Por otro lado, puesto que la investigación es aún reciente no conviene dejar de lado otros elementos que están resultando prometedores a la hora de establecer qué componentes de los terapeutas se relacionan con mejores resultados clínicos (y que formarán parte de este estudio): el apego seguro de los profesionales y su relación con una mayor eficacia en pacientes de mayor gravedad (Schauenburg et al., 2010) y la presencia (estar en el ahora) durante la sesión (Castonguay y Hill, 2017).

## **La Persona del Terapeuta y su Relación con el Estilo Personal del Terapeuta (EPT)**

Una manera de aproximarse al estudio de la persona de los terapeutas y sus efectos en la práctica clínica consiste en explorar la forma en la que estos desarrollan su trabajo (Fernández-Álvarez et al., 2017; Prado-Abril et al., 2017). Ahora bien, ¿cómo hacerlo? ¿Cómo aislar los elementos constitutivos de estas personas en su ejercicio y, sobre todo, de qué manera se puedan medir cuantitativamente para facilitar su exploración y estudio sin, por ello, reducir o esquematizar? El Estilo Personal del Terapeuta (EPT) es un constructo que sirve a estos intereses.

El EPT se ha convertido en un tópico que goza ya de una tradición psicoterapéutica, con cerca de 30 años de elaboraciones teóricas y empíricas (Casari et al., 2018). Las primeras aproximaciones lo definían como las características de la personalidad del psicoterapeuta que se manifestaban durante su trabajo y que tenían influencia tanto en la alianza terapéutica como en el desenlace del tratamiento (Orlinsky et al., 1994). Más adelante se conceptualizó como un estado de carácter objetivo, consistente en el tiempo y ante distintas circunstancias que resultaba modulador de las actuaciones terapéuticas (Beutler et al., 2004). En definitiva, el EPT estudia el grupo de atributos y condiciones de carácter singular e idiosincrásico que hacen que un clínico se comporte de una forma característica durante su desempeño, constituyéndose en sus atributos esenciales (Fernández-Álvarez et al., 2003) y su sello personal (Fernández-Álvarez et al., 2017). Por lo tanto, el EPT se erige como una variable moderadora en el proceso terapéutico (Baron y Kenny, 1986) que influye sobre los resultados dependiendo de las circunstancias de aplicación, la singularidad del paciente o su patología (Castañeiras et al., 2008).

La principal ventaja que presenta el EPT para esta investigación es que su desarrollo teórico se ha operacionalizado mediante el Cuestionario de Evaluación del Estilo Personal del Terapeuta (EPT-C), un autoinforme que permite el estudio cuantitativo y las correlaciones entre variables. Los diferentes autores del constructo plantearon su evaluación mediante dos dimensiones esenciales de carácter hipotético, la primera relacionada con las aplicaciones técnicas y la otra con la alianza terapéutica. El primer caso tiene que ver con las características atencionales relacionadas con la búsqueda selectiva de información y la puesta en práctica de la intervención terapéutica. El segundo caso hace referencia a los aspectos de carácter motivacional, la alianza terapéutica o los conocidos como factores comunes de la psicoterapia que están asociados a la regulación emocional y el nivel de involucración del profesional en la interacción con el paciente y la terapia (Castañeiras et al., 2008).

Algo destacable del EPT es que permite el estudio de aspectos que se relacionan tradicionalmente con la terapia y que, como se ha visto, su influencia no resulta del todo concluyente. Tal es el caso de la orientación teórico-técnica o la experiencia acumulada (Castañeiras et al., 2006), no tanto porque se estudien estos factores de manera aislada sino porque el EPT los asume en su constructo, al igual que otras características distintivas descubiertas más recientemente (como la capacidad para establecer relaciones terapéuticas sólidas o las habilidades interpersonales de facilitación).

## **La Persona del Terapeuta y su Relación con el Estilo de Apego y la Atención Plena**

Si bien cada vez se entiende más la importancia del estilo de apego en la aplicación práctica del terapeuta la información científica al respecto es todavía poco abundante. No obstante, los estudios preliminares insinúan que las competencias del terapeuta, los temas que se elaboran en el proceso y la calidad de la alianza se relacionan con el estilo de apego (Genise, 2015).

El análisis de una de las definiciones fundacionales y más conocidas de la teoría del apego tal y como la concibió John Bowlby (1995) constata:

- (1) "La teoría del apego considera la tendencia a establecer lazos emocionales íntimos con individuos determinados*
- (2) como un componente básico de la naturaleza humana, presente en forma embrionaria en el neonato,*
- (3) y que prosigue a lo largo de la vida adulta, hasta la vejez.*
- (4) Durante la infancia, los lazos se establecen con los padres (o padres sustitutos), a los que se recurre en busca de protección, consuelo y apoyo.*
- (5) Durante la adolescencia sana y la vida adulta, estos lazos persisten, pero son complementados por nuevos lazos" (Bowlby, 1995, p. 142).*

Asumir esta definición en sus cinco puntos dentro de la experiencia psicoterapéutica tiene implicaciones profundas para el profesional ya que este tendrá que facilitar un contexto donde el paciente elabore tanto la representación de sí mismo como la de sus figuras de apego para reevaluar su experiencia (Bowlby, 1995, p. 160). En otras palabras, desde la teoría del apego se asume que los padres o adultos encargados responden a los afectos de los niños de manera que estos pueden verse reflejados, si lo hacen desde modelos excesivamente rígidos e inflexibles en su base el reflejo sufrirá una distorsión y el niño no podrá reconocerse a sí mismo en el adulto y no le quedará más remedio que identificarse "siendo el otro" ante la imposibilidad de ser otra cosa de lo que le propone el adulto (Pinedo y Santelices, 2006). El buen terapeuta, como los cuidadores con apego seguro, permite que el paciente reconozca sus emociones de forma análoga, pero no exacta a las de sus figuras de apego (incluida también la transferencia hacia el profesional) para que la experiencia se individualice. La sensibilidad del terapeuta estimula a que el paciente organice la experiencia de sí mismo narrando y etiquetando verbalmente su vida, pero diferenciando sus emociones, creencias, deseos y planes de los del conjunto de sus semejantes, distanciándose por un lado e integrándose por otro (Fonagy, 1999).

Desde este modelo se trata de que el terapeuta actúe el apego seguro que al paciente le ha faltado para que pueda reparar en una relación actual lo que se dañó en una relación anterior (Aznárez, 2019). Sin embargo, parece poco probable que el terapeuta pueda hacer esto si él mismo no ha ordenado su vida psíquica porque ha recibido un apego seguro durante su infancia o bien lo ha desarrollado posteriormente. En este sentido se acepta, en general, que las experiencias pasadas de los terapeutas condicionan el proceso y la calidad de la relación (Henry et al. 1990). También se ha investigado y concluido que el estilo de apego del profesional está asociado de manera significativa

con la calidad de la relación que perciben los clientes y también con los problemas que surgen durante el procedimiento (Black et al. 2005). Más concretamente, se ha explorado la influencia del estilo de apego tanto de los clientes como de los terapeutas en la ruptura de la relación observando que los profesionales con un estilo de apego ansioso resultaban menos empáticos, especialmente con los pacientes que tenían un estilo de apego seguro (Rubino et al., 2000). Así mismo, los terapeutas que manifiestan un estilo de apego seguro presentan una mayor calidad en la relación con sus pacientes, mientras que se observa una pobreza en la alianza que construyen los terapeutas con apego inseguro (Black et al., 2005). Igualmente ha sido corroborado que los terapeutas con apego seguro están más preparados y tienen una mayor probabilidad para vencer las resistencias de los clientes que aquellos que presentan apego inseguro (Black et al., 2005).

Por último, se relaciona el apego seguro con una estructura de trabajo simple y coherente que es informada mediante discursos colaborativos que se caracterizan por un monitoreo metacognitivo (Black et al., 2005), algo íntimamente relacionado con la Atención Plena y el desarrollo de un observador consciente que no juzgue y acepte la experiencia propia y ajena. Por el contrario, un apego inseguro de los terapeutas incurre en narrativas inconsistentes que se sustentan en modelos contradictorios que resultan análogos a las narrativas que provienen de experiencias tempranas con las figuras de apego (Skourteli y Lennie, 2011) y que, por lo tanto, conllevan una identificación automática e inconsciente con aquellos sucesos. Si el monitoreo metacognitivo del terapeuta no se entrena quedará ineludiblemente contaminado por su propia historia. Será así que el terapeuta afinado estará muy presente y practicará la llamada "visión binocular" permaneciendo atento tanto a su experiencia como a la del paciente con un énfasis considerable en el cuerpo de ambos (Fernández y Rodríguez, 2009), puesto que el paciente no puede desarrollar ni relacionar sus experiencias negadas o disociadas y las evocará en los demás o las escenificará o las corporalizará (Wallin, 2007) manifestando así lo que Christopher Bollas (1987) denominó "lo conocido impensado".

Adicionalmente, e insistiendo sobre la importancia de la Atención Plena, conviene recordar que la relación terapéutica conecta a un psicoterapeuta sensible con la vida interior de su paciente, inundada, a menudo, de subjetividad, problemas y emociones desatendidas. La implicación excesiva con la subjetividad del que sufre puede tener consecuencias negativas para el profesional (Kearney y Weininger, 2011), como ya ha quedado patente mediante el estudio de las bases neurológicas de la empatía, la regulación emocional y su contrario: el contagio emocional (Lutz et al., 2013). Es decir, si el psicoterapeuta no regula en sí mismo el impacto emocional que le supone la subjetividad del paciente puede presentar síntomas de burnout (Maslach, 1976) y fatiga por compasión (Joinson, 1992), término que se ha utilizado para describir el estrés postraumático secundario producido por el contacto con el dolor emocional de otras personas (Figley, 1995).

Niveles elevados de Atención Plena en profesionales de la salud en contacto directo con pacientes se relacionan con un incremento del nivel de conciencia (Martín-Asuero et al., 2014), el aumento de la empatía (Barbosa et al., 2013), mejor manejo del estrés (Song y Lindquist, 2015), descenso de la ansiedad (Dobie et al., 2016), menor riesgo de padecer burnout (Martín-Asuero et al., 2014),

incremento de la resiliencia (Kemper y Khirallah, 2015), disminución de los efectos depresivos (Johnson et al., 2015), una menor tendencia a cargar con la emocionalidad negativa de otros (Cebolla et al., 2014), un mayor cuidado personal y capacidad de implicación con los pacientes sin que estos le generen estrés (Sansó et al., 2015) y, quizás, lo que más conviene a esta investigación, los profesionales con niveles elevados de Atención Plena logran que el paciente "se sienta sentido", transformándose así en psicoterapeutas más eficaces (Simón, 2010).

En función de lo visto no es difícil observar la importante relación que parece haber entre un terapeuta que haya tenido un apego seguro o lo haya elaborado hasta conseguir ser base segura y el desarrollo de su nivel de consciencia y atención plena, pues ambos están relacionados con la habilitación para que el paciente pueda explorarse sin contagiar al terapeuta con sus experiencias desbordantes y automatizadas ni ser contagiado por las del profesional. Tanto más importante será el proceso cuanto más desorganización exista, como demuestran ya algunas investigaciones preliminares que confirman la relación del apego seguro de los profesionales con una mayor eficacia en pacientes de mayor gravedad (Schauenburg et al., 2010), investigaciones que sirven de base para el presente trabajo en el que se estudiará y relacionará el Estilo Personal del Terapeuta, el Apego Adulto y la atención plena en pacientes con Trastorno por Estrés Post-traumático (TEPT) Complejo, pacientes que, como se verá más abajo, adolecen de importantes complicaciones que requerirán el concurso de características personales que conduzcan a la excelencia profesional para llevar a buen término las intervenciones.

### **El Trastorno por Estrés Post-traumático (TEPT)**

La palabra "Trauma" viene del griego, significa "herida" y a menudo genera la idea de haber sufrido acontecimientos terribles como catástrofes naturales, abuso sexual o crímenes de todo tipo. Sin embargo, no se necesita de hechos tan singulares para que un sólo acontecimiento o un concurso de ellos minen para siempre la confianza y generen creencias empobrecedoras del mundo y de sí mismo. De entre la población son los niños los más vulnerables al no tener los recursos biológicos y experienciales de los adultos para afrontar situaciones difíciles (Lovett, 2000).

Las personas diagnosticadas con TEPT se enfrentan a sensaciones, reacciones musculares, imágenes y emociones que han quedado grabadas en su mente tras el episodio traumático y regresan, de forma aparentemente aleatoria, muchos años después (incluso décadas), provocando una reexperimentación del dolor (van der Kolk et al., 2001). La incapacidad para integrar la experiencia hace que estas personas reaccionen desproporcionadamente ante situaciones que presentan similitudes lejanas con el evento pasado. Además, suele existir una desconexión entre sus emociones, sus conductas y sus explicaciones racionales sobre el hecho, de forma que se protegen mediante un estado de activación constante frente al peligro. No pueden, por lo tanto, ir más allá del suceso traumático sufrido y reconducir su efecto. Este fracaso en la integración de la experiencia y el procesamiento de los recuerdos se denomina disociación, el principal problema del TEPT, un fenómeno que facilita que el

pasado tenga una vida propia afectando al presente como si todavía estuviera ocurriendo (van der Kolk, 2002).

En la actualidad y gracias a la investigación en neurociencia se ha dado una explicación biológica al proceso disociativo. Sabemos que las áreas subcorticales del cerebro que no tienen un correlato lingüístico y que no funcionan bajo control consciente recuerdan de una forma distinta a como lo hace la corteza cerebral. En una situación normal los sistemas de recuerdo superior e inferior funcionan de manera armónica e integrada, pero en condiciones de sufrimiento vital y de gran hiperactivación el tronco del encéfalo y el sistema límbico producen sensaciones y emociones que pueden contradecir los valores y las creencias de la persona generando un comportamiento irracional (van der kolk et al., 2001). En concreto, uno de los sistemas biológicos que se han relacionado claramente con las experiencias de trauma tiene a la amígdala como su principal protagonista, porque, hiperactivada y engrosada como consecuencia del trauma o sus continuas reexperimentaciones, funciona como un detector de incendios sobreactuando ante el mínimo reconocimiento de una situación similar a la traumática (LeDoux, 1996). El gran reto para un tratamiento eficaz será revertir la influencia de la amígdala para que sucesos intrascendentes no evoquen de manera automática el pasado o lo hagan con una intensidad manejable, porque otro de los grandes desafíos consistirá en ayudar a la integración del trauma sin que los pacientes se sientan retraumatizados (Post et al., 1997).

### **Trauma Simple vs Trauma Complejo**

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) considera los eventos traumáticos como amenazas a la integridad física (American Psychiatric Association, 2014). Desde una perspectiva menos restringida es considerable el número de autores que afirman que pueden incluirse también las amenazas a la integridad psicológica, por ejemplo: que se imponga que los acontecimientos dañinos se silencien, que estos acontecimientos signifiquen una quiebra de la seguridad personal, que cuestionen la dignidad, que generen culpa y/o vergüenza (Pérez-Sales, 2004).

También son muy diversos los autores que basándose en su práctica clínica y en sus investigaciones han planteado la adopción de una terminología específica dentro de la categoría del TEPT que han denominado TEPT Complejo (Complex PTSD) (Herman, 1992) o Trastorno por Estrés No Especificado de Otra Manera (DESNOS, Disorder of Extreme Stress Not Otherwise Specified) (van der Hart et al., 2005) donde se contempla a los pacientes como víctimas de una relación de síntomas de mayor complejidad y persistencia que los aparecidos en el TEPT. La mayor parte de estos síntomas están asociados a características inherentes a las relaciones interpersonales patológicas que han mantenido durante un tiempo prolongado (por ejemplo: abandono o negligencia emocional) y no tanto a eventos singulares que supongan muerte, lesión grave o violencia sexual (aunque también pueden incluirlos dentro de una larga y desgraciada lista). Estos pacientes sufren una variedad sintomática que les ha generado transformaciones muy duraderas de su personalidad y una relación de alteraciones

profundas en la atención, en la conciencia, en la regulación emocional, en la impulsividad, en la percepción que tienen de sí mismos, en la percepción que tienen de sus agresores, en las relaciones consigo mismo y con los otros, en sus procesos somáticos, en su identidad y en sus sistemas de valores (Aznárez, 2022; Herman, 1992; Roth et al., 1997).

### **TEPT Complejo. Desafío Terapéutico**

La psicoterapia tradicional ha considerado que la reconstrucción narrativa de lo sucedido podría llevar a una comprensión profunda y hacer desaparecer los síntomas del TEPT, sin embargo, es algo que todavía no está demostrado. Parece más próximo a la realidad, a la luz de la investigación, que lo que verdaderamente sana ocurre cuando el paciente genera acciones que le permiten superar su desvalimiento y logra expresar y liberar las sensaciones asociadas al suceso. También hay que tener en cuenta que, en ocasiones, los pacientes sufren una amnesia disociativa con respecto a lo ocurrido o presentan una incapacidad verbal para reformular el suceso (Aznárez, 2022; van der Kolk, 2002). En cualquier caso, las víctimas del trauma experimentan un conjunto de sensaciones y emociones de gran intensidad, pero que aparecen desvinculadas de una memoria y un contexto, no obstante, siguen la tendencia de los seres humanos de dar un sentido a su experiencia buscando elementos en el exterior que expliquen sus reacciones (proyección) o culpándose a sí mismos y considerándose anormales. A menudo caen en atribuciones parcialmente verdaderas de lo que les ocurre cuando no, directamente, en falsas cogniciones que se basan en un estrechamiento de la atención muy condicionada por la amenaza pasada (Kardiner, 1941).

Las personas que han desarrollado TEPT pierden la capacidad para la regulación eficaz de sus estados emocionales, no pueden calmarse y, en muchos casos, tienen como único recurso los mecanismos básicos de lucha, huida o congelación, siendo muy proclives a entrar en mecanismos patológicos como la automutilación, el consumo de alcohol y drogas, la restricción alimentaria para intentar precariamente regular su equilibrio interior (van der Kolk, 2002) y utilizan su mente más para esconder los hechos que para alumbrarlos, siendo el cuerpo y sus sensaciones tanto interiores como exteriores lo que más eficazmente ocultan, sustrayendo de la conciencia los estados internos que dotan de identidad básica y de enraizamiento conductual en el fluir cotidiano (Damasio, 1999, p. 28).

Entre los múltiples desafíos a los que se enfrenta un psicoterapeuta con pacientes de trauma están: *la mudez, los sentimientos dolorosos, las sensaciones desagradables y las conductas desadaptativas* sin saber de dónde proceden, además de *alexitimia* (no saber lo que sienten); *la reexperimentación*, el mero hecho de recordar ya puede evitar el diálogo; *las dificultades relacionales*, muchos pacientes con TEPT han sufrido la violación de sus derechos más básicos y son fuertemente reacios a confiar sus terrores, además de sentirse profundamente avergonzados, algo que hace que la alianza terapéutica pueda ser muy frágil con frecuentes pérdidas de confianza, interrupciones de los procesos, intensas transferencias a los profesionales y, a su vez, dificultad en el manejo de la contratransferencia, que requiere de una gran especialización para que el paciente movilice sus defensas; *la evitación*, aunque

algunos de los pacientes elaboren una narrativa adaptada pueden dejar al margen elementos fundamentales en forma de sensaciones a las que evitan enfrentarse y que pueden aparecer en forma de pesadillas, pensamientos perturbadores y reexperimentaciones en sus conductas; *el condicionamiento fisiológico*, pues aunque los pacientes consigan recuerdos completos, relaciones seguras y buenos niveles de competencia, no por ello dejarán de reaccionar desde su fisiología ante determinadas circunstancias (van der Kolk, 2002).

## **JUSTIFICACIÓN**

Con la finalidad de justificar la realización de este estudio se desarrolla en diferentes apartados la importancia del abordaje seguido, las aportaciones para la Psicología y se plantea el problema de manera específica.

### **Importancia de esta Investigación**

La investigación empírica realza, desde hace ya varios años, la relevancia de medir cómo afectan las variables personales de los profesionales de la salud mental en el proceso curativo de los pacientes (Castonguay y Hill, 2017). Se está llevando a cabo una tarea que no está exenta de complicaciones, porque la dificultad consiste, precisamente, en descubrir cómo conceptualizar, obtener y cuantificar esas características que hacen que un clínico alcance la excelencia en su profesión.

A diferencia de otras profesiones que pueden tener un considerable grado de exposición como la de los artistas o los deportistas y que, en consecuencia, son juzgados por sus procedimientos y resultados, los psicoterapeutas no disponen de una valoración sistematizada y objetiva que les posibilite retroalimentarse. Podría decirse que es un problema pendiente que repercute en el estancamiento del desarrollo de los profesionales (Prado-Abril et al., 2017) y que, además, no está exento de resistencia por parte de estos, pues pueden vivir las mediciones externas de su desempeño como un juicio negativo o la anticipación de un castigo, a pesar de que se explique que la intencionalidad radica en mejorar su efectividad (Goldberg et al., 2016a). Ocurre también que la proliferación de modelos psicoterapéuticos, más de quinientos (Gimeno-Peón et al., 2018a), pueden servir de distracción sobre el hecho de que es el psicoterapeuta quien verdaderamente los pone a funcionar y que resultan completamente estériles sin su participación, pues la mera adherencia al modelo y su conocimiento no predice el éxito (Webb, DeRubeis y Barber, 2010), siempre es mucho más importante la flexibilidad teórica del profesional (Norcross y Wampold, 2018). Así, planteamientos como el de Norcross y Wampold (2018) proponen sustituir la focalización en el aprendizaje de los tratamientos por el desarrollo de la persona de los terapeutas.

### **Aportaciones Novedosas para la Psicología**

La persona del terapeuta y sus efectos han tratado de obviarse o de considerarse variables extrañas durante gran parte de la historia de la investigación en Psicología, no obstante, están viviendo un despertar dentro de la comunidad científica, empezando a considerarlos como predictores de éxito en los tratamientos (APA, 2013; Chow, 2014; Okiishi et al., 2006). Diferentes metaanálisis aíslan y valoran estas características encontrando que el porcentaje de influencia de los efectos del terapeuta en una intervención está entre un 4 y un 8% (Barkham et al, 2017) con la salvedad añadida de que

cuanto mayor es la gravedad y dificultad de los pacientes más importante es su influencia (Inchausti et al., 2018).

En función de lo revisado en el Marco Teórico puede precisarse que en la actualidad conviven tres líneas de investigación que han tratado de potenciar factores conducentes a la excelencia clínica:

– La *primera línea* obedece a la perspectiva tradicional, que no resulta concluyente, pero que durante mucho tiempo ha formado parte del sentido común profesional y se continúa ejerciendo como dominante en la enseñanza. Se trata de aquella que considera como fundamental la adherencia a un protocolo y adquirir competencia técnica en el tratamiento (Webb, DeRubeis y Barber, 2010), tener una orientación teórica (Norcross y Wampold, 2018), supervisión (Alfonsson et al., 2018), acumular experiencia (Goldberg et al., 2016b), realizar psicoterapia personal (Malikioski-Loizos, 2013) y gozar de habilidades interpersonales autoevaluadas (Wampold et al., 2017).

– La *segunda línea* de investigación tiene que ver con las revisiones sistemáticas más recientes que reconocen la importancia de características como la capacidad para establecer relaciones terapéuticas sólidas en un rango considerable de pacientes (Flückiger et al., 2018; Del Re et al., 2012), manejar un repertorio de habilidades interpersonales de facilitación específicas para cada paciente (Anderson et al., 2016), tener dudas acerca del desempeño profesional (Nissen-Lie et al., 2017), implicarse en la Práctica Deliberada (Chow et. al, 2015).

– La *tercera línea*, más novedosa e inexplorada y que, preferentemente, se sigue en este trabajo, tiene que ver con la inclusión de nuevos elementos que parecen tener influencia en la Persona del Terapeuta como son el Apego Adulto seguro de los profesionales y su relación con una mayor eficacia en pacientes de mayor gravedad (Schauenburg et al., 2010) y la Atención Plena (estar en el ahora) durante la sesión (Castonguay y Hill, 2017).

## **Planteamiento del Problema**

Alumbrar el proceso por el cual las características personales de un psicoterapeuta colaboran a que alcance la excelencia es una de las motivaciones y de las dificultades de este trabajo. Parece importante, además, poder valorar esas características en un conjunto de psicoterapeutas que realizan su trabajo con una población de pacientes que presentan una elevada complejidad y requieren de todas sus habilidades profesionales, pero, sobre todo, personales. En el Marco Teórico se ha explorado una población que puede resultar idónea: los pacientes aquejados con Trastorno por Estrés Post-traumático Complejo (TEPT).

El TEPT Complejo responde a una dinámica de abusos interpersonales prolongados y severos de forma que la repetición traumática ha condicionado el desarrollo de la personalidad del individuo y su salud mental, además, numerosos estudios relacionan su sintomatología con un gran número de trastornos, de manera que el TEPT Complejo estaría en la base de toda una cadena de diagnósticos posteriores (Herman, 1992). Estos pacientes han sufrido el trauma bien por la vulnerabilidad de sus

relaciones parentales tempranas o bien porque la agresión ha llegado, precisamente, desde esas figuras de apego a través del maltrato o el abuso (van der Kolk, 2002; Carlson, 1998). El fallo al establecer una relación de auténtica reciprocidad entre las respuestas emocionales del niño y de sus referencias de apego contribuye a alejar de la consciencia contenidos emocionales como consecuencia de la disociación. Si bien en épocas tempranas la disociación puede actuar como un mecanismo que defiende al niño contra el desborde emocional que supone ciertos sentimientos molestos que no puede diferenciar, a medida que llega la adultez se convierte en todo un problema (Siegel, 1999), especialmente en terapia. Por este motivo se valora en este trabajo no sólo el Estilo Personal del psicoterapeuta, sino la relación que este tiene con su capacidad para generar Apego seguro, entendida como el conjunto de habilidades personales que pueden proporcionar unas condiciones favorables que permitan al paciente revivir el pasado y la devastación emocional el tiempo justo para no entrar en la reexperimentación desajustada. Y, junto con el Estilo y la capacidad de Apego, se valora también la relación de ambos con algo que puede ser fundamental: la habilidad del profesional para mantenerse y mantener al paciente en Atención Plena, en el aquí y el ahora, de forma que se posibilite la desidentificación con el pasado y se evite tanto la disociación como la hiperactivación propia del TEPT.

## OBJETIVOS

En base a la literatura revisada durante el Marco Teórico se establece un objetivo general y unos objetivos específicos que permiten alcanzarlo.

### Objetivo General

Analizar la relación entre el Estilo Personal del Terapeuta, el Apego Adulto y la Atención Plena en una muestra de psicoterapeutas con experiencia en el tratamiento de pacientes con TEPT Complejo.

### Objetivos Específicos

---

**Objetivo 1** Identificar la relación entre el Estilo Personal del Terapeuta y el Apego Adulto en una muestra de psicoterapeutas con experiencia en el tratamiento de pacientes con TEPT complejo.

---

**Objetivo 2** Reconocer la relación entre el Estilo Personal del Terapeuta y la Atención Plena en una muestra de psicoterapeutas con experiencia en el tratamiento de pacientes con TEPT complejo.

---

**Objetivo 3** Determinar la relación entre el Apego Adulto y la Atención Plena en una muestra de psicoterapeutas con experiencia en el tratamiento de pacientes con TEPT complejo.

---

## HIPÓTESIS

Teniendo en cuenta los objetivos detallados con anterioridad, se establecen las siguientes hipótesis:

### Hipótesis 1

- Existe relación entre el Estilo Personal del Terapeuta y el Apego Adulto.

### Hipótesis 2

- Existe relación entre el Estilo Personal del Terapeuta y la Atención Plena.

### Hipótesis 3

- Existe relación entre el Apego Adulto y la Atención Plena.

## MARCO METODOLÓGICO

Se exponen aquí el conjunto de pasos que se han empleado para lograr los objetivos y resolver las hipótesis empezando por el diseño de investigación y continuando con las características de los participantes, la descripción de los instrumentos, el procedimiento de elaboración y el análisis de datos empleado.

### Diseño

El presente estudio opta por un trabajo no experimental de tipo descriptivo y transversal correlacional desarrollado con técnicas cuantitativas. Los diseños de orden correlacional examinan relaciones entre dos o más variables en un momento específico del tiempo (Hernández Sampieri et al., 1997) sin por ello precisar la dirección causal (Genise, 2015). Un estudio de este tipo permitirá generar información sobre el Estilo Personal del Terapeuta, el Apego Adulto y la Atención Plena según los objetivos planteados.

### Participantes

El reclutamiento de los participantes se llevó a cabo por muestreo incidental no probabilístico entre el 4 de diciembre y el 31 de diciembre de 2023. Se contactó vía email con un total de 80 psicoterapeutas de los cuales respondieron 47. Los psicoterapeutas tenían formación acreditada en trauma psicológico y estaban vinculados a sociedades promotoras de su estudio como lo son la Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia (SEMPyP) y el Instituto para el Desarrollo y Aplicación del EMDR (IDAE), que han servido de enlace con los profesionales para solicitar su participación. Después de leer el consentimiento informado (ANEXO D) rellenaron una batería de cuestionarios administrados de forma online mediante la plataforma Google Forms.

Los criterios de inclusión fueron: ser psicoterapeuta, estar especializado en el tratamiento de pacientes con TEPT Complejo, tener experiencia en este ámbito y una edad comprendida entre los 25 y los 75 años. Quedaban excluidos de la investigación los profesionales que no entraran en el rango de edad o que no se ajustaran a los requisitos de especialización y experiencia.

El grupo ha sido homologado según las variables socio-descriptivas de edad, años de experiencia que han acreditado como psicoterapeutas, sexo, forma de trabajo (presencial, online o ambas), orientación teórico-técnica (terapia cognitivo-conductual, terapia sistémica, terapias humanistas, psicoanálisis/terapias psicodinámicas, terapia integradora -más de 1 enfoque-) y horas semanales destinadas a práctica deliberada (tiempo dedicado a mejorar habilidades clínicas y que suponen un esfuerzo sistemático).

## Instrumentos

Para el estudio de las características personales de los terapeutas se utilizan tres modelos conceptuales: el Estilo Personal Del Terapeuta, el Apego Adulto y la Atención Plena, que gozan de un cuerpo teórico coherente y elaboraciones empíricas consistentes y que, además, permiten una medición cuantitativa para facilitar la exploración y el estudio sin, por ello, caer en una excesiva esquematización.

### **Cuestionario Estilo Personal del Terapeuta (EPT)**

Si bien la medición del Estilo Personal del Terapeuta (EPT) no abarca por completo a la persona del terapeuta en el ejercicio de su profesión, sí que puede valorarse su desarrollo como el cuestionario más importante y que más se acerca al constructo de "la persona del terapeuta". Las primeras valoraciones identificaron una estructura factorial consistente en relación con el modelo teórico, una buena consistencia interna, una adecuada estabilidad temporal test-retest (Fernández-Álvarez et al., 2003) y se consiguieron perfiles modélicos para las distintas orientaciones teórico-prácticas (Fernández-Álvarez et al., 2005).

En un segundo momento el trabajo con el EPT se centró en la investigación de carácter aplicado en distintos contextos, por ejemplo: relaciones entre el EPT y el perfil del paciente (Malik et al., 2002); relaciones entre el EPT y la orientación teórico-técnica, la experiencia profesional (Castañeiras et al., 2006), la procedencia cultural (García et al., 2005) o, como será el caso de este estudio, el EPT de terapeutas que trabajan con diferentes poblaciones clínicas: la intensiva neonatal (Vega, 2006) o los pacientes severos (Rial et al., 2006).

En la actualidad el EPT sigue una tercera línea de desarrollo que consiste en su uso en la formación de los psicoterapeutas favoreciendo la distinción entre competencias naturales y adquiridas (Beutler et al., 2004), considerando que el autoconocimiento del Estilo Personal puede ayudar a los terapeutas a afinar algunas de sus características o desarrollar otras importantes. En definitiva, el EPT supone la creación de un cuestionario de prestigio internacional que, partiendo de una conceptualización y desarrollo teórico exhaustivo, está reduciendo la brecha entre la investigación y la clínica al promover un modelo de investigación guiada por la práctica (Castonguay y Muran, 2005), todo ello hace que su inclusión en este trabajo sea fundamental.

El Cuestionario de Evaluación del Estilo Personal del Terapeuta de Fernández-Álvarez y García (1998) es un inventario autodescriptivo de 36 ítems con respuestas según una escala tipo Likert de 7 puntos (donde 1 corresponde a "completamente en desacuerdo" y 7 a "completamente de acuerdo"), en él se miden las siguientes escalas que conforman el constructo:

– **Instruccional:** analiza los valores de rigidez/flexibilidad (a mayor puntuación mayor rigidez) que utiliza cada psicoterapeuta durante sus intervenciones.

- Expresiva: observa los valores de proximidad/distancia (a mayor puntuación mayor proximidad emocional) que pone en marcha el psicoterapeuta para manejar la comunicación emocional con el paciente.
- De involucración: responde a los valores de mayor o menor involucración (valores más altos implican un grado mayor) entendida como las acciones que realiza el psicoterapeuta que tienen que ver con su nivel de compromiso frente a los pacientes.
- Atencional: tiene que ver con la manera en la que el psicoterapeuta focaliza su atención en orden a lograr la información adecuada de sus pacientes (puntuaciones más elevadas se relacionan con atención más focalizada).
- Operativa: se refiere a las conductas que están totalmente relacionadas con intervenciones terapéuticas concretas (mayores puntuaciones describen terapeutas más pautados).

Estas dimensiones presentan una confiabilidad (según el coeficiente alfa de Cronbach): instruccional=0.69; expresiva=0.75; involucración=0.75; atencional= 0.80 y Operativa=0.76 (Fernández Álvarez et al., 2003).

El modelo resultante de la validación española de este cuestionario utilizado para este estudio (ANEXO A) opta por 20 reactivos y tiene unas propiedades psicométricas correctas siendo coherente con la estructura penta factorial original y mantiene la información sobre las variables de estilo de cada psicoterapeuta con una fiabilidad dimensional de .54 en las dimensiones instruccional y expresiva, .72 para las dimensiones operativa y de involucración y de .47 para la atencional (Prado-Abril et al., 2019).

### **Cuestionario de Apego Adulto**

La medición del apego entraña una complicación que persigue a todos los estudios que valoran los estilos afectivos adultos: cómo medir la complejidad cognitiva de una persona dentro de un pequeño conjunto de situaciones que activen su sistema de apego. Para la elaboración del Cuestionario de Apego Adulto se ha llevado a cabo un proceso selectivo entre diferentes constructos teóricos que la investigación ha considerado como los más relevantes a la hora de definir unos estilos de afecto sobre otro (Melero y Cantero, 2008). El conjunto de datos posibilita establecer conexiones muy ricas entre variables y permite un análisis pertinente para el terapeuta.

La prueba consta de 40 ítems con respuestas dentro de una escala tipo Likert del 1 al 6 (1 se refiere a "completamente en desacuerdo" y 6 a "completamente de acuerdo") (ANEXO B). Los ítems se agrupan dentro de cuatro escalas:

1. Baja autoestima, necesidad de aprobación y miedo al rechazo. Autoconcepto negativo, necesidad de aprobación, preocupación por las relaciones, dependencia, dificultades de inhibición conductual/emocional y miedo al rechazo (Melero y Cantero, 2008).

2. Resolución hostil de conflictos, rencor y posesividad. Ira hacia los demás, resentimiento, facilidad a la hora de enfadarse, posesividad y celos (Melero y Cantero, 2008).

3. Expresión de sentimientos y comodidad con las relaciones. Facilidad para la expresión emocional y ser sociable, confianza en los demás y capacidad para solucionar problemas relacionales (Melero y Cantero, 2008).

4. Autosuficiencia emocional e incomodidad con la intimidad. Problemas para comprometerse, sobrevaloración de la independencia y menosprecio de las relaciones íntimas (Melero y Cantero, 2008).

Estas escalas diferencian, en función de sus valores, cuatro estilos diferentes de apego adulto (Melero y Cantero, 2008):

a) Temeroso-hostil. Individuos que presentan un modelo mental negativo tanto de sí mismos como de los demás (Bartholomew y Horowitz, 1991), incomodidad en situaciones íntimas, alta necesidad de aprobación, consideran las relaciones como secundarias al ámbito profesional y mantienen baja confianza tanto en sí mismo como en los demás (Feeney et al., 1994). A la vez que necesitan contacto social e intimidad temen el rechazo y evitan la intimidad frustrándose al no poder generar relaciones satisfactorias.

b) Huidizo-alejado. Existe un modelo mental de sí mismo positivo, pero negativo de los demás (Bartholomew y Horowitz, 1991), alta autosuficiencia emocional, baja necesidad de apego, alta orientación al logro (Maysless, 1996), elevada incomodidad en las relaciones íntimas que son consideradas secundarias a los asuntos materiales (Feeney et al., 1994) y problemas a la hora de procesar y acceder a la memoria sobre afectos negativos (Fraleley et al., 2000).

c) Preocupado. Tiene un modelo negativo de sí mismo y positivo de los demás (Bartholomew y Horowitz, 1991) junto con una alta activación del sistema de apego (Maysless, 1996), presenta baja autoestima, conductas dependientes, necesidad continua de aprobación, preocupación exagerada por las relaciones (Feeney et al., 1994) y temor por el abandono. Todo ello puede generar hostilidad y celotipia.

d) Seguro. Está caracterizado por tener un modelo positivo de sí mismo y de los demás (Bartholomew y Horowitz, 1991), autoestima alta, ausencia de problemas relacionales importantes, confianza tanto en sí mismo como en los demás y deseo de tener intimidad disfrutando de ella (Feeney et al., 1994).

El Cuestionario de Apego Adulto ha sido evaluado utilizando el coeficiente Alfa de Cronbach para comprobar los indicadores de consistencia interna de sus cuatro escalas. La primera escala: "baja autoestima, necesidad de aprobación y miedo al rechazo" obtuvo un valor de 0,86; la segunda escala: "resolución hostil de conflictos, rencor y posesividad" obtuvo un índice de 0,80; la tercera escala "expresión de sentimientos y comodidad con las relaciones" obtuvo 0,77; para la cuarta escala "autosuficiencia emocional e incomodidad con la intimidad" se halló un valor de 0,68 (Melero y Cantero, 2008).

## **Cuestionario de Cinco Facetas de Mindfulness (Five Facets Mindfulness Questionnaire, FFMQ)**

En cuanto a la medición de la Atención Plena (Mindfulness) conviene destacar la importancia de considerar el componente siempre subjetivo de observar el “ahora” (Sauer et al., 2012) ya que hablamos de un “espacio” que se da en un instante concreto siendo insustituible de esa vivencia particular “en primera persona” (Varela et al., 2000). Sin embargo, que resulte complicada su medición no implica que no pueda realizarse, aunque sea de manera aproximada, atendiendo al desafío tanto metodológico como empírico. Una forma óptima de proceder a esta medición es realizarla dentro del concurso de otros instrumentos (en este caso el Estilo Personal del Terapeuta y el Apego Adulto) que permitan, por integración, un resultado fiable.

Partiendo entonces de que un test totalmente objetivo sobre Atención Plena no existe (Baer, 2011), dentro de los disponibles el *Five Facet Mindfulness Questionnaire* (FFMQ) (Baer et al., 2008) tiene unas cualidades psicométricas positivas que permiten su complementación con otras herramientas (Bergomi et al., 2012b) y lo hacen aconsejable como un test equilibrado y multifacético de la mente, no en vano es una de las herramientas más referenciadas y usadas (Santana, 2016).

El FFMQ es un cuestionario realizado por Baer et al. (2008) que rescata y combina diferentes valores de otros cinco cuestionarios antecedentes que miden la Atención plena: Freiburg Mindfulness Inventory (FMI), Mindful Attention Awareness Scale (MAAS), Cognitive and Affective Mindfulness Scale (CAMS), Kentucky Inventory of Mindfulness Skills (KIMS) y Mindfulness Questionnaire (MQ). Mide 5 escalas que conforman el constructo:

- A) Observar. Valora la capacidad para darse cuenta de estímulos sutiles (sensaciones, emociones, cogniciones, olores, sonidos, ...) que pueden pasar desapercibidos para la mayoría de las personas.
- B) Describir. Evalúa la habilidad para poner en palabras la propia experiencia interior.
- C) Actuar con consciencia. Valora el nivel de consciencia de lo que se está haciendo.
- D) No enjuiciamiento. Observa la capacidad para no juzgar los pensamientos, emociones y sensaciones dándose cuenta de ellos de forma objetiva.
- E) No reactividad. Tiene que ver con la habilidad para no reaccionar ante la experiencia interior a la vez que se permite que fluyan los pensamientos, las emociones y las sensaciones.

El cuestionario consta de 39 ítems que se valoran según una escala tipo Likert de cinco valores (desde 1 “nunca o muy raramente verdadero” a 5 “muy a menudo o siempre verdadero”), 19 de ellos tienen una puntuación invertida.

La validación española del cuestionario utilizada en esta investigación se realizó en el año 2012 (Cebolla et al., 2012) (ANEXO C) según una muestra de 462 participantes entre 16 y 63 años, demostrando que el FFMQ resultaba eficaz para la medición de la Atención Plena en muestras

españolas clínicas y no clínicas, las escalas reflejaron una consistencia adecuada, similar a las reportadas por Baer et al. (Baer et al., 2006) con Alfas de Cronbach de 0,75 a 0,91.

## Procedimiento

El enlace al cuestionario se difundió vía email junto a una explicación abreviada a través de las sociedades SEMPYP e IDAE con el fin de garantizar la credibilidad del estudio y la formación y experiencia de los participantes. Una vez en la plataforma Google Forms, de forma previa a la contestación de las preguntas, se ofrecía el consentimiento informado (ANEXO D) donde se garantizaba la confidencialidad de los datos y el uso de las respuestas exclusivamente para fines investigativos, no recibiendo los participantes compensación alguna. También se ofrecían datos de identidad y correo electrónico de la persona responsable del estudio para atender cualquier duda.

Una vez recopiladas las respuestas mediante la base de datos de Google Forms estas fueron descargadas para su posterior tratamiento.

## Análisis de Datos

El análisis estadístico se ha efectuado mediante la aplicación informática: IBM-SPSS Statistics versión 25 (referencia: IBM Corp. Released 2017. IBM SPSS Statistics v 25.0 for Windows; Armonk. NY. USA).

Las técnicas y test estadísticos empleados han sido:

- (1) La descriptiva de variables categóricas con tablas de frecuencias y porcentajes.
- (2) Las variables de tipo cuantitativo han sido exploradas con el objetivo principal de verificar su ajuste, o no, a la campana normal de Gauss. Para esta exploración se han empleado: (a) gráficos Q-Q (cuantiles teóricos) normal, (b) índices de asimetría y curtosis, y (c) el Test de Shapiro-Wilk (específico para  $N < 50$ ) de bondad de ajuste a la normalidad, donde solo un desvío muy grave ( $p < .01$ ) haría considerar que la variable no se distribuye normalmente.
- (3) Además, estas variables cuantitativas han sido descritas mediante las herramientas habituales (a) de centralidad: media y mediana; y (b) de variabilidad: rango observado, desviación estándar y rango intercuartil.
- (4) La fiabilidad de los cuestionarios psicológicos se ha evaluado mediante el Coeficiente "Alfa" de Cronbach de consistencia interna. Un valor superior a .60 indica fiabilidad aceptable, en tanto que si es superior a .80 ya es buena o muy buena ( $> .90$ ).
- (5) Se han empleado los coeficientes de correlación de Pearson y Spearman para estimar las asociaciones entre variables numéricas.

En estas pruebas estadísticas inferenciales, se considera significación cuando  $p < .05$  (n. c. 95%) y alta significación cuando  $p < .01$  (n. c. 99%). Se puede considerar casi significación, o tendencia hacia ella, cuando  $p < .10$  (n. c. 90 %).

## RESULTADOS

Los resultados del proceso de investigación se desarrollan en 3 apartados: la descripción de la muestra, el análisis exploratorio y descriptivo de los instrumentos de medida utilizados y el análisis correlacional.

### Descripción de la muestra

Entre los 47 terapeutas participantes, son clara mayoría las mujeres: 80.9% (n=38). Las edades de estos participantes se han calculado desde su fecha de nacimiento hasta el día 31 de diciembre del 2023 (años cumplidos). Con dicha referencia aparece una distribución de edad, con tendencia a la campana normal de Gauss, dentro del rango 26-74 con una edad media de 48 años ( $\pm 11.09$ ).

Al respecto de la forma de trabajo, la mayoría (70.2%; n=33) atiende tanto de manera presencial como on-line; siendo un modelo integrador con más de una orientación teórico-técnica lo habitual en la casi totalidad de estos participantes (93.6%; n=44).

El tiempo de experiencia que acumulan se reparte entre menos de 6 años (10.6%; n=5) y más de 30 años (12.8%; n=6) con una distribución bastante homogénea entre los distintos tramos. La experiencia promedio se puede situar dentro del intervalo de 16-20 años.

Por último, las horas semanales dedicadas a práctica deliberada en solitario se distribuye entre menos de 6 horas (40.4%; n=19) y más de 20 horas (10.6%; n=5), pero se observa con claridad que la gran mayoría de los participantes utiliza para esta actividad un máximo de 10 horas semanales (80.9%).

La Tabla 1 contiene el resumen descriptivo de las características de estos terapeutas:

**Tabla 1.** Características de la Muestra de Psicoterapeutas (N=47)

		<b>Descriptivos</b>
<b>SEXO -</b>	<i>Mujer</i>	80.9 % (38)
	<i>Hombre</i>	19.1 % (9)
<b>EDAD -</b>	<i>Media (<math>\pm D.S.</math>)</i>	48.00 ( $\pm 11.09$ )
	<i>Rango (mediana)</i>	26-74 (48.00)
<b>FORMA DE TRABAJO -</b>	<i>Presencial y Online</i>	70.2 % (33)
	<i>Solo presencial</i>	29.8 % (14)
<b>ORIENTACIÓN TEÓRICO-TÉCNICA -</b>	<i>Integradora</i>	93.6 % (44)
	<i>T. Humanistas</i>	4.3 % (2)

<i>Psicodin.</i>	<i>Psicoanalista</i>	/	2.1 %	(1)
<b>AÑOS EXPERIENCIA PSICOTERAPEUTA -</b>	<i>1-5 años</i>		10.6 %	(5)
	<i>6-10 años</i>		23.4 %	(11)
	<i>11-15 años</i>		14.9 %	(7)
	<i>16-20 años</i>		14.9 %	(7)
	<i>21-25 años</i>		17.0 %	(8)
	<i>26-30 años</i>		6.4 %	(3)
	<i>Más de 30 años</i>		12.8 %	(6)
<b>PRACTICA DELIBERADA EN SOLITARIO -</b> <i>horas/sem.</i>	<i>1-5</i>		40.4 %	(19)
	<i>6-10 horas/sem.</i>		40.4 %	(19)
	<i>11-15 horas/sem.</i>		4.3 %	(2)
	<i>16-20 horas/sem.</i>		4.3 %	(2)
	<i>Más de 20 horas/sem.</i>		10.6 %	(5)

## Análisis Exploratorio y Descriptivo de los Instrumentos de Medida

En este apartado de los resultados estadísticos se ha procedido a realizar un estudio previo de los ítems y de las dimensiones de cada uno de los instrumentos de medida utilizados. A la par, se ha estimado la fiabilidad (como consistencia interna) alcanzada por la muestra de participantes.

### Cuestionario de Evaluación del Estilo Personal del Terapeuta (EPT-C)

Como se ha explicado la versión abreviada del EPT-C utilizada consta de 20 ítems de formato Likert (escala 1-7) con los que se definen 5 dimensiones. Ocho de estos ítems deben ser recodificados a la inversa antes de generar las variables de las dimensiones.

La tabla 2 contiene la descriptiva de estos ítems. La "R" tras el número indica cuáles han sido recodificados. En general se observa que los participantes se reparten entre casi todas las opciones de respuesta de cada uno de los ítems.

**Tabla 2.** Análisis Descriptivo de las Respuestas a los Ítems del EPT-C

ÍTEM	% de respuesta de cada opción							Media	Desviación Estándar
	1	2	3	4	5	6	7		
<b>EPT-C 01 R</b>	12.8	25.5	27.7	29.8	2.1	----	2.1	2.91	1.23
<b>EPT-C 02</b>	10.6	21.3	19.1	21.3	6.4	21.3	----	3.55	1.67
<b>EPT-C 03</b>	12.8	12.8	6.4	17.0	23.4	14.9	12.8	4.21	1.93
<b>EPT-C 04</b>	8.5	17.0	4.3	25.5	19.1	10.6	14.9	4.21	1.86
<b>EPT-C 05 R</b>	----	8.5	8.5	21.3	23.4	23.4	14.9	4.89	1.48
<b>EPT-C 06</b>	----	----	2.1	8.5	8.5	31.9	48.9	6.17	1.05
<b>EPT-C 07 R</b>	4.3	10.6	19.1	8.5	29.8	21.3	6.4	4.38	1.62

<b>EPT-C 08</b>	6.4	6.4	12.8	14.9	25.5	25.5	8.5	4.57	1.65
<b>EPT-C 09 R</b>	4.3	25.5	12.8	21.3	17.0	10.6	8.5	3.87	1.72
<b>EPT-C 10 R</b>	4.3	19.1	8.5	23.4	27.7	17.0	----	4.02	1.50
<b>EPT-C 11</b>	4.3	21.3	19.1	14.9	23.4	12.8	4.3	3.87	1.61
<b>EPT-C 12</b>	4.3	8.5	10.6	19.1	25.5	21.3	10.6	4.60	1.61
<b>EPT-C 13</b>	8.5	25.5	14.9	10.6	17.0	12.8	10.6	3.83	1.90
<b>EPT-C 14</b>	6.4	21.3	17.0	4.3	19.1	23.4	8.5	4.13	1.88
<b>EPT-C 15</b>	2.1	14.9	10.6	17.0	6.4	31.9	17.0	4.74	1.81
<b>EPT-C 16</b>	21.3	25.5	14.9	10.6	10.6	14.9	2.1	3.17	1.83
<b>EPT-C 17 R</b>	21.3	40.4	12.8	19.1	----	4.3	2.1	2.57	1.43
<b>EPT-C 18</b>	6.4	14.9	10.6	21.3	21.3	25.5	----	4.13	1.60
<b>EPT-C 19 R</b>	----	2.1	2.1	17.0	19.1	27.7	31.9	5.64	1.28
<b>EPT-C 20 R</b>	----	10.6	12.8	25.5	8.5	21.3	21.3	4.81	1.68

A continuación, se ha procedido a determinar la fiabilidad que alcanza la muestra en las 5 dimensiones que se derivan del anterior conjunto de ítems. Para ello se ha empleado el procedimiento del Coeficiente "Alfa" de Cronbach. Los resultados se resumen en la tabla 3 e indican: buena fiabilidad en 3 de ellas (Operativa, Involucración y Expresiva), aceptable en otra (Instruccional) sobre todo cuando se trata de un número tan reducido de ítems, y floja/baja en la última (Atencional).

**Tabla 3.** *Fiabilidad en las Dimensiones del EPT-C de la Muestra de Psicoterapeutas Participantes*

<b>DIMENSIÓN</b>	<b>Nº de ÍTEMS</b>	<b>ALFA de Cronbach</b>	<b>IC al 95%</b>
<b>Instruccional</b>	3	.50	.19 - .70
<b>Expresiva</b>	4	.69	.52 - .81
<b>Involucración</b>	4	.71	.54 - .82
<b>Atencional</b>	4	.27	.14 - .56
<b>Operativa</b>	5	.80	.69 - .88

Los resultados acompañan la fiabilidad dimensional obtenida en la validación del instrumento: .54 en las dimensiones instruccional y expresiva, .72 para las dimensiones operativa y de involucración y .47 para la atencional (Prado-Abril et al., 2019).

El siguiente paso ha consistido en generar las variables dimensionales, siendo la puntuación de estas el resultado de la suma de los valores [1-7] de las respuestas a los ítems que integran cada una de ellas.

Estas variables fueron exploradas y descritas según las herramientas habituales (Tabla 4). De estos procesos se deriva que:

(1) La exploración de datos determina que en las cuatro primeras dimensiones hay una clara tendencia hacia la distribución de puntuaciones según la normalidad estadística de una campana de Gauss. En este sentido los desvíos observados no son estadísticamente significativos ( $p > .05$  en el Test de SW de bondad de ajuste). En la última dimensión (Operativa) sí que se observa un desvío

significativo ( $p < .01$ ) que se debe a una cierta asimetría con más concentración de casos en la parte inferior de las puntuaciones empíricas obtenidas.

(2) En la descriptiva ya propiamente dicha: (a) el grado de variabilidad (min./máx.) se ajusta bastante bien al rango de puntuaciones posibles en cada variable, excepto en la dimensión Expresiva (si bien es cierto que tiene buena simetría) y sobre todo en Operativa donde no hay sujetos en los valores más bajos de la escala; (b) los valores media/mediana son muy similares entre sí en todas las variables (debido a la buena simetría existente), salvo en Operativa una vez más. Todas las medias se sitúan, en mayor o menor grado, cerca del punto medio de la escala de valores posibles; lo que parece señalar que el desempeño del grupo está en niveles centrales (medios) en todas las dimensiones.

**Tabla 4.** *Análisis Descriptivo y Exploratorio de las Variables de las Dimensiones del EPT-C*

<i>Variables EPT-C</i>	<i>Centralidad</i>		<b>Rango posible</b>	<i>Variabilidad</i>			<i>Test SW P-valor</i>
	<b>Media (IC 95%)</b>	<b>Mediana</b>		<i>Min. / Máx.</i>	<i>D.S.</i>	<i>R.IQ.</i>	
<b><i>Instruccional</i></b>	13.98 (12.92 – 15.04)	14.00	3 / 21	5 / 21	3.60	5.00	.347
<b><i>Expresiva</i></b>	19.70 (18.31 – 21.09)	20.00	4 / 28	10 / 27	4.74	8.00	.067
<b><i>Involucración</i></b>	17.13 (15.77 – 18.49)	18.00	4 / 28	6 / 26	4.62	6.00	.358
<b><i>Atencional</i></b>	14.17 (13.17 – 15.17)	14.00	4 / 28	8 / 22	3.42	6.00	.269
<b><i>Operativa</i></b>	19.32 (17.45 – 21.18)	18.00	5 / 35	11 / 33	6.35	12.00	.002

DS= Desviación estándar / R.IQ= Rango Intercuartil

### **Cuestionario de Evaluación del Apego Adulto (AA)**

En este cuestionario, sus 40 ítems con respuesta Likert [1-6] definen cuatro factores. La tabla 5 contiene la descriptiva de los ítems. La R indica aquellos que, previamente, han sido recodificados a la inversa. Cabe comentar que se observan distribuciones de respuestas muy asimétricas en bastantes ítems, ya que se concentran la mayor parte de los sujetos en uno de los dos extremos de la escala de puntuación.

**Tabla 5.** *Análisis Descriptivo de las Respuestas a los Ítems del Cuestionario de Apego Adulto*

<i>ÍTEM</i>	<b>% de respuesta de cada opción</b>						<b>Media</b>	<b>Desviación Estándar</b>
	1	2	3	4	5	6		
<b><i>AA 01</i></b>	----	----	6.4	17.0	55.3	21.3	4.91	0.80
<b><i>AA 02</i></b>	36.2	42.6	10.6	8.5	2.1	----	1.98	1.01
<b><i>AA 03</i></b>	42.6	31.9	8.5	17.0	----	----	2.00	1.10
<b><i>AA 04</i></b>	76.6	19.1	2.1	----	2.1	----	1.32	0.73
<b><i>AA 05</i></b>	----	2.1	12.8	14.9	48.9	21.3	4.74	1.01
<b><i>AA 06</i></b>	74.5	23.4	----	2.1	----	----	1.30	0.59
<b><i>AA 07</i></b>	27.7	44.7	14.9	12.8	----	----	2.13	0.97

<b>AA 08</b>	53.2	40.4	4.3	2.1	----	----	1.55	0.69
<b>AA 09</b>	40.4	40.4	10.6	8.5	----	----	1.87	0.92
<b>AA 10</b>	55.3	14.9	12.8	14.9	2.1	----	1.94	1.22
<b>AA 11 R</b>	----	----	----	----	31.9	68.1	5.68	0.47
<b>AA 12</b>	6.4	12.8	25.5	31.9	19.1	4.3	3.57	1.25
<b>AA 13</b>	55.3	40.4	2.1	----	2.1	----	1.53	0.75
<b>AA 14</b>	25.5	34.0	14.9	19.1	6.4	----	2.47	1.25
<b>AA 15</b>	4.3	12.8	21.3	29.8	27.7	4.3	3.77	1.24
<b>AA 16</b>	2.1	6.4	14.9	19.1	36.2	21.3	4.45	1.28
<b>AA 17</b>	14.9	31.9	23.4	19.1	8.5	2.1	2.81	1.28
<b>AA 18</b>	2.1	19.1	21.3	25.5	21.3	10.6	3.77	1.34
<b>AA 19</b>	8.5	23.4	25.5	25.5	17.0	----	3.19	1.23
<b>AA 20</b>	17.0	38.3	27.7	10.6	6.4	----	2.51	1.10
<b>AA 21 R</b>	17.0	51.1	19.1	10.6	2.1	----	2.30	0.95
<b>AA 22</b>	70.2	25.5	21.1	2.1	----	----	1.36	0.64
<b>AA 23</b>	34.0	42.6	8.5	6.4	8.5	----	2.13	1.21
<b>AA 24</b>	38.3	29.8	14.9	14.9	2.1	----	2.13	1.15
<b>AA 25 R</b>	55.3	23.4	10.6	2.1	4.3	4.3	1.89	1.36
<b>AA 26</b>	8.5	25.5	21.3	29.8	14.9	----	3.17	1.22
<b>AA 27</b>	----	2.1	2.1	31.9	29.8	34.0	4.91	0.97
<b>AA 28</b>	40.4	34.0	10.6	8.5	6.4	----	2.06	1.20
<b>AA 29</b>	27.7	40.4	21.3	8.5	2.1	----	2.17	1.01
<b>AA 30</b>	12.8	42.6	12.8	21.3	10.6	----	2.74	1.24
<b>AA 31</b>	40.4	34.0	10.6	8.5	6.4	----	2.06	1.21
<b>AA 32</b>	----	----	2.1	19.1	21.3	57.4	5.34	0.87
<b>AA 33</b>	59.6	38.3	2.1	----	----	----	1.43	0.54
<b>AA 34</b>	46.8	40.4	6.4	4.3	2.1	----	1.74	0.92
<b>AA 35 R</b>	2.1	2.1	19.1	36.2	29.8	10.6	4.21	1.08
<b>AA 36</b>	80.9	14.9	2.1	2.1	----	----	1.26	0.61
<b>AA 37</b>	38.3	21.3	8.5	17.0	12.8	2.1	2.51	1.56
<b>AA 38</b>	2.1	----	12.8	17.0	42.6	25.5	4.74	1.11
<b>AA 39</b>	21.3	19.1	27.7	19.1	12.8	----	2.83	1.32
<b>AA 40</b>	----	2.1	2.1	10.6	42.6	42.6	5.21	0.88

El grado de fiabilidad que alcanza la muestra de psicoterapeutas participantes en las dimensiones de este cuestionario (tabla 6) es al menos aceptable, y especialmente bueno en el Factor 2 y muy bueno en el Factor 1.

**Tabla 6.** *Fiabilidad en las Dimensiones del Cuestionario de Apego Adulto de la Muestra de Psicoterapeutas Participantes*

<b>DIMENSIÓN</b>	<b>Nº de ÍTEMS</b>	<b>ALFA de Cronbach</b>	<b>IC al 95%</b>
<b>Factor 1 (Baja autoestima ...)</b>	13	.89	.84 - .93
<b>Factor 2 (Resolución hostil ...)</b>	11	.74	.61 - .84
<b>Factor 3 (Expresión de sentimientos ...)</b>	9	.68	.52 - .80
<b>Factor 4 (Autosuficiencia emocional ...)</b>	7	.60	.44 - .76

Los resultados acompañan la fiabilidad dimensional obtenida en la validación del instrumento donde, en el Factor 1: "baja autoestima, necesidad de aprobación y miedo al rechazo" se obtuvo un valor de 0,86; el Factor 2: "resolución hostil de conflictos, rencor y posesividad" obtuvo un índice de 0,80; el Factor 3: "expresión de sentimientos y comodidad con las relaciones" obtuvo 0,77 y en el Factor 4: "autosuficiencia emocional e incomodidad con la intimidad" se halló un valor de 0,68 (Melero y Cantero, 2008).

A continuación, se crearon las variables de estas dimensiones, obteniendo las puntuaciones empíricas de nuevo por el procedimiento de acumulación de puntos (suma de respuestas a los ítems). La Tabla 7 contiene la exploración y la descriptiva de estas variables.

**Tabla 7.** *Análisis Descriptivo y Exploratorio de las Variables de las Dimensiones del Cuestionario de Apego Adulto*

<b>Variables Apego Adulto</b>	<i>Centralidad</i>		<b>Rango posible</b>	<i>Variabilidad</i>			<i>Test SW P-valor</i>
	<b>Media (IC 95%)</b>	<b>Mediana</b>		<i>Min. / Máx.</i>	<i>D.S.</i>	<i>R.IQ.</i>	
<b>Factor 1 (Baja autoestima ...)</b>	32.72 (29.74 – 35.70)	31.00	13 / 78	16 / 52	10.16	16.00	.046
<b>Factor 2 (Resolución hostil ...)</b>	21.77 (20.08 – 23.45)	22.00	11 / 66	11 / 35	5.74	8.00	.657
<b>Factor 3 (Expresión de sentimientos ...)</b>	44.21 (42.87 – 45.56)	45.00	9 / 54	35 / 52	4.59	8.00	.111
<b>Factor 4 (Autosuficiencia emocional ...)</b>	15.00 (13.85 – 16.15)	15.00	7 / 42	7 / 25	3.91	6.00	.213

DS= Desviación estándar / R.IQ= Rango Intercuartil

La exploración de los datos indica que, a pesar de las asimetrías de los ítems, en las puntuaciones totales se tiende a actualizar esta cuestión ya que tras las correcciones se obtiene un buen grado de simetría tendente hacia la normalidad estadística. En este mismo sentido, los desvíos que se observan no alcanzan significación estadística ( $p > .05$  en los Test de bondad de ajuste) salvo en el Factor 1 ( $p < .05$ ), aunque también es cierto que es por muy poco margen y que por ello el desvío es muy leve.

La descriptiva indica que la variabilidad de esta muestra es baja (homogeneidad interna) ya que los rangos observados (min./máx.) están bastante lejos de cubrir la totalidad de las respuestas posibles. Por otro lado, la buena simetría permite que los valores de los pares media/mediana sean muy similares entre sí.

Según los baremos estadísticos y los estadísticos descriptivos de los que se dispone para la corrección del Cuestionario según la clasificación en categorías de Apego Adulto (ANEXO B) y teniendo en cuenta las medias obtenidas (Tabla 7), se establece que: (a) en el Factor 1 con una media aproximada de 32 puntos, el grupo se sitúa entre los grados bajo y moderado-bajo; (b) en el Factor 2 con una media de casi 22 puntos, el grupo está en el grado bajo; (c) en el Factor 3 con una media aproximada de 44 puntos, el grupo se clasifica en el grado alto; y (d) en el Factor 4 con una media de 15 puntos, el

grupo está cercano al grado bajo. Así, se puede concluir que el nivel de Apego Adulto del grupo entra en la categoría de Apego Seguro.

### **Cuestionario de Cinco Facetas de Mindfulness (Five Facets Minfulness Questionnaire) (FFMQ)**

Este instrumento está formado por 39 ítems de formato Likert [1-5] que definen 5 dimensiones. Bastantes de estos ítems deben ser invertidos (R) antes de su análisis estadístico (la Tabla 8 contiene su descriptiva). En esta ocasión lo que se aprecia es la repetitiva ausencia de participantes que han señalado respuestas en el extremo inferior de la escala (el 1); junto a la evidente concentración de la mayoría de los participantes en las dos respuestas de la parte derecha de la escala (valores 4 y 5).

**Tabla 8.** *Análisis Descriptivo de las Respuestas a los Ítems del Cuestionario FFMQ*

ÍTEM	% de respuesta de cada opción					Media	Desviación Estándar
	1	2	3	4	5		
<b>FFMQ 01</b>	8.5	10.6	29.8	42.6	8.5	3.32	1.06
<b>FFMQ 02</b>	----	2.1	4.3	38.3	55.3	4.47	0.69
<b>FFMQ 03 R</b>	----	4.3	27.7	40.4	27.7	3.91	0.86
<b>FFMQ 04</b>	2.1	6.4	25.5	51.1	14.9	3.70	0.88
<b>FFMQ 05 R</b>	6.4	14.9	29.8	29.8	19.1	3.40	1.16
<b>FFMQ 06</b>	----	4.3	10.6	46.8	38.3	4.19	0.80
<b>FFMQ 07</b>	----	4.3	6.4	31.9	57.4	4.43	0.80
<b>FFMQ 08 R</b>	2.1	8.5	21.3	29.8	38.3	3.94	1.07
<b>FFMQ 09</b>	4.3	17.0	29.8	42.6	6.4	3.30	0.98
<b>FFMQ 10 R</b>	---	8.5	12.8	44.7	34.0	4.04	0.91
<b>FFMQ 11</b>	10.6	17.0	10.6	36.2	25.5	3.49	1.33
<b>FFMQ 12 R</b>	----	2.1	2.1	40.4	55.3	4.49	0.66
<b>FFMQ 13 R</b>	6.4	14.9	29.8	29.8	19.1	3.40	1.16
<b>FFMQ 14 R</b>	----	----	6.4	19.1	74.5	4.68	0.60
<b>FFMQ 15</b>	2.1	4.3	8.5	55.3	29.8	4.06	0.87
<b>FFMQ 16 R</b>	----	4.3	8.5	21.3	66.0	4.49	0.83
<b>FFMQ 17 R</b>	----	2.1	10.6	42.6	44.7	4.30	0.75
<b>FFMQ 18 R</b>	2.1	8.5	19.1	53.2	17.0	3.74	0.92
<b>FFMQ 19</b>	----	14.9	27.7	53.2	4.3	3.47	0.80
<b>FFMQ 20</b>	2.1	10.6	27.7	42.6	17.0	3.62	0.97
<b>FFMQ 21</b>	----	10.6	29.8	46.8	12.8	3.62	0.85
<b>FFMQ 22 R</b>	----	2.1	4.3	55.3	38.3	4.30	0.66
<b>FFMQ 23 R</b>	----	14.9	29.8	29.8	25.5	3.66	1.03
<b>FFMQ 24</b>	----	4.3	36.2	53.2	6.4	3.62	0.68
<b>FFMQ 25 R</b>	----	----	14.9	48.9	36.2	4.21	0.69
<b>FFMQ 26</b>	2.1	2.1	4.3	31.9	59.6	4.45	0.86
<b>FFMQ 27</b>	----	----	6.4	61.7	31.9	4.26	0.57
<b>FFMQ 28 R</b>	2.1	12.8	29.8	25.5	29.8	3.68	1.10
<b>FFMQ 29</b>	----	10.6	23.4	53.2	12.8	3.68	0.84
<b>FFMQ 30 R</b>	----	----	12.8	21.3	66.0	4.53	0.72
<b>FFMQ 31</b>	----	2.1	12.8	46.8	38.3	4.21	0.75
<b>FFMQ 32</b>	2.1	2.1	12.8	46.8	36.2	4.13	0.88
<b>FFMQ 33</b>	----	14.9	29.8	48.9	6.4	3.47	0.83
<b>FFMQ 34 R</b>	2.1	14.9	31.9	31.9	19.1	3.51	1.04
<b>FFMQ 35 R</b>	----	10.6	21.3	36.2	31.9	3.89	0.98

<b>FFMQ 36</b>	----	2.1	14.9	55.3	27.7	4.09	0.72
<b>FFMQ 37</b>	----	2.1	8.5	44.7	44.7	4.32	0.73
<b>FFMQ 38 R</b>	4.3	10.6	25.5	34.0	25.5	3.66	1.11
<b>FFMQ 39 R</b>	----	12.8	6.4	38.3	42.6	4.11	1.00

La fiabilidad que logra la muestra de psicoterapeutas participantes en este estudio, en las dimensiones de FFMQ (Tabla 9) es muy elevada en 4 de las 5, y se puede considerar como buena en la restante (Observar).

**Tabla 9.** *Fiabilidad de las Dimensiones del Cuestionario FFMQ de la Muestra de los Psicoterapeutas Participantes*

<b>DIMENSIÓN</b>	<b>Nº de ÍTEMS</b>	<b>ALFA de Cronbach</b>	<b>IC al 95%</b>
<b>Observar</b>	8	.69	.50 - .80
<b>Describir</b>	8	.86	.78 - .91
<b>Actuar con consciencia</b>	8	.91	.86 - .94
<b>No enjuiciamiento</b>	8	.85	.78 - .91
<b>No reactividad</b>	7	.87	.81 - .92

Las escalas reflejan una consistencia adecuada, similar a las reportadas por Baer et al. (Baer et al., 2006) en la validación americana y la de Cebolla et al. (Cebolla et al., 2012) en la validación española con Alfas de Cronbach de 0,75 a 0,91, exceptuando la dimensión "observar" que se sitúa ligeramente por debajo.

Al igual que con los instrumentos anteriores, mediante el procedimiento de la suma se calculan las puntuaciones de las variables dimensionales. Su exploración y descriptiva, se resume en la Tabla 10.

**Tabla 10.** *Análisis Descriptivo y Exploratorio de las Variables de las Dimensiones del Cuestionario FFMQ*

<b>Variables FFMQ</b>	<b>Centralidad</b>		<b>Rango posible</b>	<b>Variabilidad</b>			<b>Test SW P-valor</b>
	<b>Media (IC 95%)</b>	<b>Mediana</b>		<b>Min. / Máx.</b>	<b>D.S.</b>	<b>R.IQ.</b>	
<b>Observar</b>	31.43 (30.22 – 32.64)	32.00	8 / 40	20 / 38	4.12	7.00	.123
<b>Describir</b>	34.87 (33.66 – 36.08)	36.00	8 / 40	24 / 40	4.12	6.00	.007
<b>Actuar con consciencia</b>	29.00 (27.02 – 30.98)	30.00	8 / 40	12 / 40	6.73	9.00	.087
<b>No enjuiciamiento</b>	33.68 (32.32 – 35.04)	34.00	8 / 40	21 / 40	4.62	6.00	.022
<b>No reactividad</b>	24.85 (23.55 – 26.15)	26.00	7 / 35	14 / 33	4.43	6.00	.012

DS= Desviación estándar / .IQ= Rango Intercuartil

La exploración de los datos deja algunas dudas acerca del ajuste a la normalidad estadística. Se observan ciertas asimetrías con más presencia de personas con valores elevados en el rango escalar (con elevada homogeneidad interna: sujetos parecidos entre sí). Como consecuencia de todo ello, los valores promedio (media/mediana) sitúan al grupo en la parte alta o media-alta del continuo escalar. Siguiendo esta línea, los test de bondad de ajuste detectan desvíos que son estadísticamente significativos ( $p < .05$ ) en 3 de las dimensiones (Describir, No enjuiciamiento y No reactividad), si bien en dos de ellas se trata de desvíos leves.

Finalizada esta primera parte exploratoria y descriptiva de dimensiones, la tabla 11 contiene el resumen del desempeño de la muestra de participantes en la realización de los tres cuestionarios utilizados.

**Tabla 11.** Resumen de las Características de las Variables en la Muestra de Psicoterapeutas Participantes

<i>Variables</i>	<b>Fiabilidad</b>	<b>Ajuste a la normalidad estadística</b>	<b>Desempeño del grupo (centralidad y variabilidad)</b>
<b><i>EPT-C - Instruccional</i></b>	Aceptable	Distribución normal	Nivel medio y homogéneo
<b><i>EPT-C - Expresiva</i></b>	Buena	Distribución normal	Nivel medio-alto y homogéneo
<b><i>EPT-C - Involucración</i></b>	Buena	Distribución normal	Nivel medio y homogéneo
<b><i>EPT-C - Atencional</i></b>	Mejorable	Distribución normal	Nivel medio y homogéneo
<b><i>EPT-C - Operativa</i></b>	Alta	No normal ( $p < .01$ )	Nivel medio y con variabilidad
<b><i>EAA - Factor 1 (Baja autoestima ...)</i></b>	Alta	Tendencia a la normal	Nivel moderado-bajo y con variabilidad
<b><i>EAA - Factor 2 (Resolución hostil ...)</i></b>	Buena	Distribución normal	Nivel bajo / muy bajo y homogéneo
<b><i>EAA - Factor 3 (Expresión de sentimientos ...)</i></b>	Buena	Distribución normal	Nivel moderado-alto y homogéneo
<b><i>EAA - Factor 4 (Autosuficiencia emocional ...)</i></b>	Aceptable	Distribución normal	Nivel moderado-bajo y homogéneo
<b><i>FFMQ - Observar</i></b>	Buena	Distribución normal	Nivel alto y homogéneo
<b><i>FFMQ - Describir</i></b>	Alta	No normal ( $p < .01$ )	Nivel alto y homogéneo
<b><i>FFMQ - Actuar con consciencia</i></b>	Muy alta	Distribución normal	Nivel medio-alto y homogéneo
<b><i>FFMQ - No enjuiciamiento</i></b>	Alta	Tendencia a la normal	Nivel alto y homogéneo
<b><i>FFMQ - No reactividad</i></b>	Alta	Tendencia a la normal	Nivel medio y homogéneo

## **Análisis Correlacional**

A continuación, se abordan los análisis estadísticos destinados a la verificación de los objetivos de este estudio de investigación. Los tres objetivos específicos planteados son:

- *Objetivo 1: identificar la relación entre el Estilo Personal del Terapeuta y el Apego Adulto en una muestra de psicoterapeutas especializados en el tratamiento de pacientes con TEPT complejo.*

- *Objetivo 2: reconocer la relación entre el Estilo Personal del Terapeuta y la Atención Plena en una muestra de psicoterapeutas especializados en el tratamiento de pacientes con TEPT complejo.*

- *Objetivo 3: determinar la relación entre el Apego Adulto y la Atención Plena en una muestra de psicoterapeutas especializados en el tratamiento de pacientes con TEPT complejo.*

En ellos se plantea el análisis correlacional de las variables de cada uno de los instrumentos con las de todos los demás. Viendo que, en la exploración de los datos, la mayor parte de estas variables cumplen con el requisito del buen ajuste a la normalidad estadística, se ha optado por emplear la metodología clásica del Coeficiente de Pearson para calcular estas correlaciones. Cabe recordar brevemente que en este tipo de coeficientes se debe de interpretar tanto la intensidad/magnitud como el sentido de la relación, siendo:

- la *intensidad* el valor absoluto [0-1] del coeficiente, donde a partir de .20 (en general) ya se puede hablar de asociaciones de magnitud moderada;

- el *sentido* el que determina la forma en que se asocian las variables y que viene indicado por el signo: (a) coeficientes positivos indican asociaciones directas, donde los valores se emparejan: bajo/bajo, alto/alto; y (b) coeficientes negativos que indican asociaciones inversas donde se asocian las puntuaciones: bajo/alto y alto/bajo.

Los resultados se exponen en matrices de correlación, donde cada casilla contiene el coeficiente de correlación de la variable de columna con la variable de fila. Se han marcado en negrita las correlaciones estadísticamente significativas ( $p < .05$  unilateral bajo la expectativa de la existencia de correlación). Se han indicados en tonos grises aquellas correlaciones que además de no ser significativas son valores próximos a 0 (inexistencia de correlación entre las variables).

La matriz de correlaciones de la Tabla 12, contiene los coeficientes de las variables del EPT-C con las de la evaluación del Apego Adulto (Objetivo 1) y con las de FFMQ (Objetivo 2):

**Tabla 12.** *Coeficientes de Correlación de Pearson entre las Variables del EPT-C y las Variables de Apego Adulto y del FFMQ*

<i>Variables</i>	<i>EPT-C Instruccional</i>	<i>EPT-C Expresiva</i>	<i>EPT-C Involucración</i>	<i>EPT-C Atencional</i>	<i>EPT-C Operativa</i>
<i>AA - Factor 1 (Baja autoestima ...)</i>	<b>-.24 (¥)</b>	.05 (ns)	.15 (ns)	<b>-.22 (¥)</b>	-.04 (ns)
<i>AA - Factor 2 (Resolución hostil ...)</i>	.01 (ns)	<b>.20 (¥)</b>	.07 (ns)	<b>-.32 (*)</b>	.06 (ns)
<i>AA - Factor 3 (Expresión de sentimientos ...)</i>	.02 (ns)	-.13 (ns)	<b>.32 (*)</b>	<b>.33 (*)</b>	<b>.24 (¥)</b>
<i>AA - Factor 4 (Autosuficiencia emocional ...)</i>	.04 (ns)	<b>.29 (*)</b>	-.04 (ns)	<b>-.23 (¥)</b>	-.09 (ns)
<i>FFMQ - Observar</i>	<b>.35 (**)</b>	.11 (ns)	.12 (ns)	.02 (ns)	.15 (ns)
<i>FFMQ - Describir</i>	<b>.52 (**)</b>	<b>-.19 (¥)</b>	<b>-.21 (¥)</b>	.17 (ns)	<b>.26 (*)</b>
<i>FFMQ - Actuar con consciencia</i>	<b>.52 (**)</b>	.18 (ns)	-.10 (ns)	-.14 (ns)	.12 (ns)

<b>FFMQ - No enjuiciamiento</b>	<b>.34 (**)</b>	.17 (ns)	-.17 (ns)	-.17 (ns)	.13 (ns)
<b>FFMQ - No reactividad</b>	.00 (ns)	<b>.25 (*)</b>	.05 (ns)	-.18 (ns)	.08 (ns)
(ns) = NO significativo P>.10 Altamente significativo P<.01	(¥) = Casi significativo P<.10	(*) = Significativo P<.05	(**) =		

Según esta tabla, se han obtenido las siguientes correlaciones que son significativas ( $p < .05$ ), tendentes a la significación estadística ( $.05 < p < .10$ ) o con una magnitud al menos moderada ( $> \pm .20$ ):

(1) **EPT-C Instruccional**: con el Factor 1 de Apego Adulto, una relación inversa de grado moderado ( $-.24$ ;  $p = .054$ ) que está muy cerca de la significación; con FFMQ Describir y FFMQ Actuar con consciencia, ambas con asociación directa y de elevada intensidad ( $.52$ ;  $p < .001$ ); con FFMQ Observar, relación directa de intensidad moderada-alta ( $.35$ ;  $p = .009$ ); con FFMQ No enjuiciamiento, relación directa de grado moderado-alto ( $.34$ ;  $p = .009$ ).

(2) **EPT-C Expresiva**: con el Factor 4 de Apego Adulto, relación directa y moderada ( $.29$ ;  $p = .025$ ); con el Factor 2 de Apego Adulto, una relación casi significativa, directa y moderada ( $.20$ ;  $p = .086$ ); con FFMQ No reactividad, relación directa y moderada ( $.25$ ;  $p = .042$ ) y una tendencia hacia la significación con FFMQ Describir, siendo la relación inversa y de grado moderado-leve ( $-.19$ ;  $p = .098$ ).

(3) **EPT-C Involucración**: con el Factor 3 del Apego Adulto, relación directa moderada-alta ( $.32$ ;  $p = .013$ ) y con FFMQ Describir, relación inversa moderada ( $-.21$ ;  $p = .080$ ) que se queda cerca de la significación estadística.

(4) **EPT-C Atencional**: con el Factor 3 de Apego Adulto, relación directa moderada ( $.33$ ;  $p = .011$ ); con el Factor 2 de Apego Adulto, relación inversa y moderada ( $-.32$ ;  $p = .013$ ); y con los Factores 4 y 1 de Apego Adulto presenta relaciones inversas moderadas casi significativas (con F4:  $r = -.23$ ;  $p = .067$ ; y con F1:  $r = -.22$ ;  $p = .067$ ).

(5) **EPT-C Operativa**: una asociación al borde de la significación con el Factor 3 de Apego Adulto, directa y moderada ( $.24$ ;  $p = .055$ ) y con FFMQ Describir, relación directa moderada ( $.26$ ;  $p = .040$ ).

En resumen, se puede decir que: (a) EPT-C Instruccional está relacionado sólidamente con cuatro de los factores de FFMQ (la excepción es la No reactividad); (b) EPT-C Atencional lo está con todos los factores del Apego Adulto; y, por último, las otras tres dimensiones de EPT-C tienen menores relaciones y pueden establecerse tanto con Apego Adulto como con FFMQ.

La matriz de correlaciones de la Tabla 13, contiene los coeficientes de correlación de Apego Adulto con las variables de FFMQ (objetivo 3):

**Tabla 13.** Coeficientes de Correlación de Pearson entre las Variables del Apego Adulto y las del FFMQ

<i>Variables</i>	<i>FFMQ Observar</i>	<i>FFMQ Describir</i>	<i>FFMQ Actuar con consciencia</i>	<i>FFMQ No enjuiciamiento</i>	<i>FFMQ No reactividad</i>
<i>AA - Factor 1 (Baja autoestima ...)</i>	<i>-.26 (*)</i>	<i>-.29 (*)</i>	<i>-.58 (**)</i>	<i>-.55 (**)</i>	<i>-.29 (*)</i>
<i>AA - Factor 2 (Resolución hostil ...)</i>	<i>-.18 (ns)</i>	<i>-.17 (ns)</i>	<i>-.35 (**)</i>	<i>-.30 (*)</i>	<i>-.12 (ns)</i>
<i>AA - Factor 3 (Expresión de sentimientos ...)</i>	<i>.35 (**)</i>	<i>.33 (**)</i>	<i>.23 (¥)</i>	<i>.01 (ns)</i>	<i>.25 (*)</i>
<i>AA - Factor 4 (Autosuficiencia emocional ...)</i>	<i>-.05 (ns)</i>	<i>-.12 (ns)</i>	<i>-.29 (*)</i>	<i>-.30 (*)</i>	<i>-.23 (¥)</i>

(ns) = NO significativo  $P > .10$   
Altamente significativo  $P < .01$       (¥) = Casi significativo  $P < .10$       (\*) = Significativo  $P < .05$       (\*\*) =

En función de estos resultados se han obtenido las siguientes correlaciones significativas ( $p < .05$ ) o tendentes a la significación estadística ( $.05 < p < .10$ ) y con una magnitud al menos moderada ( $> \pm .20$ ):

(1) FFMQ Observar: con el Factor 3 de Apego Adulto, una relación directa y moderada-alta (.35;  $p = .008$ ); y con el Factor 1, una relación inversa moderada (-.26;  $p = .038$ ).

(2) FFMQ Describir: con el Factor 3 de Apego Adulto, relación directa y moderada-alta (.33;  $p = .011$ ); y con el Factor 1, relación inversa y moderada (-.29;  $p = .023$ ).

(3) FFMQ Actuar con consciencia relaciona con todas las escalas de Apego Adulto: con el Factor 1 en grado elevado e inverso (-.58;  $p < .001$ ); con el Factor 2 en grado moderado-alto e inverso (-.35;  $p = .008$ ); con el Factor 4, en grado moderado y también inverso (-.29;  $p = .024$ ); queda muy cerca de la significación estadística con el Factor 3, en intensidad moderada, pero con relación directa (.23;  $p = .061$ ).

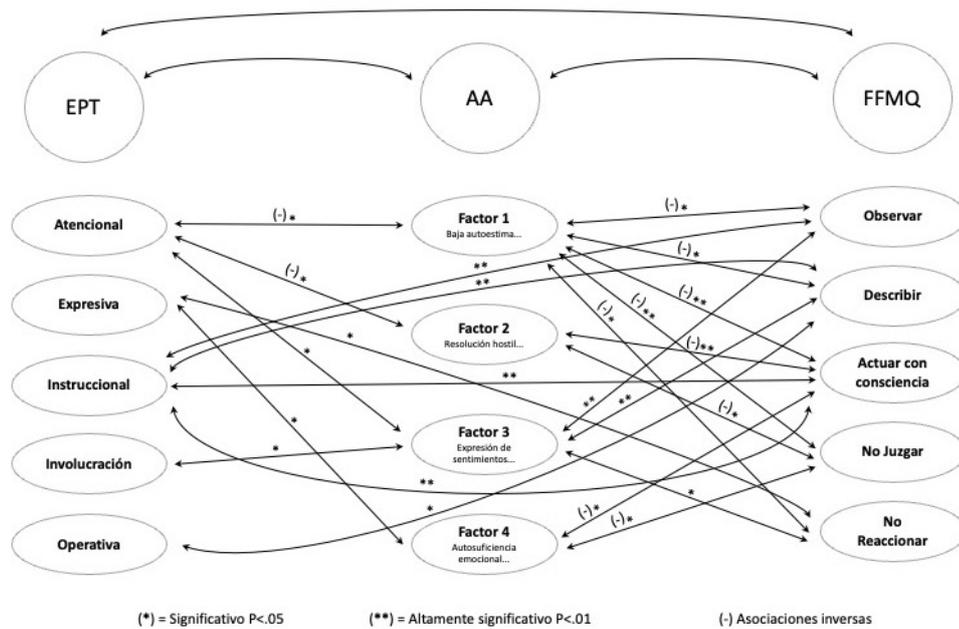
(4) FFMQ No enjuiciamiento: con el Factor 1 mantiene una relación elevada e inversa (-.55;  $p < .001$ ); y con los Factores 2 y 4 sendas relaciones moderadas e inversas (-.30;  $p = .022$ ).

(5) FFMQ No reactividad: correlaciona inversa y moderadamente con el Factor 1 (-.29;  $p = .023$ ); con el Factor 3 en grado moderado y asociación directa (.25;  $p = .047$ ); con el Factor 4 queda cerca de la significación estadística relacionándose moderada e inversamente (-.23;  $p = .063$ ).

En resumen: (a) el factor 1 de Apego Adulto se asocia inversamente con todas las dimensiones de FFMQ; (b) el Factor 2 también tiende a presentar asociaciones inversas, pero solo dos de ellas son significativas; (c) el Factor 3 tiene asociaciones directas y significativas con cuatro de las dimensiones del FFMQ; y (d) el Factor 4, similar al 2, tiende a tener relaciones inversas con todas las dimensiones FFMQ, pero son significativas tres de ellas.

La Figura 1, muestra las correlaciones significativas y altamente significativas entre las variables del EPT-C con Apego Adulto (Objetivo 1), EPT-C con FFMQ (Objetivo 2) y Apego Adulto y FFMQ (Objetivo 3):

**Figura 1.** Correlaciones Significativas y Altamente Significativas entre las Variables Estudiadas



Para terminar con este análisis de la asociación bivariada, se ha procedido a correlacionar las variables socio-descriptivas de los participantes de la muestra: Años de Experiencia como Psicoterapeuta y Tiempo Semanal dedicado a la Práctica Deliberada, con todas las variables dimensionales de los tres instrumentos. Con el resto de las variables socio-descriptivas no se ha considerado hacer estudio asociativo puesto que son variables en las que existen categorías con un número de casos demasiado bajo (en caso de ser de interés, habría que ampliar la muestra).

Puesto que las variables Años de Experiencia como Psicoterapeuta y Tiempo Semanal de Práctica Deliberada se recogieron en formato de categorías ordenadas, en lugar del método de Pearson, se ha empleado el de Spearman (basado en la asignación de rangos) para obtener los coeficientes, que se interpretan exactamente igual que los anteriores en intensidad y sentido. Los resultados se resumen en la Tabla 14.

**Tabla 14.** Coeficientes de Correlación de Spearman de las Variables Años de Experiencia y Tiempo de Práctica Deliberada con las Variables del EPT-C, las Variables del Apego Adulto y las del FFMQ

<i>Variables</i>	<i>Años de Experiencia como Psicoterapeuta</i>	<i>Tiempo Semanal de Práctica Deliberada</i>
<i>EPT-C - Instruccional</i>	-.09 (ns)	.01 (ns)
<i>EPT-C - Expresiva</i>	-.08 (ns)	<b>.23 (¥)</b>
<i>EPT-C - Involucración</i>	<b>-.33 (*)</b>	-.03 (ns)
<i>EPT-C - Atencional</i>	-.15 (ns)	-.04 (ns)
<i>EPT-C - Operativa</i>	<b>-.22 (¥)</b>	.02 (ns)
<i>AA - Factor 1 (Baja autoestima ...)</i>	-.09 (ns)	-.06 (ns)
<i>AA - Factor 2 (Resolución hostil ...)</i>	<b>-.21 (¥)</b>	-.15 (ns)
<i>AA - Factor 3 (Expresión de sentimientos ...)</i>	<b>-.31 (*)</b>	-.14 (ns)
<i>AA - Factor 4 (Autosuficiencia emocional ...)</i>	-.12 (ns)	-.15 (ns)
<i>FFMQ - Observar</i>	.12 (ns)	.14 (ns)
<i>FFMQ - Describir</i>	-.15 (ns)	-.02 (ns)
<i>FFMQ - Actuar con consciencia</i>	-.01 (ns)	<b>.27 (*)</b>
<i>FFMQ - No enjuiciamiento</i>	.07 (ns)	<b>.34 (**)</b>
<i>FFMQ - No reactividad</i>	<b>.25 (*)</b>	<b>.37 (**)</b>
(ns) = NO significativo P>.10 Altamente significativo P<.01		
(¥) = Casi significativo P<.10		
(*) = Significativo P<.05		
(**) =		

Se ha observado que:

(1) El tiempo de Experiencia del Psicoterapeuta, está relacionado con: (a) EPT-C Involucración, en asociación inversa y moderada-alta (-.33:  $p=.014$ ) y casi asociado con EPT-C Operativa, también inversamente, pero en grado solo moderado (-.22;  $p=.078$ ); (b) con el Factor 3 del Apego Adulto, en asociación inversa y moderada-alta (-.31;  $p=.018$ ) y casi con el Factor 2, de nuevo en asociación inversa, pero sólo moderadamente (-.21:  $p=.071$ ); y (c) con FFMQ No reactividad, en grado moderado y directo (.25;  $p=.049$ )

(2) En cuanto al tiempo semanal dedicado a la Práctica Deliberada: (a) está muy cerca de correlacionar con EPT- Expresiva en asociación directa y moderada (.23;  $p=.061$ ); (b) con FFMQ No reactividad, directa y moderada-alta (.37;  $p=.005$ ), con FFMQ No enjuiciamiento, igualmente directa y moderada-alta (.34;  $p=.009$ ); y con FFMQ Actuar con consciencia, en grado moderado y sentido directo (.27;  $p=.033$ ).

## DISCUSIÓN

En primer lugar, ahondando en el análisis socio-descriptivo, y siempre habida cuenta del número limitado (N=47) de la muestra, resalta la diferencia de participación entre hombres (19.1%) y mujeres (80.9%), una distribución poco homogénea muy próxima a los datos generales que indican que el 82,1% de los profesionales colegiados en España son mujeres frente a un 17,9% de hombres (Instituto Nacional de Estadística, 2022). También destaca la mayoritaria elección en la forma de trabajo que combina la presencialidad con la terapia online (70,2%) frente a la terapia meramente presencial más clásica (29,8%), apuntando a la rápida incorporación de las nuevas tecnologías en la práctica terapéutica y la flexibilidad requerida en este aspecto a los profesionales. Otro dato llamativo es la enorme diferencia entre las orientaciones teórico-técnicas donde la integración es la norma (93,6%) con mucha distancia sobre las terapias humanistas (4,3%) y psicodinámicas (2,1%), algo que conecta con el panorama general de los clínicos en España, donde el ejercicio profesional exige el dominio de múltiples esferas de actuación y los pacientes, a menudo, implican la totalidad del rango de gravedad posible (Prado-Abril et al., 2019), esto hace que los psicoterapeutas se inclinen por ser creativos, prácticos y flexibles en su adscripción a un modelo determinado que pueda limitar su generalización a todos los ámbitos clínicos (Norcross y Goldfried, 20005). Además, como se ha visto en el Marco Teórico, la fidelidad exclusiva a una escuela conceptual no supone una garantía de éxito (Gimeno-Peón et al., 2018a).

También dentro del ámbito descriptivo los resultados han permitido obtener información importante sobre la muestra utilizada de terapeutas especializados y con experiencia en TEPT complejo. En un primer acercamiento se observa que, como grupo y dentro de las dimensiones recogidas en el Cuestionario del Estilo Personal del Terapeuta, han dado puntuaciones más elevadas a las variables *Expresiva* y *Operativa*, lo que indica que, en primer lugar, consideran el estilo emocional como básico para el buen hacer terapéutico, pudiendo incluir aspectos como dar prioridad al desarrollo emocional o incluso el uso de autorrevelaciones como recurso en consulta. En este sentido, su auto-reporte estaría en consonancia con lo afirmado por la investigación de Castonguay y Hill (2017), donde se destaca la sensibilidad del terapeuta como uno de los rasgos que pueden garantizar el éxito de los clínicos más eficaces y también corroboraría lo afirmado en la investigación de Roten et al. (2002) que demuestra la utilidad e importancia de los mecanismos de regulación emocional en aras a la formación y fortalecimiento de la alianza terapéutica.

En lo referente a la importancia que dan a la variable *Operativa*, la puntuación elevada tiene que ver con la puesta en práctica de una cuidadosa planificación, un alto grado de trabajo estructurado en las sesiones, la capacidad de influencia del terapeuta (Castañeiras et al., 2008) y la alta directividad que pone en marcha (McNair y Lorr, 1964; Beutler y Harwood, 2000). En un principio la consideración dada a la variable *Operativa* no se corresponde, por ejemplo, con el estudio sobre la Selección Sistemática de Tratamiento (S.T.S.) coordinado por Larry Beutler (Malik et al., 2002) que afirmaba que los pacientes que presentaban una mayor resistencia (uno de los rasgos atribuidos al TEPT

Complejo) respondían mejor cuando interactuaban con terapeutas con mayor espontaneidad operativa. Sin embargo, y siempre a tenor de los resultados, se puede observar que los terapeutas analizados, han dado la menor puntuación media a la variable *Instruccional*, que tiene un papel moderador sobre las otras funciones del Estilo Personal (Corbella, 2009), puntuaciones menores hablan de un terapeuta con mayor flexibilidad a quien le resulta sencillo adaptar su estilo a las necesidades de sus pacientes. Así pues, puede concluirse que este grupo de terapeutas tiende a considerar que en su trabajo con pacientes con Trauma Complejo es fundamental una intervención estructurada y directiva, pero, sin embargo, se muestran flexibles y dispuestos a adaptar la forma de trabajo a sus clientes, al mismo tiempo que valoran altamente el conocimiento, intercambio, desarrollo y expresión emocional durante su desempeño.

Al comparar esta investigación con otras similares se pueden observar ciertas cercanías y discrepancias. Por ejemplo, en el estudio de Rial et al. (2006) se estudia el Estilo Personal de Terapeutas que trabajan con pacientes severamente perturbados, estos pacientes coinciden con los aquejados de TEPT Complejo en la dificultad para mantener el tratamiento y establecer la alianza, también en el hecho de que la organización personal está muy comprometida en cuanto a su funcionamiento mental y las dificultades en la adaptación a sus relaciones y contextos sociales. Sin embargo, Rial et al. (2006) incluyen entre las grandes perturbaciones las psicosis, que pueden requerir habilidades terapéuticas diferenciadas del TEPT complejo. En cualquier caso, concluyen que los terapeutas de pacientes severamente perturbados se consideran más distantes en la comunicación emocional con sus pacientes (función Expresiva del EPT), más pautados operativamente (función Operativa del EPT) y menos involucrados (función de Involucración del EPT) que los que asisten a pacientes que pueden considerarse no severos (Rial et al., 2006). Teniendo en cuenta la diferencia entre la población clínica de pacientes considerados severos en el citado estudio y la población aquí considerada como pacientes con TEPT Complejo, existe una clara diferencia en cuanto a la importancia que los terapeutas dan a la función *Expresiva* que, en el caso de los terapeutas especializados en TEPT Complejo resulta trascendente, así como que no se desestima tampoco la función de *Involucración* (tercer lugar entre las puntuaciones con respecto a las 5 dimensiones del EPT). Coinciden, sin embargo, en la importancia dada a la función *Operativa*.

Otros estudios que consideran la complejidad de las intervenciones con pacientes difíciles y buscan la idoneidad, a priori, entre el desempeño y el Estilo Personal consideran como las variables más productivas la estructuración de las sesiones (dimensión *Operativa* del EPT) y la expresión emocional (dimensión *Expresiva* del EPT) (Chadwick et al., 1996), dos factores que, en el presente estudio, han sido muy valorados por la muestra. Igualmente, Kohut (1984) ya planteaba la importancia de tener una actitud más tranquila, menos preocupada y ponerse emocionalmente a disposición de los pacientes, con actitudes menos reservistas y previsoras. También Vallis (1998) y Perris (1998) hacían énfasis en que el terapeuta se muestre más flexible (función *Instruccional* del EPT) con pacientes severamente perturbados tanto en su marco teórico de referencia como en sus intervenciones.

En cuanto a los resultados obtenidos en el grupo con respecto a las categorías de Apego Adulto las correcciones han permitido dilucidar que, mayoritariamente presentan un nivel de Apego Adulto Seguro. Este tipo de Apego se caracteriza por desarrollar un modelo mental positivo de sí mismo y de los demás (Bartholomew y Horowitz, 1991), autoestima elevada, falta de problemas relacionales serios, confianza en sí mismo y en los otros, un anhelo por tener intimidad percibiéndose con comodidad en ella (Feeney et al., 1994) y capacidad para mantenerse en equilibrio entre las necesidades afectivas y de autonomía personal (Mayseless, 1996). En el Marco Teórico se ha aludido a la importancia de que los psicoterapeutas tengan este nivel de Apego Seguro cuando trabajan con personas con TEPT complejo, en aras a establecer un vínculo donde el paciente pueda sentirse visto, comprendido y, a diferencia de lo sufrido en la infancia, con una relación estable y saludable que se alimente de manera activa, fundamental para el éxito de las intervenciones (Perrys y McGorry, 1998; de Roten et al., 2002). De la misma manera estudios como los De Schauenburg et al. (2010) ya avanzaban que los terapeutas con Apego Adulto Seguro son capaces de obtener mejores resultados con pacientes de mayor gravedad. Se trata, por lo tanto, de que tener este tipo de Apego habilita para reconocer la influencia de las relaciones pasadas de los terapeutas, cómo las han procesado según el devenir de las sesiones, la calidad percibida en la relación terapéutica (Henry et al., 1990), tener menores problemas en el desarrollo de las sesiones y que los terapeutas tengan mayor probabilidad de desafiar los modelos internos de relación de sus clientes mediante narrativas consistentes y colaborativas (Skourteli y Lennie, 2011), esto último implicaría también que los terapeutas con Apego Seguro son más capaces de manejar su contratransferencia, una faceta que se ha recogido como definitoria de los terapeutas más exitosos (Castonguay y Hill, 2017; Eames y Roth, 2000). En definitiva, los resultados indican que esta muestra de terapeutas ha adquirido durante la infancia un Apego Seguro y/o lo han desarrollado con su trabajo personal, algo que, precisamente, tratarán de buscar y potenciar en sus clientes.

En un estudio elaborado por Corbella et al. (2009) en el que se midió la evolución del Estilo Personal del Terapeuta durante un entrenamiento de 18 meses, se observó que los terapeutas que manifestaban un estilo de *Apego Inseguro* mostraban niveles elevados de rigidez en la función Instruccional en comparación con los que tenían *Apego Seguro*. Como se ha explicado, en la muestra presente, la función Instruccional ha sido la menos puntuada por los terapeutas, lo que nos habla de un estilo flexible y adaptable a las necesidades del paciente muy en consonancia con el *Apego Seguro*.

Por último, los resultados en el Cuestionario FFMQ y sus valores elevados dan cuenta de la importancia que en la muestra se da a todas las facetas, pero, sobre todo: la variable *Describir*, que puede ser muy útil para pacientes con TEPT complejo, ya que puede favorecer la puesta en palabras de la experiencia interior por parte del terapeuta y motivarla en el paciente con el fin, por ejemplo, tal y como ha desarrollado van der Kolk (2002), de revertir la amnesia disociativa y la incapacidad verbal para reformular el suceso; la variable *No Enjuiciamiento*, que favorece la no reacción ante los impulsos internos, regularse emocionalmente y responder de forma adecuada en función de intereses

y competencias, aspectos también muy útiles para ser comunicados directa o indirectamente y que estos pacientes los interioricen.

En conclusión, las puntuaciones elevadas en FFMQ advierten sobre el nivel elevado de Atención Plena con que estos terapeutas se perciben y que en el Marco Teórico se ha considerado importante para aumentar la empatía con el paciente (Barbosa et al., 2013), mantenerle en presente y que revierta disociación, además de la garantía que supone para la salud del profesional no identificarse con la emocionalidad negativa (Cebolla et al., 2004), el mayor cuidado personal y una mayor implicación con los pacientes sin que les generen estrés (Sansó et al., 2015).

En lo concerniente a la consecución de objetivos e hipótesis en esta investigación se ha verificado y comprobado que:

– En cuanto al objetivo general el análisis de los resultados entre el Estilo Personal del Terapeuta, el Apego Adulto y la Atención Plena indica que existe relación entre los tres constructos.

– En lo referente al primer objetivo sobre identificar la relación entre el Estilo Personal del Terapeuta y el Apego Adulto los resultados permiten aceptar la Hipótesis 1: "*Existe relación entre el Estilo Personal del Terapeuta y el Apego Adulto*". Atendiendo únicamente a los valores de significación y alta significación entre variables (si bien existen otras asociaciones de magnitud moderada) se constata que:

1. La variable de *Involucración* del Estilo Personal se asocia directamente con el *Factor 3* de Apego Adulto, de forma que a mayor nivel de compromiso terapéutico existe una mayor expresión de sentimientos y comodidad con las relaciones y viceversa.

2. Existe relación inversa entre la función *Atencional* del Estilo Personal con el *Factor 2* de Apego, de manera que a mayor atención focalizada existe una mayor capacidad para resolver los conflictos sin hostilidad. Igualmente, la función *Atencional* se asocia de manera directa con el *Factor 3* de Apego apuntando a que, cuanto más focalizada está la atención en el desempeño existe una mayor sociabilidad y fluidez para expresar sentimientos, confianza a la hora de contar problemas y estrategias bilaterales de resolución de conflictos.

3. Se ha hallado una relación directa entre la función *Expresiva* del Estilo Personal y el *Factor 4* de Apego Adulto (autosuficiencia emocional e incomodidad con la intimidad), lo que implica una relación interesante y, en apariencia, contradictoria, pues en una lectura sin matices implicaría que a mayor puntuación en cercanía emocional con el paciente el terapeuta manifiesta también autosuficiencia emocional, es decir, una elevada necesidad de individualismo, evitar el compromiso y priorizar la autonomía frente al establecimiento de lazos afectivos. Pero en el estudio de elaboración y baremación del Cuestionario de Apego Adulto, las autoras Remedios Melero y María José Cantero (2008) advierten, en las conclusiones, de la tendencia observada a que, durante la realización del test, sujetos con Apego Seguro confundan la individualidad con la autosuficiencia emocional, puesto que sus características de autonomía pueden llevarles a puntuar alto en autosuficiencia sin darse cuenta

de que, con ello, puntúan también de forma elevada en molestias con la intimidad, un excesivo autocontrol emocional, una visión extremadamente objetiva/racional y una elevada capacidad para, a través de la argumentación, manejar a las personas de su entorno, todas características de sujetos con Apego Adulto Huidizo Alejado. Esta salvedad, expresada en la baremación del Cuestionario parece pertinente aquí, dado que la muestra, de media y por tanto mayoritariamente, entra dentro de la categoría de Apego Adulto Seguro. Es plausible que la relación directa en ambas dimensiones indique realmente que la mayor proximidad emocional que el terapeuta manifiesta como un rasgo de su estilo de desempeño se corresponda con una mayor autonomía e individualidad en función de su estilo de Apego Adulto Seguro, es decir que, tal y como indicaba Mayseless (1996), podría responder a un rasgo que tienen las personas con Apego Seguro: encontrar equilibrio entre las necesidades afectivas y de autonomía personal. De igual manera podría interpretarse que la importancia dada a la manifestación de las emociones, su desarrollo y conocimiento en terapia implicaría, por parte del terapeuta, no tanto una identificación o fusión con el paciente sino un aumento de su individualidad y diferenciación. Estudios como los de Niedenthal et al. (2002) ya demostraron que la importancia de los aspectos emocionales, su expresión y regulación estaba mediada directa e indirectamente por el tipo de apego, de tal forma que las personas con Apego Adulto Seguro pondrían en juego su mundo emocional sin por ello perder autonomía, sino más bien ganándola.

Los datos obtenidos en este apartado contrastan con otras investigaciones similares, por ejemplo, en el trabajo de Genise (2015) titulado "Relación entre el estilo personal del terapeuta, estilo de apego y factores de personalidad del terapeuta" se estudió la relación entre el Estilo de Apego medido con la Escala Argentina de Apego (Carreras et al., 2008) y la versión del Estilo Personal del Terapeuta de Fernández Álvarez y García (1998) con 36 ítems. El análisis de correlaciones no mostró asociaciones significativas entre las diferentes subescalas de Apego y de Estilo Personal del Terapeuta. Además de que los instrumentos utilizados eran distintos, otra diferencia significativa es que en el estudio de Genise (2015) la muestra era mayor (120 psicoterapeutas), pero presentaban una edad promedio inferior (36,28 años; DE = 9,65) y los años de experiencia promedio también eran inferiores (7.90 años; DE = 8,04), amén de que los terapeutas no habían sido seleccionados en función de un área de especialización concreta, sino que respondían de forma generalista. Es posible que las características de la presente muestra requieran de una preparación a nivel personal y profesional más específica que requiera una mayor relevancia de los niveles de Apego Adulto Seguro en relación con el Estilo Personal. En cualquier caso, aun cuando existen algunos trabajos que demuestran lo contrario (Ligiéro y Gelso, 2002) son numerosas las investigaciones que apuntan hacia los resultados obtenidos aquí, por ejemplo, la ya clásica de Leiper y Casares (2000), que afirmaba que la organización del apego del terapeuta podía influir significativamente en su desempeño.

– En cuanto al segundo objetivo dedicado a reconocer la relación entre el Estilo Personal del Terapeuta y la Atención Plena los resultados permiten aceptar la hipótesis 2: "*existe relación entre el Estilo Personal del Terapeuta y la Atención Plena*". Igualmente atendiendo a los valores de

significación y alta significación y sin entrar a valorar otras asociaciones de magnitud moderada se observan:

1. Relaciones directas entre el Estilo Personal *Instruccional* (rigidez/flexibilidad del terapeuta) y las variables de Atención Plena: Observar, Describir, Actuar con consciencia y *No Enjuiciamiento*, lo que sugiere que a mayor rigidez del terapeuta durante sus intervenciones se produce también un aumento de las 4 cualidades de Mindfulness citadas.

2. Existe relación directa significativa entre la faceta *Expresiva* del Estilo Personal y la variable de *No Reactividad* de Mindfulness, indicando que a mayor proximidad emocional del terapeuta existe una mayor capacidad para No Reaccionar con impulsividad ante las diferentes demandas.

3. Se produce una relación significativa entre la dimensión *Operativa* del Estilo Personal del terapeuta (terapeutas más o menos pautados) y la faceta *Descriptiva* de Mindfulness, lo que muestra la tendencia a que cuanto más pautado es el terapeuta mayor habilidad muestra para poner en palabras su experiencia interior.

– En referencia al tercer objetivo que pretende determinar la relación entre el Apego Adulto y la Atención Plena, el estudio de la muestra permite aceptar la tercera hipótesis 3: "*existe relación entre el Apego Adulto y la Atención Plena*". Atendiendo sólo a las correlaciones significativas y altamente significativas se puede hablar de que:

1. El *Factor 1* de Apego Adulto se relaciona de forma inversa con todos los factores de Atención Plena: *Actuar con Consciencia*, *No Enjuiciamiento*, *Observar*, *Describir* y *No Reactividad*. Estos resultados pueden dar a entender que, en la muestra manejada, a medida que los psicoterapeutas manifiestan alta autoestima y no tienen miedo al rechazo, ni dependencia, ni preocupación por las relaciones o problemas de inhibición conductual y emocional (características del Factor 1 de Apego Adulto) aumenta su capacidad para *Actuar con Consciencia* y *No Juzgar* (alta significancia) y también para *Observar*, *Describir* y *No Reaccionar*.

2. El *Factor 2* de Apego Adulto (resolución hostil de conflictos, rencor y posesividad) mantiene relación inversa con *Actuar con Consciencia* y con *No Enjuiciamiento*, sosteniendo que, a mayor capacidad para regular el enfado, menor tendencia al rencor, la hostilidad y la posesividad del terapeuta se da una mayor probabilidad de *Actuar con Consciencia* y de *No Juzgar*.

3. El *Factor 3* de Apego Adulto muestra significancia directa con las variables *Observar*, *Describir* y *No Reactividad* de Atención Plena. Los resultados sugieren que indicadores altos de sociabilidad, fluidez en la expresión de sentimientos, buenas estrategias de resolución de conflictos y confianza para expresar los problemas (características del *Factor 3* de Apego Adulto) tienen que ver con niveles elevados de facetas como *Observar*, *Describir* y *No Reaccionar* con impulsividad de Mindfulness.

4. El *Factor 4* de Apego Adulto (autosuficiencia emocional e incomodidad con la intimidad) muestra una relación inversa con *Actuar con consciencia* y *No Enjuiciamiento*. En este caso podrían aplicarse las mismas conclusiones que las efectuadas para la relación directa entre la función *Expresiva* del Estilo Personal y el *Factor 4* de Apego Adulto (autosuficiencia emocional e incomodidad con la intimidad) y cómo las autoras del cuestionario de Apego Adulto (Melero y Cantero, 2008)

valoraban la alta puntuación en autosuficiencia por parte de sujetos de Apego Adulto Seguro como una posible confusión con la autonomía lograda. De igual manera aquí se puede concluir que la mayor autonomía e individualidad inherentes al Apego Adulto Seguro (en equilibrio con sus necesidades afectivas) favorece el *Actuar con Consciencia* y el *No Enjuiciamiento*.

Conviene realizar un último comentario tras valorar los coeficientes de correlación de Apego Adulto y Atención Plena. Así como se ha visto que el *Factor 1* de Apego se relaciona con todas las variables de Atención Plena aportando información relevante sobre la importancia que puede tener una adecuada autoestima para potenciar todas las dimensiones de Mindfulness y viceversa, también puede observarse que la variable *Actuar con Consciencia* mantiene relación con todos los factores de apego (si bien con el *Factor 3* de forma casi significativa), lo que también permite concluir lo importante que resulta el desarrollo de la consciencia para el apego y viceversa.

En orden a completar adecuadamente la investigación, se han correlacionado las variables socio-descriptivas que tenían un número suficiente de casos (*Años de Experiencia como Psicoterapeuta*, *Tiempo Semanal de Práctica Deliberada*) con las variables recogidas de los tres instrumentos. Los resultados han permitido obtener asociaciones casi significativas, significativas y altamente significativas, aquí se tendrán en cuenta las 2 últimas:

– La variable *Años de Experiencia del Psicoterapeuta*, se asocia:

1. De forma inversa con la *Involucración* del Estilo Personal, apuntando a que a menor experiencia del terapeuta puede producirse una mayor involucración. Estos resultados constatan lo recogido en otros estudios donde se ha observado que los *Años de Experiencia* se relacionaban con una modulación parcial de algunas variables del Estilo Personal (Castañeiras et al., 2006; Fernández-Álvarez et al., 2017).

2. De forma inversa con el *Factor 3* de Apego Adulto (expresión de sentimientos y comodidad con las relaciones) pudiendo aludir a que a mayor experiencia puede efectuarse una menor necesidad de socializar, confiar los problemas a los demás, expresar los sentimientos o utilizar estrategias bilaterales para resolver conflictos.

3. De forma directa con la variable *No Reactividad* de Atención Plena, que puede interpretarse como que a mayor experiencia aumenta también la capacidad para no reaccionar ante la experiencia interior y permitir que fluyan pensamientos, emociones y sensaciones.

Las conclusiones 1 y 2 podrían entenderse como un mecanismo de defensa y protección de los terapeutas ante la exigencia del trabajo con pacientes complejos sostenida en el tiempo. No obstante, también podría interpretarse como que los terapeutas aprenden a establecer una mayor distancia emocional y una menor involucración como mecanismo compensatorio relacional cuando la experiencia con pacientes con TEPT Complejo les ha demostrado la idoneidad de conducirse así o bien han adquirido mayor capacidad de autorregulación frente a la heterorregulación. Para dilucidar este

aspecto se necesitaría profundizar en el estudio de estas variables de forma más pormenorizada y con una muestra mayor.

– En cuanto al *Tiempo Semanal implicado en Práctica Deliberada* no aparecen relaciones significativas con respecto a las variables del Estilo Personal (aunque si una relación casi significativa con la variable Expresiva) ni con las variables de Apego Adulto, pero si hay relación con las variables de Atención Plena: *Actuar con Consciencia*, *No Enjuiciamiento* y *No Reactividad*. Esto podría suponer que la Práctica Deliberada resulta muy útil para evitar el acting inconsciente, el juicio moral y la reactividad, tan importantes en el contexto terapéutico. Si bien la consideración que se hace en este estudio del constructo Práctica Deliberada debe tomarse con cautela, puesto que la interpretación y la medición de horas semanales depende mucho del juicio aproximado de los terapeutas y sería más adecuado utilizar una serie de instrumentos más precisos, los resultados siguen la línea de la consideración de otros estudios, como el de Chow et al. (2015), que afirman que la cantidad de tiempo dedicado en solitario a la práctica deliberada resulta ser un predictor significativo de los resultados positivos con los pacientes y, por tanto, de los terapeutas exitosos. Algo que permite alentar y recomendar la inversión de este tiempo a pesar del esfuerzo que implica tanto en aquellos terapeutas en formación como para los que ya tienen dilatada experiencia en aras a desarrollar su mejor versión profesional (Prado-Abril et al., 2019), pero también personal, puesto que hablamos de dimensiones útiles más allá del trabajo.

## Limitaciones

Si bien los resultados del presente estudio alientan con respecto a la importancia del desarrollo del Estilo Personal, el Apego Adulto y la Atención Plena para el buen hacer profesional y personal de los terapeutas hay que atender a su limitación fundamental que no es otra que el número reducido de la muestra (N=47) y también al uso de datos auto-informados de forma retrospectiva. Se ha tratado de compensar estas limitaciones con una participación de terapeutas que pudieran acreditar su experiencia y especialización en el área del TEPT Complejo; utilizando cuestionarios validados que dispongan de un número de ítems y escalas amplios para llevar a cabo un estudio en detalle sin llegar a incurrir en una fatiga excesiva de los investigados; también se ha tenido en cuenta hasta qué punto la fiabilidad alcanzada por la muestra en las dimensiones estudiadas se acerca a la obtenida en la validación de los cuestionarios.

Por otro lado, existen limitaciones en cuanto a la viabilidad de la capacidad heurística del constructo Estilo Personal del Terapeuta, puesto que se ha conceptualizado según su estabilidad en el tiempo, pero eso no significa que sea necesariamente constante y, por ejemplo, sufrir cambios por entrenamiento, condiciones de trabajo, elementos evolutivos o circunstancias personales del contexto del terapeuta (Fernández-Álvarez et al., 2003). Así mismo convendría investigar su consistencia en cuanto a su estabilidad con diferentes tipos de pacientes, pues, aunque los terapeutas no tienen, necesariamente, que comportarse de igual manera con todas las personas, si puede inferirse que

tendrían que mostrar un cierto patrón de variabilidad dentro de unos límites y que este patrón podría tener estabilidad temporal.

## Prospectiva

En función de lo concluido en este estudio puede afirmarse que el campo de investigación que abarca el estudio del Estilo Personal del Terapeuta, el tipo de Apego Adulto y el nivel de Atención Plena, puede resultar valioso como referencia tanto para el adecuado desarrollo de la vida laboral como para la formación de profesionales. Aunque el interés por estos estudios es relativamente reciente y todavía se necesita mucha investigación al respecto ya puede atisbarse que los resultados son prometedores y es de prever que, conforme se vayan implementando, se obtendrá mayor éxito.

Habida cuenta de que en la presente investigación se han observado modificaciones en el Estilo Personal del Terapeuta en función de los Años de Experiencia y de la *Práctica Deliberada Semanal*, indicando que la experiencia y la formación pueden modificar a los terapeutas así como las experiencias vitales pueden moldear la personalidad (Mischel, 2004), podría ser útil investigar la incidencia del trabajo en la salud mental y en la calidad de vida de terapeutas que trabajan con pacientes con TEPT Complejo en aras a descubrir hasta qué punto el desapego creciente en función de la experiencia responde a un mecanismo de defensa o resulta adaptativo y adecuado. Un estudio de este tipo podría orientar sobre la actitud más conveniente desde los primeros años de práctica profesional. Igualmente, los resultados significativos de la Práctica Deliberada con funciones básicas de Atención Plena y la relación casi significativa con la función *Expresiva* del Estilo Personal puede alentar a que los terapeutas mantengan o incrementen su actitud formativa. Es decir, viendo los posibles y probables beneficios de la *Práctica Deliberada* se contempla un interesante campo de estudio desarrollar qué factores influyen más positivamente en la auto-preparación y cómo debe ser esta para mejorar el desempeño terapéutico.

Finalmente, la normalización del estudio de las personas de los terapeutas en el ámbito profesional y social puede favorecer una filosofía de investigación que acorte la distancia entre la práctica y la teoría o entre clínicos y científicos, para ello habría que generalizar este tipo de investigaciones, salir del mero ámbito de los análisis de los pacientes y promover un modelo clínico científico-práctico, una orientación que lleva tiempo anhelándose (Castonguay y Muran, 2015; Fernández-Álvarez et al., 2015). Estudios como el aquí realizado invitan a trabajar en esta línea.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alfonsson, S., Parling, T., Spännargård, Å., Andersson, G. y Lundgren, T. (2018). The effects of clinical supervision on supervisees and patients in cognitive behavioral therapy: A systematic review. *Cognitive Behaviour Therapy*, 47, 206-228.
- American Psychological Association [APA] (2013). Recognition of psychotherapy effectiveness. *Psychotherapy*, 50, 102-109.
- American Psychiatric Association (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*, 5ª Ed. Editorial Médica Panamericana.
- Anderson, T., McClintock, A. S., Himawan, L., Song, X. y Patterson, C. L. (2016). A prospective study of therapist facilitative interpersonal skills as a predictor of treatment outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 84, 57-66.
- Aznárez, B. (2019). *Manual de psicoterapia breve con niños y adolescentes*. [www.triunfacontulibro.com](http://www.triunfacontulibro.com).
- Aznárez, B. (2022). Fibromialgia, trauma y EMDR: un protocolo exitoso y una experiencia maravillosa. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, 12(2). [https://www.psicociencias.org/pdf\\_noticias/Fibromialgia\\_trauma\\_y\\_EMDR.pdf](https://www.psicociencias.org/pdf_noticias/Fibromialgia_trauma_y_EMDR.pdf)
- Baer, R., Smith, G.T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., Toney, L. (2006). Using Self-Report Assessment to Explore Facets of Mindfulness. *Assessment*, 13, 27- 45.
- Baer, R., Smith, G., Lykins, E., Button, D., Krietemeyer, J., Sauer, S., Walsh, E., Duggan, D. y Williams, J. (2008). Construct validity of the Five Facet Mindfulness Questionnaire in meditating and nonmeditating samples. *Assessment*, 15, 329-342.
- Baer, R. A. (2011). Measuring mindfulness. *Contemporary Buddhism*, 12(1), 241–261. <http://doi.org/10.1080/14639947.2011.564842>
- Baldwin, S. A. y Imel, Z. E. (2013). Therapist effects: Findings and methods. En M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6th Ed., 258–297). Wiley.
- Barkham, M., Lutz, W., Lambert, M. J. y Saxon, D. (2017). Therapist effects, effective therapists, and the law of variability. En L. G. Castonguay y C. E. Hill (Eds.), *How and why are some therapists better than others?* (13-36). American Psychological Association.
- Baron, R. M. y Kenny, D. A. (1986). The Moderator-Mediator Variable Distinction in Social Psychological Research: Conceptual, Strategies and Statistical Considerations. *Journal of personality and social Psychology*, 51(6), 1173-1182.
- Bartholomew, K. y Horowitz, L. (1991). Attachment Styles Among Young Adults: a Test of a Four Category Model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 226-244.
- Bergomi, C., Tschacher, W. y Kupper, Z. (2012). The Assessment of Mindfulness with Self-Report Measures: Existing Scales and Open Issues. *Mindfulness*, 4(3), 191–202. <http://doi.org/10.1007/s12671-012-0110-9>

- Beutler, L. E., Malik, M., Alimohamed, S., Harwood, T. M., Talebi, H., Noble, S., y Wong, E. (2004). Therapist variables. En M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5<sup>th</sup> Ed., pp. 227-306). Wiley.
- Beutler, L. E. y Harwood, T. M. (2000). *Prescriptive Psychotherapy: A Practical Guide to Systematic Treatment Selection*. Oxford University Press.
- Black, S., Hardy, G., Turpin, G. y Parry, G. (2005). Self-reported attachment style and therapeutic orientation of therapists and their relationship with reported general alliance quality and problem in therapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 78, 363–377.
- Bollas, C. (1987). *The shadow of the object: psychoanalysis of the unthought known*. Columbia University Press.
- Bowlby, J. (1995). *Una base Segura*. Paidós.
- Brown, G. S., Lambert, M. J., Jones, E. R. y Minami, T. (2005). Identifying highly effective psychotherapists in a managed care environment. *American Journal of Managed Care*, 11, 513-520.
- Carlson, E.A. (1998). A prospective longitudinal study of disorganized/disoriented attachment. *Child Development*, 69, 1107–1128.
- Carreras, M., Brizzo, A., González, R., Mele, S. y Casullo, M. M. (2008). Los estilos de apego en los vínculos románticos y no románticos. Estudio comparativo con los adolescentes argentinos y españoles. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 25(1), 107-124.
- Casari, L. M., Ison, M. y Gómez, B. (2018). Estilo Personal del Terapeuta: Estado actual (1998-2017). *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 27, 466-477.  
<http://doi.org//10.24205/03276716.2018.1082>
- Castañeiras, C., García, F., Lo Bianco, J. y Fernández-Álvarez, H. (2006). Modulating Effect of Experience and Theoretical-Technical Orientation on the Personal Style of the Therapist. *Psychotherapy Research*, 16(5), 587-593.
- Castañeiras, C., Ledesma, R., García, F. y Fernández-Álvarez, H. (2008). Evaluación del estilo personal del terapeuta: presentación de una versión abreviada del cuestionario EPT-C. *Terapia Psicológica*, 26(1), 5-13.
- Castonguay, L. G., Boswell, J. F., Constantino, M. J., Goldfried, M. R. y Hill, C. E. (2010). Training implications of harmful effects of psychological treatments. *American Psychologist*, 65, 34-49.
- Castonguay, L. G. y Hill, C. E. (Eds.) (2017). *How and why are some therapists better than others?* American Psychological Association.

- Castonguay, L. G., y Muran, J. C. (2015). Fostering collaboration between researchers and clinicians through building practice-oriented research: An introduction. *Psychotherapy Research*, 25, 1-5. <http://doi.org/10.1080/10503307.2014.966348>
- Cebolla, A., García-Palacios, A., Soler, J., Guillen, V., Baños, R. y Botella, C. (2012). Psychometric properties of the Spanish validation of the Five Facets of Mindfulness Questionnaire (FFMQ). *The European Journal of Psychiatry*, 26(2), 118–126. <https://psycnet.apa.org/doi/10.4321/S0213-61632012000200005>
- Cebolla, A., García-Campayo, J. y Demarzo, M. (2014). *Mindfulness y ciencia. De la tradición a la modernidad*. Alianza Editorial.
- Chadwick, P., Birchwood, M. y Trower, P. (1996). *Cognitive Therapy for Delusions, Voices and Paranoia*. Wiley.
- Chow, D. (2014). *The study of supershrinks: Development and deliberate practices of highly effective psychotherapists* [Tesis Doctoral, Curtin University, Australia]. <https://espace.curtin.edu.au/handle/20.500.11937/45>
- Chow, D., Miller, S. D., Seidel, J. A., Kane, R. T., Thornton, J. y Andrews, W. P. (2015). The role of deliberate practice in the development of highly effective psychotherapists. *Psychotherapy*, 52, 337–345.
- Corbella, S. Balmaña, N., Fernández-Álvarez, H., Saúl, L. A., Botella, L. y García, F. (2009). Estilo Personal del Terapeuta y Teoría de la Mente. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 18(2), 125-133.
- Corbella, S., Botella, L., Saúl, L. A., García, F. y Fernández Álvarez, H. (2009). *Developing the therapist's personal style*. Trabajo presentado en la 40th Annual Meeting of The Society for Psychotherapy Research, Santiago de Chile, Chile.
- Damasio, A. (1999). *The feeling of what happens*. Harcourt Brace.
- Del Re, A. C., Flückiger, C., Horvath, A. O., Symonds, D. y Wampold, B. E. (2012). Therapist effects in the therapeutic alliance–outcome relationship: A restricted-maximum likelihood meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 32, 642–649.
- Diario Médico*. 15.3.2002a.
- Diario Médico*. 3.10.2002b.
- Diario Médico*. 23.9.2003.
- Eames, V. y Roth, A. (2000). Patient Attachment Orientation and the Early Working Alliance-A Study of Patient and Therapist Reports of Alliance Quality and Ruptures. *Psychotherapy Research*, 10, 421-434.
- Ericsson, K. A. (2006). The influence of experience and deliberate practice on the development of superior expert performance. En K. A. Ericsson, N. Charness, P. J. Feltoich y R. R. Hoffman (Eds.), *The Cambridge handbook of expertise and expert performance* (685-705). Cambridge University Press.

- Feeney, J., Noller, P. y Hanrahan, M. (1994). Assessing Adult Attachment: Development in the Conceptualization of Security and Insecurity. En M. B. Spearling y W. H. Berman (Eds.), *Attachment in Adults: Clinical and Developmental Perspectives* (pp 128-152). Guilford Press.
- Fernández, A. y Rodríguez, B. (2009). El redescubrimiento del cuerpo en psicoterapia. *Atopos*, 8, 5-16.
- Fernández-Álvarez, J., Castañeiras, C., García, F., Gómez, B. y Fernández-Álvarez, H. (2017). Investigando el estilo personal del terapeuta: Correspondencia entre las autodescripciones y la observación de jueces externos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 22, 207-217.  
[Http://doi.org/10.5944/rppc.vol.22.num.3.2017.18238](http://doi.org/10.5944/rppc.vol.22.num.3.2017.18238)
- Fernández-Álvarez, H. y García, F. (1998). El estilo personal del terapeuta: Inventario para su evaluación. En S. Gril, A. Ibáñez, I. Mosca y P. L. R. Sousa (Eds.). *Investigación en Psicoterapia* (pp. 76-84). Educat.
- Fernández-Álvarez, H., García, F., Lo Bianco, J., y Corbella, S. (2003). Assessment Questionnaire on the Personal Style of the Therapist PST-Q. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 10, 116-125. <http://doi.org/10.1002/cpp.358>
- Fernández-Álvarez, H. Gómez, B. Castañeiras, C. y Rial, V. (2005, junio). *Normalization of the Assessment Questionnaire of the Personal Style of the Therapist (PST-Q) in a population of Argentinian Psychotherapists*. Comunicación presentada en el 36th Annual Meeting of the Society for Psychotherapy Research. Quebec, Canadá.
- Fernández-Álvarez, H., Gómez, B., y García, F. (2015). Bridging the gap between research and practice in a clinical and training network: Aigle's Program. *Psychotherapy Research*, 25, 84-94. <http://doi.org/10.1080/10503307.2013.856047>
- Figley, C. R. (1995). *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. Brunner/Mazel.
- Fonagy, P. (1999). Psychoanalytic Theory from the viewpoint of attachment theory and research. En J. Cassidy y P. R. Shaver (Eds). *Handbook of attachment: theory, research and clinical applications* (pp. 89-111). Guilford Press.
- Fraley, R. C., Waller, N. G. y Brennan, K. A. (2000). An item-response theory analysis of self-report measures of adult attachment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78, 350-365.
- García, F., Castañeiras, C., Rial, V. y Fernández-Álvarez, H. (2005). *Programa de investigación sobre el estilo personal del terapeuta*. Póster presentado en el IV World Congress of Psychotherapy. Buenos Aires, Argentina.
- Genise, G. (2015). Relación entre el estilo personal del terapeuta, estilo de apego y factores de personalidad del terapeuta. *Psicodebate*, 15(1), 9-22. <http://dx.doi.org/10.18682/pd.v15i1.481>
- Jimeno-Peón, A., Barrio-Nespereira, A. y Álvarez-Casariago, M. T. (2018a). Psicoterapia: Marca registrada. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 38, 131-144.

- Gimeno-Peón, A., Barrio-Nespereira, A. y Prado-Abril, J. (2018b). Monitorización sistemática y feedback en psicoterapia. *Papeles del Psicólogo*, 39, 174-182. <http://dx.doi.org/10.23923/pap.psicol2018.2872>
- Goldberg, S. B., Babins-Wagner, R., Rousmaniere, T., Berzins, S., Hoyt, W. T., Whipple, J. L., ... y Wampold, B. E. (2016). Creating a climate for therapist improvement: A case study of an agency focused on outcomes and deliberate practice. *Psychotherapy*, 53, 367-375.
- Goldberg, S., Rousmaniere, T. G., Miller, S. D., Whipple, J., Nielsen, S. L., Hoyt, W. y Wampold, B. E. (2016b). Do psychotherapists improve with time and experience? A longitudinal analysis of real world outcome data. *Journal of Counseling Psychology*, 63, 1-11.
- Hannan, C., Lambert, M. J., Harmon, C., Nielsen, S. L., Smart, D. W., Shimokawa, K. y Sutton, S. W. (2005). A lab test and algorithms for identifying clients at risk for treatment failure. *Journal of Clinical Psychology*, 61, 155-163.
- Henry, W., Schacht, T. y Strupp, H. (1990). Patient and therapist introject, interpersonal process and differential psychotherapy outcomes. *Journal of consulting and clinical psychology*, 58, 768-774.
- Herman, J.L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5, 377-392.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, P. (1991). *Metodología de la Investigación*. McGraw.
- Imel, Z. E., Sheng, E., Baldwin, S. A., y Atkins, D. C. (2015). Removing very low-performing therapists: A simulation of performance-based retention in psychotherapy. *Psychotherapy*, 52, 329-336.
- Inchausti, F., Prado-Abril, J., Sánchez-Reales, S., Vilagrà-Ruiz, R. y Fonseca-Pedrero, E. (2018). El trastorno de personalidad por evitación: Una propuesta de tratamiento especializado en la sanidad pública española. *Ansiedad y Estrés*, 24, 144-153. <http://doi.org/10.1016/j.anyes.2018.05.002>
- Instituto Nacional de Estadística. (2022). INEbase/Sociedad/Salud/Estadística de profesionales sanitarios colegiados. Últimos datos. Obtenido de INE.es: [https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica\\_C&cid=1254736176781&idp=1254735573175](https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176781&idp=1254735573175)
- Johnson, J. R., Emmons, H. C., Rivard, R. L., Griffin, K. H. y Dusek, J. A. (2015). Resilience training: A pilot study of a mindfulness-based program with depressed healthcare professionals. *EXPLORE: The Journal of Science and Healing*, 11, 433-444.
- Joinson, C. (1992). Coping with compassion fatigue. *Nursing*, 22, 116-121.
- Kardiner, A. (1941). *The traumatic neuroses of war*. National Research Council. <https://doi.org/10.1037/10581-000>

- Kearney, M. y Weininger, R. (2011). Whole person self-care: Self-care from the inside out. En T. A. Hutchinson (Ed.). *Whole person care* (pp. 109-125). Springer.
- Kemper, K. J. y Khirallah, M. (2015). Acute effects of online mind-body skills training on resilience, mindfulness, and empathy. *Journal of Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, *20*, 247-253.
- Kwan, O., Friel, J. (2002). Clinical relevance of the sick role and secondary gain in the treatment of disability syndromes. *Medical Hypotheses*, *59*(2), 129-134.
- Lambert, M. J. (2013). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. En M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6th Ed., 169-218). Wiley.
- LeDoux, J. (1996). *The emotional brain*. Simon & Schuster.
- Leiper, R. y Casares, P. (2000). An Investigation of the Attachment Organization of Clinical Psychologists and its relationship to clinical practice. *British Journal of Medical Psychology*, *73*, 440-464.
- Ligiéro, D. P. y Gelso, C. J. (2002). Countertransference, Attachment and the Working Alliance: the Therapist's Contributions. *Psychotherapy: Theory/Research/Practice/Training*, *39*, 3-11.
- Lovett, J. (2000). *La curación del trauma infantil mediante el DRMO (EMDR)*. Paidós.
- Lutz, A., Slagter, H. A., Rawlings, N. B., Francis, A. D., Greischar, L. L. y Davidson, R. J. (2013). Mental training enhances attentional stability: Neural and behavioral evidence. *The Journal of Neuroscience*, *29*, 13418-13427.
- Kohut, H. (1984). *¿Cómo cura el análisis?* Paidós.
- Malik, M. L., Fleming, J., Penela, V., Harwood, M. T., Best, S. y Beutler, L. E. (2002). *Which Therapist for Which Client? The Interaction of Therapist Variation and Client Characteristics in Affecting Rates of Change: an Effectiveness Study*. Paper presented in The Annual Meeting of Society for Psychotherapy Research. San Francisco.
- Malikiosi-Loizos, M. (2013). Personal therapy for future therapists: Reflections on a still debated issue. *European Journal of Counselling Psychology*, *2*, 33-50.
- Martín-Asuero, A., Queraltó, J. M., Pujol-Ribera, E., Berenguera, A., Rodríguez-Blanco, T. y Epstein, R. M. (2014). Effectiveness of a mindfulness education program in primary health care professionals: A pragmatic controlled trial. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, *34*, 4-12.
- Maslach, C. (1976). *Burned out*. *Human Behavior*, *5*(9), 16-22.
- Mayseless, O. (1996). Attachment Patterns and their Outcomes. *Human Development*, *39*, 206-223.
- McNair, D. M. y Lorr, M. (1964). *An Analysis of Professed Psychotherapeutic techniques*. *Journal of Consulting Psychology*, *28*(3), 265-271.

- 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), 83-98.
- Miller, S. D., Hubble, M. A. y Chow, D. (2018). The question of expertise in psychotherapy. *Journal of Expertise, 1*, 121-129.
- Miller, S. D., Hubble, M. A., Chow, D., y Seidel, J. A. (2013). The outcome of psychotherapy: Yesterday, today, and tomorrow. *Psychotherapy, 50*, 88-97.
- Mischel, W. (2004). Toward an Integrative Science of the Person. En S. T. Fiske et al. (Eds.). *Annual Review of Psychology, Vol. 55* (pp. 1-22). Annual Reviews Inc.
- Niedenthal, P. M., Brauer, M., Robin, L. y Innes-Ker, A. H. (2002). Adult Attachment and the Perception of Facial Expression of Emotion. *Journal of Personality & Social Psychology, 92*, 419-433.
- Nissen-Lie, H. A., Rønnestad, M. H., Høglend, P. A., Havik, O. E., Solbakken, O. A., Stiles, T. C. y Monsen, J. T. (2017). Love yourself as a person, doubt yourself as a therapist? *Clinical Psychology & Psychotherapy, 24*, 48-60. <http://dx.doi.org/10.1002/cpp.1977>
- Norcross, J. C. y Goldfried, M. R. (Eds.) (2005). *Handbook of Psychotherapy Integration* (2<sup>nd</sup> Ed.). Oxford University Press.
- Norcross, J. C. y Wampold, B. E. (2011). Evidence-based therapy relationships: Research conclusions and clinical practices. *Psychotherapy, 48*, 98-102.
- Norcross, J. C. y Wampold, B. E. (2018). A new therapy for each patient: Evidence-based relationships and responsiveness. *Journal of Clinical Psychology, 74*, 1889-1906. <https://doi.org/10.1002/jclp.22678>
- Okiishi, J. C., Lambert, M. J., Eggett, D., Nielsen, L., Dayton, D. D. y Vermeersch, D. A. (2006). An analysis of therapist treatment effects: Toward providing feedback to individual therapists on their clients' psychotherapy outcome. *Journal of Clinical Psychology, 62*, 1157-1172.
- Okiishi, J. C., Lambert, M. J., Nielsen, L. y Ogles, B. M. (2003). Waiting for supershrink: An empirical analysis of therapist effects. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 10*, 361-373.
- Pérez-Álvarez, M. (2019). La psicoterapia como ciencia humana, más que tecnológica. *Papeles del Psicólogo, 40*(1), 1-14. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2019.2877>
- Pérez-Sales, P. (2004). El concepto de trauma y de respuesta al trauma en psicoterapia. *Norte de salud mental, 20*, 29-36.
- Perris, C., McGorry, P. D. (eds.) (1998). *Cognitive Psychotherapy of Psychotic and Personality Disorders. Handbook of Theory and Practice*. Wiley.
- Perris, H. (1998). Less Common Therapeutic Strategies and Techniques in the Cognitive Psychotherapy of Severely Disturbed Patients. En C. Perris y P. D. McGorry (Eds.). *Cognitive Psychotherapy of Psychotic and Personality Disorders. Handbook of Theory and Practice* (pp. 215-332). Wiley.

- Pinedo, J. R. y Santelices, M. P. (2006). Apego adulto: los modelos operantes internos y la teoría de la mente. *Terapia psicológica*, 24(2), 201-210.
- Post, R. M., Weiss, S. R. B., Smith, M., Li, H., et al. (1997). Kindling versus quenching. Implications for the evolution and treatment of posttraumatic stress disorder. En R. Yehuda y A. C. McFarlane (Eds.). *Psychobiology of posttraumatic stress disorder* (pp. 285–295). New York Academy of Sciences.
- <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.1997.tb48287.x>
- Prado-Abril, J., Fernández-Álvarez, J., Sánchez-Reales, S., Youn, S. J., Inchausti, F. y Molinari, G. (2019). La persona del terapeuta: validación española del cuestionario de evaluación del estilo personal del terapeuta (EPT-C). *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 24(3), 131-140.
- <http://doi.org/10.5944/rppc.24367>
- Prado-Abril, J., Gimeno-Peón, A., Inchausti, F. y Sánchez-Reales, S. (2019). Pericia, efectos del terapeuta y práctica deliberada: el ciclo de la excelencia. *Papeles del Psicólogo*, 40(2), 89-100.
- <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2019.2888>
- Prado-Abril, J., Sánchez-Reales, S. y García-Campayo, J. (2016). Dificultades en el manejo cognitivo-interpersonal del trastorno narcisista de la personalidad: Estudio de caso. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 25, 317-325.
- Prado-Abril, J., Sánchez-Reales, S. y Inchausti, F. (2017). En busca de nuestra mejor versión: Pericia y excelencia en Psicología Clínica. *Ansiedad y Estrés*, 23, 110-117.
- <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2017.06.001>
- Rial, V., Castañeiras, C., García, F., Gómez, B. y Fernández-Álvarez, H. (2006). Estilo personal de terapeutas que trabajan con pacientes severamente perturbados: un estudio cuantitativo y cualitativo. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 2(98), 191-208.
- de Roten, Y., Gilliéron, E., Despland, J. y Stigler, M. (2002). Functions of Mutual Smiling and Alliance Building in Early Therapeutic Interaction. *Psychotherapy Research*, 12, 193,212.
- Roth, S., Newman, E., Pelcovitz, D., Van der Kolk, B. A. y Mandel, F. S. (1997). Complex PTSD in victims exposed to sexual and physical abuse: Results from the DSM-IV field trial for posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 10, 539–556.
- Rousmaniere, T., Goodyear, R. K., Miller, S. D. y Wampold, B. E. (Eds.). (2017). *The cycle of excellence: Using deliberate practice to improve supervision and training*. John Wiley & Sons.
- Rubino, G., Barker, C., Roth, T. y Fearon, P. (2000). Therapist empathy and depth of interaction in response to potencial alliance rupture. *Psychotherapy research*, 10, 408–420.
- Sansó, N., Galiana, L., Oliver, A., Pascual, A., Sinclair, S. y Benito, E. (2015). Palliative care professionals' inner life: Exploring the relationships among awareness, self-care and compassion satisfaction and fatigue, burn out and coping with death. *Journal of Pain and Symptom Management*, 50, 200-207.

- Santana, M. Q. (2016). *Evaluación del "Mindfulness": aplicación del cuestionario "Mindfulness" de cinco facetas (FFMQ) en población española* (Doctoral dissertation, Universidad Complutense de Madrid).
- Sauer, S., Lemke, J., Wittmann, M., Kohls, N., Mochty, U. y Walach, H. (2012). How long is now for mindfulness meditators? *Personality and Individual Differences*, *52*(6), 750–754. <http://doi.org/10.1016/j.paid.2011.12.026>
- Schauenburg, H., Buchheim, A., Beckh, K., Nolte, T., Brenk-Franz, K., Leichsenring, F.,... y Dinger, U. (2010). The influence of psychodynamically oriented therapists' attachment representations on outcome and alliance in inpatient psychotherapy. *Psychotherapy Research*, *20*, 193-202.
- Siegel, D. J. (1999). *The developing mind: how relationships and the brain interact to shape who we are*. Guilford.
- Simón, V. (2010). Mindfulness y psicología; presente y futuro. *Revista de Información Psicológica*, *100*, 162-170.
- Skourteli, M. y Lennie, C. (2011). The therapeutic relationship from an attachment theory perspective. *Counselling psychology review*, *26*(1), 20–33.
- Vallis, T. M. (1998). When the Going Gets Tough: Cognitive Therapy for the Severely Disturbed. En C. Perris y P. D. McGorry (Eds.). *Cognitive Psychotherapy of Psychotic and Personality Disorders. Handbook of Theory and Practice* (pp. 27-62). Wiley.
- van der Hart, O., Nijenhuis, E. R., y Steele, K. (2005). Dissociation: An insufficiently recognized major feature of complex posttraumatic stress disorder. *Journal of traumatic stress*, *18*(5), 413–423. <https://doi.org/10.1002/jts.20049>
- van der Kolk, B. A. (2002). Beyond the talking cure: Somatic experience and subcortical imprints in the treatment of trauma. En F. Shapiro (Ed.). *EMDR as an integrative psychotherapy approach: Experts of diverse orientations explore the paradigm prism* (pp. 57–83). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10512-003>
- van der Kolk, B. A., Hopper, J. W. y Osterman, J. E. (2001). Exploring the nature of traumatic memory: Combining clinical knowledge with laboratory methods. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, *4*(2), 9–31. [https://doi.org/10.1300/J146v04n02\\_02](https://doi.org/10.1300/J146v04n02_02)
- Varela, F. J., Thompson, E. y Rosch, E. (2000). *The Embodied Mind: cognitive science and human experience*. Massachusetts Institute of Technology.
- Vega, E. (2006). *El psicoterapeuta en neonatología: rol y estilo personal*. Lugar Editorial.
- Walfish, S., McAlister, B., O'Donnell, P. y Lambert, M. J. (2012). An investigation of self-assessment bias in mental health providers. *Psychological Reports*, *110*, 639-644.
- Wallin, D. J. (2007). *Attachment in Psychotherapy*. Guilford Press.

- Wampold, B. E. y Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The research evidence for what works in psychotherapy* (2nd Ed.). Routledge.
- Wampold, B. E., Baldwin, S. A., Grosse-Holtforth y Imel, Z. E. (2017). What characterizes effective therapists? En L. G. Castonguay y C. E. Hill (Eds.), *How and why are some therapists better than others?* (pp. 37-54). American Psychological Association.
- Webb, C. A., DeRubeis, R. J. y Barber, J. P. (2010). Therapist adherence/competence and treatment outcome: A metaanalytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78*, 200-211.

## ANEXO A. CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DEL ESTILO PERSONAL DEL TERAPEUTA (EPT-C)

### Cuestionario de Evaluación del Estilo Personal del Terapeuta (EPT-C)

El presente inventario está destinado a conocer su estilo personal como terapeuta. No hay respuestas buenas o malas ya que diferentes estilos pueden ser igualmente beneficiosos. Más allá de que su labor varía con los diferentes pacientes, queremos que responda según sea su modo más general y frecuente de llevar adelante su trabajo. No piense demasiado en el significado de cada afirmación. La respuesta más espontánea es la más valiosa.

**Completamente en desacuerdo // 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 \\\ Completamente de acuerdo**

1	Suelo mantener mi escucha más bien abierta y receptiva más que concentrada y focalizada	
2	Como terapeuta prefiero indicar a los pacientes qué debe hacerse en cada sesión	
3	Las emociones que me despierta el paciente son decisivas para el curso del tratamiento	
4	Tiendo a exigir cumplimiento estricto con los honorarios	
5	Los tratamientos pautados me merecen escasa valoración	
6	La expresión de las emociones es un poderoso instrumento de cambio	
7	Fuera de las horas de trabajo dejo de pensar en los pacientes	
8	Los verdaderos cambios se producen en el curso de sesiones con un clima emocional intenso	
9	Me gusta sentirme sorprendido por el material del paciente sin tener ideas previas	
10	Lo que les pasa a mis pacientes tiene poca influencia en mi vida personal	
11	En mis intervenciones soy predominantemente directivo	
12	Pienso bastante en mi trabajo, aún en mis horas libres	
13	Puedo planear un tratamiento en su totalidad desde que se inicia	
14	Nunca modifico la duración de las sesiones, a menos que sea imprescindible	
15	Una alta proximidad emocional es imprescindible para promover cambios terapéuticos	
16	Prefiero los tratamientos donde están programados todos los pasos a seguir	
17	Procuro dirigir mi atención a la totalidad de lo que pasa en las sesiones	
18	Tengo en mente los problemas de los pacientes más allá de las sesiones	
19	Soy bastante laxo con los horarios	
20	Desde el comienzo de las sesiones me dispongo a dejar flotar mi atención	

*Notas:* Reproducido con permiso. Los valores de los ítems señalados con \* se puntúan de forma inversa. Clave de corrección: Instruccional =  $\Sigma$  4, 14, 19\*; Expresiva =  $\Sigma$  3, 6, 8, 15; Involucración =  $\Sigma$  7\*, 10\*, 12, 18; Atencional =  $\Sigma$  1\*, 9\*, 17\*, 20\*; Operativa =  $\Sigma$  2, 5\*, 11, 13, 16.

## ANEXO B. CUESTIONARIO DE APEGO ADULTO

# CUESTIONARIO DE APEGO ADULTO

(Melero, R. y Cantero, M.J., 2008)

### CÓMO CUMPLIMENTAR EL CUESTIONARIO

- A continuación encontrará una serie de afirmaciones, rodee el número que corresponda al grado en que cada una de ellas describe sus sentimientos o la forma de comportarse en sus relaciones.
- Puede que no encuentre la respuesta que defina exactamente lo que siente, en ese caso marque la respuesta que más se aproxime a sus sentimientos. **LA REACCIÓN INICIAL A CADA UNO DE ESTOS ENUNCIADOS SUELE SER LA RESPUESTA.**
- Para responder a las afirmaciones, utilice la siguiente escala de respuesta

COMPLETAMENTE EN DESACUERDO	BASTANTE EN DESACUERDO	ALGO EN DESACUERDO	ALGO DE ACUERDO	BASTANTE DE ACUERDO	COMPLETAMENTE DE ACUERDO
1	2	3	4	5	6

**A CONTINUACIÓN LE ENUMERAMOS UNA SERIE DE SITUACIONES, SEÑALE EN QUE GRADO DESCRIBEN SUS SENTIMIENTOS O FORMA DE COMPORTARSE EN LAS RELACIONES**

	COMPLETAMENTE EN DESACUERDO	BASTANTE EN DESACUERDO	ALGO EN DESACUERDO	ALGO DE ACUERDO	BASTANTE DE ACUERDO	COMPLETAMENTE DE ACUERDO
1. Tengo facilidad para expresar mis sentimientos y emociones	1	2	3	4	5	6
2. No admito discusiones si creo que tengo razón	1	2	3	4	5	6
3. Con frecuencia, a pesar de estar con gente importante para mí me siento solo/a y falto de cariño	1	2	3	4	5	6
4. Soy partidario/a del "ojo por ojo y diente por diente"	1	2	3	4	5	6
5. Necesito compartir mis sentimientos	1	2	3	4	5	6
6. Nunca llego a comprometerme seriamente en mis relaciones	1	2	3	4	5	6
7. Si alguien de mi familia o un amigo/a me lleva la contraria, me enfado con facilidad	1	2	3	4	5	6
8. No suelo estar a la altura de los demás	1	2	3	4	5	6
9. Creo que los demás no me agradecen lo suficiente todo lo que hago por ellos	1	2	3	4	5	6
10. Me gusta tener pareja, pero temo ser rechazado/a por ella	1	2	3	4	5	6
11. Tengo problemas para hacer preguntas personales	1	2	3	4	5	6
12. Cuando tengo un problema con otra persona, no puedo dejar de pensar en ello	1	2	3	4	5	6
13. Soy muy posesivo/a en todas mis relaciones	1	2	3	4	5	6
14. Tengo sentimientos de inferioridad	1	2	3	4	5	6
15. Valoro mi independencia por encima de todo	1	2	3	4	5	6
16. Me siento cómodo/a en las fiestas o reuniones sociales	1	2	3	4	5	6
17. Me gusta que los demás me vean como una persona indispensable	1	2	3	4	5	6
18. Soy muy sensible a las críticas de los demás	1	2	3	4	5	6
19. Cuando alguien se muestra dependiente de mí, necesito distanciarme	1	2	3	4	5	6
20. Cuando existe una diferencia de opiniones, insisto mucho para que se acepte mi punto de vista	1	2	3	4	5	6

	COMPLETAMENTE EN DESACUERDO	BASTANTE EN DESACUERDO	ALGO EN DESACUERDO	ALGO DE ACUERDO	BASTANTE DE ACUERDO	COMPLETAMENTE DE ACUERDO
21. Tengo confianza en mí mismo	1	2	3	4	5	6
22. No mantendría relaciones de pareja estables para no perder mi autonomía	1	2	3	4	5	6
23. Me resulta difícil tomar una decisión a menos que sepa lo que piensan los demás	1	2	3	4	5	6
24. Soy rencoroso	1	2	3	4	5	6
25. Prefiero relaciones estables a parejas esporádicas	1	2	3	4	5	6
26. Me preocupa mucho lo que la gente piensa de mí	1	2	3	4	5	6
27. Cuando tengo un problema con otra persona, intento hablar con ella para resolverlo	1	2	3	4	5	6
28. Me gusta tener pareja, pero al mismo tiempo me agobia	1	2	3	4	5	6
29. Cuando me enfado con otra persona, intento conseguir que sea ella la que venga a disculparse	1	2	3	4	5	6
30. Me gustaría cambiar muchas cosas de mí mismo	1	2	3	4	5	6
31. Si tuviera pareja y me comentara que alguien del sexo contrario le parece atractivo, me molestaría mucho	1	2	3	4	5	6
32. Cuando tengo un problema, se lo cuento a una persona con la que tengo confianza	1	2	3	4	5	6
33. Cuando abrazo o beso a alguien que me importa, estoy tenso/a y parte de mí se siente incómodo/a	1	2	3	4	5	6
34. Siento que necesito más cuidados que la mayoría de las personas	1	2	3	4	5	6
35. Soy una persona que prefiere la soledad a las relaciones sociales	1	2	3	4	5	6
36. Las amenazas son una forma eficaz de solucionar ciertos problemas	1	2	3	4	5	6
37. Me cuesta romper una relación por temor a no saber afrontarlo	1	2	3	4	5	6
38. Los demás opinan que soy una persona abierta y fácil de conocer	1	2	3	4	5	6
39. Necesito comprobar que realmente soy importante para la gente	1	2	3	4	5	6
40. Noto que la gente suele confiar en mí y que valoran mis opiniones	1	2	3	4	5	6

## CORRECCIÓN

### ANÁLISIS POR DIMENSIONES AFECTIVAS

FACTOR 1: Baja autoestima, necesidad de aprobación y miedo al rechazo  
14, 26, 18, 30, 21 (inv), 23, 8, 10, 12, 34, 39, 37, 3

FACTOR 2: Resolución hostil de conflictos, rencor y posesividad  
4, 2, 36, 7, 29, 20, 24, 31, 9, 17, 13

FACTOR 3: Expresión de sentimientos y comodidad con las relaciones  
1, 38, 32, 40, 16, 27, 5, 11(inv), 35 (inv).

FACTOR 4: Autosuficiencia emocional e incomodidad con la intimidad  
28, 22, 6, 25 (inv), 19, 15, 33

### ANÁLISIS POR CATEGORÍAS

#### CLASIFICACIÓN EN CATEGORÍAS DE APEGO ADULTO

	TEMEROSO HOSTIL	PREOCUPADO	SEGURO	ALEJADO
Escala 1: Baja Autoestima, necesidad de aprobación y miedo al rechazo	MUY ALTO 52	ALTO 49.15	MUY BAJO 28.94	BAJO/MOD. 35.73
Escala 2: Resolución hostil de conflictos, rencor y posesividad	MUY ALTO 44.73	MODERADO 28.17	BAJO 22.34	MODERADO 32.70
Escala 3: Expresión de sentimientos y comodidad con las relaciones	BAJO 35.51	MOD./ALTO 40.40	ALTO 44.13	BAJO/MOD. 38.29
Escala 4: Autosuficiencia emocional e incomodidad con la intimidad	MOD./ALTO 18.41	MODERADO 17.97	BAJO 13.99	ALTO 18.73

### Baremos y estadísticos descriptivos del Cuestionario de Apego Adulto

PERCENTILES	ESCALA1	ESCALA 2	ESCALA 3	ESCALA 4	VALORACIÓN
85-99	52-70	41-57	48-52	23-31	Muy alto
75-84	47-51	37-40	46-47	21-23	Alto
61-74	43-46	33-36	43-45	18-20	Mod/ Alto
40-60	37-42	28-32	40-42	16-17	Moderado
25-39	33-36	24-27	37-39	14-15	Bajo/Mod
16-24	29-32	22-23	34-36	13	Bajo
1-15	16-28	13-21	21-33	8-12	Muy Bajo
M	39,79	30,45	40,07	17,13	
SD	11,1	9,3	6,8	5,3	
MIN	15	11	14	7	
MAX	77	63	54	34	

Nota: Escala 1: Baja autoestima, necesidad de aprobación y miedo al rechazo. Escala 2: Resolución hostil de conflictos, rencor y posesividad. Escala 3: Expresión de sentimientos y comodidad con las relaciones. Escala 4: Autosuficiencia emocional e incomodidad con la intimidad.

## ANEXO C. CUESTIONARIO DE CINCO FACETAS DE MINDFULNESS (FIVE FACETS MINDFULNESS QUESTIONNAIRE) (FFMQ)

### Five Facets of Mindfulness Questionnaire

Elija en cada ítem la alternativa que mejor refleje el grado en que está de acuerdo con cada uno de los enunciados que se indican a continuación.

	1	2	3	4	5
	Nunca o muy raramente verdad	Raramente verdad	Algunas veces verdad	A menudo verdad	Muy a menudo o siempre verdad
1. Cuando camino, noto deliberadamente las sensaciones de mi cuerpo al moverse	1	2	3	4	5
2. Se me da bien encontrar las palabras para describir mis sentimientos.	1	2	3	4	5
3. Me critico a mi mismo/a por tener emociones irracionales o inapropiadas.	1	2	3	4	5
4. Percibo mis sentimientos y emociones sin tener que reaccionar a ellos.	1	2	3	4	5
5. Cuando hago algo, mi mente divaga y me distraigo fácilmente	1	2	3	4	5
6. Cuando me ducho o me baño, estoy atento a las sensaciones del agua en mi cuerpo.	1	2	3	4	5
7. Con facilidad puedo poner en palabras mis creencias, sentimientos y expectativas.	1	2	3	4	5
8. No presto atención a lo que hago porque sueño despierto, porque me preocupo o porque me distraigo.	1	2	3	4	5
9. Observo mis sentimientos sin perderme en ellos.	1	2	3	4	5
10. Me digo a mi mismo/a que no debería sentir lo que siento.	1	2	3	4	5
11. Noto cómo los alimentos y las bebidas afectan a mis pensamientos, sensaciones corporales y emociones.	1	2	3	4	5
12. Me es difícil encontrar palabras para describir lo que siento.	1	2	3	4	5
13. Me distraigo fácilmente	1	2	3	4	5
14. Creo que algunos de mis pensamientos no son normales o son malos y que no debería pensar así.	1	2	3	4	5
15. Presto atención a las sensaciones que produce el viento en el pelo o el sol en la cara.	1	2	3	4	5
16. Tengo problemas para pensar en las palabras que expresan correctamente cómo me siento	1	2	3	4	5
17. Hago juicios sobre si mis pensamientos son buenos o malos.	1	2	3	4	5
18. Me es difícil permanecer centrado/a en lo que esta sucediendo en el presente.	1	2	3	4	5
19. Cuando tengo pensamientos o imágenes perturbadoras, soy capaz de dar un paso atrás, y me doy cuenta del pensamiento o la imagen sin que me atrape.	1	2	3	4	5
20. Presto atención a sonidos como el tic-tac del reloj, el gorjeo de los pájaros o los coches que pasan	1	2	3	4	5
21. En situaciones difíciles, puedo parar sin reaccionar inmediatamente	1	2	3	4	5
22. Cuando tengo sensaciones en el cuerpo es difícil para mí describirlas, porque no puedo encontrar las palabras adecuadas.	1	2	3	4	5
23. Conduzco en "piloto automático", sin prestar atención a lo que hago.	1	2	3	4	5
24. Cuando tengo pensamientos o imágenes perturbadoras, me calmo en poco tiempo.	1	2	3	4	5
25. Me digo a mi mismo/a que no debería pensar como pienso.	1	2	3	4	5
26. Percibo el olor y el aroma de las cosas.	1	2	3	4	5
27. Incluso cuando estoy muy enfadado, encuentro una forma de expresarlo con palabras.	1	2	3	4	5
28. Hago actividades precipitadamente sin estar de verdad atento/a a ellas.	1	2	3	4	5
29. Cuando tengo pensamientos o imágenes perturbadoras soy capaz de notarlas sin reaccionar	1	2	3	4	5
30. Creo que algunas de mis emociones son malas o inapropiadas y que no debería sentirlas.	1	2	3	4	5
31. Percibo elementos visuales en la naturaleza o en el arte, como colores, formas, texturas o patrones de luces y sombras.	1	2	3	4	5
32. Mi tendencia natural es poner mis experiencias en palabras.	1	2	3	4	5
33. Cuando tengo pensamientos o imágenes perturbadoras, las noto y las dejo marchar	1	2	3	4	5
34. Hago tareas automáticamente, sin ser consciente de lo que hago.	1	2	3	4	5
35. Cuando tengo pensamientos o imágenes perturbadoras, me juzgo como bueno o malo, dependiendo del contenido.	1	2	3	4	5
36. Presto atención a cómo mis emociones afectan a mis pensamientos y a mi conducta	1	2	3	4	5
37. Normalmente puedo describir como me siento con considerable detalle.	1	2	3	4	5
38. Me sorprendo haciendo cosas sin prestar atención.	1	2	3	4	5
39. Me critico cuando tengo ideas irracionales.	1	2	3	4	5

**Corrección:**

Observar: 1, 6, 11, 15, 20, 26, 31, 36

Describir: 2, 7, 12R, 16R, 22R, 27, 32, 37

Actuar dándose cuenta: 5R, 8R, 13R, 18R, 23R, 28R, 34R, 38R

No juzgar la experiencia interna: 3R, 10R, 14R, 17R, 25R, 30R, 35R, 39R

No reactividad sobre la experiencia interna: 4, 9, 19, 21, 24, 29, 33

Cuestionario original: Baer, R. et al, 2006. Validación española: Cebolla et al., 2012.

## **ANEXO D. CONSENTIMIENTO INFORMADO**

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARTICIPANTE ADULTO**

#### **Título del Programa:**

*"ESTUDIO SOBRE EL ESTILO PERSONAL DEL TERAPEUTA, EL APEGO ADULTO Y LA ATENCIÓN PLENA EN PSICOTERAPEUTAS ESPECIALIZADOS EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON TEPT COMPLEJO."*

#### **Investigador:**

D. José Juan Carrasco Romero.

#### **Lugar de realización:**

Madrid, mediante plataforma online.

#### **Requisitos:**

-Ser psicoterapeuta especializado en el tratamiento de pacientes con TEPT complejo.

-Tener entre 25-75 años.

*Antes de dar consentimiento para participar en este estudio, es importante leer y entender la siguiente información.*

#### **Introducción:**

Las características personales de los terapeutas se están revelando como muy importantes e influyentes en los resultados de los diferentes tratamientos psicológicos. El objetivo de este trabajo consiste en realizar un estudio sobre un grupo de terapeutas especializados en el tratamiento de pacientes con Trastorno por Estrés Postraumático complejo con el fin de estudiar las habilidades personales de estos profesionales que realizan un trabajo difícil con un grupo poblacional que manifiesta un gran número de psicopatologías, problemas psicosociales y ambientales. Para ello se utilizará un cuestionario validado que medirá el Estilo Personal del Terapeuta y otros dos igualmente validados en población española que medirán características de los terapeutas que están siendo prometedoras a la hora de relacionarlas con los mejores resultados clínicos: el Apego Seguro y la Atención Plena.

**Esta hoja de consentimiento informado puede contener información que usted no comprenda en su totalidad, por lo que no dude en solicitar cualquier duda que se le plantee al respecto.**

#### **Propósito del estudio:**

Analizar el Estilo Personal del Terapeuta, el Apego Adulto y la Atención Plena en una muestra de psicoterapeutas especializados en el tratamiento de pacientes con TEPT complejo.

#### **Procedimientos/explicación del estudio:**

Con este objetivo se le presentan tres cuestionarios:

– El primero versa sobre el Estilo Personal de Terapeuta (Cuestionario EPT-C de Prado-Abril et al., 2019), consta de 20 enunciados, tendrá que asignar una puntuación a cada enunciado del 1 (Completamente en desacuerdo) al 7 (Completamente de acuerdo).

-El segundo cuestionario es sobre el Apego Adulto (Cuestionario de Apego Adulto de Melero y Cantero, 2008), consta de 40 enunciados, deberá asignar una puntuación a cada una de las afirmaciones del 1 al 7 según se perciba completamente en desacuerdo (1) o completamente de acuerdo (7).

-El tercero es sobre Atención Plena (Cuestionario Mindfulness de Cinco Facetas, FFMQ, de Quintana, 2016): consta de 39 enunciados, usted tendrá que asignar una puntuación a cada enunciado del 1 al 5 según considere que describe su propia opinión o lo que es verdadero de forma general para usted.

### **Riesgos/beneficios:**

Los participantes no se beneficiarán directamente de este estudio, salvo la oportunidad de poder contribuir al avance científico que puede beneficiar en el futuro a la divulgación científica y el desarrollo de intervenciones eficaces. No existe riesgo alguno derivado de la participación en este estudio, salvo la molestia ocasionada por el tiempo empleado y el cansancio asociado al proceso de evaluación.

### **Confidencialidad**

Este estudio requiere la recogida de ciertos datos personales de carácter general (como, por ejemplo, su fecha de nacimiento, sexo...).

La recogida y tratamiento de dichos datos se llevará a cabo de acuerdo con la legislación aplicable en materia de privacidad. Se adoptarán las medidas oportunas para garantizar la debida protección de los datos en todo momento, sin violación alguna de la confidencialidad.

Según lo establecido por el Reglamento General de Protección de Datos vigente desde mayo de 2018, todos los datos que se recogen son estrictamente confidenciales.

Usted tiene derecho a pedir que le sean desvelados aquellos datos personales mantenidos de forma identificable, así como a solicitar la rectificación de cualquier dato incorrecto o incompleto.

La información recogida no incluirá su nombre ni su dirección, ni ningún otro dato que permita su identificación. Todos los registros se mantendrán en la más estricta confidencialidad. Sólo se recogerán datos anónimos y se procesarán electrónicamente.

### **Coste/compensación:**

No existe ningún coste por participar en este estudio. Todas las entrevistas y pruebas que se realicen no supondrán coste alguno. Tampoco recibirán compensación económica por participar en el estudio.

### **Alternativas a la participación:**

Su participación es completamente voluntaria y no tendrá implicaciones posteriores para su persona.

### **Participación voluntaria / Derecho a retirarse del estudio**

Usted, de acuerdo con el RGPD mayo 2018 y la ley Orgánica 3/2018, tiene derecho de oposición y cancelación, así como de solicitar la limitación, portabilidad, reclamación y de retirada del consentimiento sobre el uso de sus datos en el momento que así lo decida.