

Estilo de apego adulto y alianza terapéutica en hombres que agreden a sus parejas

Wilson Omar Lazo Bazán

*Psicoterapeuta del Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social
Universidad Nacional Mayor de San Marcos
wilsonolb@hotmail.com*

Alberto Loharte Quintana Peña

*Docente principal y decano 2016-2020 de la Facultad de Psicología
de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos
albertolqp@yahoo.es*

Resumen

Pensando en el desarrollo de estrategias que faciliten el establecimiento de una alianza terapéutica positiva, principal predictor del éxito terapéutico en el trabajo con hombres que ejercen violencia contra la pareja (HEVP), el presente estudio busca analizar la existencia de una relación significativa entre los estilos de apego adulto en la intervención psicoterapéutica con los HEVP. Los resultados confirman esta relación, resaltando el estilo de apego temeroso hostil como aquel con mayor dificultad para establecer una alianza terapéutica positiva. Ante estos hallazgos, se discute sobre la necesidad de que el terapeuta valore el estilo de apego del cliente para favorecer la alianza terapéutica. Asimismo, se analizan las posibles líneas de investigación para mejorar la práctica clínica.

Palabras clave: alianza terapéutica, apego adulto, violencia contra la pareja, intervención con agresores, hombres que ejercen violencia contra la pareja

Abstract

In order to develop strategies to facilitate the establishment of a positive therapeutic alliance, which is considered the main predictor of therapeutic success in the intervention with men who use violence against their partners (partner violence perpetrators), this study aims to analyze whether there is a significant relationship between adult attachment styles and the establishment of a positive therapeutic alliance in the psychotherapeutic intervention with partner violence perpetrators. The results confirm the existence of this relationship; also, it is found that the Hostile Fearful attachment style presents problems to establish a positive therapeutic alliance. Given these findings the authors discuss the importance that therapists consider the adult attachment style of these men in order to foster therapeutic alliance; also, additional implications are analyzed for future research to improve clinical practice.

Keywords: therapeutic alliance, adult attachment, intimate partner violence, batterers' treatment; partner violence perpetrators

Introducción

La violencia hacia la mujer resulta un grave problema en la sociedad, la cual es percibida como un asunto de naturaleza pública, así como una violación de los derechos fundamentales de las víctimas (ONU, 1993). En el Perú, la violencia contra la mujer por parte de la pareja es un problema que alcanza altísimas proporciones; según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2014 (INEI, 2015), el 72,4 % de las mujeres encuestadas a nivel nacional sufrieron algún tipo de violencia por parte de su pareja. Asimismo, desde una mirada de la violencia ejercida por los varones, se encontró que el 50 % de los hombres estudiados en Lima (y el 66 % de los estudiados en Cusco) han ejercido —por lo menos una vez— violencia física o sexual contra sus parejas. Las estadísticas son preocupantes, ya que las consecuencias de la violencia contra la mujer por parte de la pareja son múltiples; comprometiendo, por un lado, su salud física, sexual y mental, y, por otro, sus capacidades productivas y creativas, con repercusiones negativas en el orden individual, familiar y social (Ramos, 2012).

Frente a esta situación, desde el campo académico de diversas disciplinas, se ha tratado de dar explicación y se han propuesto alternativas para afrontar esta problemática. En particular, a partir de la Psicología, que concibe esta violencia como una consecuencia de mantener patrones desadaptativos en el manejo de conflictos, diversos autores han encontrado que el brindar atención a las víctimas para paliar las consecuencias de la violencia no resulta suficiente para solucionar el problema

(Echeburúa, 1998; Dutton, 1997; Lila, García, y Lorenzo (2010). Tal como refiere Luis Bonino: “La violencia de género es un problema de los hombres que lo sufren las mujeres” (Bonino, 2008, p. 17). Por otro lado, desde la perspectiva de las ciencias sociales, que explican los hechos de violencia familiar como parte de una cultura de inequidad de género muy enraizada, diversos autores sugieren la necesidad de desarrollar estrategias para la solución y promoción, inicio e impulso de procesos de reeducación de los varones hacia el cambio (Fuller, 1997; Ramos, 2012; Álvarez y Rodríguez, 2004). En ambos casos, se rescata la necesidad de realizar intervenciones, ya sean psicoterapéuticas o psicoeducativas, con los HEVP.

Es así que diversas instituciones y organizaciones han buscado disminuir la incidencia de la violencia contra la pareja realizando intervenciones con los hombres. Con este objetivo han sido diseñados diferentes programas de intervención desde distintos marcos teóricos (tales como el enfoque de género y los modelos cognitivo-conductual, de comunicación, ecológicos, entre otros), los cuales se han estudiado en cuanto a su efectividad y a los factores que facilitan la disminución de las conductas violentas en los usuarios. Entre estos estudios se ha encontrado que uno de los principales aspectos para garantizar el éxito en las intervenciones con HEVP es el establecimiento de una alianza terapéutica positiva (Taft y Murphy, 2007; Rosenberg, 2003; Murphy y Baxter, 1997). La alianza terapéutica, definida como el acuerdo sobre las tareas y metas de la terapia y el establecimiento de un lazo entre los participantes, es considerada como un fuerte predictor del éxito

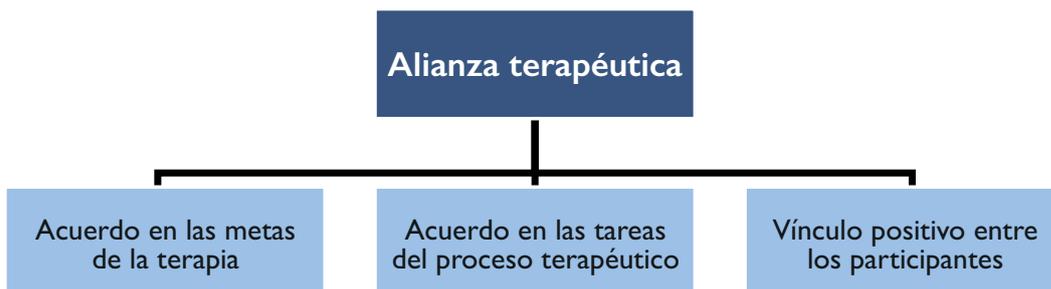
terapéutico desde diversas perspectivas (Watson y Geller, 2005; Horvath y Greenberg, 1994; Martin, Garske, y Davis, 2000).

En términos generales, el concepto de alianza terapéutica ha sido usado para explicar la relación existente entre terapeuta y paciente durante el proceso psicoterapéutico. Tradicionalmente, los términos alianza terapéutica, alianza de trabajo y alianza de ayuda se han usado en el pasado como sinónimos o para señalar aspectos específicos de la alianza (Horvath y Luborsky, 1993). Considerando esto, para razones del presente trabajo, los conceptos se tomarán como sinónimos. Con respecto al desarrollo histórico de dichos conceptos, Santibáñez (2003) destaca la existencia de cuatro principales formulaciones teóricas que han provisto las bases de la investigación empírica de esta variable: la perspectiva psicodinámica sobre la relación de trabajo, la teoría centrada en la persona de Carl Rogers, la teoría de la influencia social de Strong y la formulación integrativa de la alianza de trabajo

propuesta por Bordin, resultando esta última la más aceptada dentro del campo académico (Santibáñez, 2003; Andrade, 2005; Corbella y Botella, 2003, Horvath y Luborsky, 1993).

La propuesta de Bordin sugiere que la alianza es una relación consciente que involucra acuerdos y colaboración entre el terapeuta y el paciente, delineando claramente las diferencias entre las proyecciones inconscientes de este (por ejemplo, la transferencia) y la unión positiva paciente-terapeuta, la que se origina sobre la base de un enemigo común (el dolor) y las conductas autodestructivas de quien solicita la ayuda (Horvath y Luborsky, 1993). Si bien Bordin explica la alianza terapéutica como una relación integrada, percibida como una totalidad, teóricamente distingue tres componentes constitutivos de esta (vínculo, tareas y metas), los que en combinación definen la calidad y fuerza de toda alianza. Dichos componentes se reflejan en la figura 1.

Figura 1. Componentes de la alianza terapéutica.



Fuente: Elaboración propia.

El componente del vínculo indicaría el grado en que el cliente y el terapeuta perciben la relación terapéutica caracterizada por cualidades, como la calidez, la confianza, la aceptación y la confidencialidad (Taft y Murphy, 2007). En ese sentido, se espera que, como parte de una relación con alta alianza, exista de ambas partes la sensación de vínculo. Las tareas, o también conocidas como acuerdos entre paciente y terapeuta respecto a las actividades a realizar, se encuentran intrínsecamente relacionadas con la psicoterapia que se está llevando a cabo. Es decir, existe la sensación mutua de que las tareas pedidas por cada uno de ellos, durante la terapia, son racionales y alcanzables, a la vez que están asociadas con los objetivos de la terapia (Horvath y Greenberg, 1986, en Corbella y Botella, 2003). En cuanto al componente referido a las metas, también denominado acuerdo entre paciente y terapeuta respecto a los objetivos de la psicoterapia, hace referencia al mutuo consentimiento acerca de qué es lo que se pretende lograr con la intervención psicoterapéutica. Esta dimensión, entonces, incluiría el grado de acuerdo entre cliente y terapeuta en relación a los resultados esperados o al desenlace deseado a partir del proceso psicoterapéutico (Taft y Murphy, 2007). También dicho componente reflejaría la forma en que ambos se perciben a sí mismos, tomando en cuenta la dirección y el trabajo que tienen en común y las metas conjuntamente acordadas en la terapia.

Aunque tradicionalmente el interés académico por la alianza terapéutica en la intervención con HEVP se ha enfocado en estudiar los factores asociados al terapeuta (Taft y Murphy, 2007;

Sonkin y Dutton, 2003; Rosenberg, 2003; Brown y O' Leary, 2000), resulta igualmente importante analizar las variables asociadas con el cliente; ya que, al ser una relación de dos, existen variables del cliente que necesariamente influirán en la relación. Entre los factores que pueden influenciar en esta alianza se encuentran las características del cliente, que han sido estudiadas encontrándose moderada relación con la alianza terapéutica; por ejemplo, las características de perfeccionismo y autoconcepto (Constantino, 2002, en Bernecker, Levy y Ellison, 2014).

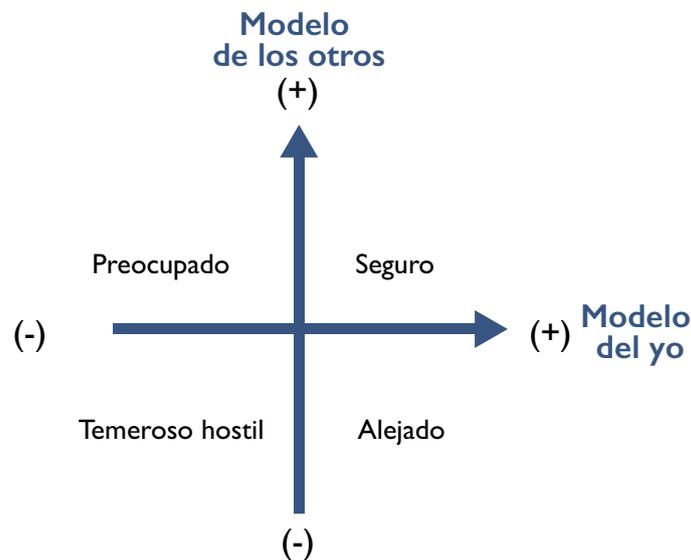
Diversas investigaciones han identificado que el estilo de apego adulto destaca como una variable potencialmente relevante para el establecimiento de la alianza terapéutica (Bernecker, et al., 2014), especialmente en el caso de los HEVP (Loinaz y Echeburúa, 2012). La teoría del apego, originalmente articulada por Bowlby, propone que el tipo de vínculo afectivo que establece una persona es expresión de los modelos mentales de relación formados como consecuencia de las experiencias de interacción vividas, principalmente en la infancia (Melero y Cantero, 2008). Es decir, la forma en que las personas se relacionan en el presente estaría influenciada fuertemente por las primeras experiencias de vínculo, puesto que es en estas experiencias donde el sujeto aprendería a generar expectativas y modelos de actuación que marcarán sus relaciones interpersonales posteriores. Así, el sistema de apego cumpliría una función evolutiva de protección y supervivencia, en donde el infante, según su estado anímico (cansado, temeroso o enfermo), busca seguridad y confort en un cuidador primario, en el cual la habilidad para

crear y mantener lazos emocionales se vuelve una característica principal de una personalidad funcional y sana (Diener y Monroe, 2011).

En lo referente a los estilos de apego adulto, existe un amplio cuerpo teórico y su clasificación no se encuentra libre de polémica, por lo que la investigación en esta área todavía está por desarrollarse (Loinaz y Echeburúa, 2012). Inicialmente, Ainsworth propuso una clasificación de tres estilos de apego adulto (seguro, evitativo y ambivalente) sobre la suposición de que estos se mantienen iguales en la infancia y en la adultez (Mikulincer y Shaver, 2007). Posteriormente, se han desarrollado otros

modelos de clasificación, como el categorial o el dimensional; pero el que académicamente parece cobrar más fuerza es el ‘modelo de prototipos’, desarrollado por Bartholomew y Horowitz (1991), que combina el análisis de dos dimensiones (‘modelo del yo’ y ‘modelo de los otros’) para generar cuatro categorías o estilos de apego adulto. Sobre la base de este, es que Melero y Cantero (2008) proponen la tipología que ha sido elegida para el presente trabajo, la cual incluye cuatro estilos de apego adulto: a) seguro, b) preocupado, c) alejado, y d) temeroso hostil. Dicho modelo tipológico es representado en la figura 2.

Figura 2. Tipos de estilo de apego adulto.



Fuente: Elaboración propia.

De acuerdo con estos autores, el estilo de apego seguro se caracteriza por tener un modelo mental positivo, tanto de sí mismo como de los demás, con un sentimiento de autovalía y la expectativa de que los otros lo aceptarán y serán confiables; lo que conlleva a un equilibrio entre las necesidades afectivas y la autonomía personal. El estilo preocupado tendría un modelo negativo de sí mismo, pero positivo de los demás, al mantener una sensación de desconfianza acompañada de una visión positiva de las personas. Además, este principalmente se da por una baja autoestima, la necesidad de aprobación, el miedo al rechazo, la expresividad emocional y la comodidad con las relaciones; lo que tiene como resultado una persona ansiosa buscando aprobación constante (Melero y Cantero, 2008). Mientras que en el estilo alejado la persona mantendría un modelo mental positivo y defensivo de sí mismo, pero negativo de los demás; ya que espera que las personas sean poco fiables, evitando y negando así la necesidad de intimidad, lo cual resulta en un sujeto que rehúye el compromiso emocional, sin presentar problemas de autoestima o inseguridad. Por último, el estilo temeroso hostil implicaría un modelo mental negativo tanto de sí mismo como de los demás. La persona se caracterizaría por presentar enfado, hostilidad, rencor y posesividad, quizá debido a ira encubierta y conflictos no resueltos hacia sus figuras de apego; presentando, además, baja autoestima, necesidad de aprobación, miedo al rechazo y alta autosuficiencia emocional (Melero y Cantero, 2008).

Como dato relevante, cabe señalar que la variable apego adulto tradicionalmente ha sido vinculada

en el campo académico con distintos tipos de agresión y agresores (Loinaz y Echeburúa, 2012), por lo que cobra especial sentido analizarla en el caso de los hombres que reciben terapia psicológica por ejercer violencia contra la pareja; los cuales constituyen una población particular debido a que muchos de estos hombres no asisten por iniciativa propia, sino por otros motivos, como por mandatos judiciales, presión de sus parejas, etcétera (Batres, 1999). Por esta razón, a menudo resulta muy difícil formar una alianza de trabajo positiva con estas personas; además, si estos individuos no sienten que se haya creado dicha alianza de trabajo positiva, serán menos proclives a revelar sus emociones y pensamientos que llevan al ejercicio de la violencia. La mayoría de individuos que ingresan a estos programas, en gran parte por mandato judicial, no tienen experiencia previa en intervenciones psicológicas y pueden venir de grupos socioeconómicos o culturales para los que las terapias son muy inusuales o temidas (Dutton et al., 1997).

Por consiguiente, el presente estudio se plantea como objetivo determinar si existe relación significativa entre los estilos de apego adulto y el establecimiento de la alianza terapéutica en la intervención psicoterapéutica con hombres que ejercen violencia contra la pareja.

Metodología

El estudio corresponde a una investigación de tipo no experimental, con un diseño transversal de tipo descriptivo-comparativo, que permite recolectar datos para describir las variables, y analizar su incidencia e interrelación en un mismo momento.

Participantes

La población del estudio está constituida aproximadamente por 140 hombres que acuden, de manera obligatoria, a dos centros de atención psicológica especializada para HEVP, uno ubicado en Lima y otro en el Callao, como parte de la sentencia judicial debido a los hechos de violencia ejercidos en contra de sus parejas. Esta población se conforma únicamente por personas del sexo masculino, mayores de 18 años de edad, sentenciados por los juzgados de familia por haber ejercido violencia en contra de sus parejas, sin psicopatología clínica, retardo mental ni alteraciones neurológicas significativas (rasgos descartados a partir de una evaluación psicológica previa a su inclusión en el programa de intervención). De este grupo, la presente investigación estudió a 60 varones que acudieron a los centros de atención psicológica mencionados en el periodo de un año y medio, entre los años 2015 y 2016, para recibir tratamiento psicológico como parte de la sentencia judicial. La selección de los sujetos de la muestra se llevó a cabo a través de un muestreo no probabilístico intencional, pues todos los miembros del estudio cumplieron el criterio de inclusión.

Instrumentos

Para la realización del estudio, se emplearon dos pruebas, el inventario de alianza terapéutica, WAI-C (clientes), y el cuestionario de apego adulto de Melero y Cantero. El primero, WAI, por sus siglas en inglés, en su versión para el cliente, es un cuestionario desarrollado por Horvath y Greenberg en el año 1989 (Santibáñez, 2003). Reconocido mundialmente como una de

las herramientas para medición de la efectividad en psicoterapia, el WAI es un instrumento que intenta identificar la forma cómo se perciben los involucrados en el marco de la situación psicoterapéutica. Su característica principal es que es un cuestionario autoadministrado, capaz de arrojar una puntuación general que define la calidad y la fuerza de la alianza terapéutica (Santibáñez, 2003). No obstante, esa puntuación puede dividirse en las tres variables componentes: Tarea, Objetivo y Vínculo. La variable Tarea está relacionada con el comportamiento dentro de la sesión de terapia, la cual considera el grado de acuerdo establecido sobre las intervenciones que deben realizarse en función del bienestar del paciente. Por otro lado, la variable Objetivo mide el grado en que el terapeuta y el cliente establecen acuerdos para determinar el resultado esperado del proceso terapéutico. En cuanto a la variable Vínculo, esta se relaciona con el grado en que existe una percepción de aceptación, armonía y confianza entre el terapeuta y el paciente (Santibáñez, 2003). La forma de medición de estas escalas componentes es mediante un sistema Likert de 7 puntos, que establecen el grado de acuerdo-desacuerdo a los 12 ítems que componen el test. En general, se considera que el WAI tiene correlaciones significativas entre sus puntajes y el resultado de la terapia (Horvath y Greenberg, 1986, en Santibáñez, 2003). Asimismo, se considera que la consistencia interna del test es elevada, otorgando valores Cronbach Alpha entre 0,85 y 0,88 hasta 0,98 (Horvath y Greenberg, 1986, en Santibáñez, 2003; y Tyron y Kane, 1993, en Santibáñez, 2003).

En lo referente al cuestionario de apego adulto, constituye un instrumento desarrollado en España por Melero y Cantero (2008), compuesto por cuatro escalas: 1) baja autoestima, necesidad de aprobación y miedo al rechazo; 2) resolución hostil de conflictos, rencor y posesividad; 3) expresión de sentimientos y comodidad con las relaciones, y 4) autosuficiencia emocional e incomodidad con la intimidad. Así, permite la clasificación en dos grupos (seguros/inseguros) o en cuatro (seguro, preocupado, alejado y temeroso hostil). En este sentido, el estilo seguro aparece como un sujeto sociable, con facilidad para expresar sentimientos y con unas estrategias de resolución de conflicto bilaterales. El estilo preocupado se define, principalmente, por la baja autoestima, la necesidad de aprobación, el miedo al rechazo, la expresividad emocional y la comodidad con las relaciones. Respecto al estilo alejado, este se caracteriza por una elevada necesidad de individualidad, priorizando su autosuficiencia al establecimiento de lazos afectivos. Mientras que el patrón temeroso hostil se distingue por el enfado, la hostilidad, el rencor y la posesividad, quizás debido a la ira encubierta y los conflictos no resueltos hacia sus figuras de apego (Melero y Cantero, 2008). La forma de medición de estas escalas es mediante 40 ítems presentados bajo un sistema Likert de 6 puntos, que establecen el grado de acuerdo-desacuerdo a los ítems que componen el test. Los índices de consistencia interna de las 4 escalas fueron evaluados mediante el coeficiente α de Cronbach. La escala ‘baja autoestima, necesidad de aprobación y miedo al rechazo’ obtuvo un índice de 0,86; la escala ‘resolución hostil de conflictos, rencor y posesividad’, de 0,80; la escala

‘expresión de sentimientos y comodidad con las relaciones’, de 0,77, y la escala ‘autosuficiencia emocional e incomodidad con la intimidad’, de 0,68. El estudio de la validez del instrumento se realizó por medio del análisis de varianza y las técnicas no paramétricas, cuando se incumplió el supuesto de homogeneidad de varianzas. Asimismo, se buscó comprobar si existían diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones promedio de las escalas del cuestionario de apego adulto entre los grupos de apego, obtenidos por el cuestionario de relación de Bartholomew y Horowitz y; por otro lado, se analizó si estas diferencias se correspondían con las señaladas por la literatura sobre apego, superando este test la prueba de validez (Melero y Cantero, 2008).

Procedimiento

El cuestionario de apego adulto, de Melero y Cantero, fue administrado de forma individual a los sujetos durante la segunda sesión de su asistencia, como parte del proceso de evaluación psicológica regular que siguen todas las personas seleccionadas que acuden a los centros de atención psicológica especializada para HEVP. Se efectuó, a manera de autoinforme, con la supervisión de un psicólogo quien estuvo pendiente de los posibles problemas de comprensión y se encontraba disponible para la aclaración de dudas sobre el cuestionario. Para la administración del inventario de alianza terapéutica, WAI-C (clientes), se siguieron las mismas directrices, con la diferencia de que fue aplicado a partir de la cuarta sesión de psicoterapia individual, ya que se considera que un momento crítico para establecer una

buena alianza terapéutica se sitúa entre la tercera y la quinta sesión (alianza temprana); de lo contrario, el éxito del tratamiento puede verse comprometido, aumentando la probabilidad de que los pacientes abandonen de forma prematura la intervención (Andrade, 2005). Con respecto al análisis de los datos recogidos, se realizó la comparación de los resultados obtenidos entre ambas pruebas para cada sujeto, buscando diferencias significativas que proporcionaran información acerca de la existencia de una relación significativa entre las variables estudiadas. Se utilizaron dos pruebas estadísticas: la de varianza (Anova) y la no

paramétrica de Kruskal-Wallis para muestras independientes.

Resultados

Los datos de las variables estudiadas fueron examinados usando el programa estadístico SPSS para una adecuada precisión del análisis. El Anova de los datos recopilados muestra que existen diferencias significativas en el nivel de establecimiento de la alianza terapéutica en función del estilo de apego de los sujetos evaluados, registrándose una diferencia significativa entre grupos ($p=0,000$), como se puede apreciar en la Tabla 1.

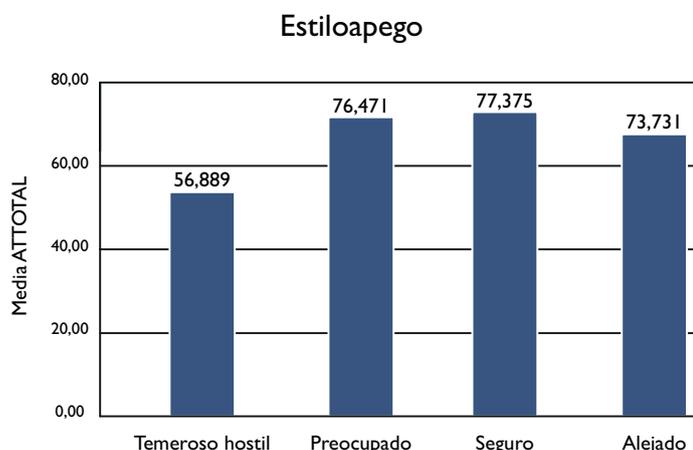
Tabla 1. Análisis de varianza de la alianza terapéutica en función del estilo de apego adulto

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Entre grupos	2690,819	3	896,940	15,332	0,000
Dentro de grupos	3276,115	56	58,502		
Total	5966,933	59			

Fuente: Elaboración propia.

Asimismo, se observa que la diferencia significativa es encontrada en relación con el estilo de apego temeroso hostil, que tiende a presentar bajos niveles de alianza terapéutica (media de 56,89), los que se mantienen similares entre los demás estilos de apego. Esto último se puede evidenciar con mayor claridad en la Figura 3, en donde se visualiza que si bien los sujetos pertenecientes al estilo 'seguro' son los que obtienen mayores puntajes en los niveles de alianza terapéutica (media de 77,38), no se alejan demasiado de los puntajes obtenidos por parte de los sujetos incluidos en los estilos de apego 'preocupado' (media de 76,47) y 'alejado' (media de 73,73).

Figura 3. Alianza terapéutica en función al estilo de apego adulto.



Fuente: Elaboración propia.

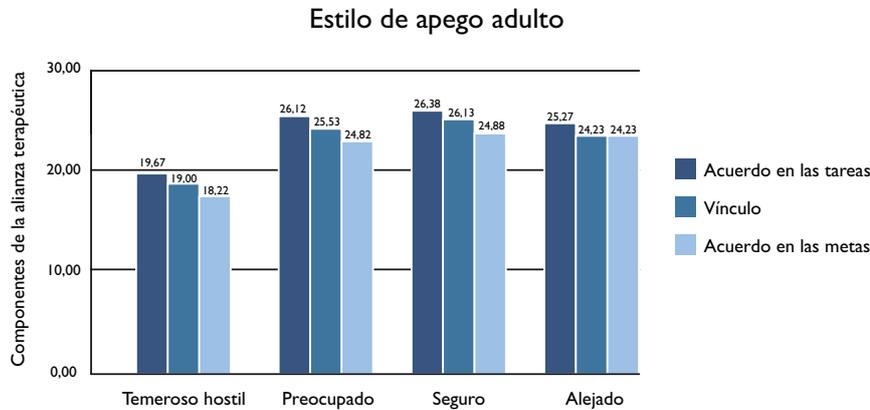
En cuanto al análisis de los resultados en función a los componentes de la alianza terapéutica, se mantiene la tendencia general antes mencionada para cada uno de los componentes (acuerdo en las metas, acuerdo en las tareas y vínculo positivo), en donde los sujetos pertenecientes al estilo de apego adulto ‘temeroso hostil’ presentan resultados significativamente inferiores a los sujetos incluidos en los demás estilos de apego adulto, como se puede apreciar en la tabla 2 ($p=0,000$ en todos los casos). Al igual que en el análisis general de los datos, no se observan diferencias significativas a nivel de los componentes de la alianza terapéutica entre los puntajes de los sujetos pertenecientes a los estilos de apego adulto ‘seguro’, ‘preocupado’ y ‘alejado’; lo que se refleja en la figura 4.

Tabla 2. Análisis de varianza de los componentes de la alianza terapéutica en función del estilo de apego adulto

Componentes de la alianza terapéutica		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Acuerdo en las metas	Entre grupos	309,067	3	103,022	11,690	0,000
	Dentro de grupos	493,517	56	8,813		
	Total	802,583	59			
Acuerdo en las tareas	Entre grupos	292,228	3	97,409	12,490	0,000
	Dentro de grupos	436,755	56	7,799		
	Total	728,983	59			
Vínculo positivo	Entre grupos	302,008	3	100,669	10,445	0,000
	Dentro de grupos	539,726	56	9,638		
	Total	841,733	59			

Fuente: Elaboración propia.

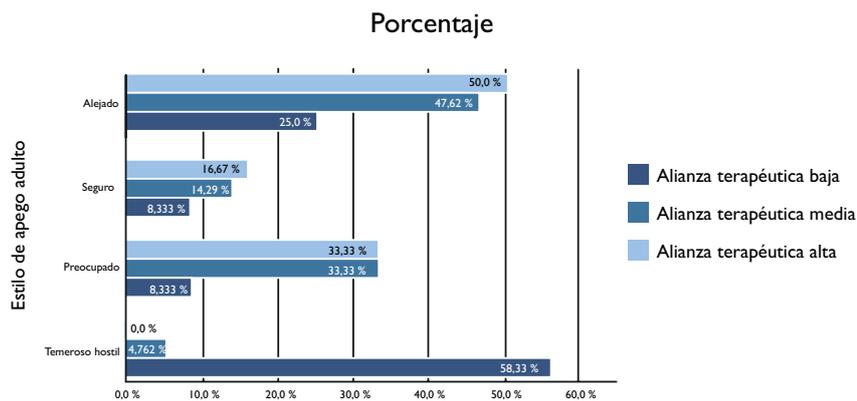
Figura 4. Acuerdo en las metas en función al estilo de apego adulto.



Fuente: Elaboración propia.

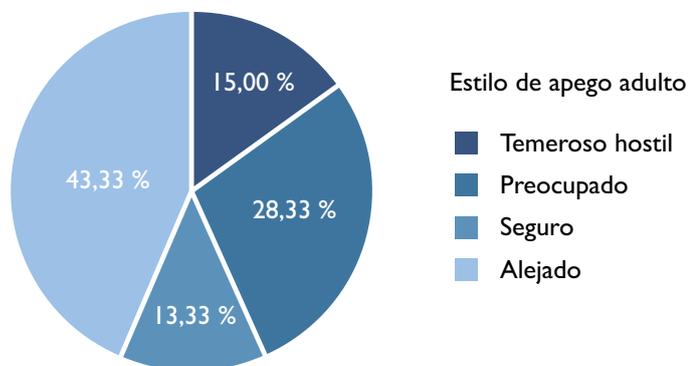
En relación con la distribución de los puntajes de la alianza terapéutica de acuerdo al estilo de apego adulto, tal como se refleja en la figura 7, se observa que la mayoría de los puntajes que indican el establecimiento de una alianza terapéutica baja corresponden a los sujetos pertenecientes al estilo ‘temeroso hostil’ (58%), los cuales constituyen únicamente el 15% de la muestra, tal como se representa en la Figura 8. En este sentido, el estilo que resulta predominante en la muestra recogida es el ‘alejado’, 43,33% de los sujetos; seguido en frecuencia por el estilo ‘preocupado’, 28,33%. Mientras que el estilo ‘seguro’ es el que evidencia menor preponderancia entre los sujetos evaluados, 13,33%.

Figura 5. Distribución de los niveles de alianza terapéutica en función al estilo de apego adulto.



Fuente: Elaboración propia.

Figura 6. Distribución de los tipos de estilo de apego adulto.



Fuente: Elaboración propia.

La distribución de los niveles de la alianza terapéutica puede ser apreciado en la Figura 9, se observa una distribución normal de los datos, en donde el nivel de alianza terapéutica que predomina es la media (70 %), seguido por el nivel alto de alianza terapéutica (20 %); mientras que los casos en donde se observan bajos niveles de alianza de trabajo constituyen tan solo el 10 % de los sujetos evaluados.

Figura 7. Distribución de los niveles de alianza terapéutica evaluados.



Fuente: Elaboración propia.

Por último, a fin de determinar si los resultados obtenidos son influenciados por la edad de los sujetos evaluados o su grado de instrucción, se emplea la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis para muestras independientes. No se encuentran diferencias significativas en los resultados en función del grupo etario ni el grado de instrucción de los sujetos, lo que se detalla en las tablas 5 y 6; lo que parece ser que estas variables no tienen mayor injerencia en la formación de la alianza terapéutica.

Para este análisis, en un primer momento, se agrupa a los sujetos en tres niveles de instrucción: a) nivel 1, sujetos con grado de instrucción hasta secundaria completa; b) nivel 2, sujetos con grado de instrucción desde superior técnico incompleto hasta superior universitario incompleto, c) nivel 3, sujetos con grado de instrucción desde superior universitario completo o con estudios de posgrado. Tal como se refleja en la tabla 3, no se evidencian diferencias significativas en los niveles de la alianza terapéutica en función al nivel de instrucción de los sujetos evaluados.

Tabla 3. Resumen de prueba de hipótesis para la variable nivel de instrucción

Hipótesis nula	Prueba	Sig.	Decisión
La distribución de la alianza Terapéutica es la misma entre las categorías de nivel de instrucción	Prueba de Kruskal-Wallis para muestras independientes.	0,711	Conserve la hipótesis nula

Fuente: Elaboración propia.

Se muestran significaciones asintóticas. El nivel de significancia es ,05.

Para revisar si la edad de los sujetos influyó en los resultados del estudio, se agrupó a los sujetos en tres bloques etarios: a) adulto joven, sujetos con edades comprendidas entre los 18 y 40 años; b) adulto intermedio, sujetos con edades comprendidas entre los 41 y 60 años, c) adulto mayor, sujetos con edades de 61 años a más. Como puede apreciarse en la tabla 4, no se encuentran diferencias significativas en los resultados de la evaluación de la alianza terapéutica en función de la edad de los sujetos, por lo que se considera que la edad de los mismos no influye en los resultados obtenidos.

Tabla 4. Resumen de prueba de hipótesis para la variable grupo etario

Hipótesis nula	Prueba	Sig.	Decisión
La distribución de la alianza Terapéutica es la misma entre las categorías de grupo etario	Prueba de Kruskal-Wallis para muestras independientes.	0,863	Conserve la hipótesis nula

Fuente: Elaboración propia.

Se muestran significaciones asintóticas. El nivel de significancia es ,05.

Discusión

La intención de la presente investigación fue estudiar si existe relación significativa entre los estilos de apego adulto y el establecimiento de la alianza terapéutica en la intervención psicoterapéutica con HEVP. Como respuesta inmediata al primer objetivo, se observa la existencia de una relación significativa entre el establecimiento de la alianza terapéutica y el estilo de apego adulto de los pacientes que participan en los programas de intervención psicoterapéutica con HEVP. Esta relación se haría especialmente evidente en el caso del estilo de apego adulto ‘temeroso hostil’, el cual registra dificultad para establecer una alianza terapéutica positiva. Este hecho mantiene concordancia con propuestas teóricas, como las de Meler y Cantero (2008), en donde se especula que el estilo de apego adulto ‘temeroso hostil’, tal como su nombre lo señala, tiene tendencia a la hostilidad y le resulta difícil establecer relaciones positivas con su entorno; circunstancia que en el terreno terapéutico estaría evidenciada a través de la alianza terapéutica.

Sin embargo, este patrón no se repite en el caso del estilo de apego adulto ‘alejado’, el cual por definición alude a un sujeto que tiene dificultad para el establecimiento de relaciones personales cercanas; por ende, se esperaría que la alianza terapéutica evidencie una disminución significativa en el caso de estos sujetos. El hecho que este estilo de apego no muestre un descenso significativo en sus puntajes de alianza terapéutica puede ser explicado a partir de diversas hipótesis. Por ejemplo, al tomarse la alianza terapéutica como una variable predictora del éxito terapéutico, esta ha sido evaluada de

manera temprana, en promedio entre la tercera y cuarta sesión psicoterapéutica, como suele realizarse en la mayoría de estudios similares (Bernecker et al., 2014); por lo que puede ser tomada como una medida de acuerdo entre el terapeuta y paciente, sin que esto implique necesariamente un vínculo íntimo entre ambos, siendo este último el aspecto para el cual este estilo de apego sí muestra deficiencias. El estilo de apego ‘alejado’ podría asumir un trato cordial y cooperativo con el terapeuta sin que esto implique un vínculo íntimo, lo cual no sucedería con el estilo ‘temeroso hostil’, que desde un comienzo mantendría dificultad para mantener relaciones cordiales y de cooperación. Los estilos de apego adulto restantes, ‘preocupado’ y ‘seguro’ evidenciarían resultados coincidentes a lo teorizado por Bartholomew y Horowitz (1991), en donde se espera que demuestren mayor apertura para el establecimiento de relaciones interpersonales y, en consecuencia, mayor disposición a desarrollar una alianza terapéutica positiva; lo que a su vez ha sido confirmado por los hallazgos de Bernecker et al. (2014). Los resultados obtenidos en este estudio podrían explicarse por una relación causal entre los estilos de apego adulto y la alianza terapéutica, o debido a una tercera variable de la cual ambos serían dependientes, quedando pendiente la confirmación de estos puntos.

Como se esperaba, el estilo de apego adulto más seguro se relacionó con una alianza terapéutica más fuerte, mientras que el estilo de apego más hostil se relacionó con una más débil; repitiendo así los resultados obtenidos por otros estudios a nivel mundial (Bernecker et al., 2014; Diener y

Monroe, 2011). Sobre esto, la teoría del apego apuntaría a la importancia del conocimiento acerca del mundo interno del individuo, dado que aquellas suposiciones inconscientes que la persona tiene sobre sí mismo y los otros determinaría la calidad de las distintas relaciones interpersonales que mantiene, entre las cuales se incluye la relación terapeuta-cliente (Diener y Monroe, 2011). Así, los resultados de esta investigación corroboran los hallazgos de metanálisis como los de Bernecker, et al., (2014) y Diener y Monroe (2011), en los que se señala que, para aquellas personas tendientes a un estilo de apego más seguro, las suposiciones de base reflejarían confianza en la benevolencia de los otros, la bondad esencial del sí mismo y el deseo de establecer conexiones interpersonales. En consecuencia, al trabajar con el terapeuta, estos individuos estarían mejor dispuestos a formar un lazo emocional, y a llegar a acuerdos en las metas del tratamiento y las tareas a realizar para alcanzarlas. En contraste, para aquellos individuos con un estilo de apego más hostil, las suposiciones internas reflejarían desconfianza de los motivos e intenciones de los otros, representación más negativa de sí mismos y cautela para involucrarse íntimamente con otras personas; por lo tanto, al trabajar en conjunto con el terapeuta, los pacientes tendrían mayor dificultad para cultivar un vínculo emocional, y acordar las metas del tratamiento y las tareas necesarias para alcanzarlas.

Por consiguiente, para el campo de la psicoterapia, los clínicos deben ser alentados a prestar especial atención a la calidad de la alianza terapéutica cuando se trabaje con individuos con indicadores

de un estilo de apego adulto tendiente a la hostilidad. Estos indicadores podrían servir como alarmas que permitirán al especialista predecir el riesgo de rupturas en la alianza terapéutica e intervenir proactivamente para minimizar sus efectos perjudiciales, a la vez que se busque capitalizar las oportunidades terapéuticas que inherentemente aparecerán como parte del proceso de intervención psicológica. Con este tipo de pacientes, por ejemplo, sería recomendable monitorear la relación terapéutica en búsqueda de signos de distancia o inconformidad, por lo que se recomienda emplear intervenciones basadas en la relación para reparar la alianza terapéutica.

Por otro lado, la presente investigación brinda información interesante acerca de la distribución de la muestra estudiada en relación con los estilos de apego adulto. Al trabajarse con una muestra constituida en su totalidad por personas sentenciadas por violencia contra la pareja, era de esperarse que el porcentaje de sujetos pertenecientes a los estilos ‘temeroso hostil’ y ‘preocupado’ resulte mayoritario (Melero y Cantero, 2008). No obstante, en la práctica se observa que en la muestra predomina el estilo ‘alejado’ (43,33 % de la muestra evaluada), lo que confirmaría investigaciones como las de Loinaz, Echeburúa y Ullate (2012) que resaltan que variables como los estilos de apego adulto y la autoestima no necesariamente se relacionan con el ejercicio de violencia contra la pareja. Sin embargo, siempre existe la posibilidad de que los sujetos evaluados hayan presentado el efecto de deshabilitación social al responder las pruebas, a través del cual se maquillan las respuestas por temor a resultar de alguna manera perjudicado si

brindas respuestas típicas de un estilo agresivo. En este caso, resulta necesario recordar que la muestra está constituida por personas que acuden a los programas de intervención por orden judicial y no de manera voluntaria, por lo que existe el riesgo de que se busque brindar una imagen “ideal” como parte de las evaluaciones psicológicas; evitándose cualquier acercamiento a las respuestas típicas del perfil temeroso hostil. Asimismo, se recomienda realizar estudios confirmatorios con un mayor número de sujetos y tomando otros grupos de HEVP; por ejemplo, aquellos que acuden a intervenciones psicoterapéuticas de manera voluntaria.

Entre las limitaciones encontradas durante la investigación destaca la escasa cantidad de programas de intervención psicológica para HEVP que existe en el Perú; lo que dificulta la recopilación de datos de este tipo de población, principalmente debido a que el modelo de intervención contra la violencia de pareja en el país recién está empezando a enfocarse en la figura del agresor. Considerando lo mencionado, resulta necesario el incremento de estudios exploratorios y confirmatorios, en donde se incluyan diversos tipos de muestras (HEVP que acuden a terapia de manera voluntaria, por orden judicial, reclusos en centros penitenciarios, en medio abierto, etcétera) y en mayor escala.

Pese a dichas limitaciones, investigaciones como la presente resultan muy importantes, ya que permiten abrir preguntas y formular primeras hipótesis acerca de las consideraciones necesarias para hacer más eficientes y eficaces los programas de intervención con HEVP; sobre

todo si se toma en cuenta que, a nivel mundial, estos programas de intervención todavía no han mostrado la efectividad deseada para la detención de la violencia, llegando en algunos casos solo a 5 % de los sujetos (Bernecker, Levy, y Ellison, 2004; Gondolf, 2002; Taft y Murphy, 2007).

Así, al encontrarse que las personas pertenecientes a un estilo de apego ‘temeroso hostil’ poseen mayor dificultad para establecer una alianza terapéutica positiva, se plantea como un reto para el futuro desarrollar estrategias específicas por parte del terapeuta; las cuales garanticen una mayor adherencia al programa de intervención planteado. En este sentido, Kietaibl (2012) menciona que, en general, los clientes pueden requerir diferentes intervenciones en función de su estilo de apego; pero, en el caso de los pacientes hostiles, estos necesitan intervenciones que faciliten la expresión emocional, con un proceder terapéutico más pausado que evite provocar el abandono. En cuanto a los tendientes a un estilo preocupado, pueden requerir apoyo para sobreponerse a emociones intensas, en las que se mantenga la estructura y la predictibilidad de la terapia. Otros terapeutas buscan integrar los postulados de Carl Rogers, el modelo de etapas de cambio de Prochaska y DiClemente y la entrevista motivacional de Miller y Rollnick, en donde no se discuten técnicas específicas para ajustar la alianza terapéutica; por lo que se evidencia que el manejo de la alianza terapéutica puede ser adaptado a diversos encuadres (Kietaibl, 2012). Estos son solo algunos ejemplos de los posibles planteamientos en el ámbito de la intervención psicológica con hombres que ejercen violencia

contra la pareja, el cual aparece como un campo de acción relativamente nuevo para la psicología clínica que necesita de mucho estudio para su adecuada implementación.

Referencias

- Álvarez, L. y Rodríguez, A. (2004). *La investigación es salud sexual y reproductiva. Propuestas metodológicas y experiencias*. La Habana: Publicaciones Azucareras.
- Andrade, N. (2005). La alianza terapéutica. *Clinica y Salud*, 16, 9-29.
- Babcock, J., Green, C. y Robie, C. (2004). Does batterers' treatment work? A meta-analytic review of domestic violence treatment. *Clinical Psychology Review*, 23, 1023-1053.
- Bartholomew, K. y Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: a test of a four category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 226-244.
- Batres, G. (1999). *El lado oculto de la masculinidad*. San José: Ilanud.
- Bernecker, S., Levy, K. y Ellison, W. (2014). A meta-analysis of the relation between patient adult attachment style and the working alliance. *Psychotherapy Research*, 24, 12-24.
- Bonino, L. (2008). *Hombres y violencia de género. Más allá de los maltratadores y de los factores de riesgo*. Madrid: Ministerio de Trabajo e Integración.
- Brown, P. y O'Leary, K. (2000). Therapeutic alliance: Predicting continuance and success in group treatment for spouse abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 340-345.
- Corbella, S. y Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de Psicología*, 19, 205-221.
- Diener M. y Monroe, J. (2011). The Relationship between adult attachment style and therapeutic alliance in individual psychotherapy: a meta-analytic review. *Psychotherapy*, 48, 237-248.
- Dutton, D. (1997). *El golpeador*. Buenos Aires: Paidós.
- Dutton, D., Bodnarchuk, M., Kropp, R., Hart, S., y Ogloff, J. (1997). Wife assault treatment and criminal recidivism: an 11-year follow-up. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 41, 9-23.
- Echeburúa, E. (1998). *Manual de violencia familiar*. Madrid: Siglo XXI.
- Fuller, N. (1997). *Identidades Masculinas. Varones de la clase media en el Perú*. Lima: Fondo Editorial PUCP.
- Gondolf, E. (2002). Limitation of experimental evaluations of batterer programs. *Trauma, Violence and Abuse*, 2, 79-88.
- Horvath, A. y Greenberg, L. (1994). *The working alliance: theory, research, and practice*. New York: Wiley.
- Horvath, A. y Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 4, 561-573.

- INEI. (2015). *Encuesta Demográfica de Salud Familiar (Endes) 2014*. Lima: Autor.
- Kietaibl, C. (2012). A review of attachment and its relationship to the working alliance. *Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy*, 46, 122-140.
- Lila, M., García, A., y Lorenzo, M. (2010). *Manual de intervención con maltratadores*. Valencia: Universidad de Valencia.
- Loinaz, I. y Echeburúa, E. (2012). Apego adulto en agresores de pareja. *Acción Psicológica*, 9, 33-46.
- Loinaz, I., Echeburúa, E. y Ullate, M. (2012). Estilo de apego, empatía y autoestima en agresores de pareja. *Terapia Psicológica*, 30, 61-70.
- Martin, D., Garske, J. y Davis, M. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: a metaanalytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 438-450.
- Melero, R. y Cantero, J. (2008). Los estilos afectivos en la población española: un cuestionario de evaluación del apego adulto. *Clinica y Salud*, 9, 83-100.
- Mikulincer, M. y Shaver, P. (2007). *Attachment in adulthood: structure, dynamics, and change*. New York: The Guilford Press.
- Murphy, C., y Baxter, V. A. (1997). Motivating batterers to change in the treatment context. *Journal of Interpersonal Violence*, 12, 607-619.
- ONU. (1993). *Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer*. Washington D. C.: Autor.
- Ramos, M. (2012). *Manual de capacitación a líderes locales en masculinidades y prevención de la violencia basada en género*. Lima: UNFPA.
- Rosenberg, M. (2003). Voices from the group: domestic violence offenders' experience of intervention. *Journal of Aggression, Maltreatment y Trauma*, 7, 305-317.
- Santibáñez, P. (2003). La alianza terapéutica en psicoterapia: El inventario de alianza de trabajo en Chile. *Psykhé*, 12, 109-118.
- Sonkin, D., y Dutton, D. (2003). Treating assaultive men from an attachment perspective. *Journal of aggression, maltreatment and trauma*, 7, 105-133.
- Taft, C. y Murphy, C. (2007). The working alliance in intervention for partner violence perpetrators: recent research and theory. *Journal of Family Violence*, 22, 11-18.
- Watson, J. y Geller, S. (2005). The relation among the relationship conditions, working alliance, and outcome in both process/experiential and cognitive/behavioral psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 15, 1-8.