

Estilo de apego del paciente en la construcción de la alianza terapéutica

L. Lossa, S. Corbella y L. Botella

Lydia Lossa Chacón es Psicóloga y Psicoterapeuta. Sergi Corbella Santomà es profesor Titular de la Universidad Ramon Llull y director del Grado de Psicología en Blanquerna. Luis Botella Garcia del Cid es profesor Titular de la Universidad Ramon Llull y Coordinador de Master en Psicología Clínica y de la Salud.

Introducción

El estudio de los factores comunes iniciado por Lambert (1992) ha llevado a impulsar la investigación sobre la alianza terapéutica como un aspecto relevante en el proceso psico-

terapéutico. La conceptualización del término alianza terapéutica fue desarrollándose a lo largo del siglo XX y en términos generales ha sido usado para explicar la relación existente entre terapeuta y paciente durante el proceso psicoterapéutico.

La alianza terapéutica adquiere especial relevancia en el intento por definir y sistematizar los elementos que componen la relación terapéutica que resulten de mayor utilidad para el éxito de la terapia.

La aportación de Bordin (1979) con su definición de alianza como el encaje y colaboración entre el cliente y el terapeuta facilitó la identidad del concepto e identificó tres componentes que la configuran: (a) acuerdo en las tareas, (b) acuerdo en los objetivos y (c) vínculo positivo. También Luborsky (1976) desarrolló una conceptualización de la alianza más cercana a la visión psicodinámica original sugiriendo que es una entidad dinámica que evoluciona con los cambios de las demandas de las diferentes fases de la terapia (Horvath y Luborsky, 1993).

El concepto de alianza terapéutica ha sido incorporado por la mayoría de las escuelas psicoterapéuticas, pero distanciándose de la lectura transferencial proporcionada por el contexto psicoanalítico. Desde la terapia cognitiva, Beck, Rush, Shaw y Emery (1983), consideran que una buena relación terapéutica es necesaria pero no suficiente para la

eficacia de la terapia cognitiva. Los autores llegan a la conclusión de que la relación y los factores técnicos tienen papeles aditivos e independientes en el proceso de cambio; separaron la relación terapéutica de los ingredientes activos de la terapia y no la consideraban un requisito previo para el proceso de cambio.

Desde una visión constructivista, se plantea que la relación terapéutica es esencial para crear el contexto interpersonal necesario para generar las condiciones de cambio y la definen como un encuentro entre dos o más personas, entre dos o más subjetividades, que acuerdan mantenerse en interacción por un período determinado, para provocar cambios en la organización de uno o más de los participantes en esta interacción (Botella y Feixas, 1998).

Estudios como el de Gaston, Marmar, Thompson y Gallager (1991) o el de Barber, Crits-Cristoph y Luborsky (1996) encontraron que la alianza terapéutica explicaba entre un 36% y un 57% de la variancia del resultado al final de la terapia, así como los estudios en los que han encontrado que la alianza terapéutica es un buen predictor del resultado terapéutico (Henry y Strupp 1994; Horvath y Symonds, 1991; Orlinsky, Grawe y Parks, 1994; véase para una revisión Corbella y Botella, 2004a). Estos resultados han despertado el interés por la investigación de los componentes que influyen en la construcción y desarrollo de la alianza terapéutica (Corbella y Botella, 2004a).

Obegi (2008) expone como el componente de la alianza es el que desempeña un papel crucial en el apoyo a la labor de la terapia. Este autor considera que la teoría del apego, con su énfasis en el desarrollo y la dinámica de las relaciones íntimas, puede ayudar a ampliar nuestra comprensión del vínculo terapeuta-cliente.

Bowlby (1995) define el apego como "cualquier forma de conducta que tiene como resultado el logro o la conservación de la proximidad con otro individuo claramente identificado al que se considera más capacitado para enfrentarse al mundo. Esto resulta sumamente obvio cada vez que la persona está asustada, fatigada o enferma y se siente aliviada con el consuelo y los cuidados" (p. 40). Los patrones de apego se desarrollan en la temprana infancia y están directamente relacionados con la historia de interacciones entre el niño y sus cuidadores, en cuanto a la satisfacción o no de los requerimientos del niño de cercanía, acogida y protección frente al temor, dolor y fatiga, entre otros (Bowlby, 1969, 1979). La calidad de estos vínculos permitirá tanto el desarrollo socio-emocional como mental de los niños/as, y sus raíces se encuentran primordialmente en la infancia temprana (Sroufe, 2000). Los patrones de apego sugeridos originalmente por Bowlby fueron categorizados en términos de apego seguro, apego inseguro ansioso-ambivalente y apego inseguro evitativo (Ainsworth, Blehar, Waters y Wall, 1978), añadiéndose posteriormente el apego desorganizado (Main y Solomon, 1986).

Los teóricos del apego sostienen que los patrones de apego son relativamente estables, y esto es debido principalmente a la persistencia de los modelos mentales del sí mismo y de los otros, que operan en un contexto de entorno familiar relativamente estable (Stein, et al., 2002). Por otro lado, reconocen que la conducta de apego no es algo fijado en el tiempo, sino que es susceptible de modificación.

La revisión de Feeney y Noller (2001) concluye que es válido considerar que algunas relaciones adultas son relaciones de apego. Las relaciones entre adultos y sus padres y, en psicoterapia, entre pacientes y terapeutas, es probable que presenten las propiedades de los vínculos de apego.

El estilo de apego del paciente influye en los resultados y en el proceso terapéutico. Existen distintos estudios que examinan la relación entre el estilo de apego del paciente y los resultados en psicoterapia (véase revisión de Castonguay y Beutler, 2006). Los resultados convergen en tres hallazgos importantes: los pacientes con apego seguro tienden a obtener mejores resultados; los pacientes con apegos preocupados o inseguros tienden a responder más pobremente; los pacientes con estilos de apego seguros obtienen más beneficio con tratamientos breves.

Más recientemente, algunas investigaciones se han centrado en estudiar la relación entre el tipo de apego de pacientes adultos y la alianza terapéutica. Se ha observado que el estilo de apego inseguro está asociado con evaluaciones más bajas de la alianza, mientras que el estilo de apego seguro lo está con las evaluaciones más altas (Eames y Roth, 2000). Este mismo estudio también indicó que la frecuencia de ruptura estaba asociada al tipo de apego: un apego ansioso con rupturas más frecuentes y un apego evitativo con una frecuencia menor de rupturas.

El presente estudio tiene como objetivo profundizar en el conocimiento de la relación entre el estilo de apego del paciente y la construcción de la alianza terapéutica; el estilo de apego del paciente es una variable a tener en cuenta en la construcción del vínculo terapéutico y que consideramos de importancia a la hora de iniciar un proceso psicoterapéutico. Planteamos como hipótesis que los estilos de apego seguros (baja puntuación en la subescala ansiedad y evitación del ECR-S de Alonso-Arbiol et al., 2007) muestran una mayor alianza terapéutica (WATOCI, Corbella y Botella, 2004b), a diferencia de los pacientes con estilos de apego inseguros (ambivalentes, ansiosos y evitativos) que obtienen puntuaciones menores en la alianza terapéutica.

Método

Muestra

En este estudio han participado 30 pacientes que iniciaron un proceso psicoterapéutico entre el 2007 y 2009, en el Servei d'Assessorament i Assistència Psicològica Blanquerna (SAAP) de Barcelona. Un total de 21 mujeres y 9 hombres con edades comprendidas entre los 19 y 48 años, con una media de 29.30 años y una desviación típica de 7.57. Los motivos de demanda de los pacientes fueron, por orden de mayor a menor frecuencia, los que se presentan en la Tabla 1.

Tabla 1

Distribución de la muestra de pacientes según los motivos de demanda

Motivo de demanda	Porcentaje de pacientes
Ansiedad/estrés	25.9%
Problemas relacionales e interpersonales	20.5%
Depresión	17.2%
Problemas de autoestima	10%
Trastornos alimentarios	5%
Problemas de ámbito laboral o académico	3.8%
Pérdida/duelo	3.8%
Demandas inespecíficas	3.8%
Problemas de personalidad	3.3%
Adicciones	2.9%
Problemas físicos/psicosomáticos	2.1%
Trauma, abuso o maltrato	1.3%
Condiciones de vida desfavorables	.4%

Procedimiento

Dicha muestra se selecciona aleatoriamente mediante los expedientes de pacientes del *Servei d'Assessorament i Atenció Psicològica*, en el que como criterio único de inclusión, los participantes han debido realizar 8 sesiones de psicoterapia como mínimo, ya que se analizan las 8 primeras sesiones de la alianza terapéutica, y han debido responder el cuestionario de ECR-S en la primera sesión de psicoterapia. Se les pide un consentimiento informado en el que los pacientes firman, en plena libertad, el documento en el que se les informa que se les administrarán cuestionarios de evaluación cuyos datos pueden ser utilizados en supervisiones y/o en investigación.

Instrumentos

El material de evaluación consta de dos cuestionarios. Se les administra el Cuestionario de Relaciones Interpersonales (ECR-S de Alonso-Arbiol et al., 2007) en la primera sesión de terapia y el Cuestionario para evaluar la alianza terapéutica (WATOCI; Corbella y Botella, 2004b) de la primera a la octava sesión. Se analizan las ocho sesiones del WATOCI. La relación entre alianza terapéutica y resultado en psicoterapia obtiene más fuerza cuando la alianza es evaluada en la fase inicial del proceso (segunda a sexta sesión), por lo que la alianza medida en las primeras sesiones es un mejor predictor del resultado final de la terapia, que la alianza evaluada en la fase intermedia o cuando se han realizado muchas sesiones (DeRubeis y Feeley, 1990; Horvath y Luborsky, 1993).

Weeerasekera et al. (2001, citado en Corbella y Botella, 2004a) encontraron una correlación mayor entre la alianza y el resultado de la terapia cuando la alianza se evaluaba en la octava sesión, por lo que las primeras sesiones son importantes en el establecimiento de una buena relación paciente-terapeuta. El WATOCI está formado por 4 subescalas (a) acuerdo en tareas, b) acuerdo en objetivos, c) vínculo positivo y d) teoría del cambio). Tres de las subescalas del WATOCI son las que configuran el WAI (*Working Alliance Inventory* de Horvath y Greenberg, 1989) a partir de la conceptualización de Bordin (1979) de la alianza terapéutica. El WAI tiene 3 subescalas que evalúan los tres componentes que configuran la alianza terapéutica; vínculos, objetivos y tareas. Cada subescala está compuesta por 12 ítems de respuesta tipo Likert de 7 puntos. Duncan y Miller (1999) añadieron 5 ítems sobre la teoría del cambio, creando así el *Working Alliance Theory of Change Inventory* (WATOCI). Está formado por 17 ítems, 12 de los cuales evalúan las 3 subescalas del WAI y los otros 5 evalúan la subescala de la teoría del cambio. Los 17 ítems están formulados para ser contestados por el paciente en una escala tipo Likert de 7 puntos. La versión española del WATOCI presenta unas características psicométricas satisfactorias (Corbella y Botella, 2004b).

El instrumento de evaluación de Relaciones Interpersonales (ECR-S) de Alonso-Arbiol et al. (2007), es una adaptación a la versión española del cuestionario *Experiences in Close Relationships* (ECR) de Brennan, Clark y Shaver (1998). Esta adaptación mantiene la misma estructura de dos factores, las dos subescalas de ansiedad y evitación. Estos autores hacen una revisión previa de los inicios de la investigación de los estilos de apego (Ainsworth, Blehar, Waters y Walls's, 1978, en Alonso-Arbiol et al. 2007) en el que describen tres categorías tipológicas de los apegos infantiles, seguros, ansiosos y evitativos. Hazan y Shaver (1987) identificaron estilos similares en las relaciones adultas de amor. Se basan pues, en el cuestionario en versión inglesa, para construir la versión española con un alto grado de fiabilidad y validez. Dicho cuestionario,

tiene 36 ítems con escala Likert del 1 (totalmente en desacuerdo) al 7 (totalmente de acuerdo).

Resultados

Se obtienen las puntuaciones totales del ECR-S para las dos subescalas (evitación y ansiedad) y para cada uno de los 30 participantes. La media del total de sujetos para la escala de evitación del ECR-S es de 2.98 con desviación típica de .94, y para la escala de ansiedad, la media es de 4.35 y la desviación típica de .97.

También se obtienen las puntuaciones totales del WATOCI para cada sujeto y de cada una de las sesiones de la 1ª a la 8ª, es decir, las puntuaciones totales de cada subescala como es tareas, vínculos y objetivos, y la subescala de teoría del cambio. Las medias y desviaciones típicas del total de sujetos de cada una de las ocho sesiones, tanto del WATOCI fragmentado en las 3 subescalas como del WATOCI completo, quedan reflejadas en la Tabla 2.

Tabla 2
Medias y desviaciones típicas del WATOCI (vínculo, tareas, objetivos) y del WATOCI (completo) de la 1ª a la 8ª sesión

	Media	DT
WATOCI 1 (V, T, M)	67.83	6.62
WATOCI 1 (completo)	96.40	8.22
WATOCI 2 (V,T,M)	69.53	7.66
WATOCI 2 (completo)	98.57	9.82
WATOCI 3 (V,T,M)	70.23	7.61
WATOCI 3 (completo)	99.57	10.46
WATOCI 4 (V,T,M)	70.20	8.49
WATOCI 4 (completo)	99.33	11.67
WATOCI 5 (V,T,M)	71.77	7.35
WATOCI 5 (completo)	100.97	9.64
WATOCI 6 (V,T,M)	71.97	6.48
WATOCI 6 (completo)	100.77	9.87
WATOCI 7 (V,T,M)	71.77	8.07
WATOCI 7 (completo)	100.90	11.67
WATOCI 8 (V,T,M)	71.57	8.20
WATOCI 8 (completo)	100.63	12.27

Uno de los objetivos de este estudio es analizar cómo, según el estilo de apego del paciente, se construye la alianza terapéutica. Para ello se realiza una Correlación Bivariada de Pearson entre la dimensión de estilo de apego de evitación y la alianza terapéutica mediante el WATOCI de la 1ª a la 8ª sesión. Lo mismo se realiza con la dimensión de estilo de apego ansioso. El objetivo es ver cómo se correlacionan las subescalas del ECR-S con la fuerza de la alianza terapéutica sesión a sesión. Dichos resultados se observan en la Tabla 3, en el que se muestran las correlaciones. Los resultados muestran como la subescala de evitación (ECR-S) no correlaciona significativamente con la alianza terapéutica (WATOCI) en ninguna de las sesiones. En cambio sí que encontramos correlaciones (negativas) significativas entre la escala de ansiedad (ECR-S) y alianza (WATOCI) a medida que avanza el proceso terapéutico. La correlación no es significativa en las primeras cinco sesiones, pero a partir de la sexta encontramos una correlación negativa moderada ($p < .05$) entre la subescala de ansiedad por las relaciones del (ECR-S) y la puntuación del WATOCI. De manera que los pacientes con mayor puntuación en la subescala ansiedad (ECR-S) obtenían puntuaciones menores en la alianza terapéutica (WATOCI).

Tabla 3
Correlación de Pearson entre la dimensión de estilo de apego evitativo y ansioso y la fuerza de la alianza terapéutica

	ECR EVITACIÓN	ECR ANSIEDAD
WATOCI 1 (V,T,M)		
<i>Correlación de Pearson</i>	-.095	-.131
<i>Sig. (bilateral)</i>	.617	.490
<i>N</i>	30	30
WATOCI 1 (completo)		
<i>Correlación de Pearson</i>	-.127	-.150
<i>Sig. (bilateral)</i>	.505	.430
<i>N</i>	30	30
WATOCI 2 (V,T,M)		
<i>Correlación de Pearson</i>	.006	-.135
<i>Sig. (bilateral)</i>	.977	.476
<i>N</i>	30	30
WATOCI 2 (completo)		
<i>Correlación de Pearson</i>	-.048	-.162
<i>Sig. (bilateral)</i>	.801	.394
<i>N</i>	30	30
WATOCI 3 (V,T,M)		
<i>Correlación de Pearson</i>	-.086	-.273
<i>Sig. (bilateral)</i>	.652	.145
<i>N</i>	30	30
WATOCI 3 (completo)		
<i>Correlación de Pearson</i>	-.142	-.292
<i>Sig. (bilateral)</i>	.453	.145
<i>N</i>	30	30

WATOICI 4 (V,T,M)		
Correlación de Pearson	-.115	-.234
Sig. (bilateral)	.544	.213
N	30	30
WATOICI 4 (completo)		
Correlación de Pearson	-.192	-.274
Sig. (bilateral)	.310	.142
N	30	30
WATOICI 5 (V,T,M)		
Correlación de Pearson	-.029	-.250
Sig. (bilateral)	.878	.183
N	30	30
WATOICI 5 (completo)		
Correlación de Pearson	-.187	-.250
Sig. (bilateral)	.321	.183
N	30	30
WATOICI 6 (V,T,M)		
Correlación de Pearson	-.063	-.355*
Sig. (bilateral)	.742	.047
N	30	30
WATOICI 6 (completo)		
Correlación de Pearson	-.171	-.390*
Sig. (bilateral)	.366	.033
N	30	30
WATOICI 7 (V,T,M)		
Correlación de Pearson	.037	-.420*
Sig. (bilateral)	.485	.021
N	30	30
WATOICI 7 (completo)		
Correlación de Pearson	-.017	-.386*
Sig. (bilateral)	.927	.035
N	30	30
WATOICI 8 (V,T,M)		
Correlación de Pearson	-.052	-.471**
Sig. (bilateral)	.786	.009
N	30	30
WATOICI 8 (completo)		
Correlación de Pearson	-.184	-.400*
Sig. (bilateral)	.331	.028
N	30	30

* Diferencias significativas con un $p < .05$ (bilateral)

** Diferencias significativas con un $p < .01$ (bilateral)

Se correlacionan las dos dimensiones del estilo de apego con tres subescalas (tareas, vinculo y objetivos) del WATOICI (por separado) en las tres últimas sesiones evaluadas (6^a, 7^a, 8^a), ya que se observa que a medida que avanzan las sesiones, concretamente a partir de la 6^a, la correlación es significativa respecto a la subescala ansiedad del ECR-S ($p < .05$). Los resultados muestran que tres componentes del WATOICI

(tareas, vínculo y objetivos) correlacionan con la dimensión de apego ansioso en la 6ª, 7ª y 8ª sesión. El factor que obtiene una correlación mayor es el de acuerdo en objetivos en la 8ª sesión (ver la Tabla 4).

Tabla 4
Correlación entre subescala evitación y ansiedad con las tres variables del WATOCl, tareas, vínculos y objetivos (TW, VW y MW) de la 6ª, 7ª, 8ª sesión.

	ECR EVITACIÓN	ECR ANSIEDAD
TW6		
<i>Correlación de Pearson</i>	.069	-.378*
<i>Sig. (bilateral)</i>	.719	.039
<i>N</i>	30	30
VW6		
<i>Correlación de Pearson</i>	-.007	-.287
<i>Sig. (bilateral)</i>	.970	.125
<i>N</i>	30	30
MW6		
<i>Correlación de Pearson</i>	-.220	-.309
<i>Sig. (bilateral)</i>	.243	.096
<i>N</i>	30	30
TW7		
<i>Correlación de Pearson</i>	.044	-.300
<i>Sig. (bilateral)</i>	.818	.107
<i>N</i>	30	30
VW7		
<i>Correlación de Pearson</i>	.040	-.328
<i>Sig. (bilateral)</i>	.834	.076
<i>N</i>	30	30
MW7		
<i>Correlación de Pearson</i>	0.16	-.497**
<i>Sig. (bilateral)</i>	.932	.005
<i>N</i>	30	30
TW8		
<i>Correlación de Pearson</i>	.028	-.292
<i>Sig. (bilateral)</i>	.882	.117
<i>N</i>	30	30
VW8		
<i>Correlación de Pearson</i>	.021	-.371*
<i>Sig. (bilateral)</i>	.914	.043
<i>N</i>	30	30
MW8		
<i>Correlación de Pearson</i>	-.163	-.487**
<i>Sig. (bilateral)</i>	.390	.006
<i>N</i>	30	30

* Diferencias significativas con un $p < .05$ (bilateral)

** Diferencias significativas con un $p < .01$ (bilateral)

Se realiza una regresión lineal con el objetivo de ver si la dimensión de estilo de apego predice el establecimiento de la alianza terapéutica. Se realiza dicha regresión con la octava sesión del WATOCI (ver Tabla 5). Los resultados muestran que la dimensión ansiedad predice un cierto porcentaje de la variancia de la alianza. A mayor ansiedad, menos alianza, b es de $-.485$; por cada unidad que incrementa de ansiedad, disminuye -4.095 de la alianza. El estilo de apego ansioso predice el 23.5% de la variancia del WATOCI en la octava sesión.

Tabla 5
Anova de la dimensión evitación y ansiedad respecto a la dimensión WATOCI de la 8ª sesión

	ECR EVITACIÓN	ECR ANSIEDAD
<i>R SQUARE</i>	.235	.235
<i>B</i>	-.971	-.4095
<i>BETA</i>	-.112	-.485
<i>SIG.</i>	.513	.008

Los resultados obtenidos confirman parcialmente los que se esperaba al encontrar una correlación moderada y estadísticamente significativa entre la subescala ansiedad (ECR-S) y la alianza terapéutica (WATOCI), pero no así entre la subescala evitación (ECR-S) y la alianza terapéutica (WATOCI). De manera que los resultados ponen de manifiesto la relevancia de la dimensión ansiedad (ECR-S) del apego del paciente en la construcción de la alianza terapéutica. Así pues, el establecimiento de la alianza es un proceso relacional en el que participan tanto terapeuta como paciente y por tanto los estilos de apego de los pacientes son variables que influyen en ésta.

Discusión

Las conclusiones obtenidas son varias. Por un lado, observamos que los pacientes consiguen superar sus dificultades vinculares asociadas a una menor puntuación en la subescala evitación del estilo de apego. Dicho resultado se observa en la Tabla 3, en el que los estilos de apego evitativos no correlacionan significativamente con la construcción de la alianza terapéutica ($p < .05$). Podríamos entender el resultado en el sentido de que cuanto mayor es la puntuación de estilo de apego evitativo del paciente mayor es la probabilidad de que se hayan concienciado antes de iniciar un proceso psicoterapéutico y por lo tanto se han acercado más a la superación de sus dificultades de relación. También, probablemente, aquellos sujetos que iniciaron la psicoterapia podrían tener

bajo estilo de apego evitativo por lo que no influenciaría en el establecimiento de una buena relación terapéutica.

Ahora, los pacientes con estilo de apego ansioso tienen dificultades en el establecimiento de objetivos conjuntas con el terapeuta a medida que avanza la psicoterapia, porque, probablemente la posibilidad real de crear cambios en su vida, activa el patrón ansioso, dando lugar a que aparezcan dificultades no tanto en el vínculo, sino en los objetivos. Es decir, los resultados muestran que la alianza correlaciona negativamente con el estilo de apego ansioso, pero desglosándolo en sus factores, se analiza que la correlación negativa es más significativa en el factor objetivo. Por ello, los pacientes con estilo de apego ansioso, no les pone nervioso el vínculo con su terapeuta, sino los objetivos a realizar en terapia, ya que ese cambio a realizar supone un cambio en el sistema de constructos, en sus aspectos más nucleares, que de por sí, es la finalidad de la terapia.

¿Y por qué a medida que avanzan las sesiones? Porque a medida que la terapia corre su camino, el paciente siente la posibilidad real de cambio. Durante las 5 primeras sesiones el paciente de estilo de apego ansioso, se siente cómodo con el terapeuta, el vínculo es bueno, el terreno se está tanteando, pero al llegar a la sexta sesión, el cambio es más inminente, por lo que el paciente se retrae sin posibilidad de cambio real. La meta se ve obstaculizada, y por ende la relación terapéutica con su terapeuta se debe cuestionar y reflexionar, ya que hay una dificultad, que con el paso de las sesiones, aumenta.

Otra posible lectura que se desprende de dichos resultados es que los pacientes con estilos de apego ansiosos quieren resultados más inmediatos, si con el transcurso de la terapia estos cambios no se producen, el paciente se empieza a cuestionar el vínculo con su terapeuta, es decir, la alianza terapéutica se ve amenazada. Esto se plasma en la correlación negativa existente que se observa en la Tabla 4, que va en crescendo a medida que transcurren las sesiones, sobretodo de la 6ª a la 8ª.

Analizando los factores tareas, vínculos y objetivos del WATOCI en relación con los estilos de apego, se observa que el factor objetivos es el que más negativamente correlaciona con el estilo de apego ansioso, es decir, lo que comentábamos con anterioridad de que a medida que el paciente ve el cambio inminente, la alianza terapéutica se debilita, y este proceso va en aumento. Comentar que posiblemente el hecho de no correlacionar con más sesiones de psicoterapia, limita el estudio, ya que no podemos plasmar como sería la alianza a medida que transcurren más sesiones después de la octava, si dicha correlación aumenta o no. Sería recomendable seguir el estudio con el análisis de más sesiones.

Los resultados corroboran algunos de los estudios mencionados en este trabajo, como por ejemplo el de Eames y Roth (2000) en el que encontraron que pacientes adultos con apego ansioso puntuaban menor

alianza o el de Sauer, López y Gormley (2003) que encontraron que estilos de apego inseguro, como ansioso o evitativo, obstaculizan o dificultan la construcción de la alianza terapéutica.

Los resultados encontrados apoyan nuestra hipótesis inicial en el que el estilo de apego del paciente adulto es una variable influyente en el establecimiento de la alianza terapéutica, aunque los resultados nos muestran una mayor correlación entre la subescala ansiedad del estilo de apego (ECR-S) y la alianza.

Tal y como decía Obegi (2008), la teoría del apego es una lente a través del cual podemos ampliar nuestra comprensión del vínculo terapeuta-cliente. Es por tanto recomendable investigar más en dicha teoría y indagar cómo ésta se relaciona con la psicoterapia, con el objetivo final de mejorar en los resultados psicoterapéuticos y en el proceso relacional de construcción de la alianza entre terapeuta y paciente.

Referencias

- Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E. y Wall, S. (1978). *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation*. New Jersey: Erlbaum.
- Alonso-Arbiol, I., Balluerka, N. y Shaver, P.R. (2007). A Spanish version of the Experiences in Close Relationships (ECR) adult attachment questionnaire. *Personal Relationships*, 14, 45-63.
- Barber, J.P., Critis-Cristoph, P., y Luborsky, L. (1996). Effects of therapist adherence and competence on patient outcome in brief dynamic therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(3), 619-622.
- Beck A.T, Rush A.J, Shaw B.F, y Emery G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée de Brouwer,
- Bordin, E. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16(3), 252-260.
- Botella, L., y Feixas, G. (1998). *Teoría de los constructos personales: Aplicaciones a la práctica psicológica*. Barcelona: Laertes
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss* (Vol.1). New York: Basic Books
- Bowlby, J. (1979). *Vínculos afectivos: Formación, desarrollo y pérdida*. Madrid: Morata.
- Bowlby, J. (1995). *Una base segura*. Barcelona: Paidós.
- Brennan, K.A., Clark, C.L y Shaver, P.R. (1998). Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview. En *Attachment Theory and Close Relationships*, (46-76). New York: Guilford
- Castonguay, L.G. y Beutler, L. (2006). *Principles of Therapeutic Change That Work*. Oxford University Press: New York.
- Corbella, S. y Botella, L. (2003). *La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación* [versión electrónica]. *Revista Anales de Psicología*, 2(19), 205-221.
- Corbella S. y Botella L. (2004a). *Investigación en psicoterapia: Proceso, resultado y factores comunes*. España: Vision Net
- Corbella, S. y Botella, L. (2004b). Psychometric properties of the spanish version of the working alliance theory of change inventory (WATOCI). *Psicothema*, 16(4), 702-705
- DeRubeis, R. y Feeley, M. (1990). Determinants of change in cognitive therapy for depression. *Cognitive Therapy Research*, 14(5), 469-482.

- Duncan, B. y Miller, S (1999). Working Alliance Theory of Change Inventory (WATO-CI). En *The Institute for the Study of Therapeutic Change (ISTC) and Partners for Change* (En línea) <<http://www.taligcure.com>>
- 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
- Feeney, J. y Noller, P. (2001). *Apego adulto*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Gaston, L., Marmar, C.R. Thompson, L.W. y Gallager, D. (1991). Alliance prediction of outcome beyond intreatment symptomatic change as psychotherapy progresses. *Psychotherapy Research, 1*, 104-112.
- Hazan, C. y Shaver, P.R. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology, 52*, 511-524
- Henry, W. y Strupp, H. (1994). The therapeutic alliance as interpersonal process, Horvath, Adam O. (Ed); Greenberg, Leslie S. (Ed). (1994). *The working alliance: Theory, research, and practice*. Wiley series on personality processes. (pp. 51-84). New York: John Wiley and Sons.
- Horvath, A.O. y Greenberg, L.S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology, 36*, 223-233.
- Horvath, A.O. y Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61(4)*, 561-573
- Horvath, A.O., y Symonds, B.D. (1991). Relation between alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology, 38*, 139-149.
- Krupnick, J. et al. (1996). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy and pharmacotherapy outcome: Findings in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 532-539
- Lambert, M. (1992). Implications of psychotherapy outcome research for eclectic and integrative psychotherapies. En *Handbook of Psychotherapy Integration*. New York: Basic Books
- Luborsky, L. (1976). *Helping Alliances in Psychotherapy*. En J. L. Cleghorn (Ed.), *Successful psychotherapy* (pp. 92-116). New York: Brunner/Mazel.
- Main, M. y Solomon, J. (1986). Discovery of an insecure-desorganized/desoriented attachment pattern: Procedures, findings and implications for the classification of behavior. En *Affective Development in Infancy*, (95-124) Norwood, NJ: Ablex.
- Obegi, J. (2008, December). The development of the client-therapist bond through the lens of attachment theory. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 45(4)*, 431-446
- Safran, J. y Muran, J. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. New York, NY, US: The Guilford Press.
- Sauer, E.M., Lopez, F. G. y Gormley, B. (2003). Respective contributions of therapist and client adult attachment orientations to the development of the early working alliance: A preliminary growth modeling study. *Psychotherapy Research, 13*, 371-382.
- Sroufe, A. (2000). *Desarrollo emocional. La organización de la vida emocional en los primeros años*. México: Oxford University Press.
- Stein, H., Koontz, A., Fonagy, P., Allen, J., Fultz, J., Brethour, J., Allen, D. y Evans, R. (2002). Adult attachment: What are the underlying dimensions? *Clinical Psychology & Psychotherapy, 75*, 77-91