



UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

**ALIANZA TERAPÉUTICA EN PSICOTERAPIA:
CONCEPCIÓN E IMPORTANCIA ATRIBUIDA POR
PSICOTERAPEUTAS CON DISTINTAS ORIENTACIONES
TEÓRICAS QUE TRABAJAN EN EL CENTRO DE
PSICOLOGÍA APLICADA DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE
(CAPs)**

Memoria para optar al Título Profesional de Psicóloga

**MARGARITA LORENA ARREDONDO RÍOS
PAOLA ANDREA SALINAS RUIZ**

Profesora Patrocinante: María Inés Diez Escobar

Asesora Metodológica: Iris Gallardo Rayo

Santiago, Noviembre 2005.

A mi madre, Lucía, por su amor y apoyo incondicional en cada instante de mi vida.

A Pedro, por su nobleza y amor de padre... por elegirme como hija.

A ambos, por alentarme siempre a trabajar para alcanzar mis sueños.

A mi "mami", por su infinito amor... por construir conmigo un amor que trasciende conceptualizaciones.

Margarita.

A mis papás Miriam y Miguel, por entregarme las herramientas necesarias para desarrollarme como ser humano.

A mi mamá, especialmente, por su incomparable esfuerzo para permitirme estudiar lo que siempre quise.

A mi abuelita por amarme y aceptarme incondicionalmente.

A mi tía Nancy, por todo su apoyo y amor desinteresado.

Paola.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a todos quienes colaboraron en la realización de esta investigación, especialmente a María Inés Diez, por su constante apoyo y guía desde el inicio de este proyecto; a Lucía y Pedro, por su inagotable disposición y ayuda; a Carolina Livacic, por su colaboración en el área metodológica y a todos los psicólogos que accedieron a ser entrevistados.

TABLA DE CONTENIDOS

INTRODUCCION.....	8
I MARCO TEORICO.....	11
1. Psicoterapia, Relación Terapéutica y Alianza Terapéutica.....	11
1.1. Psicoterapia.....	11
1.2. Relación Terapéutica.....	13
1.3. Alianza Terapéutica.....	16
2. Modelos Teóricos de Psicoterapia y Relación Terapéutica.....	18
2.1. Modelo Psicoanalítico.....	18
2.1.1. Relación Terapéutica en la Orientación Psicoanalítica.....	24
2.2. Modelo Humanista.....	31
2.2.1. Relación Terapéutica en la Orientación Psicoanalítica.....	33
2.3. Modelo Constructivista Cognitivo.....	36
2.3.1. Relación Terapéutica en la Orientación Constructivista - Cognitiva	39
2.4. Modelo Sistémico.....	41
2.4.1. Relación Terapéutica en la Orientación Sistémica.....	43
3. Bordin y la Alianza de Trabajo: Una Conceptualización Transteórica de Alianza Terapéutica.....	48
4. Investigación sobre Alianza Terapéutica.....	53
4.1. Instrumentos de Evaluación.....	53
4.2. Relación entre Calidad de la Alianza Terapéutica y Resultados de la	

Psicoterapia.....	54
4.3. Factores que influyen en el Desarrollo de la Alianza Terapéutica.....	57
4.3.1. El Terapeuta como Variable Influyente en la Alianza Terapéutica.	57
4.3.2. El Paciente como Variable Influyente en la Alianza Terapéutica....	59
4.3.3. La Interacción entre Terapeuta y Paciente como Variable Influyente en la Alianza Terapéutica.....	61
4.4. Desarrollo de la Alianza Terapéutica: Fases Críticas	62
II OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION.....	65
1. Objetivo General.....	65
2. Objetivos Específicos.....	65
III MARCO METODOLOGICO.....	66
1. Perspectiva Metodológica.....	66
2. Tipo y Diseño de la Investigación.....	67
3. Población y Muestra.....	68
4. Instrumento de Medición.....	69
5. Validez y Confiabilidad.....	71
6. Procedimiento: Recolección de Información.....	72
7. Análisis de Datos.....	73
IV RESULTADOS DE LA INVESTIGACION.....	75
1. Presentación de los Resultados.....	76

1.1. Enfoque Psicoanalítico.....	76
1.2. Enfoque Humanista.....	90
1.3. Enfoque Constructivista – Cognitivo.....	103
1.4. Enfoque Sistémico	116
2. Análisis de los Resultados.....	129
2.1. Discusión y Análisis Intra - Enfoque.....	129
2.1.1. Enfoque Psicoanalítico.....	129
2.1.2. Enfoque Humanista.....	133
2.1.3. Enfoque Constructivista – Cognitivo.....	136
2.1.4. Enfoque Sistémico.....	139
2.2. Discusión y Análisis Inter - Enfoques.....	143
2.3. Convergencias y Divergencias Inter – Enfoques.....	147
2.4. Relación Entre el Concepto de Alianza Terapéutica que Manejan los Entrevistados y la Teoría de la Alianza de Trabajo de Edward Bordin.....	153
V CONCLUSIONES.....	159
VI SUGERENCIAS Y LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN FUTURAS.....	163
BIBLIOGRAFÍA.....	165

ANEXOS

ANEXO 1: Pauta de Entrevista

ANEXO 2: Centro de Psicología Aplicada (CAPs)

INDICE DE CUADROS

Cuadro N° 1: Datos de la Muestra.....	69
Cuadro N° 2: Noción de Alianza Terapéutica – Convergencias.....	147
Cuadro N° 3: Noción de Alianza Terapéutica – Divergencias.....	148
Cuadro N° 4: Función e Importancia de la Alianza Terapéutica – Convergencias....	149
Cuadro N° 5: Función e Importancia de la Alianza Terapéutica – Divergencias.....	149
Cuadro N° 6: Práctica Terapéutica – Convergencias.....	150
Cuadro N° 7: Práctica Terapéutica – Divergencias.....	151
Cuadro N° 8: Calidad de la Alianza Terapéutica y Resultados de la Psicoterapia – Convergencias.....	152
Cuadro N° 9: Calidad de la Alianza Terapéutica y Resultados de la Psicoterapia – Divergencias.....	152

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo central, conocer y describir las concepciones que tienen los / as psicoterapeutas del Centro de Psicología Aplicada de la Universidad de Chile (CAPs), acerca de la alianza terapéutica y la importancia que le atribuyen a ésta en el proceso psicoterapéutico. Para ello se revisaron los antecedentes teóricos existentes respecto al tema, tanto de Chile como del extranjero.

La metodología empleada para la realización de este estudio fue de tipo cualitativa. Para la recolección de información se utilizó una entrevista semi estructurada, que fue aplicada a un total de doce psicólogos / as con distintas orientaciones teóricas, que actualmente trabajan en el Centro de Psicología Aplicada de la Universidad de Chile (CAPs).

La información obtenida fue analizada con la técnica de Análisis de Contenido y clasificada de acuerdo a categorías y subcategorías predefinidas en la pauta de entrevista. A partir de las coincidencias en los discursos de los entrevistados, se construyeron tipologías que sintetizan sus planteamientos con respecto a los distintos temas abordados en cada categoría.

Los resultados indican que los psicólogos de distintas orientaciones teóricas que trabajan en el Centro de Psicología Aplicada de la Universidad de Chile (CAPs), aún cuando no manejan una definición precisa del concepto alianza terapéutica, lo asocian principalmente con los conceptos de vínculo y relación terapéutica. Además en la mayoría de los enfoques se enfatizan aspectos relativos a la teoría que define su modelo de trabajo.

Otros conceptos asociados al concepto de alianza terapéutica son los de colaboración, confianza, empatía, seguridad, acuerdo y compromiso.

Para todos los enfoques, la alianza terapéutica es un elemento esencial en el proceso de psicoterapia y está altamente relacionado con sus resultados.

Dado los resultados de esta investigación, cabe destacar que el modelo de Alianza de Trabajo propuesto por Edward Bordin es aplicable a los distintos enfoques abordados en este estudio.

INTRODUCCIÓN

La psicoterapia se conoce como un tratamiento de naturaleza psicológica que a partir de manifestaciones psíquicas o físicas de sufrimiento humano, promueve el logro de cambios o modificaciones en el comportamiento, la adaptación al entorno, la salud física y psíquica, la integridad de la identidad psicológica y el bienestar bio-psico-social de las personas y grupos, tales como la pareja o la familia. (Feixas y Miró, 1993).

En las últimas décadas autores de distintas líneas teóricas han llegado a concluir que el cambio en el proceso psicoterapéutico sería atribuible a factores comunes compartidos por los diversos enfoques. Estos factores, también llamados variables inespecíficas, son definidos como aquellos aspectos del paciente, del terapeuta y de la relación entre ambos, que son comunes a cualquier psicoterapia independiente de las técnicas o marco teórico empleado (Opazo, 2001).

El estudio de los factores comunes ha llevado a importantes cambios en la teoría y práctica psicoterapéutica, comenzándose a reconocer la relación terapéutica como un mecanismo fundamental del cambio (Salvo, 2002). En este contexto adquiere relevancia el concepto de alianza terapéutica, que ha sido usado para explicar la relación existente entre terapeuta y paciente durante el proceso psicoterapéutico, en donde ambos trabajan juntos en armonía (Weinberg, 1996 en Santibáñez, 2001).

Este concepto se ha ido construyendo a través del tiempo con los planteamientos y aportes de distintos teóricos e investigadores, cuyo interés ha generado en las últimas décadas, una cantidad considerable de investigaciones a nivel mundial, correlacionando diversos aspectos de la alianza terapéutica con los resultados del tratamiento (Santibáñez, 2003). Se estima que aproximadamente un 40% de la variabilidad en relación a la eficacia de todas las formas de psicoterapia podría deberse a la calidad de la alianza terapéutica (Valdivieso, 1994).

Como la alianza terapéutica es un concepto que continúa siendo revisado, resulta relevante conocer las concepciones que tienen de él los / as psicólogos/ as que realizan psicoterapia en nuestro país, particularmente en la Universidad de Chile, así como la importancia que le atribuyen a ésta en el proceso psicoterapéutico.

Considerando la escasa cantidad de estudios existentes en Chile sobre este tema, entre los cuales se pueden mencionar a Santibáñez (2001); Weinstein (1997); Romero, Bejarano y Álvarez (2001), esta investigación se presenta como un aporte al cuerpo de conocimientos en el área de la psicología y, particularmente, de la psicoterapia.

Esta investigación, como una aproximación a la práctica de la psicoterapia, permite dar cuenta de la importancia que se le atribuye a la alianza terapéutica y enfatizar el reconocimiento de ésta como un elemento principal de cambio y al mismo tiempo potenciar su estudio y aplicación como parte del trabajo psicoterapéutico.

La presente investigación pretende conocer y describir la concepción que tienen los / as psicólogos/ as de distintas orientaciones teóricas distintas, que realizan psicoterapia y que trabajan en el CAPs de la Universidad de Chile, acerca del concepto de alianza terapéutica y la importancia que le atribuyen a ésta dentro del proceso psicoterapéutico.

El carácter de este estudio es exploratorio – descriptivo y se utilizó como instrumento de medición, una entrevista semi estructurada, la información obtenida por medio de ella se analizó con el método de Análisis de Contenido.

Primero se realiza una revisión de algunas definiciones generales de psicoterapia, relación terapéutica y alianza terapéutica y se exponen brevemente los modelos de psicoterapia psicoanalítico, humanista, constructivista - cognitivo y sistémico y sus respectivas concepciones de la relación terapéutica.

Luego se presenta la teoría de Edward Bordin de la alianza de trabajo, debido a que este autor propone un modelo transteórico de alianza terapéutica que trasciende las particularidades otorgadas por las distintas escuelas psicoterapéuticas a este concepto.

Posteriormente, se revisan los hallazgos de las principales investigaciones que se han realizado en el contexto internacional en torno a la alianza terapéutica, incluyéndose los instrumentos que se han diseñado para su evaluación, la relación entre calidad de la alianza terapéutica y resultados de la psicoterapia, los principales factores que influyen en su desarrollo durante el proceso psicoterapéutico y lo que ha sido denominado como sus fases críticas.

Finalmente se presentan los resultados de la investigación en torno a tres líneas de análisis, Intra - enfoque, Inter - enfoque y una comparación de los resultados con el modelo propuesto por Bordin de Alianza de Trabajo.

I. MARCO TEÓRICO

1. Psicoterapia, Relación Terapéutica y Alianza Terapéutica

1. 1. Psicoterapia

Etimológicamente, psicoterapia significa “cuidar o asistir al espíritu, corazón o al ser de otra persona” (Kleinke, 1995, p.21)

Jerome Frank (1982 en Kleinke, op. cit. p.21) plantea que “la psicoterapia es una interacción planificada, cargada de emoción y de confianza entre un sanador socialmente reconocido y una persona que sufre”. En ella, el sanador intentaría aliviar el sufrimiento de quien consulta a través de comunicaciones simbólicas, pudiendo o no incluir a la familia u otras personas significativas del paciente en el proceso.

Siguiendo a Strotzka, psicoterapia es “un proceso interpersonal, consciente y planificado, que tiene por objetivo la modificación de estados de sufrimiento psíquicos o trastornos conductuales. Entre consultante y psicoterapeuta se establece una relación emocional enmarcada dentro de un contrato terapéutico que restringe la relación a la prosecución del fin consensuado. Esto constituye el núcleo ético de la relación psicoterapéutica. El núcleo técnico está constituido por los procedimientos empleados para alcanzar el fin; éstos se centran en el diálogo, básicamente en torno a las emociones, fantasías, concepciones y expectativas del paciente. Punto esencial, que distingue una psicoterapia profesional de otra que no lo es, lo constituye la técnica aplicada por el experto. Esta técnica psicoterapéutica ha sido aprendida y se basa en una teoría etiológica del enfermarse y de la mejoría” (Strotzka, S. en Moncada, Costas y Olivos, 1999, p. 94).

La psicoterapia ha sido considerada también, un proceso de “reeducación emocional” que facilitaría la adaptación a la realidad; donde la relación paciente / terapeuta proporcionaría una "experiencia emocional correctiva" (Alexander y French, 1965 en Ruiz, 2002).

En “Una Introducción a los Tratamientos Psicológicos”, Feixas y Miró (1995) plantean que contemporáneamente, se conoce a la psicoterapia como un tratamiento de naturaleza psicológica que a partir de manifestaciones psíquicas o físicas de sufrimiento humano, promueve el logro de cambios o modificaciones en el comportamiento, la adaptación al entorno, la salud física y psíquica, la integridad de la identidad psicológica y el bienestar bio-psico-social de las personas y grupos, tales como la pareja o la familia.. Estos autores describen cuatro elementos que serían esenciales en toda psicoterapia: el cliente, el psicoterapeuta, la relación terapéutica y el proceso terapéutico.

- El cliente: Es quien acude a los servicios psicoterapéuticos, generalmente por experimentar alguna dificultad o trastorno, lo suficientemente importante en su vida como para provocar un deseo consciente de cambio. De este modo, se considera paciente cualquier persona que siente la necesidad de realizar cambios que no puede realizar por si mismo y que requiere la ayuda de una persona especialmente preparada.
- El psicoterapeuta: Es quien posee una formación profesional y ciertas características personales. Una de las características más relevantes del papel del terapeuta es que intenta ayudar al paciente.
- La relación terapéutica: Es el elemento considerado esencial en toda psicoterapia. Se caracteriza por ser una relación de carácter profesional, donde el psicoterapeuta se interesa genuinamente por el paciente pero no forma parte de sus relaciones interpersonales cotidianas. Dado que este es un punto considerado central en la psicoterapia tanto teórica como clínicamente, existen distintas visiones de lo que debiera ser esta relación según los diferentes modelos terapéuticos.
- El proceso terapéutico: Se refiere al conjunto de procesos psicosociales que se dan desde el inicio al fin de la psicoterapia. La manera de concebir este proceso dependerá, en gran parte, del modelo psicoterapéutico que se adopte.

Si bien actualmente existen diversas concepciones acerca de lo que es la psicoterapia, en todas se describe como una instancia en la cual participa un sistema consultante que trae algún problema y un sistema terapéutico que intenta ayudarlo a encontrar soluciones de acuerdo a su propia formación profesional, cuyo objetivo es suprimir o aliviar el dolor que trae el que consulta (Berrios, 1999).

1. 2. Relación Terapéutica

Kleinke plantea que la importancia de desarrollar una buena relación terapéutica para el éxito de la terapia ha sido documentado en una importante cantidad de estudios empíricos (Saltzman et al., 1976; Waterhouse y Strupp, 1984; Orlinsky y Howard, 1986; Luborsky, Barber y Crits-Christoph, 1990 en Kleinke, 1995), y que es posible sostener que probablemente, la característica común más reconocida para la efectividad de la psicoterapia sea la trascendencia que entraña la relación terapéutica (Kleinke, op. cit.). En este sentido, J. Frank (1982, p.17 en Berrios, 1999) afirma que “la relación paciente - terapeuta es el fundamento de toda terapia”, haciendo referencia a la importancia de la creación de un buen vínculo terapéutico para lograr el objetivo de la terapia. Incluso se ha llegado a plantear que, en psicoterapia, la relación es lo que cura (Yalom, 1980 en Kleinke, 1995).

Diversos estudios empíricos en psicoterapia han investigado la relación paciente- terapeuta, buscando determinar cuáles son las condiciones esenciales para promover una relación verdaderamente terapéutica y cuál es la importancia de esta relación en el proceso de cambio (Feixas y Miró, 1993; Bachelor y Horvath, 1999 en Santibáñez, 2001).

En su obra “The Counseling Psychologist”, Gelso y Carter (1985, p.159) definieron la relación terapéutica como “los sentimientos y actitudes que los participantes en el *counseling* (consejo o psicoterapia) tienen entre sí y su manera de expresión”. Identificaron además, tres componentes existentes en toda relación terapéutica: alianza de trabajo, transferencia y relación real. El componente alianza de trabajo alude, principalmente, a los planteamientos de Edward Bordin (la teoría de este autor se expone más adelante). La transferencia se

refiere a la repetición de conflictos pasados con personas significativas en el proceso terapéutico. El último componente, se refiere a la parte de la relación en la que clientes y terapeutas comparten sus sentimientos, tiene lugar cuando clientes y terapeutas comunican sus experiencias en el aquí y el ahora a medida que trabajan por la consecución de metas comunes.

La relación terapéutica es un elemento esencial de la psicoterapia y como tal tiene un carácter diferente a otro tipo de relaciones interpersonales que también pueden resultar de ayuda. Por ejemplo, Kanfer y Goldstein (1987, p.12 en Correa, 2003) describen cuatro características que diferencian las relaciones terapéuticas de las de amistad:

1. Las relaciones terapéuticas son unilaterales debido a que se centran en el cliente. Existe también un acuerdo, explícito o implícito, que se refiere a que el foco de la relación y todas las actividades que ella conlleva están centradas en la resolución de los problemas del cliente. En este sentido, los problemas personales, los acontecimientos privados, las preocupaciones y los deseos del profesional, se dejan deliberadamente a un lado.
2. La relación profesional es sistemática en la medida en que los participantes acuerdan desde el principio los propósitos y objetivos de su interacción, y el profesional planea y pone en marcha los procedimientos que conducen a la solución de los problemas de su cliente.
3. Las relaciones terapéuticas son formales, dado que la interacción está limitada a tiempos y lugares concretos. Así, el terapeuta no tiene otros roles, obligaciones o responsabilidades que aquellas definidas en el contrato terapéutico. Sin embargo, a veces el profesional puede crear intencionadamente una atmósfera informal.
4. Las relaciones terapéuticas tienen un tiempo limitado. Termina cuando se alcanzan los objetivos y metas inicialmente acordados. La terminación se considera siempre el resultado

final de la interacción y puede basarse en un acuerdo mutuo o en las iniciativas del profesional o del cliente.

De manera similar, Yáñez (1999) plantea que la relación terapéutica es una relación especial y distinta a las demás por su carácter de unilateralidad (centradas en el paciente); formalidad (limitadas en tiempo y lugar) y por estar limitadas en el tiempo (la relación termina cuando finaliza la terapia).

A modo de síntesis, podemos decir que la relación terapéutica tiene ciertas características que la distinguen de otras relaciones humanas: es un servicio profesional, remunerado, se establece intencionalmente con un fin determinado y presupone roles definidos para los participantes en ella. Además las distintas corrientes psicoterapéuticas tienen diferentes maneras de concebir esta relación, sus componentes y los roles que éstos cumplen en el proceso psicoterapéutico.

1. 3. Alianza Terapéutica

En términos generales, el concepto de alianza terapéutica ha sido usado para explicar la relación existente entre terapeuta y paciente durante el proceso psicoterapéutico, en donde terapeuta y paciente trabajan juntos en armonía (Weinberg, 1996; en Santibáñez, 2001). Este aspecto es lo que diferencia a la alianza terapéutica de la sola existencia de una relación paciente-terapeuta, en la cual no se ha gestado una alianza entre ambos actores del proceso terapéutico (Zetzel, 1956; en Santibáñez, op. cit.). Sin embargo, los estudios no han sido concluyentes respecto a la naturaleza de la alianza terapéutica, ya que no se reconoce una teoría que pueda dar cuenta en forma única de dicho constructo (Bejarano y Romero, 2001).

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 noción alianza terapéutica adquiere especial relevancia y ha sido objeto de estudio específico en la investigación sistemática en psicoterapia en los últimos cinco años. Se ha constituido en tema de numerosas investigaciones y publicaciones de distinta índole (Ablon y Jones, 2000; Horvath, 2000 en Bejarano y Romero, 2001).

Aunque hay diversas definiciones del concepto de alianza terapéutica, las que han sido provistas por investigadores de distintas líneas teóricas, según Horvath y Symonds (1991 en Santibáñez, 2001) existe un consenso general con respecto a que, la alianza terapéutica recoge el elemento colaborador de la relación entre paciente - terapeuta y que toma en cuenta las capacidades de ambos para negociar un contrato apropiado para la terapia.

Gaston (1990) diferencia cuatro aspectos independientes de la alianza:

1. La relación afectiva del paciente con el terapeuta.
2. La alianza de trabajo o la capacidad del paciente para actuar con propósito en la terapia.
3. La comprensión empática y el compromiso del terapeuta.
4. El acuerdo entre paciente y terapeuta sobre los objetivos y tareas del tratamiento.

Tras diversas formulaciones teóricas, años de investigación en psicoterapia y aun cuando no existe una definición única del concepto alianza terapéutica, hay autores que declaran que uno de los hallazgos más consistentes es que la calidad de ésta es el predictor más poderoso del éxito del tratamiento (Talley et al, 1990; Safran y Muran, 2000).

Según Talley et al (1990), la calidad de la alianza terapéutica es función del modo en que las personalidades del paciente y del terapeuta interactúan y se combinan, la que se manifestaría por la calidad del “equipo”, entendida como el compromiso personal de los participantes y la habilidad de estos para coordinar acciones en sus respectivos roles; y la calidad del rapport personal de los miembros de la relación, referida a la resonancia de la comunicación y los sentimientos que mutuamente se eliciten.

Considerando lo anterior, una alianza terapéutica se verá fortalecida cuando exista compromiso con el proceso tanto del paciente como del terapeuta, cuando el terapeuta sea percibido como creíble y seguro, el paciente perciba a su terapeuta como comprometido en el proceso, la relación se plantee como una colaboración entre iguales, el terapeuta sea empático y sea percibido como tal por el paciente, exista “sintonía fina” entre paciente y terapeuta, y cuando existan sentimientos positivos y recíprocos entre paciente y terapeuta, siendo los sentimientos del paciente más discriminativos con relación al resultado (Talley et al, 1990 en Santibáñez, 2001).

Así, “la alianza terapéutica involucra, entonces, fortaleza y calidad de relación, un lazo afectivo capaz de potenciar las motivaciones del paciente para alcanzar las metas y para realizar tareas” (Opazo, 2001, p.185), aportando una plataforma segurizadora, facilitadora de apertura y cooperación, siendo la presencia de una buena alianza terapéutica lo que potencia la fuerza del cambio de las estrategias y técnicas más específicas.

2. Modelos Teóricos de Psicoterapia y Relación Terapéutica

Considerando que la alianza terapéutica surge en el contexto de psicoterapia, para efectos del presente estudio se exponen los métodos psicoterapéuticos de las orientaciones psicoanalítica, humanista, constructivista – cognitiva y sistémica, que son los utilizados en el Centro de Psicología Aplicada de la Universidad de Chile (CAPs).

Por otro lado, como el concepto alianza terapéutica no es referido desde todos los modelos psicoterapéuticos que se exponen, se revisará la relación terapéutica en cada uno de ellos entendiendo que la alianza surge en este contexto y que ambos conceptos están estrechamente relacionados.

La información correspondiente a los modelos de psicoterapia psicoanalítico, humanista y sistémico que se presenta a continuación ha sido extraída casi en su totalidad del libro “Aproximaciones a la psicoterapia” Feixas y Miró (1993). En caso de que se haya ocupado otra fuente, será citada en el lugar que corresponde.

2. 1. Modelo Psicoanalítico

“El psicoanálisis fue el primer sistema integrado de la psicoterapia moderna” (op. cit., p.88). Fue creado y desarrollado por Freud y se compone de una teoría de la estructura y desarrollo de la personalidad, de la psicopatología, de la relación terapéutica y del proceso psicoterapéutico.

Para iniciar el proceso psicoanalítico, se establece un contrato que especifica la frecuencia de las sesiones (3 a 5 semanales en el psicoanálisis clásico), su duración (45 a 55 minutos), el lugar donde se realizarán, la puntualidad, los honorarios, la forma de pago, la imposibilidad de relación con el terapeuta fuera de la sesión, la incompatibilidad con otros tratamientos psicoterapéuticos simultáneos, vacaciones, etc. Estos aspectos se incluyen en la noción de encuadre externo.

En el artículo titulado “El método psicoanalítico de Freud”, este autor plantea un encuadre terapéutico en que el paciente se recuesta en un diván y el analista se sitúa a su espalda, de manera de no ejercer ninguna influencia personal sobre él. El trabajo psicoterapéutico se sustenta en las asociaciones libres del paciente, es decir en aquellas ocurrencias espontáneas e involuntarias que suelen surgir en la trayectoria de un proceso mental determinado, que perturban el curso de sus pensamientos y que son apartadas por el sujeto. (Freud, 1904 en Feixas y Miró, 1993)

Según plantea Becker (1975 en Feixas y Miró, 1993), el psicoanalista debe atenerse a las siguientes reglas:

1. *Regla de abstención*: El analista no debe satisfacer las demandas del paciente ni desempeñar los papeles que éste intenta imponerle.
2. *Regla de la atención flotante*: Como manifestación de su actitud de neutralidad el analista debe atender a todo el material del analizado e interpretar de un modo homogéneo, sin privilegiar ningún sector.

Conceptos como transferencia, contratransferencia y resistencia son básicos en el proceso psicoanalítico y se describen a continuación:

- *Transferencia*: Designa el proceso mediante el cual fantasías inconscientes se actualizan en el curso de la cura y se exteriorizan en la relación con el psicoanalista. En este sentido, la transferencia es un proceso de repetición de patrones ya existentes, generalmente en relación con la historia infantil del sujeto, que subsisten bajo la forma de fantasías inconscientes. En ella hay un desplazamiento de la carga de investimento de la formación inconsciente hacia una relación pensada o actuada con el analista. (Diccionario Akal de Psicología, 1998).

Freud (1912; 1976) distinguió entre transferencia positiva, que se compone por reacciones de amor en cualquiera de sus formas (amistad, ternura, deseo cariñoso, etc.); transferencia

negativa, que se compone de reacciones de odio y sus derivados (hostilidad, aversión, resentimiento, envidia, etc.) y formas ambivalentes.

El carácter repetitivo de la transferencia otorga al terapeuta la posibilidad de analizar en el presente, el tipo de vínculo que el sujeto estableció con figuras significativas durante su infancia. Con el establecimiento de una relación transferencial con el analista, se produce la *neurosis de transferencia*, que es una neurosis “artificial” que reproduce la neurosis infantil y que simboliza la transición entre la enfermedad y la salud. El análisis de la relación transferencial posibilita la resolución de esta neurosis, momento que es considerado como el final del tratamiento psicoanalítico.

- *Contratransferencia*: Se refiere al conjunto de reacciones inconscientes del analista en particular, a la transferencia del analizado (Diccionario Akal de Psicología, 1998). El analista debe ser capaz de controlar la contratransferencia para ajustar su conducta a la regla de abstinencia, por lo que es necesario que tenga profundo conocimiento de sus propios procesos inconscientes.

- *Resistencia*: Se refiere a un fenómeno esencialmente intra psíquico que impide o interrumpe el trabajo psicoanalítico o que contrarresta sus objetivos fundamentales. (Diccionario Akal de Psicología, 1998).

Freud (1904 en Feixas y Miró, 1993), afirma que analiza la resistencia a partir de las distorsiones y lagunas en el material obtenido y que para la interpretación no cuenta solamente con las asociaciones libres, sino también con las parapraxias, los actos sintomáticos y los sueños. Define su objetivo terapéutico como traer a la conciencia lo inconsciente, lo que se logra venciendo las resistencias. La curación depende del insight que adquiere el paciente sobre sí mismo.

Los recursos técnicos del psicoanálisis son divididos por Greenson (1967) en:

- *Asociación libre*: Consiste en que el paciente deje venir las ideas a la mente y las diga tal y como salgan sin importarle su orden y lógica.
- *Análisis de las reacciones transferenciales*: Las reacciones de transferencia se pueden clasificar de diversas maneras, pero clínicamente las más importantes son la transferencia positiva y la negativa.
- *Análisis de las resistencias*: Se centra en las fuerzas que desde el centro del paciente, se oponen a los procedimientos y procesos de la labor psicoanalítica.
- *Confrontación*: Con ella se muestra al paciente dos cosas opuestas que éste no advierte, con la intención de ponerlo en un dilema.
- *Clarificación*: Se trata de reformular un suceso que ha narrado el paciente desde otro punto de vista. Pretende iluminar algo que el individuo desconoce, que no percibe claramente de si mismo.
- *Interpretación*: Se refiere a una comunicación hecha al paciente para hacer consciente un fenómeno inconsciente y su significado, origen, historia, modo o causa inconsciente de un determinado suceso psíquico.
- *Construcción*: Consiste en una elaboración del analista más extensa y distante del material que la interpretación, destinada esencialmente a reconstruir una parte de la historia infantil del sujeto (Laplanche y Pontalis, 1968 en Feixas y Miró, op. cit.).

Etchegoyen (1986) realiza una propuesta distinta de los procedimientos técnicos, agregando a los ya mencionados los siguientes:

- *Apoyo*: Acción destinada a entregar al paciente estabilidad o seguridad.
- *Sugestión*: Se trata de introducir inadvertidamente en la mente de un paciente, algún tipo de juicio o afirmación con el sentido de modificar una determinada conducta patológica.
- *Persuasión*: Está ligado a la razón del paciente y se refiere a que el analista intercambie ideas, argumente y hasta polemice con el paciente.
- *Información*: Se refiere a algo que el paciente desconoce y debería conocer sobre los datos de la realidad y del mundo, no de sí mismo.
- *Señalamiento u observación*: Consiste en llamar la atención del paciente para que se observe y ofrezca más información. El analista señala algo que ha aparecido y que no se sabe qué significado puede tener.

El psicoanálisis de Freud tuvo muchos seguidores, algunos continuaron ampliando y replanteando sus postulados, desarrollándose así la tradición neofreudiana con autores como Adler, Jung, Fenichel, Horney, Reich, Rank, Sullivan y Fromm.

Pocas personas pasan en la actualidad por un psicoanálisis clásico estricto como el que se describió con anterioridad, principalmente por motivos económicos. Por otro lado no todas las personas están dispuestas a asistir con la frecuencia que un psicoanálisis clásico lo requiere. Por esta razón han surgido adaptaciones del psicoanálisis inicial postulado por Freud (Papalia, 1987).

De acuerdo a lo planteado por Florenzano, Carvajal y Weil (1999), dentro de las técnicas dinámicas, puede distinguirse la psicoterapia de orientación analítica (POA) del

psicoanálisis clásico (PA), que si bien se basa en la misma teoría, difiere en el encuadre terapéutico, objetivos, plazos, etc. Se señalan las siguientes diferencias entre ambos:

1. Objetivo general: El PA trata de obtener una amplia reestructuración de la personalidad, en la medida de lo posible. La POA, está orientada a lograr una estabilización en un punto intermedio.
2. Objetivo del terapeuta: En el PA su objetivo es la exploración del inconsciente y la modificación de la estructura caracterológica; en la POA, su objetivo es más directamente terapéutico y se enfrentan más dirigidamente los síntomas de consulta. En el PA, se intenta especialmente comprender; en la POA también, pero se agrega un objetivo terapéutico más inmediato.
3. Técnica: En el PA se usa la interpretación como maniobra central. En la POA se usan cinco maniobras técnicas: sugerencia, abreación, clarificación o confrontación, manipulación e interpretación.
4. Método: El PA ocupa la asociación libre y la situación analítica está diseñada para maximizar la regresión psíquica. La POA por su parte, utiliza una entrevista poco estructurada. Se limita el potencial regresivo del paciente estando frente a frente, con sesiones menos frecuentes (1 o 2 veces por semana) y el terapeuta asume una actitud más activa.
5. Énfasis: El PA enfatiza “el aquí y el ahora” del vivenciar y la elaboración de la neurosis de transferencia. En la POA, el acento reside en la situación vital y en la conducta externa.
6. Valor de la posición terapéutica: En el PA el valor central radica en conocerse a si mismo; en la POA, es más importante cambiar y mejorar sintomáticamente, es decir el objetivo es más limitado y práctico.

7. Actitud frente al tiempo: En el PA no existen plazos fijos y se actúa con el supuesto de la atemporalidad de los fenómenos inconscientes. En la POA hay plazos y límites, fijándose objetivos a corto y mediano plazo.

8. Indicaciones: El PA es más selectivo en su indicación, primero se hace un diagnóstico descriptivo y de personalidad del paciente y luego se analiza su situación de vida. Se indica en trastornos neuróticos, cuadros caracterológicos altos y medios y trastornos psicossomáticos severos. El paciente debe ser capaz de tolerar el encuadre (que tiende a maximizar la regresión). Está contraindicado en psicosis, cuadros confusionales y depresión endógena severa. La POA se indica cuando el PA no es viable, es decir en cuadros caracterológicos graves (límitrofes), cuadros psicóticos estabilizados (no en casos agudos), en fármaco dependencias y desórdenes psicossomáticos en estados no agudos.

2. 1. 1. Relación Terapéutica en la Orientación Psicoanalítica

Sigmund Freud, destacó la importancia que la relación terapéutica reviste para el desarrollo del proceso psicoterapéutico concentrando su atención, principalmente, en los conceptos de transferencia y resistencia. En su trabajo “La dinámica de la transferencia”, Freud (1912; 1976) planteó que el primer objetivo del tratamiento es desarrollar un vínculo entre paciente y terapeuta, señalando la importancia de que el analista mantuviera un interés y una actitud comprensiva hacia el paciente para permitir que la parte más saludable de éste estableciera una relación positiva con el analista, disipando las actitudes de resistencia que se manifiestan al principio de la terapia.

En la obra de Freud se pueden distinguir dos conceptualizaciones levemente diferentes sobre la relación entre paciente y terapeuta. En sus primeros escritos Freud describió el vínculo entre terapeuta y paciente como una forma beneficiosa y positiva de transferencia que otorga, al mismo tiempo, autoridad al analista. Este aspecto transferencial favorecía en el paciente la aceptación de las interpretaciones y explicaciones del terapeuta (Freud, 1913 en Horvath y Luborsky, 1993). Posteriormente, consideró que una transferencia positiva podía distorsionar la relación real existente entre ambos, y en sus últimos escritos parece

haber modificado este concepto, pasando a la posibilidad de la existencia de un vínculo beneficioso entre terapeuta y paciente basado en la realidad. Según Horvath y Luborsky (op. cit.), las implicancias de esta última perspectiva es que, aunque la interpretación de las proyecciones o experiencias previas no resueltas del cliente eran centrales en la terapia, la capacidad de la porción intacta de la conciencia del cliente, basada en la realidad, para establecer un acuerdo con el terapeuta real, permite emprender la tarea de lograr los objetivos del tratamiento.

El concepto de alianza terapéutica se origina en la literatura psicoanalítica, sin embargo parece no haber claridad respecto del autor que lo utilizó por primera vez. Según Etchegoyen (1986), al parecer fue Richard Sterba en 1934 quien introdujo este concepto por primera vez, señalando que el analista era capaz de crear un vínculo, recurriendo al terapeuta - observador que hay dentro del paciente y subrayando que una identificación positiva con el terapeuta puede a veces motivar al paciente a trabajar hacia el cumplimiento de las tareas terapéuticas (Sterba, 1934 en Etchegoyen, op. cit.).

En su trabajo “El destino del Yo en la terapia analítica”, Sterba se refiere específicamente a la alianza terapéutica y la explica sobre la base de una disociación terapéutica del yo como consecuencia del proceso analítico. En ella se observa una parte que colabora con el analista y otra que se le opone. Esta disociación terapéutica del yo responde a una identificación con el analista que es fruto de la experiencia del análisis, ya que el analista reacciona con una actitud de observación y reflexión frente a los conflictos del paciente, entonces éste, identificado con esa actitud, adquiere la capacidad de observar y criticar su propio funcionamiento, disociando su yo en dos partes (Sterba 1934 en Etchegoyen, op. cit.).

Greenson (1967), entiende lo anterior como una división del yo entre un yo razonable, observador y analizador y otro subjetivo, irracional y experienciante. Según él, es posible ver esta división en la asociación libre, ya que cuando el paciente se contacta con un recuerdo o fantasía, el yo experienciante se hace preponderante y no hay conciencia del sentido o adecuación de las emociones que se manifiestan. No obstante, a partir de una intervención del analista, el yo razonable del paciente vuelve a manifestarse y puede

reconocer que sus afectos provienen del pasado. Esta capacidad de escindir las funciones del yo permite al paciente separar la alianza de trabajo de la transferencia neurótica. La primera proporciona la motivación cotidiana y la capacidad de realizar la labor analítica y la segunda, el material reprimido e inaccesible.

Safran y Seagal (1994) plantean que generalmente, se considera que Elizabeth Zetzel (1956) fue quien inició la actual tendencia en psicoanálisis, a distinguir entre los aspectos transferenciales y los aspectos reales de la relación entre terapeuta y paciente; aunque Sterba suele ser reconocido como un importante propulsor del interés por la alianza terapéutica en el ámbito psicoanalítico y sus ideas, junto a las de Freud, pueden tomarse como precursoras de este concepto.

Greenson (1967), afirma que en 1956 Elizabeth Zetzel introdujo la expresión alianza terapéutica en su trabajo “Current concepts of tranference”, otorgándole gran importancia. En este artículo, la trasferencia se entiende como la neurosis de transferencia y la alianza terapéutica. Según Etchegoyen (1986), esta autora, siguiendo a Sterba (1934) y a Bibring (1937), distingue teóricamente la transferencia como alianza terapéutica de la neurosis de transferencia. De esta forma, la alianza terapéutica queda definida como parte de la transferencia aunque se la haga depender de la existencia de un yo suficientemente maduro.

Zetzel (1956 en Horvath y Luborsky, 1993), sugirió que la alianza terapéutica era la parte no neurótica de la relación entre terapeuta y paciente que posibilita el *insight* y el uso de las interpretaciones del terapeuta, diferenciando así las experiencias relacionales del pasado y la relación real con el terapeuta. Esta autora acentúa los aspectos socioemocionales de la relación terapéutica señalando la necesidad de modificaciones a la técnica psicoanalítica clásica, como una actitud más activa y positiva por parte del terapeuta, principalmente en el tratamiento de pacientes difíciles, enfatizando así el significado de las cualidades reales y personales de éste (Hougaard, 1994 en Weinstein, 1997).

Una importante afirmación realizada por Elizabeth Zetzel (1956 en Safran y Muran, 2000), es que la alianza es esencial para cualquier intervención terapéutica y que depende en gran

parte de la confianza básica que se tiene en los otros y el funcionamiento maduro de una parte del yo del paciente, así como también de la participación activa del terapeuta.

Siguiendo a Etchegoyen (1986), luego de varios años de investigación sobre el rol que cumple la alianza terapéutica en el proceso psicoanalítico, en 1974, Zetzel junto a Meissner publican “Basic concepts of psychoanalytic psychiatry”, trabajo en el que el tratamiento analítico se entiende como la dialéctica de la neurosis de transferencia y la alianza terapéutica, aunque la diferencia entre ambas ya no es tan tajante. En él se mantiene íntegramente la idea de que “la alianza terapéutica es la base indispensable del tratamiento analítico y se la vuelve a definir como una relación positiva y estable entre el analista y el paciente que permite llevar a cabo la labor de análisis” (Zetzel y Meissner, 1974 en Etchegoyen, op. cit., p. 269).

Greenson, otro pionero en la concepción de la alianza terapéutica, propone el concepto de “alianza de trabajo” para designar “la relación racional y relativamente no neurótica que el paciente tiene con su analista.” (Greenson, 1967, p.197). Para él, la alianza de trabajo es “un fenómeno de transferencia relativamente racional, desexualizado y desagresivizado” (Greenson, op. cit., p.210). Esta denominación destaca que la función principal de la alianza reside en la capacidad que tiene el paciente de colaborar en la situación analítica, lo que se observa cuando el paciente se debate en la tendencia hacia la neurosis de transferencia y sin embargo aún puede mantener una relación de trabajo eficaz con el analista. Greenson plantea que el núcleo seguro de la alianza de trabajo está formado por la motivación del paciente para superar su malestar, su disposición consciente a cooperar y su capacidad de seguir las instrucciones y los insights del analista. Así, este autor señala que, tal como lo planteaba Sterba (1929), la alianza se forma entre el Yo racional del paciente y el Yo analizador del analista. De esta manera los pacientes que no pueden separar el Yo razonable y observador, del irracional y experienciante, no podrán mantener una adecuada relación de trabajo con el analista (Greenson, op. cit.).

Para Greenson (op. cit), la alianza de trabajo depende del paciente, del analista y del encuadre. El primero coopera con el establecimiento de un vínculo relativamente racional a

partir de sus componentes instintivos neutralizados. El paciente analizable debe tener la necesidad de relaciones de transferencia neuróticas y además poseer un Yo suficientemente flexible que le permita interrumpir sus reacciones regresivas con el fin de reinstaurar una alianza de trabajo razonable y objetiva. Así, la contribución del paciente a la alianza de trabajo depende de dos propiedades antitéticas, su capacidad de mantenerse contactado con la situación analítica y su disposición a arriesgarse a la regresión.

La contribución principal del analista a la alianza de trabajo, es la diaria labor con el paciente, es decir, la búsqueda constante y firme de insight con el material que éste trae a la sesión, así como con su comportamiento. Además enfatiza la importancia de que el analista mantenga una actitud respetuosa, compasiva y comprensiva con el paciente, señala que para la alianza de trabajo es imprescindible que el analista manifieste interés constante por los derechos del paciente mientras dure el análisis, es decir que éste no sólo debe centrarse en el padecimiento neurótico que llevó al paciente al análisis, sino también en el sufrimiento que la situación analítica provoca en él. Además, el encuadre o situación analítica, facilita la alianza de trabajo por la frecuencia de las sesiones y la duración del tratamiento (Greenson, op. cit.).

Por último, para Greenson (op. cit.) la diferenciación entre reacciones transferenciales y alianza de trabajo no es absoluta, ya que esta última puede contener elementos de la neurosis infantil que igualmente requieren análisis, como por ejemplo que un paciente colabore con el tratamiento para obtener el amor del analista o, por otro lado, sobrevalore el carácter y la capacidad de éste. Ello puede servir al inicio del tratamiento pero convertirse, posteriormente, en una fuente de resistencia e incluso puede ser utilizada de manera defensiva para esconder los fenómenos de transferencia más regresivos.

Hougaard (1994), señala que tal como lo había planteado Bibring en el año 1937, Gilteson en 1962, Horwitz en 1974 y Bowlby en 1988, desarrollaron la postura de este autor elaborando un concepto de alianza terapéutica en el cual se sugería que la situación terapéutica se constituye como una nueva relación de objeto donde el paciente desarrolla la capacidad de formar una relación positiva con el terapeuta. Este vínculo sería

cualitativamente diferente a aquellos basados en experiencias previas de la niñez y, por lo tanto, representa una situación nueva. Estos autores sostienen que tanto la alianza terapéutica como la transferencia son estructuras nítidas, esto es, que pueden verse como entidades separadas y distintas.

Gelso y Carter (1985), comentan que otros autores prefieren no diferenciar entre transferencia y alianza terapéutica, ya que para ellos, la relación entre terapeuta y paciente es la manifestación de la transferencia neurótica de este último, por lo que separar estos conceptos reduciría la importancia de la interpretación de la transferencia, uno de los principios básicos de la teoría psicoanalítica. En esta misma línea, Friedman (1969 en Corbella y Botella, 2003) planteaba que la alianza abarca incluso las transferencias maternas más infantiles.

Actualmente, existen controversias sobre hasta qué punto las relaciones pasadas del paciente influyen en la alianza con el terapeuta y sobre la posibilidad de que las distorsiones de transferencia sean parte de la alianza terapéutica (Horvath y Luborsky, 1993).

Desde la perspectiva de la transferencia, alianza terapéutica implica que las emociones y los pensamientos asociados con otras relaciones no resueltas con personas significativas son transferidas a la relación establecida entre cliente y terapeuta (Horvath y Luborsky, op. cit.). De este modo, la relación produce una percepción o interpretación errónea del terapeuta y corresponde a una relación ficticia (Gelso y Carter, 1985). Estos mismos autores plantean que lo más importante, en términos prácticos, es el grado en el cual la alianza terapéutica depende de la motivación del aquí y ahora, de la habilidad y disposición del paciente y del terapeuta, en oposición al concepto de que la calidad de la relación terapéutica se encuentra predeterminada, al menos inicialmente, por las proyecciones inconscientes del paciente basadas en experiencias anteriores.

Por su parte, Hatcher (1990 en Horvath y Luborsky, 1993) señala, que en un sentido amplio, las relaciones están predeterminadas por experiencias previas interpersonales y la alianza terapéutica no es una variable independiente, sino una perspectiva alternativa sobre

el mismo fenómeno como la transferencia positiva. Los autores que proponen esta visión tienden a sostener que la alianza terapéutica se basa en la calidad de la sinergia interpersonal actual del terapeuta y cliente, y también es reflejo de relaciones anteriores no resueltas del cliente.

Pese a las discrepancias en cuanto a la función de la transferencia, Gaston (1990 en Horvath y Luborsky, op. cit.) señala que al parecer, estaríamos presenciando el desarrollo de un creciente consenso entre teóricos dinámicos; la mayoría opina que una definición completa de la alianza terapéutica demanda considerar la influencia de experiencias previas (se incluye el fenómeno de transferencia) y simultáneamente, percibirla como un aspecto diferente de la relación actual.

Algunos trabajos de la teoría psicoanalítica contemporánea han avanzado hacia una perspectiva relacional, donde la participación y subjetividad del terapeuta resultan de gran relevancia (Mitchell, 1988 en Corbella y Botella, 2003). La neutralidad y abstinencia clásica defendida por el psicoanálisis ha ido dejando paso a una mayor inclusión de la interacción, espontaneidad y autenticidad del terapeuta (Mitchell, 1997 en Corbella y Botella, op. cit.). Posiblemente esta sea la razón del actual crecimiento de la atención que se presta a la alianza desde la tradición psicoanalítica y psicodinámica (Safran y Muran, 2000).

Luborsky (1976 en Horvath y Luborsky, 1993), desarrolló una conceptualización de la alianza 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. El mismo autor describió dos tipos de alianza en función de la fase o etapa de la terapia de la que se trate. La alianza tipo uno, se da sobre todo en el inicio de la terapia y se caracteriza por la sensación que experimenta el paciente “sobre el apoyo y la ayuda que proporciona el terapeuta como contenedor” (Luborsky, 1976 en Horvath y Luborsky, op. cit., p. 563). La alianza tipo dos, se da en fases posteriores del proceso terapéutico y consiste en la sensación de trabajo conjunto hacia la superación de los impedimentos y el malestar del paciente (Horvath y Luborsky, op. cit.).

El trabajo conceptual sobre alianza terapéutica no sólo se ha desarrollado desde la teoría psicoanalítica; distanciándose de la lectura transferencial predominante proporcionada por ese contexto. La relación real entre terapeuta y paciente ha sido atención de teóricos de otras escuelas psicoterapéuticas y este concepto ha sido incorporado por la mayoría de ellas (Corbella y Botella, 2003).

2. 2. Modelo Humanista

De acuerdo con lo planteado por Feixas y Miró (1993), lo más relevante de los modelos humanistas, desde el punto de vista psicoterapéutico, radica en el énfasis otorgado a la experiencia inmediata como fenómeno primario. Esto implica que tanto las explicaciones teóricas como la conducta manifiesta, se consideran subordinadas a la experiencia misma y a su significado para la persona. Estos modelos se caracterizan también por el énfasis que le otorgan a los aspectos volitivos, creativos y valorativos de la conducta humana.

Estos mismos autores señalan que son varios los enfoques que componen este modelo, entre los cuales se incluyen: el análisis existencial, el enfoque centrado en la persona, el enfoque gestáltico, el análisis transaccional, el psicodrama y la bioenergética, entre otros. Por lo tanto, resulta difícil hablar de un método terapéutico común. Los terapeutas de estos enfoques utilizan una gran cantidad de procedimientos, dándose importantes diferencias entre un enfoque y otro. Cabe señalar que la mayoría de los terapeutas conocen más de un enfoque y utilizan técnicas y actitudes procedentes de varios de ellos (Feixas y Miró, op. cit.).

Rosal y Gimeno (1988 en Feixas y Miró, op. cit.) agrupan las técnicas usadas por el modelo humanista de acuerdo a las siguientes categorías:

- *El uso del espacio y los elementos materiales*: es común en este modelo desarrollar la práctica terapéutica en un espacio con pocos elementos. Según el trabajo que se vaya a realizar puede haber los materiales que se crean convenientes (pintura, papel, sillas, música, mantas, etc).

- *El uso del tiempo*: Consiste en centrarse en el aquí y el ahora, ya que uno de los objetivos de los modelos humanistas, es facilitar la toma de conciencia de lo que pasa en el presente.

- *Utilización de la fantasía*: En varios modelos humanistas se usa la fantasía en distintas formas. La utilización de la fantasía permite la revelación de material emotivo no consciente, mediante su proyección en forma de metáforas y símbolos. También se utiliza para evitar racionalizaciones que en lenguaje verbal pueden aflorar con más facilidad debido al mayor control. El trabajo con la fantasía sirve de camino para la apertura de aspectos negados de la propia personalidad

- *El empleo de la dramatización y la expresión corporal*: Una de las vías terapéuticas empleadas por los enfoques humanistas consiste en la dramatización de los conflictos inter o intrapersonales, teniendo en cuenta que es distinto narrar una experiencia a actuarla. Para ello, hay dos modalidades de dramatización, la manera psicodramática y la manera gúestáltica. Además de la dramatización se ocupa la expresión corporal mediante otros procedimientos como ejercicios de respiración, el arco bioenergético, ejercicios de grito y de movimientos para expresar emociones que han sido bloqueadas, ejercicios de enraizamiento, para facilitar la sensación de arraigo a la realidad y finalmente ejercicios relacionados con la exploración de posibilidades corporales y la correspondiente exploración de nuevas posibilidades perceptivas y emocionales.

2. 2. 1. Relación Terapéutica en la Orientación Humanista

Desde sus inicios, el movimiento humanista prestó especial atención al papel de la relación terapeuta - paciente en el proceso psicoterapéutico y aunque desde esta perspectiva no se alude a ella con el concepto de alianza terapéutica, Rogers es considerado uno de los pioneros en el trabajo de definir los componentes activos de la relación terapéutica. Además, ha generado importantes aportes al considerar que lo más fundamental en el logro de resultados positivos en psicoterapia son las actitudes del terapeuta o factores inespecíficos (Salvo, 2002).

Este autor se refirió a la importancia de la calidad de la relación terapéutica, siendo uno de los primeros en enfatizar que el contacto terapéutico en sí, es una experiencia de crecimiento (Rogers, 1942; en Gondra, 1981). Según Rogers, el tipo de relación que establece un terapeuta, puede ser un factor que facilite el que en la persona se establezca un modo de funcionamiento sano (Celis, 1999).

Rogers, postuló que lo esencial de la psicoterapia es la calidad emocional de la relación terapéutica y sostuvo que el elemento más importante para su mantenimiento es la calidad del encuentro interpersonal con el cliente (Rogers, 1957).

En el artículo “Condiciones necesarias y suficientes del cambio terapéutico de la personalidad”, Rogers (1957) expone las condiciones claves en la calidad de la relación terapéutica. La importancia de estas condiciones radica en su universalidad, es decir, que pueden ser aplicables a todo tipo de terapia, terapeutas y clientes (Gondra, 1981). Estas condiciones son:

1. Que haya dos personas en contacto psicológico;
2. Que la primera -llamada "cliente"- se encuentre en estado de incongruencia, siendo vulnerable o estando angustiada;

3. Que la segunda persona, llamada "terapeuta" sea congruente o integrada en la relación;
4. Que el terapeuta sienta una consideración positiva incondicional hacia el cliente;
5. Que el terapeuta experimente una comprensión empática del marco de referencia interno del cliente y trate de comunicarle su experiencia; y
6. Que la comunicación al cliente de la comprensión empática y la consideración positiva incondicional del terapeuta se logre en un grado al menos mínimo.

Sin embargo, esta manera de concebir la relación terapéutica se funda completamente sobre las cualidades personales del terapeuta. Rogers (en Gondra, 1981), definió operativamente las actitudes internas- y no las conductas específicas- del terapeuta, que son necesarias para establecer una verdadera relación personal. Según este autor, el poder de la relación terapéutica incluye tres ingredientes: autenticidad, empatía y aceptación positiva incondicional. A su vez, la autenticidad está compuesta por: comportamiento de rol, congruencia, espontaneidad y apertura (Kleinke, 1998).

1. *Autenticidad*: Sinceridad, transparencia o autenticidad personal. El terapeuta debe tener presentes sus propios sentimientos, y no ofrecer una fachada externa (Rogers, 1972).

2. *Aceptación positiva incondicional*: “Cálido respeto hacia él como persona de mérito propio e incondicional, es decir, como individuo valioso independientemente de su condición, conducta o sentimientos” (Rogers, op. cit., p.41).

Más adelante, el autor incluye que el terapeuta debe sentir un interés positivo hacia el cliente (Gondra, 1981). Esta condición exige al terapeuta aceptar todos los sentimientos del cliente, tanto los positivos como los negativos y los ambivalentes. No significa necesariamente compartir sus actitudes, sino respetarlas. Se distingue el valor de la persona como tal, del valor de sus acciones (Pérez, 2002 en Correa, 2003).

3. *Comprensión empática*: Se refiere a “cuando el psicoterapeuta logra percibir los sentimientos y significados personales que el cliente experimenta en cada momento, cuando puede percibirlos desde “adentro” tal como se le aparecen al cliente y es capaz de comunicar a este último parte de esa comprensión” (Rogers, 1972, p.65). Es la capacidad que permite al terapeuta centrarse en el cliente (Reyes, 1980 en Correa, 2003).

El efecto terapéutico de la empatía como factor primordial de la relación, siempre implica la presencia de las otras condiciones.

Según Rogers (1957), la probabilidad de progreso terapéutico dependería más que de la personalidad del terapeuta y sus actitudes, del modo en que esto es experimentado por el cliente en la relación terapéutica, por lo tanto es necesario que éste perciba, en algún grado, la aceptación y empatía que el terapeuta siente por él; en otras palabras, que la comunicación al cliente de la comprensión empática y la aceptación positiva incondicional del terapeuta se logre en un grado al menos mínimo. Esto exigiría también, la capacidad del terapeuta de comprender sus propios sentimientos y vivencias (Pérez, 2002 en Correa, 2003).

En última instancia, este autor cree que la calidad del encuentro importa más que la erudición, formación profesional, orientación, asesoría o las técnicas empleadas. En esta relación de calidez emocional con el terapeuta, el cliente experimenta sentimientos de seguridad en la medida que encuentra que sus actitudes, cualquiera sean, son comprendidas y aceptadas por el terapeuta. Este tipo de relación segura, permite que el cliente pueda explorar y percibir por primera vez el significado de ciertos aspectos de su conducta. A su vez, esta nueva percepción de sí mismo puede ser perturbadora y generadora de ansiedad para el paciente, sin embargo, al ver y sentir al terapeuta como un Yo aceptador, el cliente experimenta una actitud similar consigo mismo, aceptándose como una persona que puede experimentar sentimientos tanto hostiles como de otro tipo, sin sentir culpa e integrarlos como partes de sí mismo (Rogers, 1957).

Según Gelso y Carter, (1985), lo planteado por Rogers sirvió de base para una gran cantidad de estudios en las diferentes orientaciones de psicoterapia; sin embargo, algunas revisiones posteriores muestran que los efectos de estas variables aún cuando parecen jugar un rol significativo para los terapeutas de orientación rogeriana, no podrían generalizarse a otras terapias como se había esperado originalmente.

No obstante la afirmación anterior, la propuesta de Rogers significó, para la psicoterapia en general, la posibilidad de cuestionar el papel primordial que se le venía otorgando a las técnicas utilizadas por los distintos enfoques psicoterapéuticos y, gradualmente, comenzar a dirigir la atención hacia el rol del terapeuta y la relación terapéutica. Las "variables rogerianas" introducidas en psicoterapia constituyen condiciones indispensables para el éxito terapéutico, aunque investigaciones han concluido que éstas son necesarias pero no suficientes, dado que no se puede sostener que los factores inespecíficos, como la capacidad de ser empático y auténtico, actúen independientemente de los específicos, entendiendo por ellos a las técnicas (Salvo, 2002).

2. 3. Modelo Constructivista - Cognitivo

Para efectos de la presente investigación, a continuación se expondrá brevemente el modelo psicoterapéutico constructivista – cognitivo planteado por Yáñez (2005), que constituye el marco conceptual desde el cual trabaja el equipo de psicoterapia de este mismo enfoque, del Centro de Psicología Aplicada de la Universidad de Chile, (CAPs). Los datos que se presentan a continuación, han sido extraídos en su totalidad de Yáñez (op. cit.).

En este modelo, la psicoterapia es entendida como un “procedimiento técnico, que se desprende de una teoría clínica, que define y delimita el marco conceptual interpersonal y contextual para la operación del acto psicoterapéutico.” (op. cit., p. 76). Su objetivo central consiste en “crear las condiciones que permitan el cambio y la reorganización productiva de la dinámica del paciente que consulta, a través de la construcción y deconstrucción de un emergente interpersonal.” (op. cit., p. 76)

El terapeuta es considerado como un profesional experto en una teoría psicológica clínica y en los procedimientos que generan las condiciones necesarias para el cambio psicológico. El paciente en tanto, es una persona afectada de un padecimiento psíquico, que lo perturba tanto a él como a quienes lo rodean, y que se expresa en una determinada sintomatología que interfiere con su desarrollo.

La psicopatología está asociada a dimensiones operativas, es decir “polaridades de funcionamiento antitéticas que expresan el operar del proceso de mismidad de un sujeto, como respuesta a las presiones del medio. Consisten en opciones preferentes de desplazamiento entre dos extremos polares de modos de funcionamiento proactivo, que permiten resolver las demandas de cambio o mantenimiento de la coherencia del sistema.” Las dimensiones son: abstracción / concreción, flexibilidad / rigidez, inclusión / exclusión, proactividad / reactividad y exposición / evitación.

Dentro de este modelo se plantea el concepto *emergente interpersonal psicoterapéutico*, que se refiere al resultado de la relación entre paciente y terapeuta, ambos expertos en sus particulares sistemas de conocimiento personales, que en interacción recíproca inextricable, producen las complejas condiciones intersubjetivas necesarias para el cambio.

Por otro lado, el encuadre se define como las reglas interpersonales que regulan la relación terapéutica, distinguiéndose dos tipos:

- Encuadre explícito: Reglas referidas al funcionamiento del proceso psicoterapéutico y que delimitan los márgenes de la relación terapéutica.
- Encuadre implícito: Reglas de la relación, que están determinadas básicamente por el comportamiento no verbal y las costumbres sociales.

Las intervenciones que se utilizan son consideradas como competencias terapéuticas, que derivan tanto de habilidades personales como terapéuticas. Están divididas en las siguientes:

Intervenciones asociadas al contenido: Ordena la secuencialidad del relato.

- *Escucha*
- *Exploración*
- *Aclaración*
- *Paráfrasis/Reflejo*

Intervenciones asociadas al componente emocional:

- *Señalamiento*
- *Metacomunicación*
- *Paradoja*
- *Confrontación*

Intervenciones asociadas a la resignificación:

- *Rotulación*
- *Bisociación*
- *Interpretación*

Las técnicas, competencias terapéuticas que surgen del desarrollo de habilidades técnicas desde un marco teórico particular, se dividen en operativas y procedurales. En las primeras se encuentran las técnicas cognitivas y conductuales; mientras que las técnicas procedurales, incluyen la metacomunicación y la exploración experiencial.

El proceso psicoterapéutico, se compone de una entrevista inicial y tres fases. La entrevista inicial tiene por objetivo reconstruir la historia del paciente e incluye la devolución, la definición de los objetivos terapéuticos, re encuadre y posibles inter - consultas a otros profesionales. La primera fase, tiene como propósito la disminución de los síntomas que aquejan al paciente. En ella se intenta comprender la forma de significar del paciente y realizar una hipótesis de la OSP (organización de significado personal) de éste. En la segunda fase, se pretende la aceptación del paciente de su estilo personal a partir del equilibrio de sus dimensiones operativas y la elaboración de nuevas estrategias personales.

La finalidad de la última fase del proceso consiste en la resignificación de la historia personal del paciente como resultado de la integración de su si mismo.

2. 3. 1. Relación Terapéutica en la Orientación Constructivista – Cognitiva

Yáñez (op. cit.), plantea que la relación terapéutica es esencial para crear el contexto interpersonal necesario para generar las condiciones de cambio y la define 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 sujetos participantes en esta interacción.” (op. cit., p. 168). Esto se expresa en la alianza terapéutica, que para él es el resultado del proceso de relación interpersonal entre paciente y terapeuta, que se constituye como una base de apego segura y que está formada por características técnicas y personales de los participantes en ella.

La alianza posibilita la exploración y reordenamiento de la experiencia inmediata del paciente, así como la explicación de éste dentro de un contexto técnico profesional protegido, que se orienta al desarrollo y mejoría del sujeto. En este sentido, la relación terapéutica se plantea como una interacción técnico – profesional que posee características especiales que definen su modo y su alcance, es decir está delimitada por el encuadre psicoterapéutico, cuyas reglas la regulan y le otorgan un carácter distinto al de las interacciones cotidianas

La alianza terapéutica constructivista – cognitiva plantea ciertas exigencias que regulan la interacción y que concuerdan con lo planteado por Mahoney y Freeman (1988, p. 40 en Yáñez, op. cit.), en relación a que las tareas compartidas son una mejor fuente de condición de cambio, que las tareas unilaterales propuestas por los enfoques conductuales. Estas exigencias son:

1. La aceptación del vínculo y su mantenimiento, como el contexto propicio para el trabajo terapéutico, con las restricciones que señale el encuadre.
2. El acuerdo de metas psicoterapéuticas generales que orientan el proceso de la psicoterapia y que le otorgan un marco de referencia.

3. La condición de que el resultado de la psicoterapia es una responsabilidad compartida entre paciente y terapeuta. Esto supone la aceptación de tareas y responsabilidades que abarcan desde los aspectos formales, hasta la disposición del paciente para exponer contenidos íntimos o perturbadores.

4. El “enfoque crédulo” mutuo de Kelly (1955 en Yáñez, op. cit.), en que el terapeuta confía en la espontaneidad y honestidad de su paciente, y por su parte, el paciente confía en la idoneidad, buen criterio y disposición permanente del terapeuta hacia él.

5. La actitud de explicación permanente, que por parte del terapeuta implica la asociación de los acontecimientos del proceso terapéutico con los referentes teóricos y metateóricos del sistema de conocimiento, para formular hipótesis acerca del funcionamiento del paciente, y por parte del paciente, implica encontrar explicaciones e interpretaciones que se ajusten a sus propios procesos de funcionamiento y que le permitan disminuir su sintomatología.

6. La actitud de exploración por parte del terapeuta acerca de los contenidos relatados y en curso del paciente, para no perder de vista el referente de los datos concretos en desmedro de las hipótesis teóricas. Las explicaciones teóricas y las interpretaciones que el terapeuta haga de su paciente, deben estar siempre sometidas al contraste con la experiencia y los hechos. Por parte del paciente, la actitud de exploración se refiere a la constante apertura y disposición para indagar o revisar su propia existencia.

Yáñez (1999), señala la ocurrencia de algunos impedimentos para la formación de una buena alianza terapéutica:

1. Reacciones personales del terapeuta frente al influjo del paciente: actitudes como la hostilidad y el negativismo de un paciente pueden hacer que el terapeuta responda con frialdad y/o distanciamiento. Para el paciente, esto constituiría una profecía autocumplida,

porque espera ser rechazado. Esta reacción del terapeuta podría llevar a la disolución de la relación terapéutica, al término prematuro de la terapia o a un resultado insatisfactorio.

2. “Etiquetar” al paciente y hacer juicios de valor.

3. Frustración del terapeuta: el paciente avanza a su propio ritmo y hay que respetarlo, no apresurarlo para no frustrarse.

2. 4. Modelo Sistémico

Según Feixas y Miró (1993), los enfoques más representativos dentro del modelo sistémico de psicoterapia son: la Escuela Internacional del MRI (Mental Research Institute), la Escuela Estructural / Estratégica y la Escuela de Milán.

En términos generales, para este modelo los síntomas se entienden como expresiones disfuncionales del sistema familiar, de modo que se denomina paciente identificado al miembro de la familia que presenta el síntoma o problema. La solución de éste depende del cambio en los patrones disfuncionales de interacción familiar. Los procedimientos utilizados para modificar estos patrones son diversos y cambian en función de las distintas escuelas.

En este sentido, las intervenciones sistémicas no pretenden modificar directamente las conductas problemáticas, sino en los parámetros de los cuales esta conducta forma parte. Por lo tanto, la evaluación de estos parámetros reguladores de la conducta adquiere especial relevancia en este modelo.

Para conocer los patrones de interacción interpersonal disfuncional, los terapeutas sistémicos formulan hipótesis iniciales que ponen a prueba en el transcurso de la interacción terapéutica, a diferencia de la evaluación psicológica que la realiza mediante la utilización de instrumentos tradicionales. La explicación a esta preferencia reside en que un

diagnóstico formal puede contribuir a que la familia confirme y legitime la patología del paciente identificado, al mismo tiempo que se intenta evitar la reificación de entidades.

En este modelo se ha empleado una gran cantidad de técnicas terapéuticas, otorgándoles importancia a partir de la estrategia a la cual sirven, lo que es resultado del estudio acabado de la situación familiar. Algunos de los procedimientos más característicos de la psicoterapia sistémica son los siguientes:

- *Reformulación*: Con ella se pretende cambiar el marco conceptual o emocional en el que se produce una situación, es decir, propone un nuevo contexto en el que los hechos pueden explicarse de manera alternativa. Para que ésta sea eficaz, el terapeuta debe considerar el punto de vista, las expectativas y los motivos de los participantes de la situación, para lo cual puede resultar conveniente que ocupe el lenguaje del paciente.

- *Uso de la resistencia* (al cambio): Con ella se pretende lograr el cambio terapéutico a partir de las propias resistencias del paciente. Para ello, el terapeuta realiza intervenciones que suponen un abandono de las peticiones de ayuda explícitas del paciente, ocupando la fuerza de la resistencia de éste para revertir la situación.

- *Intervención paradójica*: Consiste en que el terapeuta indica, de un modo controlado y específico, lo mismo que constituye el problema. Esta intervención puede tomar las siguientes formas:
 1. *Petición de cambio lento*: El terapeuta sugiere la conveniencia de realizar pequeños cambios, advirtiendo los peligros de un cambio muy rápido.

 2. *Prescripción de no cambio*: El terapeuta afirma que no es deseable un cambio y que la situación es aceptable tal como está.

3. Prescripción del síntoma: El terapeuta da la instrucción de desarrollar el síntoma en situaciones determinadas, logrando así que el paciente juzgue el síntoma desde parámetros distintos de los habituales.

Si bien se considera que este procedimiento puede ser beneficioso, también puede ser perjudicial, por lo tanto no debe ser utilizado sin haber realizado un análisis exhaustivo del valor funcional de los procesos de resistencia y una evaluación de sus posibles efectos perjudiciales (Selvini-Palazzoli et al., 1988 en Feixas y Miró, 1993).

- *Prescripción de tareas*: Pueden tener varias finalidades terapéuticas, como intentar que los miembros de la familia se comporten de un modo diferente, intensificar la relación entre el terapeuta y la familia y, por último, obtener información.

- *Uso de analogías*: Es una forma indirecta de abordar la resistencia, en la que el terapeuta escoge hablar de un problema que tiene similitud metafórica con el problema presentado por los clientes, pero que en su secuenciación es idéntico a éste.

- *Cuestionamiento circular*: basado en la premisa de que la información sólo puede generarse mediante un proceso de diferenciación, el terapeuta adopta un modo de preguntar en el que selecciona ciertos fenómenos que relaciona, compara y distingue. Para que esta técnica sea eficaz es necesario que las preguntas sean precisas, que estén basadas en la comprensión de la dinámica familiar y que se realicen en el momento oportuno.

En general, los tratamientos en terapia familiar tienen un número reducido y limitado de sesiones. La duración del tratamiento no suele exceder los dos años; en la mayoría de ellos las sesiones tienen una frecuencia variable y normalmente no llegan a ser más de veinte.

Cabe señalar que aunque el desarrollo de los modelos sistémicos ha estado unido a la evolución de la terapia familiar, actualmente su ámbito de aplicación incluye también el tratamiento individual y de parejas.

2. 4. 1. La Relación Terapéutica en la Orientación Sistémica

Siguiendo a Von Schlippe y Schweitzer (2002 en Arribas, 2003), las cualidades que se dan en la relación terapéutica en la terapia sistémica se basan en la siguiente premisa: la interacción ha de tender a ampliar las posibilidades, todo elemento que las reduzca, como tabúes, dogmas, evaluaciones sobre lo correcto e incorrecto o prohibiciones mentales, obstaculiza el trabajo sistémico. Como regla general, el terapeuta debe actuar de acuerdo a dos condiciones:

Omniparcialidad: Se refiere a la capacidad para validar el punto de vista de todos los miembros de la familia por igual.

Neutralidad: Consiste en adoptar una postura que lo lleve a aceptar todos los hechos tal como están sucediendo en el presente y evitar juicios de valor hacia los planteamientos de algún miembro de la familia.

Según estos autores, esto no significa distanciamiento ni ausencia de opinión del terapeuta, al contrario, éste debe buscar la colaboración de la familia creando una relación cálida y empática, debe ser flexible respecto de sus propias creencias, creativo y mantener una actitud de curiosidad en la formulación e investigación de hipótesis; esto implica que no expone certezas, sino que se interesa por la lógica interna de cada sistema.

Biedermann (2004 en Fuentes, 2004), plantea que en la terapia sistémica se considera que los factores de contacto y relación (joining) intervienen en la alianza terapéutica, permitiendo al paciente sentir que es entendido y aceptado en su experiencia. De este modo se establece una base de confianza, al mismo tiempo que se definen las reglas de la relación y se despliegan aspectos de las subjetividades que se encuentran.

De acuerdo con Fuentes (op. cit.), parte del proceso psicoterapéutico sistémico consiste en leer las reglas repetitivas que sostienen el equilibrio de la familia (convertidas en reglas

relacionales), que permiten a cada miembro de ésta asumir funciones específicas, definir las identidades de cada uno. Introducir una ruptura de esa pauta, permite que la familia adquiera un nuevo espacio emocional, hasta desarrollar una matriz que posibilite el surgimiento de nuevas pautas, lo que a su vez permite la diferenciación y el crecimiento.

En el artículo “Centralidad del vínculo terapéutico: un modelo de intervención en sistemas rígidos”, Carrasco y Díaz (1991 en Fuentes, op. cit.) plantean un modelo cuyo foco es el vínculo terapéutico como un punto de encuentro, que se entiende como una guía que orienta la participación del terapeuta. Ésta puede perfilarse en tres dimensiones:

1. Construcción de realidad: Al estar en relación, el terapeuta involucra aspectos personales como sus valores, su visión de mundo, su contexto social e institucional. En este contexto es posible que surjan resonancias a las que éste debe estar atento para no ser atrapado en el sistema.
2. Construcción de las reglas de la relación: El terapeuta es parte de un sistema en cuya regulación le compete tanto lo que él se atribuye como lo que le atribuyen los consultantes. Por lo tanto, es importante que el terapeuta decodifique estas expectativas o por lo menos esté consciente de ellas, para no responder colusivamente.
3. Temporalidad: En lo relacional son importantes las secuencias contacto – separación, de esta forma, los espacios entre sesiones deben ser definidos en conjunto con la familia a fin de que sean compatibles con los tiempos internos de ésta.

Fuentes (op. cit.), plantea que la alianza terapéutica fluctúa durante el proceso psicoterapéutico y que existen algunos factores que pueden ponerla a prueba. Entre ellos se refiere a la contratransferencia y la resistencia. Desde este modelo la contratransferencia es entendida como las reacciones del terapeuta, generalmente inconscientes, hacia un miembro de la familia en tratamiento; la resistencia, se entiende como el deseo del paciente o de la familia de preservar su estado, oponiéndose a los esfuerzos del terapeuta para producir insight y cambio. Ésta representa una dificultad del paciente o de la familia para abrirse a

nuevas formas de relación consigo mismo y con otros. La resistencia otorga información al terapeuta acerca de cuando intervenir y así preservar la alianza.

Según esta misma autora, puede considerarse que la alianza terapéutica se basa en el deseo de colaboración del paciente y en su disposición a aceptar la ayuda del terapeuta. afirma que para que esto ocurra se requiere lo que E. Erickson llamó *confianza básica*, que se refiere a una actitud hacia los otros y el mundo, sustentada en las experiencias de seguridad del niño en sus primeros meses de vida.

Basándose en este mismo autor, Fuentes (2004) señala algunas condiciones esenciales para la alianza terapéutica, tanto del paciente como del terapeuta. Estas son:

- Condiciones del paciente:

- La capacidad de verse a si mismo como uno vería a otro.
- La capacidad de tolerar un cierto grado de frustración.
- La existencia de cierta confianza básica.
- La identificación con las metas del tratamiento.
- La capacidad de vincularse.

- Condiciones del terapeuta:

- La capacidad de ser acogedor.
- La empatía.
- Una actitud de interés y acogida de la demanda del paciente.
- Formular las intervenciones como hipótesis.
- Estar atento al efecto que las intervenciones producen en el o los pacientes.
- Desarrollar una relación terapéutica personalizada.
- Centrarse en los recursos.
- Neutralidad.
- Validar la experiencia del paciente.
- Ser flexible (respetando los propios valores éticos y limitaciones)
- Actitud humanitaria de interés, permisiva.

- Definir el motivo de consulta.
- Fijar el encuadre y la temporalidad de las sesiones.
- Preguntar por tratamiento anteriores, de qué sirvieron y en qué no sirvieron.
- Predecir posibles situaciones de amenazas o quiebres en la alianza.
- Estar atento a las fluctuaciones de la alianza.

Por último, esta autora afirma que el paciente o la familia que establecen una alianza terapéutica sólida, sienten que su terapeuta les ofrece una base segura desde la cual explorar tanto su mundo interno como externo, que pueda permitir resolver los conflictos que han detenido su sano desarrollo.

3. Bordin y Alianza de Trabajo: Una Conceptualización Transteórica de la Alianza Terapéutica¹

A partir de la necesidad que surge en muchos terapeutas e investigadores de una conceptualización comprensiva de la relación terapéutica, en 1975 Bordin presenta una reformulación transteórica del concepto psicoanalítico de alianza de trabajo, planteamiento que se establece sobre el trabajo de Greenson (1967) pero rompiendo con la idea de una alianza que existiría en asociación o como complemento de la neurosis de transferencia (Bordin 1975, 1976, 1980 en Santibáñez, 2003).

Bordin propone un modelo genérico de Alianza de Trabajo. Esto es, que incluye características comunes de diferentes escuelas psicoterapéuticas, en otras palabras, plantea un marco de referencia dentro del cual pueden describirse diversos tipos de terapia sin sufrir modificaciones y pueden, al mismo tiempo, compararse sistemáticamente (Weinstein, 1997).

Según Corbella y Botella (2003), Bordin ayudó a establecer una conceptualización que aclaró hasta cierto punto las dudas sobre el papel de la transferencia y permitió una definición de alianza de modo que las principales escuelas terapéuticas se sintiesen cómodas con un concepto común a todas, aunque la diversidad de matices en la conceptualización de alianza terapéutica según cada perspectiva teórica continúa siendo debatida.

Bordin (1976 en Santibáñez 2001), sugiere que la alianza sería principalmente, una relación consciente en el aquí y el ahora, pero haciendo notar que en las fases tempranas de la terapia, ella podía ser influenciada por relaciones pasadas y vínculos no resueltos del paciente. Para él, la alianza involucra acuerdos y colaboración entre terapeuta y paciente, señalando las diferencias entre las proyecciones inconscientes de éste (transferencia) y la

¹ La información utilizada en esta sección ha sido extraída en su totalidad de fuentes secundarias. Los documentos originales de este autor solamente se encuentran en la Eastern Michigan University, Estados Unidos y no están disponibles en nuestro país, ni pueden ser extraídos desde Internet.

unión positiva paciente – terapeuta, la que se origina sobre la base de un enemigo común: el dolor y las conductas autodestructivas de quien solicita ayuda.

Aunque Bordin (1976 en Santibáñez, 2003) percibe la alianza como una relación integrada, plantea tres componentes constitutivos de ésta: vínculo, tareas y metas, los que en combinación definen la calidad y fuerza de toda alianza. En cinco años estos componentes fueron refinados y clarificados (Bordin 1975, 1976, 1980), entendiéndose como:

1. **Vínculo:** Se refiere a la compleja red de conexiones entre el paciente y el terapeuta que incluyen la mutua confianza y aceptación (Horvath y Luborsky, 1993). “La calidad de éste determina el tono emocional de la vivencia que el paciente tiene del terapeuta, que influye en su colaboración en el proceso terapéutico” (Feixas y Miró 1993 p. 29).
2. **Tareas:** Son las actividades específicas (sean explícitas o implícitas) que se requiere que el paciente realice para beneficiarse del tratamiento (Safran y Seagal, 1994). Se refiere al acuerdo acerca de los medios que son adecuados para conseguir los objetivos propuestos. Son las conductas y cogniciones dentro de la terapia y que forman la sustancia del proceso de psicoterapia. En una relación de buen funcionamiento, ambas personas deberían percibir estas tareas como relevantes y eficaces y aceptar la responsabilidad para realizar estos actos (Horvath y Luborsky, 1993).
3. **Metas:** “Son los objetivos generales hacia los que se dirige la psicoterapia” (Safran y Seagal, 1994 p. 53). Es el grado de acuerdo entre las partes respecto a los objetivos de la intervención. Una fuerte alianza terapéutica estaría caracterizada por un terapeuta y un paciente que mutuamente respaldan y valoran las metas establecidas (Horvath y Luborsky, 1993).

Estas dimensiones se influyen mutuamente de manera continua, es decir la capacidad de lograr un acuerdo entre terapeuta y paciente con respecto a las tareas y las metas de la

terapia, influye la en calidad del vínculo y viceversa (Safran y Muran, 2000 en Santibáñez, 2001).

Estos conceptos requieren de la colaboración entre el paciente y el terapeuta, y dependen del nivel de concordancia y conexión entre ellos. Bordin (1980 en Santibáñez, 2003), manifiesta que la reciprocidad en la alianza terapéutica es el ingrediente esencial de la efectividad terapéutica. A diferencia de la perspectiva más tradicional, que examina las características del paciente y del terapeuta de modo independiente, esta noción otorga un marco dentro del cual pueden ser examinadas las variables relacionales.

Si bien para este autor, el desarrollo de una adecuada alianza terapéutica es un factor de cambio esencial en todas las formas de psicoterapia, aunque su naturaleza particular varíe según la modalidad de la terapia (Bordin, 1979 en Feixas y Miró, 1993); afirmó que una alianza positiva no es curativa por sí misma, sino que es el ingrediente que posibilita la aceptación y seguimiento del tratamiento por parte del paciente (Bordin, 1980 en Horvath y Luborsky, 1993). En este sentido y más específicamente, Bordin señala que las diferentes formas de psicoterapia establecen distintas exigencias respecto de la relación, y entiende la alianza de trabajo como un vehículo que permite y facilita el uso de técnicas específicas de psicoterapia, y no como una intervención en sí misma. Esto significa que provee el contexto que promueve e interactúa con técnicas específicas de psicoterapia, lo que brindaría un marco para mirar de manera integrada las variables de la relación y las técnicas específicas de intervención (Kleinke, 1995).

Bordin predice que las intervenciones psicoterapéuticas basadas sobre diferentes premisas teóricas, podrían poner distintos énfasis sobre los componentes de la AT, y además, que ellos no serían igualmente importantes en todas las fases del tratamiento (Weinstein, 1997).

Para Bordin, la concepción del cliente sobre los deberes de la terapia está parcialmente determinada por un sentido de consenso sobre lo que se consideran los objetivos razonables del tratamiento. A pesar que, al parecer terapeuta y cliente se encuentran de acuerdo en objetivos globales y a largo plazo, se dice que las expectativas de ambos a corto y mediano

plazo difieren considerablemente; los pacientes buscan alivio rápido a sus problemas, mientras que los terapeutas conciben el tratamiento como un proceso que conducirá a un eventual alivio de los problemas del paciente (Horvath y Symonds, 1991 en Weinstein, 1997).

A fin de establecer una alianza terapéutica adecuada, es importante que el terapeuta negocie las expectativas a corto y mediano plazo y las conecte con los deseos del paciente. Desarrollando estas estrategias, el terapeuta puede obtener la participación activa del paciente para alcanzar estos objetivos; una alianza terapéutica firme contribuye a que el paciente aborde aspectos dolorosos y molestos, permitiendo así posponer una gratificación inmediata, utilizando tanto los componentes cognitivos como los afectivos (Horvath, 1994 en Weinstein, 1997).

Este autor enfatizó que más que el método particular de tratamiento elegido, es el esfuerzo colaborativo entre terapeuta y paciente lo que puede contribuir más significativamente a la efectividad de la psicoterapia. En 1976, Bordin afirmó que la efectividad de cualquier técnica terapéutica dependerá de la claridad con que el terapeuta exponga los procedimientos técnicos, con las sensaciones que el paciente tenga de sus dificultades y las ideas del modo en que desea cambiar. Antes de que los pacientes modifiquen estas normas básicas, deben adquirir un sentido de confianza y seguridad del vínculo de la terapia. El paciente debe comprender lo que se espera de él y sus deberes. Tales explicaciones constituyen, en parte, la base para la formación de un vínculo sólido de trabajo. Resultado de esto, el paciente se sentirá libre para explorar pensamientos, sentimientos y conductas, para comunicarse con el terapeuta y para reemplazar conductas erróneas por otras mejores que disminuyan su sufrimiento (Hougaard, 1994).

Los planteamientos de Bordin ofrecen una alternativa al concepto dicotómico de los procesos y aspectos técnicos en la terapia al sugerir que ambos son interdependientes y que el desarrollo positivo en cada caso proporciona una base adecuada y necesaria para el crecimiento del conjunto. Este aspecto sinérgico del modelo implica que el paciente crea

vínculos con el terapeuta, en parte, de acuerdo a la importancia y trascendencia que le atribuya a las intervenciones ofrecidas (Horvath y Luborsky, 1993).

Bordin trabajó con el propósito de establecer un concepto teórico general de psicoterapia, en el cual la alianza terapéutica entrega las herramientas que permiten efectuar cambios de todo tipo en relaciones de apoyo psicológico. Inicialmente se refirió a la alianza terapéutica como una condición necesaria, pero no suficiente para la psicoterapia. Posteriormente, sugirió que las diferencias en el logro alcanzado a través de distintas terapias no radican en los diferentes tipos o estilos de intervención, sino en la fuerza del vínculo terapéutico. La intensidad de esta relación constituye la clave para producir un cambio en cualquier situación (Bordin, 1976 en Weinstein, 1997). Además, se refirió al abandono prematuro del tratamiento como la consecuencia más obvia de un vínculo terapéutico pobre, más aún, los fracasos para producir cambios en tales situaciones pueden comprenderse mejor como fracasos de la alianza terapéutica.

4. Investigación sobre Alianza Terapéutica²

4.1 Instrumentos de Evaluación

En los últimos años se han elaborado varios instrumentos para evaluar la alianza terapéutica con variadas propiedades psicométricas. En la revisión efectuada por Corbella y Botella (2003) se señala que actualmente existen más de 20 instrumentos distintos, entre los que se destacan los siguientes: el *Working Alliance Inventory* (WAI; Horvath, 1981, 1982); la *Vanderbilt Therapeutic Alliance Scale* (VPPS/VTAS; Hartley y Strupp, 1983); la *Therapeutic Alliance Scale* (TAS; Marziali, 1984); la *Integrative Psychotherapeutic Alliance* (IPAS, EAPI; Pinosof y Catherall, 1986); las *Penn Helping Alliance Scales* (Penn/HAQ/HAes/Har; Alexander y Luborsky, 1986, 1987); la *California Psychotherapy Alliance Scale* (CALPAS/CALTRAS; Marmar, Weiss y Gaston 1989, Gaston y Ring, 1992) y el *Helping Alliance Questionnaire II* (HAQ-II; Luborsky *et. al.*, 1996);

En esta misma revisión (Corbella y Botella, *op. cit.*), se indica que la escala Penn surge de una concepción psicodinámica y recibe la influencia del trabajo de Luborsky (Luborsky *et al.*, 1985), mientras que la VPPS representa una combinación de aspectos dinámicos y eclécticos, influidos por el trabajo de Strupp (1974). El WAI y el EAPI están basados en el trabajo de Bordin sobre la alianza terapéutica (Horvath y Greenberg, 1989). Las escalas TAS y CALPAS reciben influencia de la concepción psicodinámica y la propuesta por Bordin (Gaston y Ring, 1992). Según Weinstein (1997), dos de las escalas (Penn y WAI), son teóricamente iguales y los instrumentos restantes representan una posición más ecléctica. Las escalas homogéneas tienden a mostrar mayores correlaciones a nivel de subescalas, mientras que las escalas mixtas, particularmente el CALTRAS, parecen tener subescalas más independientes. Horvath y Luborsky (1993) señalan que existen distintas versiones de cada uno de estos instrumentos y la mayoría ha sido adaptado para ser contestados por el cliente, terapeuta y observadores externos, mostrando propiedades psicométricas aceptables.

² La información presentada en esta sección corresponde a resultados de las principales investigaciones en torno a la alianza terapéutica, que han sido recopilados y sintetizados por autores extranjeros.

El origen y desarrollo de los diferentes instrumentos de evaluación hace que haya algunas diferencias en los componentes de la alianza de cada uno, sin embargo parece haber dos aspectos nucleares y comunes en todos ellos: la colaboración y el acogimiento (sentirse bien). Además de estos componentes centrales, los siguientes elementos son medidos por dos o más instrumentos: las contribuciones positivas o negativas de clientes y terapeutas (CALPAS, TAS); las metas compartidas o acordadas para la terapia (CALTRAS, WAI y Penn); la capacidad de formar una relación (Penn, VTAS, CALTRAS); la aceptación o el respaldo de las tareas de terapia (CALTRAS, WAI) y la participación activa en la terapia (Penn, VTAS, CALTRAS). El énfasis dado a estos componentes varía entre mediciones (Hovarth y Luborsky, 1993).

Luborsky (1994 en Corbella y Botella, 2003), encontró que no había evidencia de que algún tipo de medida de la alianza terapéutica fuera mejor predictor del resultado del tratamiento que otro.

4. 2. Relación entre Calidad de la Alianza Terapéutica y Resultados de la Psicoterapia

Según Gelso y Carter (1985), la alianza terapéutica es el componente de la relación terapéutica que ha generado mayor interés en los investigadores. Corbella y Botella (2003) afirman que en el último tiempo se ha incrementado la cantidad de publicaciones de estudios dedicados a buscar la relación existente entre la alianza terapéutica y la eficacia de la psicoterapia, encontrándose en la mayoría de ellos una relación significativa entre la alianza y el resultado final de la psicoterapia, por ejemplo: Luborsky, Crits-Cristoph, Alexander, Morgolis y Cohen, 1983; Safran y Wallner, 1991; Horvath y Symonds, 1991; Luborsky, 1994; Barber, Connolly, Crits-Cristoph, Gladis y Siqueland, 2000; Weerasekera et al., 2001.

Orlinsky y Howard (1986 en Safran y Segal, 1994) exploraron la relación entre las variables del proceso de psicoterapia con sus resultados y se estimó que hasta el 80% de la investigación que intenta definir el valor predictivo de la alianza ha arrojado resultados

significativamente positivos, agregando que según la perspectiva desde la que se evalúan (paciente, terapeuta o terceros), genera diferencias en los resultados.

En 1991, Horvath y Symonds (en Horvath y Luborsky, 1993) utilizaron la técnica de meta – análisis para investigación, con la finalidad de sintetizar el estudio cuantitativo que establece la relación entre alianza y resultados de la terapia. Basándose en 24 estudios revisados, encontraron un valor de efecto promedio que relacionaba la calidad de la alianza terapéutica con el resultado de la terapia.

Asimismo, Orlinsky, Grawe y Parks (1994 en Santibáñez, 2001) revisaron 132 investigaciones de proceso y resultado psicoterapéutico y concluyeron que existe una fuerte relación entre la calidad de la alianza terapéutica y el resultado del proceso de psicoterapia.

Por otra parte, Henry y Strupp (1994 en Corbella y Botella, 2003) encontraron una relación importante entre la alianza y los resultados de la psicoterapia en distintos enfoques psicoterapéuticos, como la psicoterapia psicodinámica, ecléctica y cognitiva, en donde la terapia ecléctica y cognitiva presentaron mayor correlación entre alianza y resultado.

Así como en la terapia individual, en terapia familiar la alianza terapéutica también se ha asociado con los resultados obtenidos con el tratamiento (Lambert, Shapiro y Bergin, 1986 en Corbella y Botella, op. cit.).

En las terapias de grupo también se ha demostrado la relación entre la puntuación de la alianza terapéutica y las evaluaciones de seguimiento durante los meses de psicoterapia o el resultado al finalizar la terapia (Marziali, Munroe-Blum y McCleary, 1999 en Corbella y Botella, op. cit.).

Por lo tanto, la calidad de la alianza terapéutica resulta ser un buen predictor de los resultados obtenidos por distintas modalidades terapéuticas (Horvath y Symonds, 1991; Luborsky, 1994, 2000 en Corbella y Botella, op. cit.).

Según Corbella y Botella (op. cit.), en la mayoría de las orientaciones estudiadas la alianza se relaciona con el resultado final de la psicoterapia (Alexander y Luborsky, 1986; Horvath y Symonds, 1991; Horvath y Luborsky, 1993; Henry y Strupp, 1994; Krupnick et al., 1996). Las diferencias encontradas en algunos estudios son explicables por los distintos instrumentos y perspectivas empleados para la evaluación de la alianza y de los resultados, así como también por la fase de la terapia en la que se realizó la evaluación (Bachelor, 1991; Horvath y Luborsky, 1993; Rue y Goldfried, 1994).

Como la investigación corrobora la relación existente entre una buena alianza y los resultados positivos de la psicoterapia, algunos autores se han dedicado examinar los factores que intervienen en esta relación.

En la revisión efectuada por Horvath y Luborsky (1993), se plantean algunos factores que influyen las relaciones alianza-resultados. Entre los que se destacan los siguientes:

a. Tipo de tratamiento: La investigación sobre alianza terapéutica abarca una amplia gama de tratamientos y problemas de los pacientes. El impacto de la alianza ha sido estudiado en el marco de la terapia conductual, de la terapia cognitiva, de la gestalt y de la terapia psicodinámica. Una alianza fuerte parece contribuir positivamente en todas estas terapias. Además ningún meta análisis o estudios empíricos que contrastan las relaciones entre alianza – resultados, muestran diferencias significativas entre los distintos tipos de tratamiento.

b. Duración del tratamiento: Las investigaciones han demostrado que la alianza ejerce su impacto en tratamientos que varían entre las 4 y 50 sesiones. La extensión del tratamiento no parece influenciar la relación entre la calidad de la alianza y los logros de la terapia.

c. Alianza temprana v/s alianza tardía: Horvath y Symonds en 1991, señalaron que la alianza temprana es un indicador de pronóstico de resultados terapéuticos levemente superior a las medidas de alianza promediadas a través de las sesiones, o tomadas hacia el final del tratamiento.

Uno de los aspectos cuestionados en los trabajos de alianza - resultados ha sido la posibilidad de que los clientes tengan una buena alianza terapéutica sólo cuando la terapia les está resultando útil, pero hay datos que sugieren que la alianza es una cualidad intrínseca de la relación que contribuye al éxito de la terapia por encima de las ganancias terapéuticas alcanzadas en el momento; por lo tanto, la alianza no sería un reflejo de los resultados beneficiosos (Gaston, Marmar, Thompson y Gallagher, 1991; Lambert y Bergin, 1994; Weerasekera *et al.*, 2001 en Corbella y Botella, 2003).

4. 3. Factores que Influyen en el Desarrollo de la Alianza Terapéutica

Si bien muchos estudios son poco concluyentes o se centran en dimensiones poco operativas, se han identificado algunas actitudes o características de los terapeutas y de los pacientes que influyen en la alianza terapéutica.

4. 3. 1. El Terapeuta como Variable Influyente en la Alianza Terapéutica

Las actitudes terapéuticas propuestas por Rogers (1951): autenticidad, empatía y aceptación positiva incondicional, suscitaron gran interés en investigaciones posteriores que pretendieron hallar las características y conductas del terapeuta beneficiosas para el resultado terapéutico (Orlinsky y Howard, 1986.; Patterson y Forgatch, 1985 en Corbella y Botella, 2003).

El enfoque de Rogers generó un cambio de valoración de las técnicas hacia las actitudes, cuestión que no sólo fue fruto de la experiencia clínica de los psicoterapeutas rogerianos, sino que se fue sometiendo paralelamente a investigaciones sistemáticas que corroboraban el papel decisivo de las actitudes del terapeuta en el éxito de la psicoterapia (Salvo, 2003).

Uno de los investigadores que estudió más sistemáticamente el papel de las actitudes propuestas por Rogers en la creación de la relación terapéutica fue Fiedler (1950 en Fernández y Rodríguez, 2001). Con el fin de determinar su hipótesis respecto a que la

relación era creada fundamentalmente por las actitudes del terapeuta, este autor realizó un total de nueve estudios entre los años 1949 y 1953; los resultados demostraron que, más que los métodos utilizados por el terapeuta, las actitudes y sentimientos expresados por éste constituían un prerrequisito en la formación de la relación terapéutica.

El estudio de las variables rogerianas lleva bastantes años y se ha generalizado a la mayoría de los enfoques terapéuticos. Actualmente, existe evidencia sólida de que la relación terapéutica se ve fortalecida cuando el paciente es acogido por un terapeuta cálido, empático y aceptador (Salvo, 2003). El estudio de las variables del terapeuta ha estado casi siempre altamente correlacionado con las cualidades propuestas originalmente por Rogers (Beutler y cols., 1994 en Salvo, op. cit.) y la mayoría de los investigadores y escuelas terapéuticas coinciden en considerar relevante en el terapeuta la calidez y la empatía para establecer una buena alianza terapéutica (Bachelor y Horvath, 1999 en Corbella y Botella, 2003).

Por otra parte, Henry y Strupp (1994 en Corbella y Botella, op. cit.) hallaron que los comportamientos de exploración y valoración por parte del terapeuta facilitaban la alianza con el paciente, a diferencia de la baja valoración que perjudicaba a la alianza. Además encontraron que las representaciones internas de las relaciones pasadas del terapeuta tenían un fuerte impacto en la calidad de la alianza con algunos pacientes.

Otra de las variables estudiadas ha sido el nivel de experiencia del psicoterapeuta. Con respecto a esto, Corbella y Botella (op. cit) refieren que, si bien los resultados de algunos estudios confirman que no hay una relación significativa entre alianza y la experiencia del terapeuta (Dunkle y Friedlander, 1996; Kivlighan, Patton y Foote, 1998; Hersoug, Hoglend, Monsen y Havik, 2001), otros sí han encontrado relación entre estas variables, especialmente en el componente que se refiere al acuerdo de los objetivos (Mallinckrodt y Nelson, 1991). Estos mismos autores, encontraron además que el aumento de la formación de los terapeutas influía positivamente en el establecimiento de la alianza. Con relación a esto último, Hersoug, Hoglend, Monsen y Havik (2001) hallaron que el entrenamiento y

formación de los terapeutas estaban relacionadas positivamente con la alianza cuando ésta era evaluada por los terapeutas, pero no cuando la evaluación era realizada por el paciente.

Respecto de las actividades técnicas y las acciones del terapeuta durante las sesiones y su relación con el desarrollo de la alianza terapéutica, se observó que la capacidad del terapeuta de centrar su actividad en el “aquí y ahora” y orientarla temáticamente, influye positivamente en la alianza (Kivighan, 1990; Kivlighan y Schmitz, 1992 en Corbella y Botella, 2003).

Safran, Muran y Samstag (1994 en Corbella y Botella, op. cit.), observaron que la alianza terapéutica se veía favorecida tanto cuando el terapeuta era capaz de aceptar su cuota de responsabilidad en sus rupturas relacionales en terapia, como cuando se metacomunicaba con el paciente con relación a posibles malos entendidos.

4. 3. 2. El Paciente como Variable Influyente en la Alianza Terapéutica

Horvath (en Horvath y Luborsky, 1993), reseñó una serie de estudios que reportaban el impacto de las características del paciente en la alianza; como una forma de hacer más accesible la interpretación de un espectro amplio de variables del paciente, clasificó los factores en tres categorías: capacidades o habilidades interpersonales, dinámica intrapersonal y rasgos diagnósticos. La primera, incluyó medidas de la calidad de las relaciones sociales del paciente, relaciones familiares e índices de experiencias de vida estresante; la segunda categoría, se refiere a índices de motivación, estado psicológico, calidad de las relaciones objetales y actitudes. Los rasgos diagnósticos se refieren a la severidad de los síntomas que presentaba el paciente al inicio del tratamiento, o a índices pronósticos

De acuerdo con estos mismos autores, aparentemente las variables interpersonales así como las intrapersonales, influyen de manera similar y significativamente sobre la alianza terapéutica. En este sentido, personas con dificultades para mantener vínculos sociales (Muran y Strupp, 1982) o que mantienen relaciones familiares deficientes (Kokotovic y

Tracey, 1990) tienen menos posibilidades de desarrollar vínculos terapéuticos sólidos. Asimismo, personas con escasas expectativas de éxito que adoptan una actitud de permanente defensa, que no se encuentran psicológicamente bien dispuestos (Ryan y Cicchetti, 1985) y con relaciones de objeto defectuosas (Piper *et al.*, 1991) generalmente desarrollan un vínculo terapéutico deficiente. Por otro lado, la severidad de los síntomas tiene un pequeño impacto en la habilidad para desarrollar una relación terapéutica de buena calidad.

Si bien Piper *et al.* (1991 en Horvath y Luborsky, 1993) corrobora el vínculo existente entre las relaciones de objeto del paciente y su capacidad para desarrollar una alianza terapéutica positiva, sugiere que la calidad de ésta se ve influenciada, pero no determinada por las relaciones y experiencias tempranas, puesto que fue un predictor de resultados superior comparado con la calidad de las relaciones objetales.

Con respecto al tipo de apego de pacientes adultos y la alianza terapéutica en la fase inicial, Eames y Roth (2000 en Corbella y Botella, 2003) encontraron que los pacientes con apego ansioso puntuaban una menor alianza mientras que los pacientes con apego confiado se asociaron con puntuaciones altas en la evaluación de la alianza.

Por otra parte, algunos estudios sobre las percepciones del cliente en el transcurso de la terapia parecen apoyar la noción acerca de que la idea que éste desarrolla sobre la terapia se basa, en parte, en sus propias expectativas y son en último término interactivas más que reactivas a las características del terapeuta (Hill y O'Grady, 1985; Martin y Slemon, 1989; Howard, Marx, 1990 en Horvath y Luborsky, 1993).

En esta misma línea, los estudios más confiables sugieren que las expectativas del paciente afectan el desarrollo temprano y la duración de la relación terapéutica (Strupp y Hartley, 1983 en Weinstein, 1997). Se ha señalado que las expectativas del cliente de encontrar y establecer una relación igualitaria con el terapeuta aumentan la probabilidad de establecer una buena alianza terapéutica (Al-Darmaki y Kivlighan, 1993 en Corbella y Botella, 2003).

4. 3. 3. La Interacción entre Terapeuta y Paciente como Variable Influyente en la Alianza Terapéutica

Si bien, tanto las actitudes y características del paciente como las del terapeuta influyen en la alianza terapéutica, el tipo de interacción que establezcan será igualmente importante para ésta. Opazo (2001) señala que en función de la calidad de la relación, los posibles aportes del paciente y del terapeuta podrían potenciar o empobrecer el proceso psicoterapéutico. Es así como, “las potencialidades del paciente pasarían a ser activadas, las cualidades del terapeuta pasarían a ser valoradas y el proceso de cambio se vería fortalecido” (Opazo, 2001, p. 9).

Corbella y Botella (2003) señalan que la relación estadísticamente significativa que se ha encontrado entre la compatibilidad terapeuta/paciente y la alianza establecida por éstos, lleva a plantear la similitud entre ambos conceptos y exponen una serie de estudios que apoyan dicha idea. Entre ellos se cuentan algunos como el de Quintana y Meara (1990) y el de Henry, Schacht y Strupp (1990), quienes concluyeron que desde las primeras sesiones se genera o no una complementariedad entre terapeuta y paciente; el de Kiesler y Goldston (1988) que plantea que existen distintos niveles de complementariedad entre los distintos psicoterapeutas, dependiendo ésta tanto de variables del paciente (Kiesler y Watkins, 1989) como de características del terapeuta (Tracey y Hays, 1989) y los de Kiesler y Watkins (1989) y Reandeu y Wampold (1991), quienes observaron que la complementariedad entre terapeuta y paciente estaba relacionada significativamente con la alianza. Además plantean que la complementariedad entre ambos va facilitando o dificultando el proceso de establecimiento de la alianza terapéutica.

Según Gelso y Carter (1985), se ha observado que la correspondencia entre las expectativas y la perspectiva del terapeuta y paciente influyen positivamente en la formación de la alianza terapéutica. Del mismo modo, Lupini (2001 en Corbella y Botella, 2003) encontró que la similitud entre los valores de terapeuta y paciente también influye significativamente en la alianza terapéutica.

De acuerdo con Horvath y Luborsky (1993), parece probable que tanto la historia personal de los pacientes como la de los terapeutas tengan alguna influencia en la capacidad de ambos para desarrollar una buena alianza terapéutica; algunas de las cualidades de ambos pueden interactuar para generar pautas de alianza, propicias o pobres.

En general, las investigaciones realizadas permiten constatar que los terapeutas y los clientes perciben de manera distinta la relación terapéutica. En este sentido, se tiende a pensar que las actitudes terapéuticas no son una cualidad intrínseca del terapeuta, sino que el cliente participa también en su activación. (Corbella y Botella, 2003)

4. 4. Desarrollo de la Alianza Terapéutica: Fases Críticas

Una vez demostrada la importancia de la alianza terapéutica en los resultados finales de la psicoterapia, distintos autores han profundizado en el conocimiento de los motivos y tipos de rupturas de la alianza (p.e., Jilton, 1999) y en cómo trabajar en terapia para resolverlas (Arkoff, 1995; Safran y Muran, 2000b; Watson y Greenberg, 1995 en Corbella y Botella, 2003).

Según Horvath y Luborsky (1993), las investigaciones actuales llevan a suponer que existirían dos fases importantes de la alianza: la primera corresponde a la formación de ésta que se desarrolla en las primeras cinco sesiones y que alcanzaría su cima en la tercera sesión (Horvath, 1981; Saltzman, Leutgert, Roth, Creaser y Howard, 1976). Durante esta fase, es preciso que se establezcan niveles satisfactorios de colaboración y confianza; el paciente necesita unirse al terapeuta como participe del proceso psicoterapéutico, acordar metas y adquirir confianza en los procedimientos que corresponden a la terapia. La segunda fase crítica ocurre cuando el terapeuta comienza a cuestionar las antiguas pautas neuróticas del paciente y éste puede experimentar las intervenciones más activas del terapeuta como una disminución de la empatía y el apoyo. Esto podría reactivar creencias y comportamientos vinculares disfuncionales del paciente, debilitando o rompiendo la alianza terapéutica. Este deterioro debe ser reparado para que la terapia continúe exitosamente (Safran y col. 1992 en Horvath y Luborsky, op. cit.).

Este modelo implica que la alianza puede ser dañada en diferentes momentos y por diferentes razones, el modo en que la terapia resulte afectada dependerá de cuándo ocurra tal falla. En los comienzos de la terapia pueden aparecer dificultades para desarrollar una relación contenedora y para lograr consenso en relación con los procedimientos terapéuticos, en estos casos es poco probable que el paciente adhiera al régimen terapéutico y, como consecuencia de ello, que se produzca una ruptura prematura de la relación (Kokotovic y Tracey, 1990; Horvath, 1991 en Horvath y Luborsky, op. cit.). Por otro lado, el que no ocurra este tipo de situaciones puede ser una señal de que el tratamiento psicoterapéutico no está siendo lo suficientemente efectivo y se está evitando los verdaderos problemas del paciente, o que éste responde al terapeuta de un modo irreal, idealizado y fracasa en la utilización de las sesiones de terapia para tratar temas importantes. Además, la terapia puede fallar si los desafíos a la alianza durante la segunda fase son demasiado severos o no son enfrentados de manera adecuada y, producto de ello, las rupturas que se producen en la alianza no son reparadas (Safran y col, 1990 en Horvath y Luborsky, op. cit.).

El modelo propuesto por Horvath y Luborsky (1993) está basado en los conceptos propuestos por Luborsky (1976), Bordin (1975, 1976), Safran y col. (1990) y Horvath (1991), quienes señalan que parece existir alguna evidencia que sostiene la presencia de la primera fase de la alianza. Horvath y Luborsky (op. cit.) mencionan que algunos investigadores han encontrado que el fracaso para desarrollar estos niveles iniciales de alianza, tienen un impacto nocivo en los resultados de la terapia y pueden deteriorarla (Saunders y col., 1989; Frank y Gunderson, 1990; Kokotovic y Tracey, 1990; De Clericq y col., 1991). Además, plantean que se está encontrando evidencia empírica que confirmaría la existencia de la segunda fase crítica de la alianza en el transcurso de la terapia.

Horvath y Luborsky (op. cit.) mencionan una serie de estudios relativos a la segunda fase crítica de la alianza, por ejemplo: Safran y col. (1990) sugieren que la mayoría de las terapias constan de al menos uno o más quiebres de la alianza durante su desarrollo; Foreman y Marmar (1985), señalaron que los terapeutas podían mejorar el nivel de la

alianza enfrentando los conflictos en la relación terapéutica; Gaston y cols. (1991), encontraron que los terapeutas que se centraban en la situación problemática del paciente, mejoraban la calidad de la alianza en comparación con aquellos que lo hacían en el contenido del problema y Randeau y Wampold (1991), hallaron que los pacientes con altos niveles de alianza respondían a las intervenciones desafiantes de los terapeutas con mayor compromiso, en contraste con aquellos con alianza de baja calidad, que respondían de manera evitativa

Aún teniendo en cuenta que algunos de los estudios citados se basan en muestras pequeñas, Horvath y Luborsky consideran que los hallazgos parecen ser consistentes. La atención que pone el terapeuta a los patrones vinculares conflictivos al interior de la terapia y la habilidad del paciente para responder a estos desafíos enfrentando de manera comprometida la situación y no evadiéndola, contribuyen a establecer una mejor alianza (Horvath y Luborsky, op. cit.).

Otros autores como Watson y Greenberg (1995 en Corbella y Botella, 2003), guiados por la conceptualización de Bordin (1976; 1994), consideran que algunos problemas de la alianza terapéutica están relacionados con las tareas o los objetivos, así como otros están conectados con el aspecto relacional como el vínculo entre terapeuta y paciente. Por lo tanto, para estos autores las estrategias para trabajar sobre la alianza están dirigidas a reflexionar sobre las interacciones entre ambos, además de clarificar las metas y las tareas terapéuticas específicas con el objetivo de que los clientes desarrollen un mejor conocimiento acerca del proceso de cambio.

II. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1. OBJETIVO GENERAL

Conocer y describir la concepción que tienen los / as psicólogos / as del Centro de Psicología Aplicada (CAPs) de la Universidad de Chile, de distintas orientaciones teóricas (psicoanalítica, humanista, constructivista - cognitiva y sistémica), acerca de la alianza terapéutica y la importancia que le atribuyen a ésta dentro del proceso psicoterapéutico.

2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ❖ Describir el concepto de Alianza Terapéutica que manejan los / as psicólogos / as del CAPs de la Universidad de Chile, de distintas orientaciones teóricas.
- ❖ Describir la importancia que atribuyen los / as psicólogos / as del CAPs de la Universidad de Chile, de distintas orientaciones teóricas, a la Alianza Terapéutica en el proceso de psicoterapia.
- ❖ Describir cómo se traduce el concepto de Alianza Terapéutica que manejan los / as psicólogos / as del CAPs de la Universidad de Chile, de distintas orientaciones teóricas, en la práctica psicoterapéutica.
- ❖ Describir la relación entre calidad de la Alianza Terapéutica y resultados de la psicoterapia que establecen los / as psicólogos / as del CAPs de la Universidad de Chile, de distintas orientaciones teóricas.
- ❖ Contrastar el concepto de Alianza Terapéutica que manejan los / as psicólogos / as del CAPs de la Universidad de Chile, de distintas orientaciones teóricas, con el modelo de alianza de trabajo propuesto por Edward Bordin.

III. MARCO METODOLÓGICO

1. Perspectiva Metodológica

Con esta investigación, se intenta conocer y describir las concepciones que tienen los / as psicólogos / as acerca de la alianza terapéutica y la importancia que le atribuyen a ésta en el proceso de psicoterapia, enmarcándose así, dentro de la Fenomenología. Según lo planteado por Merleau – Ponty (1957), ésta puede entenderse como el intento de hacer una descripción directa de la experiencia tal cual es, sin ninguna consideración de su génesis psicológica ni de sus explicaciones causales. Siguiendo a Van Manen (1990 en Rodríguez, Gil y García, 1999, p.42) “la fenomenología busca conocer los significados que los individuos dan a su experiencia, lo importante es aprehender el proceso de interpretación por el que la gente define su mundo y actúa en consecuencia. El fenomenólogo intenta ver las cosas desde el punto de vista de otras personas, describiendo, comprendiendo e interpretando”.

Para la comprensión fenomenológica de las diversas concepciones de los psicoterapeutas, se considera adecuada la metodología cualitativa, que se refiere a “la investigación que produce datos descriptivos: las propias palabras de las personas, habladas o escritas, y la conducta observable” (Taylor y Bogdan, 1992, p. 20), también entendida como la “búsqueda de significados, la investigación cualitativa equivale a un intento de comprensión global, el problema es entendido siempre en su totalidad, nunca como un fenómeno aislado, disecado o fragmentado” (Ruiz, 1999, p. 55).

Para Stake (1995 en Rodríguez, Gil y García, 1999), el objetivo de la investigación cualitativa es la comprensión, centrando la indagación en los hechos; lo que se espera en ella es una “descripción densa”, “una comprensión experiencial” y “múltiples realidades”.

2. Tipo y Diseño de Investigación

La presente investigación es de carácter exploratorio debido a que la alianza terapéutica ha sido un tema escasamente estudiado en nuestro país. De acuerdo a lo planteado por Hernández, Fernández y Baptista (1998), este tipo de investigación se realiza cuando el objetivo es examinar un tema poco estudiado o que no ha sido abordado antes, en este sentido, sirven para relacionarnos con fenómenos relativamente desconocidos.

Esta investigación es simultáneamente descriptiva, debido a que intenta dar cuenta de características específicas que se relacionan con la concepción de alianza terapéutica de los psicólogos de distintas orientaciones teóricas que trabajan en el CAPs de la Universidad de Chile. Con relación a esto, Hernández, Fernández y Baptista (1998, p. 59) plantean que los estudios descriptivos “buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis”

3. Población y Muestra

Población: Todos los psicólogos clínicos que trabajen en el Centro de Psicología Aplicada (CAPs), de la Universidad de Chile.

Muestra: Tres psicólogos titulados por cada orientación teórica incluida en el estudio, a saber:

- Tres psicólogos de orientación teórica Humanista
- Tres psicólogos de orientación teórica Constructivista - Cognitiva
- Tres psicólogos de orientación teórica Sistémica
- Tres psicólogos de orientación teórica Psicoanalítica

Según lo anterior, la muestra se compone por un total de doce psicólogos titulados que actualmente trabajan en el Centro de Psicología Aplicada, CAPs de la Universidad de Chile.

Los criterios utilizados para la elección de la muestra fueron los siguientes:

- Ser psicólogo/a titulado.
- Trabajar en psicología clínica, específicamente como psicoterapeuta adscribiendo a un enfoque teórico determinado.
- Trabajar en el CAPs de la Universidad de Chile

La mayoría de los psicólogos cuentan con menos de diez años de experiencia realizando psicoterapia, sólo tres de ellos/as sobrepasan los diez años de experiencia.

De acuerdo a Patton (1990 en Rodríguez, Gil y García, 1999), este tipo de selección de informantes corresponde a lo que él denomina como *muestreo por máxima variedad*, esto es seleccionar de forma deliberada una muestra heterogénea y observar los aspectos comunes de su experiencia, lo que resulta de utilidad cuando se quiere explorar conceptos abstractos. Con esta técnica de muestreo, Patton (op. cit.) señala que se obtienen dos tipos de datos; los primeros son descripciones de alta calidad de un caso que resultan útiles para

informar sobre lo específico; y, en segundo lugar, patrones significativos compartidos de aspectos comunes que se dan entre los participantes.

Cuadro N° 1: Datos de la Muestra

Entrevistado	Orientación Teórica	Años de Experiencia
Psicólogo 1	Psicoanálisis	15 años
Psicólogo 2	Psicoanálisis	5 años
Psicólogo 3	Psicoanálisis	6 años
Psicólogo 4	Humanista Integrativa	27 años
Psicólogo 5	Humanista	3 años
Psicólogo 6	Humanista	4 años
Psicólogo 7	Constructivista – Cognitiva	10 años
Psicólogo 8	Constructivista – Cognitiva	5 años
Psicólogo 9	Constructivista – Cognitiva	5 años
Psicólogo 10	Sistémica	7 años
Psicólogo 11	Sistémica	5 años
Psicólogo 12	Sistémica	8 años

4. Instrumento de Medición

El instrumento que se utilizó fue una Entrevista Semiestructurada, ya que ésta brinda la posibilidad de que el entrevistado se exprese en las temáticas abordadas y al mismo tiempo, posee un guión temático delimitado que apunta a la posibilidad de guiar los contenidos hacia aquellos de relevancia para esta investigación. Al mismo tiempo, permite abordar iguales temáticas para la totalidad de los entrevistados, con la flexibilidad de profundizar en

los puntos significativos para cada uno. Si bien se basa en la experiencia del otro, es el entrevistador quien conoce los temas, delimita y guía el orden de los contenidos.

Los contenidos de la entrevista se delimitaron de acuerdo a cuatro categorías estructuradas a partir del marco teórico y tres de ellas se dividen en subcategorías. Estas son:

1. Noción de Alianza Terapéutica:

- a) Concepto de alianza terapéutica
- b) Elementos que componen la alianza terapéutica
- c) Rol del terapeuta en la alianza terapéutica
- d) Rol del paciente en la alianza terapéutica
- e) Factores influyentes en el establecimiento y / o desarrollo de la alianza terapéutica

2. Función e Importancia de la Alianza Terapéutica

3. Práctica Terapéutica y Alianza Terapéutica:

- a) Acciones intencionales del terapeuta dirigidas a favorecer la alianza terapéutica
- b) Características personales del terapeuta que favorecen o dificultan la alianza terapéutica
- c) Relación entre experiencia y alianza terapéutica

4. Calidad de la Alianza Terapéutica y Resultados de la Psicoterapia:

- a) Indicadores de calidad de la alianza terapéutica
- b) Relación entre calidad de la alianza terapéutica y resultado de la psicoterapia

5. Validez y Confiabilidad

La validez de la presente investigación, está dada por la posibilidad de alcanzar los objetivos propuestos. En este sentido, la validez se hace relativa a la reflexión y adquiere un carácter interno, ya que las propias investigadoras son capaces de autoevaluarse y determinar si mediante el procedimiento metodológico utilizado, fue alcanzada la comprensión de sentidos y significados que se plantearon inicialmente, es decir, el criterio para evaluar validez que se utilizará, será la correspondencia entre el diseño metodológico y los objetivos que se querían lograr. Es importante señalar que la investigación cualitativa constituye una experiencia única e irrepetible, sin pretensiones de generalización, su objetivo es conocer, develar, descubrir y comprender las especificidades del tema de estudio, por lo tanto, el logro de la confiabilidad considerada como la obtención de resultados iguales en otras experiencias, no tiene sentido.

La entrevista, así como cualquier otra práctica cualitativa sólo puede juzgarse por la riqueza heurística de las producciones discursivas obtenidas en ella. Sobre todo en la posibilidad de recoger y analizar saberes sociales cristalizados en discursos que han sido construidos por la práctica directa y no mediada de los sujetos protagonistas de la acción (Greele, 1990 en Delgado y Gutiérrez, 1999).

Los criterios de rigurosidad científica utilizados en la presente investigación son los siguientes (Wenk, 2001):

1. Densidad: concepto que guarda relación con la inclusión de información detallada, ya sea en la recolección de los datos como en el análisis de los mismos.
2. Transparencia: se refiere a la posibilidad de entender cómo se llegó a los resultados. Se presenta una descripción detallada de cada uno de los pasos llevados a cabo durante la investigación.

3. Contextualidad: Dice relación con la consideración del contexto en que se generaron los datos y resultados de la investigación.

6. Procedimiento: Recolección de Información

Para recolectar la información se utilizó una entrevista semiestructurada. La muestra estuvo constituida por los psicólogos / as que trabajan en el CAPs de la Universidad de Chile, por lo tanto el primer paso para iniciar la parte práctica de esta investigación, consistió en conseguir una autorización formal del director de dicho centro para llevar a cabo la investigación en ese lugar, quien no presentó impedimentos al respecto. Seguidamente se solicitó a la secretaria del CAPs una lista con los / as psicólogos / as titulados que trabajasen en este lugar y sus respectivos números telefónicos. Ocho psicólogos / as fueron contactados personalmente en la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile y tres de ellos, telefónicamente. A todos se los abordó identificándonos como memoristas de la carrera de Psicología de la universidad, señalando las características generales de la investigación y preguntándoles si estaban dispuestos a concedernos una entrevista, en la fecha, horario y lugar que más les acomodase. Todos los / as psicólogos / as contactados accedieron a participar sin inconvenientes.

Antes de realizar las entrevistas definitivas, se realizaron dos entrevistas de prueba con el fin de observar el desempeño de cada una de las investigadoras, evaluar la pauta de entrevista y hacer una estimación de la duración de la entrevista. Cada una de las investigadoras realizó una de estas entrevistas en presencia de la otra, de modo que la observante en cada caso pudiera hacer sugerencias y señalar los aspectos más débiles de la entrevistadora. Las entrevistas de prueba permitieron hacer las modificaciones pertinentes al instrumento de medición y establecer el modo en que las entrevistas definitivas se llevarían a cabo.

La mitad de las entrevistas fueron realizadas en el CAPs de la Universidad de Chile, las restantes se realizaron en las consultas privadas (tres), domicilios (dos) y lugar de trabajo

(una), de los / as psicólogos / as. Cada investigadora realizó seis entrevistas sin la presencia de la otra. La consigna establecida para iniciar la entrevista fue mencionar el objetivo general de la investigación, haciendo énfasis en el interés por conocer desde la subjetividad del entrevistado / a. Las entrevistas tuvieron una duración promedio de una hora y todas ellas fueron registradas en su totalidad mediante una grabadora de voz, condición que se especificó al iniciar las entrevistas y a la cual accedieron todos los entrevistados.

7. Análisis de Datos

La información obtenida en la Entrevista Semiestructurada se analizó con la técnica de Análisis de Contenido, el que permite hacer interpretaciones, basándose en “la lectura como instrumento de recogida de información, lectura que debe realizarse de modo científico, es decir, de manera sistemática” (Ruiz, 1999, p. 192). Este tipo de análisis consta de tres etapas:

- 1) Selección de unidades de registro, desde palabras, temas, párrafos, hasta símbolos semánticos.
- 2) Categorización de las unidades de registro, que corresponde a “simplificar reduciendo el número de unidades de registro a un número menor de clases o categorías” (Ruiz, op. cit., p. 204), esto es, considerando que las unidades de registro tienen algo en común. Es necesario tener en cuenta que las categorías se deben construir de acuerdo con un criterio único, deben ser exhaustivas, excluyentes y significativas.
- 3) Desarrollar las categorías antes planteadas, en un texto, en el cual se describen sus contenidos.

Con un total de doce entrevistas realizadas, se procedió a la transcripción textual del contenido de éstas, asignando un número a cada entrevistado. El primer paso para el análisis consistió en la lectura detallada de las transcripciones, para posteriormente

organizar la información de acuerdo a las categorías establecidas a partir de la pauta de entrevista. Como segundo paso, se confeccionó un resumen de la información proporcionada por los entrevistados, que incluyó sus principales ideas respecto de los temas abordados.

A partir de lo anterior, se extrajo una perspectiva común para cada enfoque, la que fue ordenada en función de las categorías establecidas y descrita en términos de tipologías. Éstas se construyeron considerando que al menos dos entrevistados coincidieran en una apreciación con respecto a una subcategoría. Luego se procedió a realizar una discusión y análisis desde dos perspectivas:

1. Intra-enfoque: Se analizaron los resultados a la luz de los postulados teóricos del enfoque respectivo.
2. Inter-enfoques: Se analizaron los resultados comparando las convergencias y divergencias por categorías entre enfoques, en este punto se construyó un cuadro resumen que permite una visión global de los resultados.

Como último punto, se realizó una comparación de los resultados con el modelo transteórico de la alianza de trabajo, de Edward Bordin.

IV. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

Antes de presentar la información obtenida, es necesario señalar que dentro del enfoque psicoanalítico, dos de los tres entrevistados reportaron que desde su enfoque, el concepto de alianza terapéutica no es utilizado o no “es una idea tan compartida”, de modo que sólo se refirieron al concepto de transferencia durante el transcurso de la entrevista. Por tal razón, para el análisis se consideró solamente al entrevistado que se refirió al concepto de alianza terapéutica.

En este sentido, como se señaló en el marco teórico, en el ámbito del psicoanálisis el concepto de alianza terapéutica se ha relacionado estrechamente al de transferencia, llegando a ser considerado por algunos autores como lo mismo, sin embargo para otros, son conceptos totalmente diferenciados. En la actualidad aún existe discusión respecto del lugar de la alianza terapéutica en relación con la transferencia (Zukerfeld, 2001).

1. Presentación de los Resultados.

1. 1. Enfoque Psicoanalítico.

Categoría 1: Noción de Alianza Terapéutica.

a. Concepto de Alianza Terapéutica.

- **Conexión:** Hace referencia a un modo de relacionarse que involucra modos de entender y sentir similares para el paciente y el terapeuta, que a su vez permite al primero confiar en el analista y el proceso psicoterapéutico que lleva a cabo junto a éste.

“(...) Yo lo entendería como... como un campo común, como un espacio común de entendimiento, eh... que hay entre el paciente y el analista respecto a... a qué pueda ser un problema, eh... como una forma de entender las cosas, como de pensar las cosas... forma de sentir las cosas (...) que le permita sentir que... que hay una conexión y que hay un punto en común entre los dos... que le permita confiar en lo que hagamos en conjunto.” (1)

- **Vínculo:** Alude a un lazo emocional que se construye entre paciente y terapeuta, en torno al cual la alianza terapéutica se constituye y consolida.

“O sea que el vínculo... no sé, se refiere a... eh... a ese lazo emocional que se crea mutuo, con el paciente, mutuo pero no quiere decir que sea lo mismo para ambas partes pero... pero que sí nos significamos algo el uno para el otro. Eh... que se va construyendo (...) Eh... va constituyendo la alianza terapéutica eh... sí, se va afianzando por así decir, en torno a ese vínculo (...) el vínculo es ya la consolidación de algo.” (1)

- **Sintonía:** Se refiere principalmente a una interacción en la que el terapeuta es empático con el paciente, lo que hace que éste se sienta comprendido constantemente por él.

“Lo principal es la sintonía en términos... es una sensación de sentirse comprendido, que hay otra persona que te comprende, capta y cómo es que eso se va consolidando, se va aumentando (...) el contacto afectivo, en ese sentido.” (1)

b. Elementos que Componen la Alianza Terapéutica.

- **Funciones mentales del paciente:** Se hace referencia con esto a la capacidad de auto observación y de auto reflexión del paciente como elementos que componen la alianza terapéutica.

“Sí, si se puede tratar de fragmentar, operacionalizar un poco en funciones mentales (...) por ejemplo la capacidad de reflexión, la capacidad de auto observación que tenga un paciente (...) si tuviera que distinguir algo... es eso (...) como funciones más categorizables por así decir.” (1)

- **Empatía:** Alude a la capacidad del terapeuta de ponerse en el punto de vista del paciente, es decir, de percibir los sentimientos y significados personales que éste experimenta tal como se le aparecen.

“Y después yo creo que entra todo un aspecto como de sintonizar con experiencias emocionales similares, que tiene que ver con... creo, cuando uno habla de empatía, de haber vivido cosas similares o tener la capacidad de representarse cosas que uno no ha vivido (...) y eso yo creo que... es como hablar de empatía en ese sentido.” (1)

- **Especialización profesional:** En la construcción de la alianza terapéutica el rol del terapeuta se diferencia del rol del paciente por la especialización profesional del primero, la cual determina su aporte a la relación y su modo de participación en ella. Sin embargo, esto no implica una mayor valoración del terapeuta sobre el paciente.

“(...) Se supone que yo estoy especializado en lo que hago y el paciente no eh... si bien es cierto que desde ahí vendría mi aporte, eso no quiere decir que entonces sea mayor o más importante que el aporte que haga el paciente (...) yo creo que el rol en ese sentido tiene... tal vez la diferencia... hay una cosa de especialización profesional que determina que uno participe de cierta forma pero el peso es equitativo de ambas partes.” (1)

- **Compromiso ético:** Un aspecto fundamental del rol del terapeuta en la construcción de la alianza terapéutica, consiste en un compromiso de orden ético relativo a la evaluación de la posibilidad o imposibilidad para llevar a cabo un proceso psicoterapéutico con el paciente.

“(...) Yo creo que ahí, si tu puedes exigir algo al rol profesional es eso, una exigencia en términos éticos de uno hacer el trabajo, de estar atento y verificar lo más honestamente posible si hay... si es posible establecer cierta sintonía que permita una comprensión con el paciente (...).” (1)

- **Reconocer sus límites:** Se alude a la importancia de que el terapeuta reconozca con el paciente y consigo mismo, hasta que punto es capaz de ayudarlo, en términos de empatía y comprensión.

“(...) Reconocer con la mayor honestidad posible... cuándo comprendes, cuándo puedes sintonizar efectivamente con un paciente o no, o sea poder reconocer tus límites partiendo de la base que de repente... no me voy a poder sintonizar ni... compenetrar bien, empatizar bien con todos los pacientes, tener el compromiso ético de reconocerlo, de reconocérmelo y de reconocerlo también con el paciente.” (1)

- **Notar los obstáculos:** Parte del rol del terapeuta consiste en percibir y trabajar los obstáculos tanto del paciente como de sí mismo, que dificultan la construcción de la alianza terapéutica. Sin embargo, el paciente también puede hacer lo mismo, lo que destaca su rol activo en el proceso psicoterapéutico.

“(...) Y trabajar respecto a los obstáculos que impiden que se establezca esa sintonía y que se establezca un acuerdo común de trabajo en pro de la mejoría del paciente, o sea ver en mí mismo y en el paciente que puede estar obstaculizando la disposición a trabajar sobre él (...) Ahí esta, cierto, la importancia de poderme percatar yo o él, de que eso esta ocurriendo y trabajar sobre eso que es un obstáculo(...).” (1)

- **Trabajar resistencias:** Al terapeuta le corresponde estar atento a sus propias resistencias y a las del paciente para poder realizar el proceso psicoterapéutico de manera productiva.

“(...) Estar atento y... y tratar de trabajar la resistencia que hay tanto de parte del paciente como de parte de uno pa` que se establezca un trabajo productivo entre ambas partes.” (1)

- **Aceptar aportes del paciente:** La posibilidad de que el terapeuta acepte los aportes del paciente resulta relevante para la construcción de la alianza terapéutica. Éstos se refieren a cualquier elemento que surja desde el paciente y que se considere beneficioso para el proceso psicoterapéutico.

“(...) Colegas que me han contado que en algunos momentos el paciente le ha hecho ver (...) ‘pucha, te enojaste el otro día’ y... bueno, el terapeuta ha tenido la gracia de poder aceptar ¿cierto?, algo que le dice el paciente (...) si te fijas, ahí hay un aporte de parte del paciente que uno esperaría que viniera de parte del terapeuta... pero el paciente también los puede hacer (...).” (1)

d. Rol del Paciente.

- **Capacidad de auto observación y reflexión:** Apunta a la capacidad del paciente para observarse a sí mismo y reflexionar acerca de las impresiones e interpretaciones que le ofrece el analista.

“(...) La capacidad de reflexión, la capacidad de auto observación que tenga un paciente... es importante porque es justamente lo que uno le ofrece, por lo menos desde esta perspectiva, es un trabajo que esta orientado a tomar conciencia de sí, a pensarse (...).” (1)

- **Capacidad de sintonizar con la actividad del analista:** Se refiere a que el paciente pueda captar, al menos en un grado mínimo, el tipo de actividad que realiza el analista en el proceso psicoterapéutico.

“(...) Es importante que haya algún mínimo de capacidad de... de sintonizar con esa actividad que haga el analista, porque yo lo que le voy a ofrecer son eso... como observaciones, impresiones (...).” (1)

- **Disposición:** Indica la necesidad de que el paciente presente una actitud dispuesta para auto-observarse y reflexionar acerca de sí mismo, de modo que las intervenciones del analista puedan serle provechosas.

“(...) Yo creo que para que haya una sintonía es necesario que el paciente tenga un mínimo de actitud o disposición a pensarse a sí mismo, a observarse para poder hacer uso de las observaciones y para que le sirvan de algo las observaciones que yo le puedo ofrecer (...).” (1)

e. Factores Influyentes en el Establecimiento y / o Desarrollo de la Alianza Terapéutica.

- **Resistencias:** Este fenómeno, que puede surgir tanto en el paciente como en el terapeuta en el transcurso del proceso de psicoterapia, interfiere la alianza terapéutica en tanto repercute en una disminución de la capacidad de acuerdo y entendimiento entre ambos.

“(...) Estoy pensando en general en la resistencia, eh... en las resistencias que puedan haber en uno, que puedan haber en los pacientes (...).” (1)

- **Apertura y empatía del terapeuta:** Alude a una actitud del terapeuta con respecto al paciente, que implica una capacidad para escucharlo de manera efectiva y ponerse en su punto de vista, es decir, percibir los sentimientos y significados personales que éste experimenta y poder transmitírselo.

“(...) Algo que favorece el establecimiento de una alianza es una postura abierta respecto al paciente, o sea poder escuchar a un paciente y efectivamente poder comprenderlo, empatizar y transmitir eso mismo a través de lo que uno le hable, que el paciente se dé cuenta o sienta, pa’ decirlo más específicamente, se sienta comprendido.” (1)

- **Disposición del paciente para aceptar el encuadre:** Se refiere a que el paciente puede o no, estar dispuesto a aceptar las condiciones del encuadre.

“Bueno, de manera más general (...) si llega un paciente que no está con la disposición a... a compartir digamos como... estas condiciones como básicas de encuadre (...) por la razón que sea pero llega así, ponte... esos ya pueden ser factores que influyen sobre que efectivamente se pueda establecer una alianza o no (...).” (1)

- **Flexibilidad del terapeuta:** Se refiere a la posibilidad de que el terapeuta modifique algunos aspectos del proceso psicoterapéutico, como el encuadre, a partir de las necesidades del paciente.

“(...) Ahí está también la flexibilidad del encuadre y... el encuadre al final depende del terapeuta, la flexibilidad que uno pueda tener para darse cuenta de las necesidades del paciente y ver si es que uno puede ofrecer algo que concuerde con... con las necesidades del paciente.” (1)

Categoría 2: Función e Importancia de la Alianza Terapéutica.

- **Sostener el proceso:** Se refiere a que la alianza terapéutica sostiene el proceso psicoterapéutico en la medida que permite el dinamismo propio de éste sin que se quiebre o interrumpa, es decir que posibilita continuar el proceso aún en los momentos de mayor intensidad emocional que experimente el paciente.

“O sea, sostener un... sostener un proceso. Eh... sostener... claro, el elástico que no se rompe... que permite muchos movimientos en el proceso sin que se rompa, sin que se interrumpa el proceso. O sea que permite que el paciente eh... experimente cosas muy intensas emocionalmente y pueda volver al punto... donde pueda conversar eso, se pueda tratar...” (1)

- **Alianza terapéutica y técnicas no son entidades independientes:** Sugiere que tanto la alianza terapéutica como las técnicas forman parte de la globalidad que implica el ejercicio de la psicoterapia, por lo tanto no es posible asignar mayor o menor importancia a cada una de ellas.

“Me cuesta... en realidad me cuesta hacer ese distingo como para decir es más importante la técnica o es más importante la alianza. Bueno al final son... eh... es que de repente uno convierte en cosas como... uno termina hablando de la alianza terapéutica y de la técnica como si efectivamente fueran cosas, entidades apartes, independientes cuando no lo son, son abstracciones nada más de algo que uno hace que es un todo”. (1)

Categoría 3: Práctica Terapéutica y Alianza Terapéutica.

a. Acciones Intencionales del Terapeuta Dirigidas a Favorecer la Alianza Terapéutica.

Se plantea que no se realizan acciones intencionales dirigidas a favorecer la alianza terapéutica con los pacientes.

“Eh... que haga expresamente no, que yo me he pillado haciendo sí, pero son muchas cosas que son descritas de repente eh... en términos... como cuando se habla de la empatía (...) de repente de encontrarme tomando posturas eh... como sintonizando con posturas corporales, tonos de voz similares a los del paciente (...) eso justamente favorece.” (1)

b. Características Personales del Terapeuta que Favorecen o Dificultan la Alianza Terapéutica.

- **Interés y curiosidad por las personas:** Alude al interés del terapeuta por conocer experiencias humanas y modos de funcionamiento distintos. Estas dos características personales favorecen la construcción de la alianza terapéutica con los pacientes, puesto que manifiestan una actitud de disposición del terapeuta para conocer al paciente y su experiencia.

“Sí... y yo diría por un lado el interés... como interés y curiosidad por... como por otras formas de ser o como otras personas... o de repente como ser... como capturado, interesarme e conocer otras experiencias de otras personas. Yo creo que eso favorece como en términos de estar dispuesto a... abierto a conocer otras cosas.” (1)

- **Tolerancia:** Se refiere a que el terapeuta intenta conocer al paciente sin juzgar ni calificar su experiencia, aún cuando en ocasiones ésta pueda movilizar aspectos personales en él.

“Eh... la tolerancia tiene que ver con no juzgar mucho, no entrar a juzgar mucho sino como con curiosidad, interés... conocer sin entrar a ponerle calificativos (...) a veces implica sintonizar con cosas de otros que son... que te provocan... angustia o te provocan rechazo cuando son feas (...).” (1)

- **Capacidad de Sintonizar:** Da cuenta de una cualidad que implica empatía, conexión, comprensión e involucramiento con el otro. Esta característica personal aplicada al ámbito psicoterapéutico favorece la construcción de alianza terapéutica con el paciente.

“Yo creo que eso, o sea yo noto que yo tengo capacidad de sintonizar con personas... que tengo esa capacidad pero que a veces no quiero hacer uso de esa capacidad. Y ahí es donde noto los límites que tengo... los límites de lo que yo puedo ofrecer.” (1)

c. Relación entre Experiencia y Alianza Terapéutica.

- **Menor foco en las técnicas:** La experiencia profesional ha permitido descentrar la práctica terapéutica de la técnica y cómo ésta se lleva a cabo, para dar paso a un trabajo menos mecánico, más fluido y más centrado en el paciente.

“(...) Tal vez en un principio el hacer psicoterapéutico (...) como algo más constituido por técnicas eh... que uno... tiene que interpretar (...) primero tienes que escuchar, pensar y después interpretar, claro verlo como más mecánico, como seguir ciertos procedimientos. Tal vez en un principio era más así pero... ya no lo veo así (...) verlo así en este momento sería interrumpir eh... justamente el estar pensando con el paciente.”
(1)

- **Mayor tolerancia:** La experiencia ha contribuido a aumentar la tolerancia del terapeuta consigo mismo en lo relativo a su rol, permitiéndose sentir una serie de experiencias relacionadas a su condición de ser humano, lo que a su vez repercute en una mayor tolerancia con los pacientes.

“(...) Permitirme más no comprender... no sintonizar, aburrirme... toda una serie de experiencias que tal vez desde la perspectiva de lo que debiera ser el terapeuta, no debieran ocurrir (...) pero que son un hecho (...) y que en la medida que más me permito (...) y tolero que cosas así, que aparentemente contraproducentes, me ocurran (...) creo que eso me ha permitido ampliar más la perspectiva de cómo entender lo que ocurre en el paciente (...) yo creo que también eso se traspasa, de alguna manera se transmite y eso... permite como mejor también establecer... alianza (...).” (1)

- **Aceptar la posibilidad de deserción:** Se refiere a que la experiencia le ha permitido comprender que su modo de trabajo no es útil para todas las personas que consultan y así aceptar la posibilidad de deserción de algunos pacientes.

“(...) No va a ser para todas las personas ni todos van a encontrar conmigo y acá... lo que vienen a buscar (...).” (1).

Eso ha cambiado con tu experiencia... (E)

“Sí, o sea mortificarme porque se me fuera un paciente o algo así... ya no po”. (1)

Categoría 4: Calidad de la Alianza Terapéutica y Resultados de la Psicoterapia.

a. Indicadores de Calidad de la Alianza Terapéutica.

- **Capacidad de superar las amenazas al vínculo:** Sugiere la posibilidad de superar las dificultades que puedan surgir en la relación terapéutica y, al mismo tiempo reflexionar acerca de ellas de modo que puedan convertirse en elementos beneficiosos para el proceso psicoterapéutico.

“Eh... en la capacidad de pasar por atentados al vínculo (...) la capacidad de pasar por momentos tormentosos (...) momentos en que el paciente esté dispuesto digamos a terminar, a mandar todo a la cresta, que el terapeuta también pueda sentir lo mismo ¿cierto?, y... poder pasar por estas experiencias, poderlas pensar y... poder sacarle provecho. Eh... yo creo que eso es como un indicador bastante bueno de una buena alianza.” (1)

b. Relación entre Calidad de la Alianza Terapéutica y Resultados de la Psicoterapia.

- **Necesaria:** Se refiere a que la existencia de una alianza terapéutica es una condición para el logro de objetivos terapéuticos, es decir, siempre que exista una alianza se pueden obtener resultados positivos.

“Como para ir a lo más general, no me imagino que pueda funcionar y lograrse objetivos si no hay alianza (...) veo difícil que pueda haber una alianza terapéutica sin que hayan resultados (...) yo creo que si hay alianza terapéutica eh... ocurren resultados positivos terapéuticos (...).” (1)

1. 2. Enfoque Humanista.

Categoría 1: Noción de Alianza Terapéutica.

a. Concepto de Alianza Terapéutica.

- **Relación entre terapeuta y paciente:** Alude a un tipo de relación entre paciente y terapeuta, que se construye con un fin asociado a lograr lo que se pretende con el proceso terapéutico. Esta relación tiene algunas características relativas al aporte y colaboración mutua que permitirían lograr los objetivos de la psicoterapia.

“El concepto de alianza lo entiendo como la relación que se da entre el paciente y el terapeuta, que es una relación que se va construyendo desde el primer encuentro (...) y creo que tendría que ser una relación con varias características que permitan que el proceso tome el curso que se desea en cuanto a las metas terapéuticas.” (4)

- **Vínculo:** El concepto de alianza terapéutica es homologado al concepto de vínculo.

“(...) Vale decir, establecer un vínculo en el cual los pacientes tengan una relación como de ‘vamos en una dirección juntos’ (...) yo no creo que la alianza sea un término que abarque toda la relación, es algo que pasa en la relación.” (5)

- **Seguridad y confianza:** La alianza terapéutica es asociada a la seguridad y confianza que siente el paciente con su terapeuta.

“Yo creo que eso pasa por... de nuevo, la alianza... la seguridad, la confianza (...).” (5)

- **Encuadre:** Alude al conjunto de reglas fijadas por el terapeuta y que definen el marco de la relación para hacer viable el proceso de psicoterapia, que desde este enfoque se considera como un componente de la alianza terapéutica. Incluye los criterios de frecuencia y duración de las sesiones, honorarios, puntualidad, asistencia, formas de saludar, entre otros.

“Claro, cosas que yo creo... son parte de la alianza, como por decirte... no sé... una cosa sería... tener un encuadre claro, explicitar un encuadre.” (5)

c. Rol del Terapeuta.

- **Mayor responsabilidad en la construcción de la alianza:** Al terapeuta se le asigna un mayor grado de responsabilidad que al paciente en la construcción de la alianza terapéutica. Sin embargo, esto no implica la exclusión de la idea de una responsabilidad compartida entre paciente y terapeuta en dicha construcción.

“Yo creo que es algo que tiene que ver con los dos (...) pero el terapeuta es fundamental pa’ que eso que se va a generar sea pa’l beneficio de la relación.” (6)

- **Aceptación:** Se refiere a una actitud del terapeuta que implica no hacer juicios valorativos respecto de los contenidos, conductas, sentimientos o condición del paciente.

“Que muestre aceptación, es decir que no enjuicie ninguna de las cosas que el paciente trae (...) uno está más bien para acoger lo que viene en el proceso que para tener reacciones emocionales sobre a lo que el paciente le sucede (...).” (4)

paciente, es decir para percibir los sentimientos y significados personales que este experimenta tal como se le aparecen.

“(...) El tema de la empatía siempre ha sido importante para mí y yo creo que la empatía tiene que ver con eso, con ser capaz de aceptar que el otro puede tener una visión distinta de las cosas.” (5)

- **Capacidad de escucha:** Indica la capacidad del terapeuta para escuchar al paciente, procurando no ser interferido por ningún elemento propio que pueda distorsionar o que impida captar el sentido exacto de lo que el paciente intenta transmitir.

“Tiene mucho que ver con cuán humano se presente el terapeuta frente al paciente (...) va a significar la acogida, el contacto físico, va a implicar calidez (...), la capacidad de escucha, el cuidado de no pasar a llevar algo de lo que el paciente te está diciendo (...).” (4)

d. Rol del Paciente.

- **Disposición:** Se refiere a la disposición del paciente para realizar las actividades básicas del proceso psicoterapéutico, que tienen que ver principalmente con auto-observarse y exponer los contenidos que desea trabajar.

“Yo diría que también tienen otras responsabilidades que no las explicito tampoco en el encuadre, como por ejemplo... no sé, estar dispuesto a... mirarse o estar dispuesto a conversar de ciertas cosas.” (5)

- **Motivación:** Alude a la importancia de que el paciente sienta un deseo auténtico de realizar el proceso psicoterapéutico, lo que facilitaría la construcción de la alianza terapéutica y por lo tanto, que éste pueda llevarse a cabo de manera efectiva.

“Eh... si el paciente no tiene una alta motivación (...) es difícil que quiera establecer una alianza.” (4)

e. Factores Influyentes en el Establecimiento y/o Desarrollo de la Alianza Terapéutica.

- Intervenciones del terapeuta: Se refiere a cualquier tipo de intervención que realice el terapeuta en una sesión que pueda repercutir negativamente en la alianza terapéutica y por lo tanto, en el proceso psicoterapéutico.

“(...) Por ejemplo el terapeuta podría decir algo que de alguna manera censura algunos de los valores del paciente. Entonces intervenciones como esa, intra terapéuticas, pueden ser súper dañinas de la alianza... y eso se puede extrapolar a varias cosas que realmente son intervenciones inadecuadas.” (4)

- Factores extra terapéuticos: Son los elementos externos al proceso psicoterapéutico, que pueden afectar la alianza terapéutica positiva o negativamente.

“(...) Claro que creo que intervienen otros factores, como el contexto familiar de él, el contexto laboral, el apoyo... no sé de la pareja respecto a la terapia (...)” (6)

- **Trabajar con metas:** Se refiere a la realización del trabajo psicoterapéutico de acuerdo a objetivos que se establecen de común acuerdo entre paciente y terapeuta. Incluye la posibilidad de que éstos sean revisados y evaluados por ambos durante el transcurso del proceso, de modo que puedan ser replanteados si se considera necesario. Esto favorece la alianza terapéutica en tanto el paciente puede observar sus avances con relación a los objetivos propuestos y al mismo tiempo, evaluar la eficacia de la psicoterapia.

“(...) A los pacientes les gusta sentir que van trabajando en relación a sus metas y que tienen avances en relación a sus metas (...) Siento que se les da confianza en una cosa que estamos viviendo mucho actualmente, que es la cosa de la eficacia (...) da confianza que el terapeuta exponga en qué parte del proceso va y se pueda evaluar en conjunto para ver cuánto tiempo se sigue.” (4)

- **Estructura de personalidad:** Alude al modo de funcionamiento característico del paciente que determina su manera de relacionarse y vincularse con otros. Así, según el tipo de personalidad, habrá pacientes que tengan mayor o menor dificultad para generar una alianza terapéutica.

“(...) Uno se da cuenta de que no todos los pacientes tienen la misma facilidad de establecer alianza, por sus características y por su historia (...) no es lo mismo vincularse por ejemplo con neuróticos que con personas limítrofes (...) entonces es muy importante saber distinguir qué características o qué ““estrategias”” poder utilizar según como yo voy viendo que es el paciente, para establecer una alianza y para, de alguna manera, fortalecerla.” (4)

Categoría 2: Función e Importancia de la Alianza Terapéutica.

- **Vehículo:** Hace referencia a que la alianza terapéutica es un medio para el logro de los objetivos terapéuticos, en tanto posibilita que se produzcan una serie de procesos que van a concluir en el cambio.

“(...) La alianza es lo que permite que se generen una serie de procesos que van a llevar al cambio (...) el vínculo es el vehículo como de, generar una nueva vivencia, una nueva forma de relacionarse.” (6)

- **Permite el trabajo psicoterapéutico:** La alianza terapéutica permite que se lleve a cabo el proceso psicoterapéutico, puesto que se constituye como una base sobre la que se pueden desarrollar las técnicas. Aún cuando éstas cumplen un rol en el proceso psicoterapéutico, sin una alianza terapéutica las técnicas no son de utilidad.

“(...) Sobre la alianza tú puedes poner las técnicas y puedes poner... como desarrollar un poco más las metas terapéuticas (...) Yo creo que tiene más peso que ninguna cosa en el sentido de que ese es un piso para construir.” (4)

- **Fundamental:** La alianza terapéutica es un elemento esencial para el proceso psicoterapéutico, puesto que si ésta es débil o no existe, no es posible que éste se desarrolle o se puede ver frustrado.

“(...) O sea si no hay alianza, no hay proceso, o sea y si hay una alianza débil... el proceso aborta (...) yo creo que no hay nada sin alianza.” (1)

Categoría 3: Práctica Terapéutica y Alianza Terapéutica.

a. Acciones Intencionales del Terapeuta Dirigidas a Favorecer la Alianza Terapéutica.

No se observa acuerdo entre los entrevistados en cuanto a este punto.

b. Características Personales del Terapeuta que Favorecen o Dificultan la Alianza Terapéutica.

- **Flexibilidad:** Se refiere a la plasticidad del terapeuta con relación a distintos ámbitos dentro del proceso psicoterapéutico. Esta característica personal puede favorecer o dificultar la construcción de la alianza terapéutica dependiendo del caso.

“Yo creo que tengo una que es pa’ los dos lados y que es la flexibilidad, que tiene que ver con los límites. Yo creo que a veces pongo demasiados pocos límites, aunque creo que con otros pacientes es muy bueno. Yo creo que hay veces donde soy demasiado flexible, entonces yo creo que esa es una característica que puede favorecer o entorpecer, que depende del caso (...).” (5)

- **Calidez:** Alude a una cualidad que tiene que ver con la cercanía y afectividad para relacionarse con otros. En la relación con el paciente permite generar mayor confianza para que éste pueda expresarse con más facilidad en la medida que se siente tratado como un ser humano más que como un cliente. Por lo tanto, favorece la alianza terapéutica así como el proceso psicoterapéutico en general.

“A ver... yo no sé pero mis pacientes siempre me dicen que me encuentran cálida, que me encuentran cercana Eh... yo siento que soy cálida en el sentido de la proximidad física, de la sonrisa (...).” (4)

- **Cercanía:** Tiene que ver con mostrarse accesible a los otros. En la relación con el paciente permite que éste perciba al terapeuta como un igual, lo que a su vez facilita un modo de relación que favorece el proceso psicoterapéutico.

“(...) Como un poco en general de los humanistas, como de... de manejar una cosa más cercana, más... de vestirme como me visto, como no usar un color específico, como de poder mostrarme como más... más persona.” (6)

- **Buen humor:** Esta característica hace referencia a que el terapeuta no sólo se centra en los aspectos dolorosos o problemáticos para el paciente, sino que intenta mostrarle a partir de su propia conducta, que el ser humano también cuenta con recursos que resultan útiles para generar un mayor bienestar, lo que en ningún caso significa una negación del sufrimiento que lleva al paciente a consultar. Esto favorece la alianza terapéutica.

“(...) Tengo buen sentido del humor, que... eso es pa’ mí uno de los índices de los progresos del paciente en el sentido como que ellos también lo adquieren respecto a su vida, generalmente vienen como bastante graves respecto de su eh... problema.” (4)

- **Autenticidad:** Se refiere a que el terapeuta se muestra al paciente tal como es, lo cual implica que debe intentar tener presente los sentimientos y actitudes que le surgen en el momento y no ofrecer una fachada externa. Esto no significa que expresa todos sus sentimientos ni que se descubre por completo ante el paciente, sino que no se niega a sí mismo lo que está sintiendo en la relación con él y que está dispuesto a experimentar de modo transparente cualquier sentimiento persistente, es decir, a comunicárselo al paciente.

“Ahora, yo también estoy de acuerdo con eso de la autenticidad... de mostrarse como uno es y... incluso eso a mí me hace utilizar la técnica de la auto revelación, ya que muchas veces los pacientes se encuentran en situaciones similares en las que yo he estado, porque creo que eso ayuda tremendamente a la alianza. Yo firmemente creo que para favorecer una buena alianza es importante mostrarse como otro ser humano, eh... la condición de ser humano, validar eso.” (4)

- **Espontaneidad:** Está directamente relacionada con la autenticidad. Implica un modo de actuar sincero que da cuenta de la condición humana del terapeuta y que favorece la alianza terapéutica con el paciente en tanto éste siente que se está relacionando con un igual.

“El ser espontánea tiene que ver pa’ mí con el encuentro humano, con sentir que no..., como sacarse un poco las máscaras, como las caretas, como... como yo también soy una persona, también estoy en desarrollo, también estoy con mis rollos y... y en ese encuentro humano es que nos vamos a sanar, o sea... como también yo puedo fallar, también puedo hacer una mala intervención.” (6)

c. Relación entre Experiencia y Alianza Terapéutica.

- **Cambios Positivos:** Hace referencia a que la experiencia, tanto personal como profesional ha generado cambios relativos al rol de psicoterapeuta que contribuyen favorablemente a la formación de alianza terapéutica con los pacientes.

“La seguridad... profesional por así decirlo en el rol, como de asumir que uno ya ha hecho psicoterapia antes, sabe una serie de cosas que al principio yo creo que eso juega a veces en contra de la alianza... la ansiedad, la angustia (...) no saber cómo reaccionar, no saber qué decir, qué hacer, qué está prohibido, qué está permitido... yo creo que eso cambia mucho.” (5)

Categoría 4: Calidad de la Alianza Terapéutica y Resultados de la Psicoterapia.

a. Indicadores de Calidad de la Alianza Terapéutica.

- **Confianza del paciente:** Se refiere a la confianza que tiene el paciente con su terapeuta, que le permite exponer todos sus contenidos.

“Creo que una alianza de buena calidad sobre todo se puede reconocer en la confianza que el paciente tiene con el terapeuta. Cuando hay una buena alianza el paciente se atreve y despliega todos sus contenidos, incluso los más difíciles de su vida porque cree en su terapeuta (...).” (4)

- **Compromiso del paciente:** Alude al compromiso del paciente con relación a su proceso psicoterapéutico en términos de asistencia o inasistencia a las sesiones. En este sentido, su asistencia constante o inasistencias justificadas podrían dar cuenta de la calidad de la alianza terapéutica, sin embargo esto no implica necesariamente la existencia de una alianza de buena calidad.

“(...) Eh... y ser como muy cuidadoso en ese sentido de.. de que se falte, que no se falte, qué sé yo, yo creo que eso también te está señalando el tipo de alianza que tiene el paciente con un terapeuta.” (4)

- **Colaboración del paciente:** Indica la cooperación del paciente con su proceso psicoterapéutico. De modo que una participación colaboradora de éste en la terapia es indicador de una alianza terapéutica de buena calidad.

“Claro, yo creo que eso... claro, pasa por la colaboración” (5)

“Eh... en la no resistencia por ejemplo en el momento de las sesiones” (5)

b. Relación entre la Calidad de la Alianza Terapéutica y Resultados de la Psicoterapia

- **Necesaria pero insuficiente:** Una buena alianza terapéutica es una condición para lograr buenos resultados en la terapia, sin embargo por sí sola no constituye una garantía de obtenerlos, ya que pueden existir otros factores que influyan en la eficacia del proceso psicoterapéutico.

“(...) Yo creo que puede pasar eso... una muy buena alianza y uno observa pocos cambios. Yo creo que los factores van desde la falta de habilidad del terapeuta para manejar ciertos pacientes ponte, hasta factores de los pacientes mismos (...) sí yo creo que hay que tener una buena alianza para tener buenos resultados (...).” (5)

1. 3. Modelo Constructivista - Cognitivo.

Categoría 1: Noción de Alianza Terapéutica.

a. Concepto de Alianza Terapéutica.

- **Ambigüedad conceptual:** Se alude con esto a la dificultad para definir el concepto de alianza terapéutica dada la escasa claridad teórica que existe con respecto a éste.

“Yo lo encuentro súper difícil el poder conceptualizarlo (...) siento que no se aborda específicamente (...) de qué estamos hablando cuando hablamos de alianza(...) Entonces si tú me preguntas específicamente cómo conceptualizarlo, no sé cómo conceptualizarlo.” (9)

- **Relación entre terapeuta y paciente:** La alianza terapéutica es asociada a la relación entre paciente y terapeuta en el proceso psicoterapéutico, que es entendida como un encuentro de carácter interpersonal.

“(...) Por lo menos a través de la experiencia, yo lo vinculo directamente con la relación terapéutica (...)” (7)

- **Relación de Ayuda:** La alianza terapéutica implica una relación en la que el terapeuta se orienta en dirección a ayudar al paciente y a aliviar la condición que lo lleva a consultar.

“(...) Un vínculo donde el paciente confía en mí y donde mis sentimientos son principalmente orientados a ayudar al otro (...)” (7)

“La alianza es compromiso (...) que por un lado, requiere de la intervención del terapeuta (...) y que es de alguna forma contribuir al mejoramiento de un cierto nivel de funcionamiento sistémico o contribuir a un mayor bienestar a partir de cierta queja que podría presentar un paciente.” (8)

- **Enquadre:** La alianza terapéutica se origina y configura, básicamente, desde el conjunto de reglas fijadas por el terapeuta y que definen el marco de la relación para hacer viable el proceso de psicoterapia. Éste incluye los criterios de frecuencia y duración de las sesiones, honorarios, puntualidad, asistencia, formas de saludar, entre otros.

“(...) Desde el modelo que nosotros trabajamos, que es el cognitivo constructivista ‘de la Chile’, se va... es posible formarla pero sí bajo un cierto piso básico y para mí el piso básico, la verdad que es el encuadre, es el setting (...)” (9)

- **Acuerdo en objetivos:** La alianza terapéutica es asociada con el acuerdo entre el paciente y el terapeuta acerca de los objetivos terapéuticos, es decir con un acuerdo acerca de qué es lo que se pretende conseguir con el proceso psicoterapéutico.

“(...) Es súper importante en términos estructurales, que terapeuta y paciente sepan los objetivos, para dónde va a ir la terapia (...) entonces de alguna forma acordar y a partir de ese acuerdo básico, entonces desarrollar un procedimiento o una estrategia terapéutica (...)” (8)

b. Elementos que Componen la Alianza Terapéutica.

Dada la divergencia con respecto a los elementos que compondrían la alianza terapéutica para los entrevistados de este enfoque, no fue posible extraer algún concepto común para esta categoría.

c. Rol del terapeuta.

- **Mayor responsabilidad en la construcción de la alianza:** Al terapeuta se le es asignado un mayor grado de responsabilidad o importancia que al paciente en la construcción de la alianza terapéutica. Sin embargo, esto no implica la exclusión de la idea de una responsabilidad compartida entre paciente y terapeuta en dicha construcción.

“(...) Al principio el terapeuta tiene la máxima responsabilidad, pero en la medida que se establece el encuadre o las reglas, nos vamos conociendo, la responsabilidad es compartida.” (7)

- **Capacidad de Escucha:** Se refiere a la capacidad del terapeuta para escuchar al paciente, procurando no ser interferido por ningún elemento propio que pueda distorsionar o que impida captar el sentido exacto de lo que el paciente intenta transmitir.

“Yo tengo que estar escuchando (...) con una oreja tengo que escucharme a mí y con la otra, al paciente (...) no es fácil pero tengo que estar pendiente de lo que está pasando conmigo y lo que está pasando con el otro, pero especialmente en las primeras sesiones yo tengo que estar muy atenta a lo que está pasando con el otro” (7)

- **Compromiso con el proceso:** Indica el compromiso que el terapeuta debe adquirir con relación al proceso psicoterapéutico de modo que permita conseguir las metas de la psicoterapia, lo que implica a su vez, un compromiso con el paciente.

“Un compromiso de expectativas (...) o sea un terapeuta tiene al menos las expectativas que involucran no sé si el mejoramiento, pero sí al menos el poder establecer un proceso y que ese proceso cumpla con los objetivos propios de la terapia.” (8)

- **Capacidad de Ayudar:** Alude a que el terapeuta sienta un deseo auténtico y se sienta capaz de hacer algo que resulte beneficioso para el paciente.

“(...) Entonces yo tengo que sentirme en condiciones de ayudar a esa persona y yo tengo que lograr tener un vínculo que sea de aceptación, donde yo acepte al paciente, lo vaya tolerando y donde yo pueda sentir que puedo hacer algo por él (...).” (7)

- **Cumplimiento del Encuadre:** Se refiere al cumplimiento del conjunto de reglas fijadas por el terapeuta y que definen el marco de la relación para hacer viable el proceso de psicoterapia, incluyendo los criterios de frecuencia y duración de las sesiones, honorarios, puntualidad, asistencia, formas de saludar, entre otros.

“O sea una forma de establecer una alianza terapéutica con un paciente pasa por el cumplimiento de ciertas formalidades relacionales, pasa por entender que un terapeuta formalmente tiene que ver con el ser puntual (...) formalidades como el saludo, formalidades como la despedida, como la presentación personal, (...).” (8)

d. Rol de Paciente

- **Compromiso con el Proceso:** Parte del rol del paciente en la construcción de la alianza terapéutica, consiste en comprometerse con su proceso psicoterapéutico, lo que implica que debe asumir ciertas responsabilidades para que éste se lleve a cabo satisfactoriamente.

“(...) O sea esto no es un tema que esté sólo puesto en el terapeuta y de su rol sino que también del paciente y su rol, donde también uno espera un compromiso aunque sea formal respecto de la asistencia, respecto del trabajo, respecto del cumplimiento de tareas (...) y eso también tiene que ver con un cierto nivel de compromiso que debe asumir al paciente (...).” (8)

e. Factores Influyentes en el establecimiento y/o Desarrollo de la Alianza Terapéutica.

- **Características del paciente:** Ciertas características o problemas de personalidad de algunos pacientes pueden favorecer u obstaculizar el establecimiento de la alianza terapéutica.

“(...) Hay cierto tipo de pacientes que tienen tales características que es mejor la alianza y otros de tales características que es peor la alianza, no lo tengo tan conceptualizado, pero sí de que hay una cierta cantidad de pacientes que es más fácil establecer alianza y otras menos (...).” (9)

- **Disposición del paciente:** Alude a que la calidad y grado de disposición que tiene el paciente para iniciar el proceso psicoterapéutico y confiar en el terapeuta como una persona capaz de ayudarlo, puede favorecer o dificultar la alianza terapéutica.

“(...) Cuán dispuesto estás a conocer a ese desconocido o, entre comillas, a entregarte a ese desconocido, porque también los pacientes se entregan hasta cierto punto a este rol terapéutico, a este poder, digamos, a la espera de ayuda o de mejoría o de salud mental (...).” (8)

- **Atención del terapeuta en el paciente:** Se refiere a la importancia de que el terapeuta esté centrado en el paciente y su problemática para poder intervenir adecuadamente de acuerdo a lo que observa, lo que favorece la alianza terapéutica.

“(...) Estar absolutamente centrado en el otro, como para poder seguir, cuando te digo en el baile, es seguirlo en el baile, tratar de ver cuáles son las regularidades de su baile, para yo meterme ahí (...).” (9)

- **Problemas personales del terapeuta:** Cualquier asunto personal del terapeuta que pueda interferir su capacidad para centrarse en el paciente, dificulta la construcción de la alianza terapéutica.

“Un problema personal desde el punto de vista del terapeuta, muy vigente, no resuelto, no abordado influye (...) y realmente es muy difícil poder establecer (...) no puede ayudar al otro (...) son variables que descentran, (...) impiden centrarse (...) interfiere en la relación.” (7)

- **Supervisión y Terapia del Terapeuta:** Apunta al beneficio que implica que el terapeuta cuente con un espacio de supervisión, así como realizar un proceso psicoterapéutico para sí mismo, contribuyen a que pueda construir mejores alianzas terapéuticas en la medida que atiende sus propias conflictivas y evita que éstas interfieran en la relación con sus pacientes.

“Entonces es bueno estar siempre supervisado (...) y también estar siendo atendido por otro terapeuta (...) su propia terapia, ¿por qué?, porque sin duda que el proceso interno del terapeuta va a influir y va a entorpecer si es que está siendo crítico en ese minuto (...) o sea va a repercutir en la alianza con el paciente (...).” (9)

- **Descuido en el encuadre:** Alude a que las transgresiones por parte del terapeuta de las reglas tanto explícitas como implícitas del encuadre establecido, repercuten negativamente en la alianza terapéutica.

“Que la mayoría de las terapias que de alguna u otra forma han fracasado en mi experiencia personal, yo podría darme cuenta que son transgresiones en la línea del encuadre, por ejemplo, que son transgresiones en la línea ya sea de lo implícito del encuadre o de lo explícito.” (8)

Categoría 2: Función e Importancia de Alianza Terapéutica.

- **Permite el trabajo psicoterapéutico:** La alianza terapéutica es necesaria para realizar el proceso de psicoterapia, en tanto permite que se puedan aplicar las distintas técnicas psicoterapéuticas, debido a que ellas están construidas para ser desarrolladas sólo en la medida que exista una buena alianza terapéutica.

“(...) Si la interpersonalidad está afectada, por alguna u otra razón es mala la relación casi no se puede desarrollar ninguna técnica (...) las técnicas además eh están estructuras en la línea en que se pueden desarrollar si tienes una buena alianza. Si no tienes una buena alianza, no sacas nada con desarrollar cualquier técnica interpersonal, cualquiera, (...) ninguna o sea sólo las consecuencias pueden ser negativas, sí casi uno podría decir eso (...).” (8)

- **Fundamental:** La alianza terapéutica, en su calidad de relación interpersonal, es indispensable para que se pueda desarrollar el proceso psicoterapéutico, ya que se constituye como la base y el motor de la psicoterapia.

“Bueno yo creo que es la piedra fundamental, porque si no hay alianza no hay un proceso terapéutico, es como la base de la terapia, por que la terapia transcurre en una relación interpersonal y si no hay relación no hay nada, (...) entonces yo siento que es como el motor de la psicoterapia.” (9)

a. Acciones Intencionales del Terapeuta Dirigidas a Favorecer la Alianza Terapéutica.

- **Centrarse en el paciente:** Se refiere a que el terapeuta dirige toda su atención hacia el paciente y su vivencia, para poder recibir con mayor claridad lo que éste intenta transmitirle y así poder intervenir de manera adecuada.

“Es decir estar sumamente compenetrado, no se si es la palabra, pero estar atentos a como está el paciente en ese momento (...) Entonces tengo que centrarme, tengo que estar centrada en el paciente para lograr... eso es un facilitador, y si yo tengo pensado hablarle de tal cosa (...) y el paciente llega diciendo que vio una cuestión como un choque y a lo mejor de eso tengo que hablar, ¿te fijas? (...).” (7)

b. Características Personales del Terapeuta que Favorecen o Dificultan la Alianza Terapéutica.

- **Capacidad de escucha:** Se refiere a la capacidad para escuchar al paciente, procurando no ser interferido por ningún elemento propio que pueda distorsionar o que impida captar el sentido exacto de lo que éste intenta transmitir.

“La capacidad de escuchar (...) no tan solo en lo que dice, sino cómo lo dice, en la capacidad de escuchar, una interferencia es que en general los actos del otro a mí me provocan y entonces tengo sentimientos que son rabia por ejemplo (...) a veces me da pena y rechazo (...) pero al mismo tiempo tengo la capacidad de reconocer esas emociones (...).” (7)

- **Deseos Personales:** Alude a las motivaciones o aspiraciones personales asociados al trabajo psicoterapéutico. Éstos se constituyen como favorecedores de la alianza terapéutica, en cuanto se traducen en esfuerzos destinados a conseguir ciertos objetivos relacionados con el proceso psicoterapéutico.

“Yo tengo una cierta motivación de logro, tengo ganas de lograr cosas, o sea eso me mueve también, que es algo propio y personal que no tiene que ver con el interés por ayudar al otro, si no que es una motivación de lograr, digamos que me siento cómoda (...).” (7)

c. Relación entre Experiencia y Alianza terapéutica.

- **Cambios positivos:** Se refiere a una serie de mejoras en las habilidades profesionales que han surgido a partir de la experiencia personal y/o profesional y que contribuyen a formar mejores alianzas terapéuticas en la actualidad.

“(...) Que realmente he cambiado y he adquirido más habilidad, yo creo que la habilidad se adquiere y yo creo que uno ve, escucha, ve y escucha mucho menos cuando está empezando y con el tiempo ve y escucha mucho más.” (7)

Categoría 4: Calidad de la Alianza Terapéutica y Resultados de la Psicoterapia.

a. Indicadores de Calidad de la Alianza Terapéutica.

- **Confianza del paciente:** Una alianza terapéutica de buena calidad puede reconocerse en la confianza que permite al paciente expresarse libremente frente a su terapeuta.

“No es que el paciente que te dice que todo está bueno, sino que tiene cierta confianza, que has podido armar con él una cierta confianza (...) yo creo que esos son factores muy básicos, es donde uno puede de alguna forma, sostener que hay una alianza bien establecida (...).” (8)

b. Relación entre Calidad de la Alianza Terapéutica y Resultados de la Psicoterapia.

- **Necesaria pero insuficiente:** Una buena alianza terapéutica es una condición para obtener buenos resultados. Sin embargo no es suficiente, ya que hay otros factores que pueden intervenir en el proceso psicoterapéutico afectando su eficacia.

“Sin duda hay una relación significativa, yo diría proporcional, a mejor alianza, mejores resultados. Sin embargo no es suficiente, los resultados de la terapia tienen que ver con el terapeuta y con el paciente (...) a lo mejor no necesariamente, porque puede ser que el paciente no está demasiado interesado en los cambios (...) que el paciente busque la terapia con otros fines, (...) satisfacer las necesidades de contar sus cosas (...).” (7)

- **Acelera cambios:** Una alianza terapéutica de buena calidad permite que se produzcan cambios con mayor rapidez en los pacientes y por lo tanto, disminuye el tiempo de la psicoterapia.

“(...) Se acorta eh, es más efectiva en términos, llevar años con un paciente, se acorta, sale mas rápida, pero cuando hay una mala alianza puede ser eterno (...).” (9)

1. 4. Enfoque Sistémico.

Categoría 1: Noción de Alianza Terapéutica.

a. Concepto de Alianza Terapéutica.

- **Vínculo:** Se refiere a la cualidad afectiva o emocional de la relación entre paciente y terapeuta, que favorece el trabajo psicoterapéutico.

“Para mí la alianza terapéutica tiene mucho que ver con el vínculo entre paciente y terapeuta, o sea lo que yo entiendo es lograr una intimidad emocional que favorezca cualquier intervención y de hecho, desde la concepción de la terapia familiar lo primero que uno tiene que enfocar es el vínculo o la alianza para lograr adherencia, para lograr co-construir el sistema terapéutico (...).” (11)

- **Sentimiento del paciente de poder ser ayudado por el terapeuta:** La alianza terapéutica es asociada con una relación en la que el paciente siente que el terapeuta es una persona capaz de comprenderlo, acogerlo y respetarlo, a la vez que lo legitima como alguien capaz de ayudarlo.

“Porque yo entiendo que con la alianza lo que se produce también es una especie de sentimiento de..., desde el paciente de sentirse comprendido, acogido en sus necesidades y respetado, y desde ahí eh... además siente que puede contar con la persona del terapeuta para ir logrando lo que busca (...).” (12)

- **Confianza:** Se hace referencia a la confianza como condición básica para llevar a cabo un proceso psicoterapéutico, la cual está asociada a la alianza terapéutica.

“(...) Si no hay confianza entre dos personas difícilmente una puede acceder a la otra siquiera. Entonces yo creo que... en la alianza esta puesta esa confianza, esta implícita (...).” (12)

b. Elementos que Componen la Alianza.

- **Acuerdo en objetivos:** Alude a la posibilidad de que paciente y terapeuta establezcan de común acuerdo lo que se pretende lograr con la psicoterapia y de qué modo se conseguirá.

“(...) Se establece una relación, un acuerdo sobre lo que se va a trabajar y cómo se va a trabajar y los costos y eso también para mi es parte del vínculo.” (10)

- **Aspecto emocional o afectivo:** Indica los elementos de índole afectiva que surgen en la relación entre terapeuta y paciente, tales como el cariño, la confianza, el apoyo, la escucha y la aceptación mutua.

“Me refiero a una especie de unión entre terapeuta y sistema consultante, basado en la validación, en la credibilidad y también incluso en un aspecto como afectivo casi como de quererse un poco, el quererse y de creerse en el sentido de que ‘ok yo te... en estos momentos te escucho, te creo, te quiero, te necesito y... bidireccional, digamos.” (10)

c. Rol del Terapeuta.

- **Mayor responsabilidad en la construcción de la alianza:** Al terapeuta se le asigna un mayor grado de responsabilidad o importancia que al paciente en la construcción de la alianza terapéutica.

“¿El rol del terapeuta para mantener la alianza, para crear la alianza y mantenerla? Está más en manos de él que del paciente... definitivamente, o sea no hay un equilibrio de poder en eso, yo creo que ahí hay un poder mayor sobre el terapeuta que sobre el paciente.” (12)

- **Proporcionar espacio apropiado:** El terapeuta debe otorgar o crear las condiciones necesarias para que se desarrolle el proceso psicoterapéutico, éstas se relacionan con un

contexto emocional protector que permite desplegarse al paciente con seguridad y confianza.

“Y entonces él tendría que propiciar el espacio para que eso se genere (...) dar las condiciones (...) todo lo que es setting y todo eso que protege al paciente (...) le da un sentido de seguridad también... y eso es lo que permite también después al paciente mostrar otros aspectos más vulnerables que son... las razones que lo llevan a terapia (...) eso es parte de la alianza y eso lo tiene que otorgar el terapeuta, como el contexto de seguridad para que el paciente se pueda desplegar”. (12)

- **Reconocer sus límites:** Se alude a la importancia de que el terapeuta reconozca con el paciente y consigo mismo, hasta que punto es capaz de ayudarlo, en términos de empatía y comprensión.

“(...) Yo pregunto normalmente en qué creen ustedes que yo los puedo ayudar, y si hay algunas cosas que ellos me dicen y que yo siento que no los puedo ayudar, les digo miren en esto yo no los puedo ayudar (...), en cambio en esto yo creo que si podemos trabajarlo acá. Entonces le podríamos llamar transparencia quizás (...).” (10)

- **Validar la vivencia del paciente:** Se refiere a la importancia de que el terapeuta legitime cualquier experiencia del paciente, especialmente las relativas a su sufrimiento, para lo cual es necesaria su capacidad empática.

“(...) Porque muchas veces vienen con un problema y tú tienes que validarlo en eso, eso es súper importante para poder lograr el vínculo, y poder empatizar y entender y validar el sufrimiento, la situación que él trae (...) si tú no validas eso no hay alianza. Tiene que ver con validar la experiencia del otro.” (11)

- **Multiparcialidad:** El terapeuta debe ser capaz de considerar, comprender y validar las distintas perspectivas que tienen las personas que componen un sistema consultante, acerca de una misma experiencia.

“(...) Además uno tiene que aliarse con la familia y muchas veces los distintos miembros de la familia tienen distintas versiones o distintas vivencias o sentimientos de una misma experiencia (...) uno tiene que ser multiparcial, o sea ser capaz de validar y comprender la experiencia subjetiva de cada uno (...).” (11)

- **Conocer al paciente:** Alude a la importancia de que el terapeuta conozca al paciente como individuo integral y parte de un contexto, más allá de su motivo de consulta puntual.

“Yo creo que lo fundamental es conocer al otro, conocer al otro significa saber donde vive, que hace y cómo se siente con lo que vive y lo que hace, saber un poco de su historia, saber un poco de cómo se define a sí mismo (...).” (10)

- **Respeto:** El terapeuta debe tener una actitud de respeto por el paciente en sentido amplio. Esto se traduce en un modo de relacionarse que procura considerar al paciente y su experiencia como lo más importante del proceso psicoterapéutico.

“(...) El respeto por el otro eh... de alguna manera si tú trabajas en forma seria y te gusta lo que haces, tú te preparas. Hay algo que no se si la palabra justa sería como seriedad, pero es como... hay algunas cosas que hay que tomarles el peso que tienen, entonces eso ayuda un montón.” (10)

- **Empatía:** Apunta a la capacidad del terapeuta de ponerse en el punto de vista del paciente, es decir, de percibir los sentimientos y significados personales que éste experimenta tal como se le aparecen.

“(...) Bueno empatizar con él, poder comprender su queja, eso es súper importante, (...) tiene que ser capaz de ponerse en el lugar del otro y eso favorece la alianza, sin eso no logras intimidad, no logras buen clima, no logras nada.” (11)

d. Rol del Paciente.

- **Disposición:** Se refiere a una actitud del paciente que implica el deseo de realizar un proceso psicoterapéutico y, a su vez, estar dispuesto a cumplir con lo que se requiera en éste para conseguir el bienestar que pretende.

“(...) Lo básico del paciente es que tiene que querer estar ahí y tiene que estar dispuesto a hacer ciertas cosas para poder estar mejor. Yo creo que eso es lo que necesita traer el paciente como condición de él... si no, no hay tampoco alianza.” (12)

- **Motivación:** Alude a que el paciente debe tener una participación activa en su proceso psicoterapéutico, para lo cual es necesario que tenga ganas de llevarlo a cabo.

“(...) Cada uno de nosotros es... tiene un rol activo en el establecimiento de la alianza, o sea yo creo que para que haya alianza también tiene que haber motivación de los pacientes, o sea sin motivación pa’ trabajar es difícil que haya alianza (...).” (11)

e. Factores Influyentes en el Establecimiento y/o Desarrollo de la Alianza Terapéutica.

- **Gusto por hacer psicoterapia:** Que al psicólogo le guste hacer psicoterapia es un factor que favorece la posibilidad de construir alianza terapéutica con sus pacientes.

“Yo creo que para el terapeuta, y siempre lo digo, es súper importante que a uno le guste hacer el trabajo que hace. Yo tengo la sensación de que la terapia, más allá de que es una situación en la cuál se conversa a veces sobre problemáticas bastante serias, bastante dolorosas, a uno le tiene que gustar hacer terapia.” (10)

- **Afinidad con el paciente:** Es el nivel o grado de afinidad personal del terapeuta con el paciente, que puede favorecer o dificultar la construcción de una alianza terapéutica.

“ (...) Ahí hay otro elemento dentro del vínculo que es menos controlable, la simpatía o antipatía que uno siente por alguien (...) como el feeling así que hay de repente.” (10)

- **Modelo de trabajo:** El modelo teórico desde el cual trabaja el terapeuta, es un factor que influye en el modo de concebir la alianza terapéutica y por lo tanto, en el modo de construirla.

“Bueno, el modelo, el modelo desde donde se trabaja va a orientar un cierto tipo de alianza u otro(...).” (12)

- **Subjetividad del terapeuta:** Alude a los aspectos personales que puede movilizar el paciente en el terapeuta y que pueden influir en la construcción de la alianza terapéutica.

“(...) Muchas veces a uno le tocan pacientes que resuenan (...) con nuestras historias personales (...) debe ser más fácil o difícil para ti, depende cuán elaborado tengas eso para establecer o no establecer alianza, entonces evidentemente hay factores de uno que van a influir en la calidad del vínculo que uno establece con el paciente.” (11)

- **Estructura de personalidad del paciente:** Se refiere al modo de funcionamiento característico del paciente que determina su manera de relacionarse y vincularse con otros. Así, según el tipo de personalidad, habrá pacientes que tengan mayor o menor dificultad para generar una alianza terapéutica.

“Y depende si el paciente es limítrofe, no es limítrofe. El paciente limítrofe probablemente va a tener más dificultades él mismo para establecer alianza contigo.” (11)

Categoría 2: Función e Importancia de la Alianza Terapéutica.

- **Fundamental:** La alianza terapéutica es indispensable para desarrollar el proceso psicoterapéutico, configurándose como una base a partir de la cual erigir la terapia.

“Para mí, este vínculo es el escenario sobre el cual trabajar, es el piso mínimo sobre el cual trabajar (...).” (10)

- **Permite el trabajo psicoterapéutico:** El trabajo psicoterapéutico es posible gracias a la existencia de una buena alianza terapéutica, debido a que ésta se constituye en una base sobre la cual se puede desarrollar el proceso, en la medida que paciente y terapeuta comparten un cierto grado de intimidad emocional.

“O sea en la medida en que hay alianza (...) si tú no te alías a la visión del paciente, si tu no estás como compenetrado con él, tu vas a hacer puras intervenciones que reboten, las intervenciones para que entren, tienen que hacerle mucho sentido a tus pacientes y tú tienes que saber... haber logrado un nivel de intimidad emocional (...) la alianza va más allá de la técnica (...).” (11)

- **Posibilita el cambio psicoterapéutico:** La alianza terapéutica, en tanto otorga la confianza suficiente al paciente para desarrollar su proceso psicoterapéutico, promueve o facilita el cambio.

“(...) Te ofrece... esta confianza, como el terreno para ir abriendo ciertos temas delicados y difíciles de aceptar, entonces... y eso es... de alguna manera puede ser facilitador para el cambio” (12)

Categoría 3: Práctica Terapéutica y Alianza Terapéutica.

a. Acciones Intencionales del Terapeuta Dirigidas a Favorecer la Alianza Terapéutica.

- **Claridad del encuadre:** Indica que el terapeuta es claro y explícito con las condiciones del encuadre, es decir con el conjunto de reglas que definen el marco de la relación para hacer viable el proceso de psicoterapia, incluyendo los criterios de frecuencia y duración de las sesiones, honorarios, puntualidad, asistencia, formas de saludar, entre otros.

“Otro aspecto importante eh... creo que tiene que ver con la claridad de la relación, yo tiendo a explicar bastante qué es lo que yo pido, cuáles son las condiciones, desde el setting, desde el espejo que a veces nosotros trabajamos que irrumpe a veces en el tema de la alianza terapéutica o en el vínculo, eh... hasta cosas más finas como por ejemplo la disponibilidad que usted tiene que tener a asumir ciertos costos en esa conversación, (...) claridad respecto a cuál es el rol que cumple cada uno.” (10)

- **Respeto con el paciente:** Se refiere a que el terapeuta considera que es el paciente o sistema consultante quien más conoce de sí mismo, por lo tanto procura realizar sus intervenciones de manera no impositiva de modo que éstas puedan ser mejor recibidas.

“Si tú estás imponiendo una idea tuya por ejemplo... interventiva (...) es súper impositivo, agresivo, no respetuoso del sistema... entonces la gente se va, no te pesca (...) rebotan las cosas, no hay intervención, no ocurre... entonces no hay terapia, se acabó la alianza en ese minuto (...) si ese es un tema como central dentro de la terapia y todo, hay que buscar el modo de que la persona sí llegue... hasta ahí. Pero respetuosamente, no imponiendo, no se pueden imponer.” (12)

responsable del proceso.

“(...) También establecer que aquí... de alguna manera la persona sí se tiene que hacer cargo de trabajar (...).” (12)

- **No ir inmediatamente al motivo de consulta:** El terapeuta no aborda el motivo de consulta en el primer acercamiento psicoterapéutico, sino que primero intenta conocerlo en otros ámbitos para lograr la cercanía que permita atender el problema que lo trae a terapia.

“Le preguntas tú de su historia, su vida (...) trato de contextualizar harto, eh... harto contexto... saber más o menos y después me voy a ver el motivo de consulta (...).” (11)

- **Centrarse en la vivencia del paciente:** En los casos de ínter consultas o derivaciones, el terapeuta se centra en la vivencia del paciente, separando así su demanda personal de la demanda externa.

“(...)Yo tengo una concepción de la psicoterapia como un encuentro humano (...) como un encuentro humano positivo, entonces trato de que no hayan aspecto que estén eh... ensuciando de alguna manera ese encuentro humano, si hay por ejemplo entre medio un enviante, un juzgado, ‘no es que nosotros llegamos por el juzgado’ trato de sacar primero el juzgado ‘no pero...pongámonos de acuerdo entre nosotros’ (...).” (10)

b. Características Personales del Terapeuta que Favorecen o Dificultan la Alianza Terapéutica.

Dada la divergencia de la información respectiva a esta categoría desde este modelo, no fue posible extraer algún concepto común.

c. Relación entre Experiencia y Alianza Terapéutica.

- **Seguridad en el rol:** La experiencia ha otorgado a los terapeutas un sentimiento de seguridad en su rol. En la actualidad son capaces de confiar en sí mismos y en sus recursos.

“Al principio por ejemplo, cuando llegaban familias con conflictos explícitos muy grandes... me asustaba, me asustaba mucho, me angustiaba bastante... así como que no sabía que hacer (...) como que no les podía proponer nada, no les podía ofrecer nada y menos los podía acoger, eso me dejaba paralizada (...) Y creo que con el tiempo he podido aprender a no... o sea de hecho ya no me pasa (...) curtida..., curtida con eso”.
(12)

- **Menor foco en las técnicas:** La experiencia profesional ha permitido descentrar la práctica terapéutica de la técnica, dando paso a un trabajo menos mecánico y más centrado en la interacción con el paciente.

“(...) No es que antes no privilegiara la alianza, pero sí estaba más centrado en algunos aspectos técnicos y ahora estoy más centrada más bien en aspectos más directamente de la conversación que son mucho más complejos y menos controlables”
(10)

- **Incorporar modelo de trabajo sistémico:** Se alude a la adopción e integración de un modelo de trabajo psicoterapéutico como producto o consecuencia de la experiencia.

“Yo creo que el modelo sistémico ha evolucionado con el tiempo (...) las tendencias más actuales se han ido acercando más hacia el tema narrativo y conversacional y yo he ido adoptando algunas características de aquel modelo, donde la alianza terapéutica se juega en la conversación, por lo tanto ha influido directamente en eso (...).” (10)

Categoría 4: Calidad de la Alianza Terapéutica y Resultados de la Psicoterapia

a. Indicadores de Calidad de la Alianza Terapéutica

- **Confianza del paciente:** Una alianza terapéutica de buena calidad se puede reconocer en la confianza que siente el paciente con su terapeuta, la cual le permite exponer sus contenidos con tranquilidad y libertad en tanto no teme ser juzgado por él.

“(...) Cuando las personas se abren, se sueltan a hablar tranquilamente, con confianza, ¿no? aquí el elemento de la confianza es básico. Eh... se sienten como libres de poder hablar, de que no van a haber prejuicios, de que no van a ser castigados por... sus ideas (...).” (12)

b. Relación entre Calidad de la Alianza Terapéutica y Resultados de la Psicoterapia.

- **Necesaria pero insuficiente:** Si bien la alianza terapéutica otorga una alta posibilidad de obtener buenos resultados, existen otros factores que pueden influir en el proceso psicoterapéutico afectando su eficacia. Por lo tanto, ésta no es garantía de conseguir resultados exitosos. Todo esto considerando un establecimiento de objetivos realizables.

“Yo creo que puede... dar la posibilidad, altamente (...) no los asegura (...) depende del objetivo además, porque si tú te fijas el objetivo de que esa persona sea... astronauta ¡olvidalo!, cero éxito... Hay que tener también como un criterio de realidad de las expectativas que se pueden hacer (...) O sea yo creo que es imposible logros sin alianza (...) No creo que sea exclusivamente de la alianza, yo creo que también hay otros factores, o sea el nivel de enfermedad, el nivel de habilidades terapéuticas, etc.” (12)

2. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.

2. 1. Discusión y Análisis de los Resultados Intra - Enfoque.

2. 1. 1. Enfoque Psicoanalítico.

Desde el modelo psicoanalítico, sólo uno de los entrevistados maneja un concepto claro de alianza terapéutica y la entiende como un espacio común de entendimiento entre paciente y analista, que implica formas de sentir y pensar similares, permitiendo sentir a ambos que hay una conexión en términos de comprensión y confianza mutua. Esta confianza está referida a la posibilidad de llevar a cabo un trabajo en conjunto. Todo esto se configura como una base a partir de la cual se puede realizar el trabajo psicoterapéutico.

Para él, la alianza terapéutica está estrechamente relacionada con el vínculo entre paciente y terapeuta, entendido como un lazo afectivo que se va construyendo a partir del proceso de trabajar en conjunto. Este vínculo permite que la alianza se vaya constituyendo y afianzando en el transcurso del proceso psicoterapéutico y además, lo sostiene cuando la alianza se ve debilitada o interrumpida.

De este modo, la alianza terapéutica involucra tanto aspectos afectivos como cognitivos que se encuentran íntimamente ligados. Los aspectos cognitivos tienen que ver con algunas funciones egoicas del paciente, como la capacidad de reflexión y auto observación. Además, distingue la empatía del terapeuta como un componente de la alianza terapéutica.

Es posible apreciar que en su idea de alianza terapéutica, no se menciona el concepto transferencia, que ha sido históricamente ligado a la alianza terapéutica dentro de la tradición psicoanalítica. Por otra parte, aunque da cuenta de su conocimiento respecto a que la alianza se formaría entre las partes sanas del Yo del paciente y las partes sanas del Yo de analista, planteado desde la teoría psicoanalítica, considera que esto no es lo principal, sino que destaca los componentes afectivos de la relación como lo fundamental en la alianza

terapéutica. En este sentido, su planteamiento se aleja de lo que generalmente se propone desde el psicoanálisis con respecto a ésta.

Para él, tanto el paciente como el terapeuta tienen un rol como en cualquier alianza y su participación debe ser activa. El aporte del terapeuta en la construcción de la alianza terapéutica está dado por su especialización profesional, lo que no significa que sea mayor o más importante que el del paciente. En este sentido asigna un peso equitativo a ambas partes en tal construcción. No obstante, al terapeuta le corresponde asumir un compromiso ético con respecto a su trabajo, que implica honestidad para evaluar la posibilidad de realizar el proceso de manera efectiva y reconocer, tanto con el paciente como consigo mismo, cuando esto no es posible. Parte de este compromiso también incluye estar atento a las propias resistencias y a las del paciente y trabajarlas, de modo que el proceso psicoterapéutico sea productivo. Asimismo, es importante que pueda percibir y ocuparse de los obstáculos que pueden surgir desde ambas partes y que dificultan la alianza terapéutica. Señala que el terapeuta puede aceptar los aportes del paciente al proceso y que esto contribuye a la alianza entre ambos.

Plantea que para la construcción de la alianza terapéutica, es necesario que el paciente tenga disposición y capacidad de auto observación y reflexión que le permitan establecer contacto con el analista y recoger sus intervenciones para que éstas puedan serle de utilidad. Además, es importante que el paciente pueda captar que el trabajo que realiza el analista está dirigido a que tome conciencia de sí mismo.

Si bien este entrevistado no menciona explícitamente la empatía como parte del rol del terapeuta, ésta se halla implícita en la mayoría de sus planteamientos relativos a la participación del terapeuta en la construcción de la alianza, aunque desde el psicoanálisis la empatía no ha sido un aspecto mayormente abordado.

Este entrevistado plantea que alianza terapéutica y neurosis de transferencia se alternan en una relación dialéctica, es decir que en algunos momentos predomina más el entendimiento y la capacidad de auto observación del paciente y, en otros, la intensidad emocional propia

de la conflictiva que lo lleva a consultar. En este sentido, concuerda con lo propuesto por Sterba (1934 en Weinstein, 1997) y desarrollado por Greenson (1967) con relación a que, como consecuencia del proceso psicoanalítico existe una división del Yo, entre un Yo racional, observador y analizador, y otro subjetivo, irracional y experienciante. Esta capacidad del Yo, permite al paciente separar la alianza de trabajo de la neurosis de transferencia (Greenson, 1967). Para este entrevistado, los momentos en que la neurosis de transferencia se torna en resistencia puede representar un obstáculo para la alianza si es que el terapeuta participa de la dinámica neurótica del paciente.

En la construcción de la alianza terapéutica, la disposición del paciente para aceptar las condiciones del encuadre, puede ser un factor que influya en la posibilidad de establecer una alianza terapéutica. En este sentido, la flexibilidad del terapeuta para adecuarse a las necesidades del paciente, así como una actitud abierta y empática con él, favorecerían la construcción de la alianza.

La función de la alianza terapéutica, para este entrevistado, reside en mantener la continuidad del proceso psicoterapéutico, en tanto permite que el paciente pueda experimentar emociones muy intensas sin que esto implique una interrupción o ruptura del proceso. Además, señala que las técnicas y la alianza terapéutica forman parte de la totalidad que implica el trabajo psicoterapéutico, de este modo, no son entidades independientes a las que pueda asignar diferente grado de importancia.

Entre sus características personales aplicadas al contexto psicoterapéutico, que considera favorecedoras para la alianza terapéutica, se refiere a su interés y curiosidad por conocer otras personas y sus experiencias; a su tolerancia, que implica no calificar ni juzgar las experiencias de otros; y su capacidad para sintonizar, es decir para empatizar y conectarse con otras personas.

Se puede apreciar que la mayoría de las características personales de este entrevistado, corresponden a aspectos que han sido enfatizados por la corriente humanista de psicoterapia como actitudes del terapeuta que favorecen la relación terapéutica (Feixas y Miró, 1993). La

empatía es una de las condiciones propuestas por Rogers (1957) y, la tolerancia a la que se refiere el entrevistado, si bien no corresponde exactamente a la condición “aceptación incondicional” propuesta por el mismo autor, está directamente relacionada con ésta.

Por otra parte, señala que producto de su experiencia profesional, en la actualidad realiza un trabajo menos centrado en la técnica, más fluido y con una mayor atención hacia el paciente. Además, ha desarrollado mayor tolerancia consigo mismo en lo referente a su rol, permitiéndose sentir una serie de experiencias relativas a su condición de ser humano, que le han permitido ampliar su perspectiva para entender a sus pacientes y ofrecer esta misma tolerancia a ellos. Asimismo, la experiencia le ha permitido comprender que no siempre su modo de trabajo puede ser de utilidad para todos los pacientes y por lo tanto, aceptar las deserciones de algunos de éstos.

Para él, una alianza terapéutica de buena calidad tiene que ver con la posibilidad de superar las dificultades que puedan surgir en la relación terapéutica, es decir que éstas puedan ser reflexionadas en conjunto y transformadas en beneficio de la psicoterapia.

Por último, descarta la posibilidad de que un proceso terapéutico pueda funcionar y que se puedan lograr objetivos sin alianza terapéutica. Considera que siempre que ésta existe, se pueden conseguir resultados positivos.

2. 1. 2. Enfoque Humanista

Desde el enfoque humanista, la alianza terapéutica esta directamente relacionada con la relación que paciente y terapeuta construyen en el curso del proceso psicoterapéutico y que requiere de la mutua colaboración para la consecución de las metas terapéuticas. Para ellos esta relación tiene ciertas características relativas a las condiciones propuestas por Rogers (1957) acerca de las actitudes del terapeuta que favorecen la relación terapéutica como un agente de cambio.

Desde la teoría humanista, se le ha otorgado especial relevancia a la relación entre terapeuta y paciente, aunque generalmente desde ésta no se utiliza el concepto de alianza terapéutica. En consecuencia, los entrevistados de este enfoque homologan este concepto al de vínculo, haciendo referencia con éste a un lazo de calidad afectiva o emocional entre paciente y terapeuta. Además, la alianza terapéutica es asociada a la seguridad y confianza que el paciente tiene con relación al terapeuta y al proceso que desarrolla junto a él.

Con respecto a los elementos que componen la alianza terapéutica, se menciona el encuadre que establece el terapeuta para llevar a cabo el proceso psicoterapéutico. Dado que esta orientación incluye gran diversidad de formas de psicoterapia, resulta difícil generalizar un encuadre común para todas. Sin embargo, la flexibilidad es una característica común que permite que éste se adecue a los requerimientos que cada forma de trabajo exige.

En la construcción de la alianza se le adjudica mayor responsabilidad al terapeuta, sobre todo en el inicio de la psicoterapia. Sin embargo, se enfatiza que también el paciente es responsable de ésta durante el proceso psicoterapéutico.

En correspondencia con lo planteado por Rogers (1957), se menciona como importante que el terapeuta acepte al paciente sin realizar juicios de valor respecto a su condición o experiencias, así como también que sea capaz de empatizar con éste. Además, es necesario que el terapeuta pueda escuchar al paciente sin ser interferido por elementos personales que puedan distorsionar el sentido de lo que éste intenta transmitirle.

Con relación al paciente, se considera que una actitud de disposición y motivación por parte de éste con respecto al trabajo que requiere su proceso psicoterapéutico, favorece la construcción de alianza terapéutica.

Por otra parte, se señala que el tipo de intervenciones que realice el terapeuta pueden influir en la alianza terapéutica. De este modo, una intervención inadecuada, como emitir juicios de valor, reaccionar frente a los contenidos del paciente o censurar alguno de sus principios, puede repercutir negativamente en la alianza. Los factores extra terapéuticos, como viajes, enfermedades, contexto familiar, contexto laboral, entre otros, así como también la estructura de personalidad del paciente, también son considerados como elementos que pueden afectar positiva o negativamente la construcción de la alianza terapéutica. Se plantea además, que realizar el trabajo psicoterapéutico en base a metas acordadas entre paciente y terapeuta, influiría positivamente en la alianza terapéutica.

Desde este enfoque, se considera que la alianza terapéutica es un elemento esencial e imprescindible para realizar la psicoterapia en tanto se constituye como una base a partir de la cual es posible desarrollar este proceso. Se plantea que es un medio para lograr los objetivos terapéuticos y que permite desarrollar las técnicas e intervenciones terapéuticas, siendo éstas de utilidad sólo en la medida que exista una buena alianza con el paciente.

Entre las características personales que favorecen la alianza terapéutica, se mencionan la flexibilidad con relación a los distintos ámbitos de la psicoterapia, que posibilita al terapeuta adecuarse a las necesidades del paciente; la calidez, que hace referencia a la cercanía y afectividad en la relación, facilitando el despliegue del paciente en el proceso de psicoterapia; la cercanía, que implica relacionarse con el paciente como un igual, permitiendo que se sienta tratado como un ser humano más que como un cliente; el buen humor, que se constituye en un referente en cuanto a las posibilidades de recursos con que el ser humano cuenta para propiciarse estados de bienestar, lo que no implica una negación del sufrimiento; la autenticidad, que apunta a relacionarse de un modo genuino y

transparente; por último, la espontaneidad, que favorece la alianza terapéutica en la medida que el paciente percibe al terapeuta como sincero en su actuar.

En cuanto a la experiencia, tanto personal como profesional, plantean que ésta ha contribuido a generar cambios positivos asociados a su rol como psicoterapeutas, que favorecen la construcción de mejores alianzas terapéuticas con sus pacientes, entre ellas se incluyen: mayor paciencia con relación al proceso, mayor flexibilidad, aumento de la seguridad en el rol y menor atención a los aspectos técnicos.

Para los entrevistados de este enfoque, la calidad de la alianza terapéutica puede reconocerse en la confianza y apertura que el paciente siente con el terapeuta, que le permite expresarse sin aprehensiones durante las sesiones de la terapia. El compromiso y la colaboración del paciente con su proceso psicoterapéutico, también son indicadores de la calidad de la alianza. En este sentido, la asistencia, puntualidad y una actitud cooperadora del paciente en cuanto a los requerimientos del trabajo psicoterapéutico, estarían dando cuenta de una alianza de buena calidad. Ésta se considera necesaria para alcanzar los objetivos propuestos para la psicoterapia, es decir siempre que exista una buena alianza terapéutica se pueden conseguir resultados satisfactorios. No obstante, existen otros factores que pueden intervenir en el proceso psicoterapéutico afectando su efectividad, por lo tanto, una buena alianza no asegura necesariamente un resultado exitoso.

2. 1. 3. Enfoque Constructivista - Cognitivo.

Los psicoterapeutas de este modelo manifiestan dificultad para definir el concepto de alianza terapéutica y consideran que no existe claridad teórica al respecto. Sin embargo, plantean que ésta involucra una relación en la que el terapeuta dirige sus esfuerzos a ayudar al paciente y en la que existe un acuerdo entre ambos con respecto a los objetivos de la terapia. Además, para los entrevistados este concepto surge básicamente desde el encuadre, en tanto éste determina el modo y contexto en que se va a desarrollar la relación.

Lo anterior coincide con lo planteado por Yáñez (2005) respecto a que la alianza terapéutica requiere del acuerdo entre paciente y terapeuta en cuanto a las metas que orientan el proceso de psicoterapia, así como con su idea de que la relación terapéutica, íntimamente ligada a la alianza, posee características que definen su modo y alcance, ya que está delimitada por el encuadre psicoterapéutico.

La alianza terapéutica se asocia directamente con la relación que paciente y terapeuta construyen en el curso del proceso psicoterapéutico y que es entendida como un encuentro de carácter interpersonal, lo que implica una intersubjetividad que trasciende a cada uno de los participantes. Esto se relaciona con lo planteado por Yáñez (op. cit.) en cuanto a que la alianza terapéutica es el resultado del proceso de relación interpersonal entre paciente y terapeuta.

Sin bien se considera la participación del paciente, se asigna mayor responsabilidad al terapeuta en la construcción de la alianza terapéutica y se señala que parte de su rol reside en ser capaz de escuchar al paciente, intentando captar con la mayor precisión posible lo que éste le quiere transmitir. Para esto, es importante que el terapeuta evite ser intervenido por elementos personales. Asimismo, debe adquirir un compromiso tanto con el paciente como con el proceso psicoterapéutico para lograr los objetivos de la terapia y cumplir con el encuadre que él mismo establece, puesto que esto permite que el paciente lo perciba como una figura neutral y consistente. Se señala también la importancia de que el terapeuta sienta interés y capacidad para ayudar al paciente.

Para ellos, el paciente también debe adquirir un compromiso con relación a su proceso, lo que implica que debe asumir las responsabilidades necesarias para que éste se lleve a cabo de manera satisfactoria. De este modo, coinciden con la afirmación de Yáñez (op. cit.) con relación a que el resultado de la psicoterapia es una responsabilidad compartida entre paciente y terapeuta, que supone para ambos la aceptación de ciertas tareas y responsabilidades y que es planteada como una de las exigencias de la alianza terapéutica que regulan la interacción.

Entre los factores que influyen positivamente en la alianza terapéutica, se menciona la disposición del paciente para realizar el proceso de psicoterapia y la confianza que éste deposita en el terapeuta como alguien capaz de ayudarlo. Esto corresponde con lo mencionado en el modelo constructivista – cognitivo, (Kelly, 1955 en Yáñez, op. cit.) con respecto a que la confianza del paciente hacia el terapeuta y su idoneidad, es una de las condiciones necesarias para la alianza (Yáñez, op. cit.).

Los entrevistados mencionan además, la importancia de que el terapeuta cuente con un espacio de supervisión y de psicoterapia personal, ya que así estará en mejores condiciones para centrarse en el paciente. Por el contrario, los problemas personales del terapeuta descentran su atención hacia el paciente y pueden repercutir negativamente en la alianza, al igual que sus descuidos con el encuadre, ya que pueden afectar su imagen ante el paciente. Además, los entrevistados estiman que las características personales de algunos pacientes en términos de identidad, equilibrio, estructura de personalidad, entre otras, puede facilitar o dificultar la construcción de la alianza terapéutica.

La alianza terapéutica se concibe como un elemento fundamental para realizar la psicoterapia, ya que se considera necesaria para la aplicación de las técnicas e intervenciones terapéuticas, en tanto están diseñadas para ser desarrolladas en la medida que ésta exista.

Se plantea que una acción intencional que se realiza para favorecer la alianza terapéutica consiste en centrarse completamente en el paciente, para así captar con la mayor nitidez

posible lo que éste intenta transmitir. Esto colabora a que las intervenciones realizadas por el terapeuta sean las más adecuadas de acuerdo a cada caso.

Entre sus características personales, la capacidad de escuchar y las motivaciones o aspiraciones personales asociadas al trabajo con los pacientes, traducidas en esfuerzos dirigidos a conseguir objetivos relacionados con la terapia, son consideradas favorecedoras de la alianza terapéutica.

Los entrevistados afirman que su experiencia profesional, ha contribuido a mejorar algunas habilidades asociadas a su rol de psicoterapeutas que favorecen la construcción de mejores alianzas con sus pacientes. Entre ellas mencionan, la capacidad de escucha, una mayor atención hacia el paciente y ser más cuidadoso con el encuadre.

Para ellos, una alianza terapéutica de buena calidad, que implica que el paciente confíe en su terapeuta como alguien capaz de ayudarlo y que pueda expresarse sin restricciones frente a él, es un elemento crucial para alcanzar los objetivos propuestos para la psicoterapia. Sin embargo, existen otros factores que pueden intervenir en el proceso psicoterapéutico afectando su efectividad, ya sean extra terapéuticos o factores del paciente. Además, una buena alianza terapéutica acelera los cambios que se puedan producir y en consecuencia el tiempo de duración de la psicoterapia se acorta.

2. 1. 4. Enfoque Sistémico

Desde este enfoque, la alianza terapéutica se relaciona con el concepto de vínculo, haciendo referencia con éste a un lazo de calidad afectiva o emocional entre paciente y terapeuta. Ésta implica un sentimiento de confianza mutua, así como también que el paciente sienta que el terapeuta es una persona capaz de acogerlo, respetarlo, comprenderlo y ayudarlo. En este sentido, los entrevistados coinciden con lo planteado por Biedermann (2004 en Fuentes, 2004) con respecto a que la alianza terapéutica permite establecer una base de confianza en la que el paciente puede sentir que es entendido y aceptado en su experiencia.

Para los entrevistados, la alianza terapéutica esta formada por dos componentes; el acuerdo en los objetivos, que se refiere a que paciente y terapeuta puedan convenir los propósitos de la psicoterapia y el modo de llevarlos a cabo; y un aspecto emocional o afectivo, que se refiere a algunos elementos como cariño, confianza, apoyo y aceptación mutua, que surgen entre paciente y terapeuta en el transcurso de la psicoterapia.

Se considera que el terapeuta tiene mayor responsabilidad en la construcción de la alianza, puesto que es quien guía el proceso terapéutico. En este sentido, le corresponde estar atento a los indicadores de su calidad para poder revertir situaciones en las que ésta se vea amenazada. Además, es importante que proporcione un contexto de seguridad que permita al paciente sentir la confianza suficiente para exponer todos sus contenidos; que comprenda y valide cualquier vivencia de éste, para lo que resulta necesaria su capacidad empática. Refieren que el terapeuta debe procurar conocer al paciente de manera integral, más allá de su motivo de consulta, es decir es importante que profundice respecto a su mundo interno, su historia y el contexto en el que se desenvuelve. Asimismo, destacan la relevancia de que éste reconozca los límites de su capacidad de ayuda, tanto con el paciente como consigo mismo y que mantenga una actitud de respeto hacia él y todo lo que su proceso implica. Como desde este enfoque se trabaja con más de un paciente a la vez, para los entrevistados resulta esencial que el terapeuta comprenda y valide la subjetividad de cada miembro de un sistema consultante.

Con relación a lo anterior, se observan algunas correspondencias entre lo planteado por los terapeutas y lo señalado desde la teoría, respecto a algunas condiciones del rol del terapeuta para la construcción de la alianza terapéutica. Entre ellas, Fuentes (2004) menciona la empatía, validar la experiencia del paciente, ser flexible respetando las propias limitaciones, actitud humanitaria de interés y permisividad, estar atento a las fluctuaciones en la alianza y predecir posibles situaciones de amenazas o quiebres en ésta.

También se observa coincidencia con la actitud de omniparcialidad, que alude a la capacidad para validar la perspectiva de todos los miembros de la familia por igual y que ha sido planteada desde la teoría sistémica (Von Schlippe y Schweitzer, 2002 en Arribas, 2003), como una de las condiciones esenciales que debiera adoptar el terapeuta en su actuar.

Por otra parte, se considera que el paciente tiene un rol activo en la construcción de la alianza y que, idealmente, debe estar dispuesto y motivado para realizar su proceso de psicoterapia.

Entre los factores que pueden influir en la construcción de la alianza terapéutica, los entrevistados expresan que la estructura de personalidad del paciente es una variable que puede facilitar o dificultar la alianza. Así, un paciente con una estructura de personalidad limítrofe tendrá mayor dificultad para establecerla. La afinidad del terapeuta con el paciente y los aspectos personales que puede movilizar el paciente en éste, también son considerados como factores que pueden influir positiva o negativamente en la alianza. Como un factor que la favorece, los entrevistados refieren el gusto del terapeuta por su actividad profesional, lo que se traduce en una mayor motivación para realizar su trabajo. Finalmente, creen que el modelo teórico desde el cual trabaja el terapeuta, influye en la alianza terapéutica en la medida que determina el modo de concebirla y por tanto, de construirla.

Sostienen que la alianza terapéutica es un elemento fundamental que hace posible la realización de la terapia, en tanto paciente y terapeuta comparten un cierto grado de intimidad emocional. De este modo, le atribuyen mayor importancia a ésta que a las

técnicas que se puedan aplicar. Para ellos, la alianza terapéutica promueve o facilita el cambio en la medida que otorga la confianza necesaria al paciente para exponer y abordar los temas que lo llevan a consultar.

Como acciones intencionales dirigidas a beneficiar la alianza terapéutica, refieren ser claros y explícitos al plantear el encuadre, ya que esto otorga claridad al paciente respecto a la relación y al rol que cumple cada uno en ella. De esta forma, los terapeutas otorgan responsabilidad al paciente, transmitiéndoles que el resultado del proceso depende en gran medida de su trabajo y cooperación. Manifiestan además, ser respetuosos con él y reconocerlo como un experto en sí mismo, evitando hacer intervenciones impositivas que pudieran ser mal recibidas por éste. En este sentido, concuerdan con lo planteado por Von Schlippe y Schweitzer, (2002 en Arribas, op. cit.) en cuanto a que el terapeuta debe ser flexible respecto de sus propias creencias y mantener una actitud de curiosidad en la formulación de hipótesis, lo que implica que no expone certezas, sino que se interesa por la lógica interna de cada sistema.

Otra acción intencional que señalan los entrevistados es no abordar el motivo de consulta sin antes conocer al paciente y crear la cercanía necesaria con él. En los casos de interconsultas o derivaciones, dicen centrarse primero en la vivencia del paciente, distinguiendo su demanda personal de la externa, manifestando de este modo que él y su experiencia es más importante que cualquier elemento externo.

Los entrevistados plantean que la experiencia profesional y personal, les ha otorgado mayor seguridad en su rol como psicoterapeutas, mayor confianza en sí mismos y en los recursos que poseen para desempeñarse adecuadamente. También les ha permitido realizar un trabajo menos centrado en la técnica, más fluido y con una mayor atención hacia el paciente.

La calidad de la alianza terapéutica, para ellos está directamente relacionada con la confianza que el paciente deposita en el terapeuta, la que le permite exponer sus contenidos con tranquilidad y apertura, sin temor a ser censurado. En este sentido, afirman que una

alianza de buena calidad otorga un alta probabilidad de obtener buenos resultados, aunque no los asegura, ya que existen otros elementos que pueden influir en la efectividad de la psicoterapia y que ésta también depende de los objetivos propuestos.

2. 2. Discusión y Análisis Inter - Enfoques.

De acuerdo a los datos anteriormente presentados, es posible advertir que para los entrevistados del enfoques psicoanalítico, humanista y sistémico, el concepto de alianza terapéutica se relaciona con el concepto de vínculo, haciendo referencia con éste a un lazo de calidad afectiva o emocional entre paciente y terapeuta, mientras que los psicoterapeutas de orientación sistémica y los de orientación humanista, homologan ambos conceptos. No así para el entrevistado del modelo psicoanalítico, quien realiza una distinción entre estos conceptos, señalando que el vínculo es necesario para la constitución de la alianza terapéutica y que ésta se afianzaría en torno a él.

Otro concepto asociado a la alianza terapéutica es el de relación entre terapeuta y paciente. Así, para los psicoterapeutas de las orientaciones humanista y cognitiva, la alianza terapéutica está directamente relacionada con la relación que paciente y terapeuta construyen en el curso del proceso psicoterapéutico. Para los entrevistados del enfoque humanista esta relación tiene ciertas características relativas a las condiciones propuestas por Rogers (1957) acerca de las actitudes del terapeuta y a la mutua colaboración entre éste y el paciente, que posibilitan la consecución de las metas terapéuticas. Para los entrevistados del enfoque constructivista- cognitivo, en tanto, esta relación es entendida como un encuentro de carácter interpersonal en el proceso psicoterapéutico, lo que para ellos implica una intersubjetividad que trasciende a cada uno de los participantes.

Además, para los psicoterapeutas humanistas y sistémicos, la alianza terapéutica implica que el paciente confíe en el terapeuta, ya que ésta le permite exponerse y al mismo tiempo recibir las intervenciones del terapeuta.

Con respecto a los elementos que constituirían la alianza terapéutica, la mayoría de los entrevistados manifestó algún grado de dificultad para descomponer el concepto en componentes diferenciables, evidenciando que éste es percibido más bien de manera integrada. De este modo, no se observaron coincidencias entre ninguno de los enfoques para esta categoría.

En cuanto al rol del terapeuta en la alianza, para los entrevistados de los enfoques humanista y constructivista - cognitivo, éste tiene mayor responsabilidad que el paciente en su construcción, sobre todo en el inicio de la psicoterapia. Los terapeutas sistémicos también asignan mayor responsabilidad al terapeuta que al paciente en tal construcción, pero durante todo el transcurso de la terapia. No obstante, todos los enfoques consideran que la construcción y mantenimiento de la alianza terapéutica depende de ambas partes.

Desde los enfoques humanista y constructivista - cognitivo, se señala que el terapeuta debe ser capaz de escuchar al paciente, intentando captar el sentido exacto de lo que éste le transmite, para lo cual es importante que evite ser interferido por elementos personales. Tanto para los entrevistados del enfoque humanista como del enfoque sistémico, el terapeuta debe ser empático, es decir debe ser capaz de ponerse en el lugar del paciente, tratando de percibir sus sentimientos y significados personales, tal como éste los experimenta. Para los entrevistados de los enfoques psicoanalítico y sistémico, es importante que el terapeuta reconozca sus límites en cuanto a su capacidad de ayudar al paciente, tanto con éste como consigo mismo, de modo que el proceso se lleve a cabo con transparencia y el paciente tenga la posibilidad de evaluar si éste le será beneficioso.

Con relación al rol del paciente en la alianza terapéutica, para los entrevistados de los enfoques psicoanalítico, humanista y sistémico, idealmente éste debe estar dispuesto a realizar las actividades que requiere el proceso psicoterapéutico; del mismo modo, los entrevistados de los enfoques sistémico y humanista señalan que su motivación con respecto al proceso se constituye en un aporte para la construcción y desarrollo de la alianza.

Acerca de los factores que podrían influir en la alianza terapéutica, la única coincidencia observada se da entre los entrevistados de los enfoques humanista y sistémico; ambos estiman que la estructura de personalidad del paciente puede facilitar o dificultar la construcción de la alianza terapéutica, en tanto determina su modo de relacionarse y vincularse con otros.

Con respecto a la importancia y función de la alianza terapéutica, los entrevistados de los enfoques humanista, constructivista - cognitivo y sistémico consideran que la alianza terapéutica es un elemento esencial e imprescindible para realizar la psicoterapia. Además, señalan que permite desarrollar las técnicas e intervenciones terapéuticas y que éstas pueden ser de utilidad sólo en la medida que exista una buena alianza con el paciente. Aunque el entrevistado de línea psicoanalítica no hace referencia directa a la importancia de la alianza, ésta se puede inferir a partir de la función que éste le asigna y que reside en mantener la continuidad del proceso psicoterapéutico.

Si bien los enfoques humanista, constructivista - cognitivo y sistémico refieren realizar acciones intencionales dirigidas a favorecer la alianza terapéutica, no se observan coincidencias en éstas. Del mismo modo, los entrevistados de todos los enfoques mencionan características personales que consideran como favorecedoras para la alianza, aunque no existe concordancia entre ellas.

Por otra parte, desde todos los enfoques se afirma que la experiencia profesional y personal ha contribuido a perfeccionar y corregir habilidades relativas a su rol de terapeutas, que favorecen la construcción de mejores alianzas con sus pacientes. Se observa coincidencia entre los entrevistados, tanto del enfoque psicoanalítico como sistémico, en cuanto a que la experiencia profesional les ha permitido realizar un trabajo terapéutico menos centrado en la técnica, más fluido y con una mayor atención hacia el paciente.

En lo referente a la calidad de la alianza terapéutica, para los entrevistados de los enfoque humanista, sistémico y constructivista - cognitivo, una buena alianza puede reconocerse en la confianza que el paciente siente con el terapeuta, la que a su vez puede reconocerse en la medida que el primero puede expresarse sin aprehensiones durante las sesiones de la terapia. Para los entrevistados de los enfoques psicoanalítico, humanista, constructivista - cognitivo y sistémico, una alianza terapéutica de buena calidad es necesaria para alcanzar los objetivos propuestos para la psicoterapia, es decir siempre que exista una buena alianza terapéutica se pueden conseguir resultados satisfactorios. Sin embargo, ésta no siempre es

suficiente debido a que existen otros factores que pueden intervenir en el proceso psicoterapéutico afectando su efectividad.

A continuación se presenta una serie de cuadros que resumen las convergencias y divergencias encontradas entre los distintos enfoques, con relación a las categorías preestablecidas.

2. 3. Convergencias y Divergencias Inter - Enfoques.

Cuadro N° 2: Noción de Alianza Terapéutica (AT) - Convergencias

Enfoque	Psicoanalítico	Humanista	Construccionista Cognitivo	Sistémico
Subcategoría				
Concepto de Alianza Terapéutica	Vínculo	Vínculo Relación Terapéutica	Relación Terapéutica	Vínculo
Elementos que Componen la AT				
Rol del Terapeuta	Reconocer sus límites	Mayor responsabilidad en la construcción de la AT Capacidad de escucha Empatía	Mayor responsabilidad en la construcción de la AT Capacidad de escucha	Mayor responsabilidad en la construcción de la AT Reconocer sus límites Empatía
Rol del Paciente	Disposición	Disposición Motivación		Disposición Motivación
Factores Influyentes en el Establecimiento y/o Desarrollo de la AT		Estructura de personalidad del paciente		Estructura de personalidad del paciente

Cuadro N° 3: Noción de Alianza Terapéutica – Divergencias

Enfoque	<i>Psicoanalítico</i>	Humanista	Construccionista Cognitivo	Sistémico
Subcategoría				
Concepto de Alianza Terapéutica	Conexión Sintonía		Ambigüedad Conceptual Relación de ayuda Encuadre	Sentimiento del paciente de poder ser ayudado por el terapeuta
Elementos que Componen la AT	Funciones mentales del paciente Empatía del terapeuta	Encuadre		Acuerdo en Objetivos Aspecto emocional o afectivo
Rol del Terapeuta	Especialización profesional Compromiso ético Notar los obstáculos Aceptar aportes del paciente	Aceptación Empatía	Compromiso con el proceso Capacidad de Ayudar Encuadre	Proporcionar espacio apropiado Validar la vivencia del paciente Multiparcialidad Conocer al paciente Respeto
Rol del Paciente	Capacidad de auto observación y reflexión Capacidad de sintonizar con la actividad del analista		Compromiso con el proceso	

Factores Influyentes en el Establecimiento y / o Desarrollo de la AT	Resistencia	Intervenciones del terapeuta	Características del paciente	Gusto por hacer psicoterapia
	Apertura y empatía de terapeuta	Factores extra terapéuticos	Disposición del paciente	Afinidad con el paciente
	Disposición del paciente para aceptar en encuadre	Trabajar con metas	Atención del terapeuta en el paciente	Modelo de trabajo
	Flexibilidad de terapeuta		Problemas personales del terapeuta	Subjetividad del terapeuta
			Supervisión y terapia del terapeuta	
			Descuido en el encuadre	

Cuadro N° 4: Función e Importancia de la Alianza Terapéutica -Convergencias

Enfoque	Psicoanalítico	Humanista	Construccionista Cognitivo	Sistémico
Categoría				
Función e importancia		Permite el trabajo psicoterapéutico	Permite el trabajo psicoterapéutico	Permite el trabajo psicoterapéutico
		Fundamental	Fundamental	Fundamental

Cuadro N° 5: Función e Importancia de la Alianza Terapéutica - Divergencias

Enfoque	Psicoanalítico	Humanista	Construccionista Cognitivo	Sistémico
Categoría				
Función e importancia	Sostener el proceso	Vehículo		Posibilitar el cambio terapéutico
	Alianza y técnicas no son independientes			

Cuadro N° 6: Práctica Terapéutica - Convergencias

Enfoque	Psicoanalítico	Humanista	Construccionista Cognitivo	Sistémico
Subcategoría				
Acciones Intencionales Dirigidas a Favorecer la Alianza Terapéutica				
Características Personales que Favorecen la Alianza Terapéutica				
Relación entre Experiencia y Acciones Dirigidas a favorecer la Alianza Terapéutica	Menor Foco en las técnicas	Cambios positivos	Cambios positivos	Menor Foco en las técnicas

Cuadro N° 7: Práctica Terapéutica – Divergencias

Enfoque	Psicoanalítico	Humanista	Construccionista	Sistémico
Subcategoría			Cognitivo	
Acciones Intencionales Dirigidas a Favorecer la Alianza Terapéutica	No se realizan acciones intencionales		Centrarse en el paciente	Claridad del encuadre Respeto con el paciente Otorgar responsabilidad al paciente No ir inmediatamente al motivo de consulta Centrarse en la vivencia del paciente
Características Personales que Favorecen la Alianza Terapéutica	Interés y curiosidad por las personas Tolerancia Capacidad de sintonizar	Flexibilidad Calidez Cercanía Buen humor Autenticidad Espontaneidad	Capacidad de escucha Deseos personales	
Relación entre Experiencia y Acciones Dirigidas a favorecer la Alianza Terapéutica	Mayor tolerancia Aceptar la posibilidad de decepción			Seguridad en el rol Incorporar modelo de trabajo sistémico

**Cuadro N° 8: Calidad de la Alianza Terapéutica y Resultados de la Psicoterapia -
Converencias**

Enfoque	Psicoanalítico	Humanista	Construccionista	Sistémico
Subcategoría			Cognitivo	
Indicadores de la calidad de la Alianza terapéutica		Confianza del paciente	Confianza del paciente	Confianza del paciente
Relación entre la calidad de la alianza terapéutica y los resultados de la psicoterapia		Necesaria pero no suficiente	Necesaria pero no suficiente	Necesaria pero no suficiente

**Cuadro N° 9: Calidad de la Alianza Terapéutica y Resultados de la Psicoterapia –
Divergencias**

Enfoque	Psicoanalítico	Humanista	Construccionista	Sistémico
Subcategoría			Cognitivo	
Indicadores de la calidad de la Alianza terapéutica	Capacidad de superar las amenazas al vínculo	Compromiso del paciente Colaboración del paciente		
Relación entre la calidad de la alianza terapéutica y los resultados de la psicoterapia	Necesaria		Acelera cambios	

2. 4. Relación Entre el Concepto de Alianza Terapéutica que Manejan los Entrevistados y la Teoría de la Alianza de Trabajo de Edward Bordin.

Para Bordin (1976 en Santibáñez, 2001), la alianza es una relación consciente entre paciente y terapeuta en el aquí y el ahora, que podría estar influenciada por relaciones pasadas y vínculos no resueltos del paciente.

De acuerdo con los resultados observados, puede relacionarse este aspecto de la teoría de Bordin con lo planteado desde los enfoques humanista y constructivista – cognitivo, quienes refieren que la alianza terapéutica está directamente relacionada con la relación que paciente y terapeuta construyen en el curso del proceso psicoterapéutico; sin embargo, aunque desde estas perspectivas no se alude al carácter consciente o inconsciente de ésta, es posible deducir que es una relación consciente en tanto se establece con un fin determinado y con reglas que la definen y regulan.

Por otra parte, se observa cierta correspondencia entre el entrevistado de línea psicoanalítica y lo planteado por Bordin (1976 en Santibáñez, op. cit.), en lo relativo a la posible influencia de relaciones pasadas y vínculos no resueltos en la alianza, ya que él concuerda con la idea de que la neurosis de transferencia puede generar un impacto en el paciente, que repercute en una disminución de su capacidad de acuerdo y entendimiento, aminorando la fuerza de la alianza terapéutica.

La alianza de trabajo de Bordin (1979 en Feixas y Miró, 1993) se compone de *vínculos*, *tareas* y *metas*. Desde los enfoques psicoanalítico, humanista y sistémico, se hace referencia a un vínculo entendido de manera similar a cómo lo define este autor. Para él, el *vínculo* incluye la mutua aceptación y confianza; su calidad determina el tono emocional de la vivencia que el paciente tiene del terapeuta y que influye en su colaboración en el proceso terapéutico. Según este autor, la formación de un vínculo sólido de trabajo, depende en parte de que el paciente comprenda lo que se espera de él y sus deberes. Así, se sentirá libre para explorar pensamientos, sentimientos, conductas y para comunicarse con el terapeuta (Hougaard, 1994).

Los entrevistados de los enfoques humanista, constructivista - cognitivo y sistémico, coinciden con la idea de Bordin acerca de que el paciente debe entender lo que implica su rol. Esto se relaciona con el concepto de encuadre al cual aluden en las categorías Componentes de la Alianza, Concepto de Alianza y Acciones Intencionales Dirigidas a Favorecer la Alianza, respectivamente. Para todos ellos, la claridad en el encuadre es importante en tanto define el contexto en el cual se va a dar la relación y los roles de cada una de las partes, contribuyendo a la formación del vínculo entre ambos.

La aceptación y la confianza son aludidas con distinto énfasis y en distintas categorías por los cuatro enfoques. Así, para el entrevistado psicoanalítico, la aceptación tiene que ver con la tolerancia, que menciona como una de sus características personales que favorecen la alianza; para los entrevistados de la corriente humanista, ésta es un componente esencial del rol del terapeuta que favorece la relación terapéutica; desde el enfoque constructivista – cognitivo, ésta se halla implícita como parte del rol del terapeuta; y para el enfoque sistémico, es parte del aspecto afectivo de la relación y del rol del terapeuta. La confianza, aparece reiteradamente en los distintos discursos de todos los entrevistados y si bien, sólo en los enfoques humanista y sistémico se asocia explícitamente a la alianza terapéutica, en todos los enfoques se alude a esta confianza en las tipologías surgidas a partir de las distintas categorías preestablecidas.

Para todos los enfoques, el vínculo entre paciente y terapeuta implica confianza mutua y esto es lo que permite que el paciente pueda explorar sus experiencias y exponerse frente al terapeuta. Mientras que para Bordin, lo anterior es posible gracias a la comprensión que tiene el paciente respecto a su rol en tanto esto fortalece su vínculo con el terapeuta.

El componente *tareas* para Bordin (1979 en Feixas y Miró, 1993), se refiere al acuerdo acerca de los medios que son adecuados para conseguir los objetivos propuestos. Son las conductas y cogniciones dentro de la terapia que forman la sustancia del proceso de psicoterapia. Para él, el buen funcionamiento de la relación se da cuando ambas partes perciben estas tareas como relevantes y eficaces y cada uno acepta la responsabilidad para

desempeñarlas. El último componente, *metas*, se refiere al grado de acuerdo entre paciente y terapeuta respecto a los objetivos de la intervención.

Con respecto a lo anterior, se observa que desde el enfoque sistémico se hace referencia a ambos componentes como elementos que constituyen la alianza terapéutica y desde los enfoques humanista y constructivista - cognitivo, se alude al componente *metas* en las categorías Factores Influyentes y Concepto, respectivamente. Además, para todos los enfoques, la alianza terapéutica implica una responsabilidad compartida entre paciente y terapeuta, que tiene que ver con que cada uno esté dispuesto a realizar las funciones que requiere su rol. No obstante, en lo relativo a la percepción del paciente, acerca de la relevancia y utilidad de las actividades del proceso que plantea Bordin, el tipo de responsabilidad a la que aluden los entrevistados no implica necesariamente tal percepción.

Bordin (1980 en Santibáñez, 2001), plantea que los componentes de la Alianza de Trabajo dependen del grado de concordancia y conexión entre el paciente y el terapeuta e implican una colaboración mutua.

En el concepto de alianza terapéutica, los entrevistados del enfoque Humanista aluden a la colaboración entre paciente y terapeuta, que permitiría la consecución de los objetivos terapéuticos, mientras que en la categoría Calidad de la Alianza Terapéutica, la colaboración del paciente es considerada un indicador de una buena alianza. Aunque desde el resto de los enfoques no se hace referencia explícita a dicha colaboración, ésta se encuentra implícita cuando se refieren a la disposición y responsabilidad del paciente en el proceso psicoterapéutico.

Por su parte, el entrevistado de la corriente psicoanalítica enfatiza la conexión entre paciente y terapeuta como un punto esencial en su concepto de alianza.

Weinstein (1997), plantea que Bordin predice que las intervenciones psicoterapéuticas basadas sobre diferentes premisas teóricas, podrían poner distintos énfasis sobre los

componentes de la AT, y además, que ellos no serían igualmente importantes en todas las fases del tratamiento.

Con respecto a esta afirmación de Bordin, los datos obtenidos dan cuenta de que las distintas líneas psicoterapéuticas acentúan principalmente el aspecto afectivo de la relación, asociado al componente *vínculo*. Para todos los entrevistados, la formación de un vínculo con el paciente resulta esencial para desarrollar la psicoterapia y las corrientes constructivista - cognitiva y sistémica, destacan que esto constituye un propósito central durante las primeras sesiones.

A fin de establecer una alianza terapéutica adecuada, Bordin (Horvath, 1994 en Weinstein, 1997) plantea que es importante que el terapeuta negocie las expectativas a corto y mediano plazo y las conecte con los deseos del paciente. Desarrollando estas estrategias, el terapeuta puede obtener la participación activa del paciente para alcanzar estos objetivos. Esto coincide con lo manifestado desde el enfoque humanista respecto a que un trabajo realizado en base a metas establecidas de común acuerdo, es un factor que contribuye a la alianza terapéutica, ya que otorga la posibilidad de que éstas sean revisadas, evaluadas y reformuladas durante el proceso.

Bordin entiende la alianza de trabajo como un vehículo que permite y facilita el uso de técnicas específicas de psicoterapia. Esto significa que provee el contexto que promueve e interactúa con técnicas específicas de psicoterapia, lo que brindaría un marco para mirar de manera integrada las variables de la relación y las técnicas específicas de intervención. Estos planteamientos ofrecen una alternativa al concepto dicotómico de los procesos y aspectos técnicos en la terapia al sugerir que ambos son interdependientes y que el desarrollo positivo en cada caso proporciona una base adecuada y necesaria para el crecimiento del conjunto.

En concordancia con lo anterior, desde las cuatro orientaciones teóricas se indica que la alianza terapéutica permite llevar a cabo el proceso terapéutico y se considera que alianza y técnicas son aspectos interdependientes. En este sentido, desde los enfoques humanista,

constructivista – cognitivo y sistémico, se señala que la alianza terapéutica posibilita el uso de las técnicas y que éstas sean de utilidad para el proceso. Al igual que para Bordin, para el enfoque humanista la alianza se constituye como un vehículo hacia la obtención de las metas terapéuticas en tanto permite desarrollar las técnicas.

Además, considera que la reciprocidad en la Alianza de Trabajo es el principal elemento para la eficacia de la terapia. A partir de la información obtenida desde todos los enfoques, es posible entrever que la reciprocidad a la que se refiere Bordin, se manifiesta de manera explícita e implícita a lo largo de todos los discursos, destacándose principalmente en el concepto, rol del terapeuta, rol del paciente, factores influyentes y calidad de la alianza.

Bordin (1976 en Weinstein, 1997), se refirió inicialmente a la alianza terapéutica como una condición necesaria, pero no suficiente para la psicoterapia. Señaló que ésta no es curativa por sí misma, sino que es el ingrediente que posibilita la aceptación y adherencia al tratamiento por parte del paciente Bordin (1980 en Horvath y Luborsky, 1995).

En correspondencia con esto, los enfoques humanista, constructivista - cognitivo y sistémico, consideran que la alianza es necesaria para la obtención de buenos resultados pero que ésta no es suficiente por sí sola, ya que pueden haber otros factores como los factores del paciente y habilidades del terapeuta, que pueden afectar la efectividad de la terapia. Aunque el entrevistado del enfoque psicoanalítico también considera que la alianza es una condición para el logro de objetivos terapéuticos, no hace referencia explícita a que ésta sea insuficiente. En este sentido, su visión se acerca a lo que Bordin plantea con posterioridad, con relación a que la posibilidad de obtener logros terapéuticos radica en la fuerza de la alianza, que es la clave para producir un cambio en cualquier situación.

Además, Bordin se refirió al abandono prematuro del tratamiento como la consecuencia más obvia de un alianza débil, señalando que los fracasos para producir cambios en tales situaciones, pueden comprenderse mejor como fracasos de la alianza terapéutica. Con relación a esta afirmación, aunque no todos los entrevistados hacen referencia explícita a que el abandono prematuro de un paciente es consecuencia de fragilidad en la alianza, esto

puede deducirse a partir de la importancia que le otorgan a ésta para el desarrollo del proceso terapéutico.

Por último, el desarrollo de una adecuada alianza, para Bordin (1979 en Feixas y Miró, 1993) es un factor de cambio esencial en todas las formas de psicoterapia aunque su naturaleza particular varíe según la modalidad de la terapia.

Aunque sólo desde el enfoque sistémico, se alude explícitamente a que el modelo teórico a partir del cual se trabaje, influye en el modo de concebir la alianza y por tanto, en el modo de construirla; la información analizada, permite dar cuenta de que los distintos modelos teóricos enfatizan la importancia de la alianza terapéutica como un elemento esencial en el proceso psicoterapéutico y que influye directamente en los resultados de éste.

V. SÍNTESIS Y CONCLUSIONES

La presente investigación, permite concluir que para los psicólogos de distintas orientaciones teóricas que trabajan en el Centro de Psicología Aplicada (CAPs) de la Universidad de Chile, la alianza terapéutica es un concepto que no presenta una definición exacta.

Para la mayoría de ellos la alianza terapéutica está asociada, tanto con la relación terapéutica como con el vínculo establecido entre paciente y terapeuta durante el proceso de psicoterapia.

En el análisis se observó que en algunas categorías como: Elementos que componen la Alianza Terapéutica, Rol del Terapeuta, Rol del Paciente, Factores Influyentes en el establecimiento y / o Desarrollo de la Alianza Terapéutica y Características personales del Terapeuta que Favorecen o Dificultan la Alianza Terapéutica, los entrevistados extendieron sus respuestas relativas a la alianza, al proceso psicoterapéutico en general. En este sentido, es posible dar cuenta de la estrecha relación existente entre uno y otro.

Desde todos los enfoques se concibe la alianza terapéutica de acuerdo a la teoría que define su modelo de trabajo, exceptuando al psicólogo de línea psicoanalítica, quien si bien se remite a algunos conceptos de esta teoría, se acerca bastante a los planteamientos humanistas de psicoterapia. Sin embargo, todos asocian la alianza terapéutica a conceptos tales como: colaboración, confianza, empatía, seguridad, acuerdo y compromiso.

En todos los enfoques se observó dificultad para distinguir componentes en la alianza terapéutica, lo que se puede atribuir a que ésta se percibe de manera integrada más que como un concepto posible de fragmentar.

En la mayoría de los enfoques se le asigna mayor responsabilidad al terapeuta en la construcción de la alianza, lo que no exime la participación del paciente en ésta por lo que la responsabilidad en la alianza sería compartida. Se observa coincidencia en que parte del

rol del terapeuta en la alianza, consiste en tener capacidad de escucha, empatía y apertura con el paciente de manera de establecer el contexto apropiado para la terapia. Aún cuando estos elementos forman parte del proceso psicoterapéutico en general, los entrevistados los destacan como relevantes para la construcción y mantenimiento de la alianza.

La disposición y motivación del paciente para realizar la psicoterapia, es considerada fundamental para la construcción de la alianza terapéutica por la mayoría de las corrientes.

Todos los entrevistados plantean que existen elementos que pueden influir positiva o negativamente en la alianza terapéutica, entre los cuales se destacan, factores del paciente y factores del terapeuta. En este sentido, se observa correspondencia con los hallazgos encontrados en las investigaciones sobre alianza terapéutica.

Para todos los enfoques, la alianza terapéutica es un elemento esencial e imprescindible para realizar el proceso psicoterapéutico y para la mayoría de ellos, permite aplicar de manera efectiva las técnicas terapéuticas. En este sentido, se considera que la alianza y las técnicas son entidades interdependientes.

Con respecto a la práctica terapéutica, la mayoría de los entrevistados declara realizar acciones intencionales dirigidas a favorecer la alianza terapéutica y mencionan características personales que consideran beneficiosas para ésta, sin embargo no se observa coincidencia ni en las acciones ni en las características mencionadas.

La experiencia profesional y personal de todos los entrevistados, es un factor que ha generado cambios en ellos; desde su perspectiva estos cambios posibilitan la construcción de mejores alianzas con sus pacientes. Entre los cambios señalados destacan: mayor seguridad en su rol, menor atención a las técnicas y mayor atención al paciente y a la relación. Aún cuando la variable “años de experiencia” no fue considerada en este estudio, luego del análisis se puede inferir que esta influye en la claridad de este concepto.

En cuanto a la calidad de la alianza terapéutica, para la mayoría de los enfoques, una buena alianza terapéutica puede reconocerse en la confianza del paciente hacia el terapeuta; para todos ellos, una alianza de buena calidad está directamente relacionada con la consecución de los objetivos propuestos.

Con relación al modelo de Bordin, efectivamente éste resulta aplicable a las distintas concepciones de alianza de los entrevistados, ya que la mayoría de los tópicos de este modelo se encuentran presentes en sus discursos. Se observó que al igual que Bordin, todos los enfoques perciben la alianza terapéutica como un concepto integrado. Aún cuando este autor plantea tres componentes fundamentales de la alianza (vínculo, tareas y metas) y señala que el énfasis otorgado a cada uno podría variar en función de la escuela terapéutica; los resultados de este estudio indican que todos los enfoques psicoterapéuticos enfatizan el componente vínculo.

Se observa coincidencia entre la mayoría de los planteamientos de Bordin respecto a la alianza y lo señalado por los entrevistados, exceptuando la consideración de este autor respecto a que la intensidad de la alianza es la clave para producir un cambio en cualquier situación. La mayoría de los entrevistados opinan que, si bien ésta es fundamental para obtener buenos resultados, existen situaciones en las que intervienen otros factores que afectan la efectividad de la psicoterapia, como factores del terapeuta y del paciente.

Un aspecto no abordado en este estudio, dice relación con lo planteado por Horvath y Luborsky (1993), respecto a que existirían alianzas de distintos tipos en las distintas fases de la terapia. En concordancia con esto, se puede inferir a partir del discurso de los entrevistados, que la alianza puede variar en los distintos momentos de la psicoterapia y que las primeras sesiones resultan esenciales para su establecimiento.

Aunque los enfoques no comparten un concepto exacto de alianza terapéutica, para todos, ésta se constituye como una base a partir de la cual es posible trabajar de manera efectiva. Por lo tanto, se le considera un aspecto fundamental para la consecución de las metas terapéuticas, configurándose como un elemento crucial en el proceso psicoterapéutico.

Finalmente, es posible concluir que en los entrevistados existe un conocimiento intuitivo del concepto de alianza terapéutica, independiente del enfoque teórico al que adscriben.

VI. SUGERENCIAS Y LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN FUTURAS

Cabe destacar que el análisis de los datos obtenidos en la presente investigación, requieren ser interpretados en el marco de este estudio, que si bien aporta datos interesantes para el desarrollo del tema, demandan ser complementados con otras investigaciones que permitan profundizar el conocimiento acerca de la concepción de la alianza terapéutica, en los distintos enfoques psicoterapéuticos existentes en el área de la psicología clínica en nuestro país.

En este sentido, dada la relevancia que este concepto ha adquirido en la actualidad y considerando el carácter exploratorio de este estudio, se sugiere la realización de una investigación que abarque otros sectores del universo que el presente estudio abordó. Es decir que se explore la concepción de la alianza terapéutica en distintas instituciones dedicadas al ejercicio de la psicoterapia, así como en las distintas modalidades de ésta.

Otro aspecto relevante y que escapó a los propósitos de este estudio, es el impacto de la experiencia profesional de los terapeutas en la concepción y práctica de la alianza terapéutica, dado que es probable que la claridad en la concepción de este constructo esté relacionado con la experiencia profesional. En este sentido, es necesario mencionar que los dos entrevistados con menos años de experiencia (cinco años en promedio) de la corriente psicoanalítica, plantearon que desde tal enfoque el concepto de alianza terapéutica no es utilizado, remitiéndose principalmente al concepto de transferencia en todo su discurso.

Dada la importancia que se le atribuye a la alianza terapéutica en el proceso de psicoterapia, sería interesante estudiar el grado de influencia que ejercen distintos factores en ella, ya que esto podría contribuir a reconocer aquellos que la dificultan y así construir mejores alianzas.

Considerando que varios de los entrevistados mencionaron no presentar una claridad teórica del concepto de alianza terapéutica y la importancia que ésta ha adquirido en la actualidad, sería interesante que este tema fuese abordado con mayor énfasis en las cátedras de psicología clínica de la Universidad de Chile.

ANEXOS

ANEXO 1: PAUTA DE ENTREVISTA

1. Noción de Alianza Terapéutica:

- a) Concepto de alianza terapéutica
- b) Elementos que componen la alianza terapéutica
- c) Rol del terapeuta en la alianza terapéutica
- d) Rol del paciente en la alianza terapéutica
- e) Factores influyentes en el establecimiento y / o desarrollo de la alianza terapéutica

2. Función e Importancia de la Alianza Terapéutica

3. Práctica Terapéutica y Alianza Terapéutica:

- a) Acciones intencionales del terapeuta dirigidas a favorecer la alianza terapéutica
- b) Características personales del terapeuta que favorecen o dificultan la alianza terapéutica
- c) Relación entre experiencia y alianza terapéutica

4. Calidad de la Alianza Terapéutica y Resultados de la Psicoterapia:

- a) Indicadores de calidad de la alianza terapéutica
- b) Relación entre calidad de la alianza terapéutica y resultado de la psicoterapia

ANEXO 2: CENTRO DE PSICOLOGÍA APLICADA (CAPs)

El CAPs es un centro de docencia y servicios especializados en psicología, que depende administrativamente del Departamento de Psicología de la Universidad de Chile.

Sus orígenes se remontan al año 1972, fecha en que presta atención psicológica a alumnos y funcionarios del antiguo pedagógico de la Universidad de Chile, hoy Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación (UMCE).

En la actualidad, este centro cuenta con un equipo, conformado por psicólogos profesionales, estudiantes y practicantes avanzados, bajo la supervisión de profesores del departamento de psicología, que presta servicios de atención psicológica a la comunidad.

BIBLIOGRAFÍA

Arias, S. y Cañas, K. (2002). *Utilización de los factores extra terapéuticos en el enfoque estratégico*. Memoria para optar al título de Psicólogo, Universidad de Chile, Santiago, Chile.

Berrios, M. (1999). *Estudio descriptivo de las expectativas que tienen las personas que acuden a terapia*. Memoria para optar al Título de Psicólogo, Universidad Central, Santiago, Chile.

Celis, A. (1999). Proceso de adaptación del inventario de la relación de ayuda de G. T. Barrett – Lennard. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 8, (1), 161 – 169.

Correa, D. P. (2003). *Psicoterapia y vínculo: estudio descriptivo de los vínculos terapéuticos establecidos por estudiantes en práctica en el centro de asistencia psicológica de la escuela de psicología de la Universidad Central, desde tres corrientes psicoterapéuticas*. Tesis para optar al grado de Lic. en Psicología, Universidad Central, Santiago, Chile.

Delgado y Gutiérrez. (1995). *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*. Madrid: Editorial Síntesis.

Doron, R. y Parot, F. (1998) *Diccionario Akal de Psicología*. Madrid: Ediciones Akal.

Etchegoyen, H. (1986). *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*. Buenos Aires: Editorial Amorrortu.

Feixas, G. y Miró, M. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia*. Barcelona: Editorial Paidós.

Fernández, A y Rodríguez, B. (2001). *La práctica de la psicoterapia: la construcción de narrativas terapéuticas*. Bilbao: Editorial Desclée De Brower.

Florenzano, R. Carvajal, C. y Weil, K. (1999). *Psiquiatría*. Santiago: Publicaciones Técnicas Mediterráneo.

Freud, S. (1976). *La dinámica de la transferencia. Obras Completas*. Buenos Aires: Editorial Amorrortu.

Fuentes, X. (2004). Construcción de la alianza terapéutica: algunos supuestos que la sostienen. *Revista del Instituto Chileno de Terapia Familiar*, 18, 79 – 84.

Gelso, C. y Carter, J. (1985). The Relationship in Counseling and Psychotherapy: Components, Consequences, and Theoretical Antecedents. *The Counseling Psychologist*, 13, 155 - 243.

Gondra, J. (1981). *La psicoterapia de Carl R. Rogers: sus orígenes, evolución y relación con la psicología científica*. [s.l.]: Editorial DDB.

Greenson, R. (1967). *Técnica y práctica del psicoanálisis*. México: Editorial Siglo Veintiuno.

Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (1998). *Metodología de la investigación*. México, D. F. : Editorial McGraw-Hill.

Horvath, A. (1995). The therapeutic relationship: From transference to alliance. *In Session: Psychotherapy*, 16, 252 – 260.

Horvarth, A. y Luborsky, L. (1993). The Role of the Therapeutic Alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61 (4), 561- 573.

- Hougaard, E. (1994). The therapeutic alliance: A conceptual analysis. *Scandinavian Journal of Psychology*, 35.
- Kleinke, C. (1995). *Principios comunes en psicoterapia*. Bilbao: Editorial Desclée De Brouwer.
- Merleau – Ponty, M. (1957). *Fenomenología de la Percepción*. México, D. F.: Fondo de Cultura Económica.
- Moncada, L. Costas, A. y Olivos, P. (1999). Memorias para optar al título de psicólogo que aportan al trabajo psicoterapéutico. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 1 (8).
- Opazo, R. (2001). *Psicoterapia integrativa: delimitación clínica*. Santiago: Ediciones ICPSI.
- Rodríguez, G., Gil, J. y García, E. (1999). *Metodología de la Investigación Cualitativa*. Málaga: Ediciones Aljibe.
- Papalia, D. (1988). *Psicología*. México: McGraw-Hill.
- Rodríguez, G., Gil, J., y García, E. (1999). *Metodología de la investigación cualitativa*. España: Editorial Aljibe.
- Rogers, C. (1951). *Psicoterapia centrada en el cliente*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Rogers, C. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21,107 –114.
- Rogers, C. (1972). *El proceso de convertirse en persona*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Ruiz, J. (1999). *Metodología de la investigación cualitativa*. Bilbao: Editorial Universidad de Deusto.

Safran, J y Segal, Z. (1994). *El proceso interpersonal en la terapia cognitiva*. Barcelona: Editorial Paidós.

Safran, J. y Muran, C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: a relational treatment guide*. Nueva York: Editorial The Guilford Press.

Salvo, I. (2003). *Variables del psicoterapeuta que inciden en la efectividad de la psicoterapia: un estudio exploratorio descriptivo*. Memoria para optar al Título de Psicóloga, Universidad de Chile, Santiago.

Santibáñez, P. (2001). *La alianza terapéutica en psicoterapia: traducción, adaptación y examen inicial de las propiedades psicométricas del Working Alliance Inventory en Chile*. Tesis para optar al grado de Magíster en Psicología, Mención Psicología Clínica, Pontificia Universidad Católica, Santiago, Chile.

Taylor, S. y Bogdan, R. (1992). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Editorial Piados.

Weinstein, X. (1997). *Variables del paciente que influyen sobre la alianza terapéutica*. Memoria para optar al título de Psicóloga, Escuela de Psicología, Universidad de Chile, Santiago, Chile.

Wenk, E. (2001). Apuntes Asignatura Metodología de la Investigación Científica en Psicología.

Yañez, J. (1999) *Teoría clínica constructivista*. Documento de Trabajo Inédito. Grupo de Psicoterapia Constructivista Cognitiva. CAPs. Universidad de Chile, Santiago, Chile.

Yañez, J. (2005). *Constructivismo Cognitivo: Bases conceptuales para una psicoterapia breve basada en la evidencia*. Tesis para optar al grado de Doctor en Psicología. Escuela de Postgrado, Universidad de Chile, Santiago, Chile.

Recursos Bibliográficos Extraídos de Internet

Arribas, A. (2003). Valoración de las actitudes del terapeuta por pacientes toxicómanos en régimen de internado [Versión electrónica]. *Biblioteca Virtual de la Fundación de Ayuda Contra la Drogadicción*.

www.fad.es/Biblioteca?id_nodo=81&accion=0&tipo=colab&&keyword=&auditoria=F

Corbella, S. y Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación [versión electrónica]. *Revista Anales de Psicología*, 2 (19), 205 – 221.

http://www.um.es/analesps/v19_2/04-19_2.pdf

Horvarth, A. y Luborsky, L. (1993). El rol de la alianza terapéutica en la psicoterapia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61 (4), 561- 573. Reseña extraída el 02 de Abril, 2005, del sitio web de la Asociación de Psicoterapia de la República Argentina:

<http://www.apra.org.ar>

Romero, J., Bejarano, A. y Álvarez, N. Alianza terapéutica en pacientes adictos: una propuesta de Instrumento. *Eradicciones*, 9 (73 - 77). Resumen extraído el 03 de Agosto, 2005 de <http://www.eradicciones.org/Revista/numero9/pdf/tesis.pdf>.

Ruiz, J. (2002). *Manual de Psicoterapia Cognitiva*. Psicología on line. Extraído el 02 de Junio de 2005.

<http://www.psicologiaonline.com/esmubeda/libros/manual/manual14.html>

Safran, J. y Muran, J. (2000). Negociando la Alianza Terapéutica. Guía para el tratamiento relacional. *Revista de Psicoanálisis Aperturas Psicoanalíticas*, 14. Reseña extraída el 02 de Abril, 2005 de <http://www.aperturas.org/14alvarez.html>

Santibáñez, P. (2003). La alianza terapéutica en psicoterapia: el “inventario de alianza de trabajo” en Chile [Versión electrónica]. *Revista Psykhe*, 1 (12).

<http://www.ocenet.oceano.com/Salud/viewSimple.do>

Valdivieso, S. (1994). Fundamentos y límites de la psicoterapia. *Boletín Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile*, 23, 97 –102. Extraído el 02 de Abril, 2005 de http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/Boletin/html/psiquiatria/5_4.html

Zukerfeld, R. (2001). Alianza terapéutica, cambio psíquico y encuadre analítico. *Revista Internacional de Psicoanálisis Aperturas Psicoanalíticas*, 7. Extraído el 21 de Julio de 2005.

<http://www.aperturas.org/7zuckerfeld.html>