

Factores que Favorecen y se Interponen en el Establecimiento de la Alianza Terapéutica en Terapia de Familia y Pareja*

Factors that Foster and Intervene in the Establishment of a Therapeutic Alliance in Family and Couples Therapy

Fatores que Favorecem e se Interpõem no Estabelecimento da Aliança Terapêutica na Terapia de Família e de Casal

CAMILA BERMÚDEZ

CARMEN ELVIRA NAVIA

Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia

Resumen

La alianza terapéutica (AT) es uno de los factores comunes que ha recibido mayor soporte empírico en relación con el resultado terapéutico. En terapia de familia y pareja resulta más complejo desarrollar la AT que en la individual. Mediante entrevistas semiestructuradas a consultantes y terapeutas, se exploraron los factores que ellos relacionaban con el desarrollo de la AT. El análisis de contenido mostró que la participación voluntaria y comprometida de los consultantes, el asumir responsabilidad por el problema, el confiar en la terapia, el desear cambiar y la congruencia entre intervención y expectativas hacia la terapia, entre otros factores, favorecen la AT.

Palabras clave: alianza terapéutica, terapia de familia, terapia de pareja, resultado terapéutico.

Abstract

Prior research shows that there is a robust relationship between the Therapeutic Alliance (TA) and the results of therapy. Developing the TA is more difficult in family and couples therapy than in individual therapeutic processes. Semi-structured interviews with patients and therapists were used to explore the factors they believed to be associated with the development of TA. Content analysis showed that the following factors, among others, foster TA: the voluntary and committed participation of the patients, assuming responsibility for the problem, trusting the therapist, wishing to change, and the coherence between intervention and expectations.

Keywords: therapeutic alliance, family therapy, couples therapy, therapeutic results.

Resumo

A aliança terapêutica (AT) é um dos fatores comuns que vem recebendo maior suporte empírico com relação ao resultado terapêutico. Acaba sendo mais complexo desenvolver a AT na terapia de família e de casal do que na individual. Mediante entrevistas semiestructuradas a consultantes e terapeutas, exploraram-se os fatores que eles relacionavam com o desenvolvimento da AT. A análise de conteúdo mostrou a participação voluntária e comprometida dos consultantes, o assumir responsabilidade pelo problema, o confiar na terapia, o desejar mudar e a congruência entre intervenção e expectativas à terapia, entre outros fatores, favorecem a AT.

Palavras-chave: aliança terapêutica, terapia de família, terapia de casal, resultado terapêutico.

Cómo citar este artículo: Bermúdez, C. & Navia, C. E. (2013). Factores que favorecen y se interponen en el establecimiento de la alianza terapéutica en terapia de familia y pareja. *Revista Colombiana de Psicología*, 22(2), 333-343.

La correspondencia relacionada con este artículo debe dirigirse a Camila Bermúdez, e-mail: cnbermudezd@unal.edu.co, o a Carmen Elvira Navia, e-mail: cenaviaa@unal.edu.co. Servicio de Atención Psicológica, Dg. 40 A Bis n.º 15-38, Bogotá, Colombia.

ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA
RECIBIDO: 25 DE ENERO DE 2013 – ACEPTADO: 26 DE SEPTIEMBRE DE 2013

* Este trabajo forma parte del proyecto Integrando Ciencia y Profesión, financiado por la División de Investigaciones de la sede Bogotá, Universidad Nacional de Colombia. Proyecto Número 12733.

EL LUGAR de privilegio que el movimiento de tratamientos empíricamente soportados otorgó a la técnica en la terapia reactivó el interés por el estudio de los factores comunes en psicoterapia y, en especial, por el papel de las variables de la relación (Beutler & Castonguay, 2006; Norcross, 2001). Al respecto, la investigación indica que son los factores comunes, y no la técnica, los responsables de la mayor parte de la varianza del resultado terapéutico (Beutler, 1989; Lambert, 1992; Norcross, 2001; Wampold, 2001); y entre los factores relacionales, la alianza terapéutica (AT) es tal vez la que tiene mayor soporte empírico como variable predictiva del resultado terapéutico, tanto en terapia individual como de familia y pareja (Ackerman et al., 2001; Bedi, Davis, & Williams, 2005; Carrero & Escudero, 2009; Escudero & Friedlander, 2003; Martin, Garske, & Davis, 2000). Según lo establecen Anker, Owen, Duncan y Sparks (2010), la AT explica hasta el 22% de la varianza de los resultados al finalizar el tratamiento y el 29% durante el seguimiento; además, es un factor claramente relacionado con la continuidad del proceso terapéutico (Alcázar, 2007).

Con base en una amplia revisión de diferentes formas de terapia, Bordin (1979) definió la AT como la relación de colaboración que se establece entre el terapeuta y el consultante y los acuerdos sobre los objetivos de trabajo y las estrategias para lograrlos. Esta relación es recíproca, intencional y activa, pues se encuentra en constante negociación y supone un esfuerzo conjunto de las partes a través de la terapia (Carrero & Escudero, 2009; Martin et al., 2000).

En la terapia de familia y de pareja, la AT es más compleja que en la terapia individual, dado que el terapeuta interactúa con dos o más personas, quienes a su vez conforman un sistema de interacciones en sí mismo (Escudero, 2009). De acuerdo con Pinsof (1994) y Pinsof y Catherall (1986), la AT en casos de familia y pareja implica el establecimiento de múltiples alianzas, es decir, las alianzas del terapeuta con cada miembro de la pareja o familia y la alianza del terapeuta con

el sistema familiar/pareja, entendido como un todo (Rait, 2000).

Como proceso relacional, la AT es afectada por variables del terapeuta, del sistema consultante, de la técnica y del contexto en el cual tiene lugar la terapia. Con relación a la técnica, se ha encontrado que plantear desde el inicio las reglas de la terapia, así como dar esperanza al sistema consultante sobre su problema y explicar que el cambio se irá dando de manera gradual (Scheinkman, 2008; Weber, McKeever, & McDaniel, 1985), favorecen el desarrollo de la AT. La escucha activa; fomentar un clima de comunicación abierta entre los miembros del sistema consultante, y entre estos y el terapeuta; validar sus puntos de vista; acompañarlos; y comprender y contener sus sentimientos son algunos de los aspectos técnicos que fomentan la participación de los miembros de la familia/pareja y la AT (Ackerman et al., 2001; Anker et al., 2010; Bedi et al., 2005; Corning, Malofeeva, & Bucchianeri, 2007; Darwiche et al., 2008; Friedlander, Lambert, & Escudero, 2008; Scheinkman, 2008; Shelef, Diamond, & Liddle, 2005). Además, Weber et al. (1985) afirman que es necesario que el terapeuta señale, pero no enfatice, sobre los desacuerdos entre los miembros de la familia/pareja, que evite dar consejos, incluso cuando son explícitamente solicitados, y que ayude a que los miembros de la familia/pareja sean específicos y claros en sus intervenciones.

En un estudio sobre deserción terapéutica, Rondón, Otálora y Salamanca (2009) encontraron que la ausencia de empatía y la falta de comprensión del problema por parte del terapeuta dificultaban el establecimiento de la AT; al no sentirse entendidos, los consultantes experimentaban inconformidad con el terapeuta o la terapia, situación que llevaba a la terminación temprana del proceso. De manera similar, Corning et al. (2007) señalan que la empatía favorece la continuidad del tratamiento, en la medida en que permite que haya congruencia entre terapeuta y consultantes en relación con el problema. Por

el contrario, la incongruencia entre la percepción del terapeuta y la percepción de la familia o pareja sobre la gravedad de su problema debilita la alianza (Alcázar, 2007; Corning et al., 2007; Scheinkman, 2008). Así mismo, Celano, Oyes-hiku y Kaslow (2010) plantean que es necesario que los objetivos de trabajo y las estrategias para lograrlos satisfagan tanto las expectativas del conjunto como las de cada uno de los individuos.

En lo que respecta al terapeuta, el grupo de trabajo de la División 29 de la American Psychological Association (APA, 2001) reportó que la AT está relacionada con su nivel de formación, experiencia y destreza técnica, así como con la credibilidad que transmite y la confianza que tiene en sí mismo (Ackerman et al., 2001). Factores como la presentación personal (vestimenta), la edad, el sexo y el origen étnico del terapeuta, así como variables contextuales e institucionales (e.g., el ambiente terapéutico, el tamaño y la decoración del consultorio), pueden alterar la motivación de los consultantes hacia la terapia, pues afectan la credibilidad profesional del terapeuta y la confianza que genera en los consultantes (Alcázar, 2007; Bedi et al., 2005).

Vásquez (2007) y Hatcher y Barends (2006) señalan que los sesgos culturales y los estereotipos pueden llevar al terapeuta a transmitir juicios negativos, en especial mediante el lenguaje corporal. Por ello, invitan a los terapeutas a ser conscientes de sus propias creencias, estereotipos y prejuicios y a reconocer la influencia que pueden tener en el desarrollo de la AT.

Por último, tanto en estudios de psicoterapia individual (Alcázar, 2007) como de pareja y familia (Anker et al., 2010), se ha observado que los consultantes que perciben al terapeuta como poco agradable, prepotente, agresivo, impuntual, autoritario, inexperto, criticón, nervioso, distraído o poco interesado tienden a abandonar el tratamiento; mientras que los consultantes que perciben al terapeuta como experto, puntual, confiable, capaz y amable continúan asistiendo después de la tercera sesión.

En cuanto al sistema consultante, se ha encontrado que las expectativas sobre la terapia, el beneficio percibido, la claridad sobre el proceso y ciertas características personales e interaccionales se relacionan con el establecimiento de la AT. Rondón et al. (2009) reportan que los consultantes continúan asistiendo, si sus expectativas sobre el proceso se cumplen en las primeras sesiones. Alcázar (2007) y Corning et al. (2007) encontraron que hay mayor continuidad del tratamiento, cuando los consultantes tienen claridad con respecto a lo que pueden esperar de la terapia y experimentan bienestar como resultado de las sesiones.

Sobre las características personales e interaccionales, los estudios indican que la actitud hostil entre los miembros de la familia/pareja, los comportamientos hirientes, como la crítica, el desprecio, la actitud defensiva y evasiva, y las expresiones de negatividad hacia el proceso, ponen en peligro el desarrollo de la alianza, al complicar la relación con el terapeuta y generar un ambiente de malestar entre los integrantes de la familia o pareja (Celano et al., 2010; Cox & Paley, 1997).

Con base en los resultados de estudios sobre la deserción terapéutica, Corning et al. (2007), Rondón et al. (2009) y Jo y Almao (2002) listan una serie de variables socio demográficas relacionadas con la AT. Los autores señalan que la falta de dinero para cubrir los costos de la consulta, las dificultades para cuadrar horarios para asistir y los costos de traslado de varias personas son algunos de los impedimentos de tipo situacional que atentan contra la permanencia en el tratamiento.

La psicoterapia se enmarca en un contexto socio cultural particular que afecta su desarrollo y el papel que juegan las diferentes variables técnicas y relacionales en el resultado terapéutico. Dado que la mayoría de los trabajos sobre AT, en especial en familias y parejas, se ha realizado en contextos diferentes al latinoamericano, se consideró oportuno y necesario explorar los factores

que motivan a las parejas y familias colombianas a iniciar y permanecer en un proceso de psicoterapia, así como aquellos que interfieren en su compromiso y participación. Como lo plantea Krause (2011), estudiar en condiciones contextuales naturales los procedimientos técnicos y a quienes los aplican permite acortar la brecha entre la clínica y la investigación, haciendo a esta última relevante en el ejercicio práctico. En línea con lo anterior, la investigación inició con un estudio de corte cualitativo, que permitiera estudiar estos factores desde la experiencia de los terapeutas y de las parejas y familias consultantes. Se buscaba así ir construyendo un conocimiento para establecer si las variables que se han encontrado como favorecedoras de la AT siguen siendo las mismas en un contexto cultural diferente. Además, el estudio pretende ofrecer sugerencias para que los terapeutas puedan abordar mejor las dificultades en el desarrollo de la AT en nuestro contexto.

Método

Participantes

La selección de los participantes se realizó teniendo en cuenta que las familias y parejas estuvieran dispuestas a participar en una entrevista semiestructurada y que hubieran asistido mínimo a tres sesiones, momento en el cual los estudios indican que la AT está consolidada. Para la selección de la muestra, se les preguntó a terapeutas de diferentes centros universitarios de atención psicológica y algunos que trabajan a nivel privado si deseaban participar y si tenían casos de familia o pareja. De los centros contactados, solo aceptaron participar terapeutas y consultantes del servicio de atención psicológica de una universidad pública colombiana.

Inicialmente, se estableció contacto con 26 familias y parejas, 11 accedieron a programar una entrevista (42.30%) y 15 se negaron a participar (57.69%). De los 11 casos de la muestra final, 4 tenían sesiones familiares y de pareja de

manera concomitante. La edad promedio fue 31 años (rango = 8 a 74 años); los participantes pertenecían a estratos socioeconómicos entre 2 y 3 (estratos determinados por la ubicación de la vivienda y el recibo de pago de servicios públicos); el 20% tenía estudios universitarios, el 30% formación técnica, el 40% era bachiller y el 10% había cursado hasta primaria. Participaron 13 terapeutas: 10 estudiantes de pregrado con 6 meses de práctica clínica, 1 profesional con 3 años de experiencia y 2 profesionales con maestría y más de 10 años de experiencia profesional. La edad promedio de los terapeutas fue 25 años (rango = 22 a 55 años) y pertenecían a estratos socioeconómicos entre 2 y 5 (estratos determinado por la ubicación de la vivienda y el recibo de pago de servicios públicos).

Instrumento

Se elaboró una guía de entrevista semiestructurada que contemplaba datos de identificación demográfica, motivo de la consulta, orientación psicoterapéutica, años de experiencia y formación, y los factores del proceso terapéutico, el terapeuta y los consultantes asociados con la AT. Más específicamente, la entrevista se estructuró alrededor de cuatro tópicos: (a) factores del terapeuta, entendido como todos los aspectos relacionados con la persona del terapeuta, su destreza clínica y su forma de establecer relación con los consultantes; (b) factores del sistema consultante, tales como las expectativas de la familia y la pareja hacia la terapia, el acuerdo entre los miembros respecto a participar en el proceso, su relación con el terapeuta y la terapia; (c) aspectos institucionales, entendidos como los factores contextuales: políticas de atención, infraestructura y condiciones físicas del consultorio; y (d) aspectos relacionados con sentirse ayudado, tópico que incluía los factores relacionados con la percepción de bienestar y resultados logrados a través de la terapia.

La guía definitiva para la entrevista se organizó alrededor de siete subtemas, tomando en

cuenta los aspectos anteriormente mencionados. Cada uno fue definido operacionalmente y se elaboraron posibles preguntas que podían emplear los investigadores. Sin embargo, siempre se mantuvo abierta la posibilidad de ampliar cada subtema tanto como se considerara necesario.

Procedimiento

Se realizó un estudio exploratorio de tipo cualitativo mediante entrevistas semiestructuradas a terapeutas, parejas y familias consultantes. Se estableció contacto telefónico con los terapeutas y algunos de los miembros de la familia o pareja que estuvieran asistiendo a terapia, o que la hubieran finalizado en un período no mayor a 12 meses. Con quienes accedieron a participar, se firmó el consentimiento informado y se concretó una entrevista familiar o de pareja y una individual para el o la terapeuta. La duración de las entrevistas fue de aproximadamente 1 hr 30 min cada una, todas fueron grabadas y transcritas, y se identificaron con un número para garantizar la confidencialidad de la identidad de los participantes. Las preguntas eran dirigidas a toda la familia, lo cual permitía la libre participación de cualquiera de los miembros; sin embargo, los consultantes que no habían participado fueron abordados con preguntas directas. Posteriormente, se realizó análisis de contenido de las entrevistas, identificando tendencias principales.

Resultados

Para el análisis de datos se siguieron los pasos expuestos por Sandoval (1996) para la investigación cualitativa: reducción, preparación y análisis de los datos mediante un software de análisis cualitativo de textos, que en este caso fue el ATLAS.ti. El análisis de la información se realizó, en primera instancia, a partir de códigos mínimos de base tomados de las preguntas de la entrevista y categorías emergentes a partir del análisis. Esta codificación inicial se realizó entre las dos investigadoras, de manera que ambas realizaron un análisis por separado de

las transcripciones y, posteriormente, se discutieron y acordaron las categorías básicas sobre factores relacionados con la AT. Se organizó la información en cuatro tendencias generales de factores: (a) los asociados al proceso terapéutico, (b) los relativos al terapeuta, (c) los relacionados con los consultantes y (d) los factores contextuales, tales como políticas de atención, condiciones físicas e infraestructura.

Factores asociados al proceso terapéutico.

Las respuestas de los participantes apuntaron hacia cuatro aspectos: (a) el encuadre inicial, (b) el método de intervención terapéutico, (c) la relación terapéutica y (d) los beneficios percibidos del proceso.

Para los consultantes es fundamental que en el encuadre inicial los objetivos sean claros, respondan a sus necesidades y expectativas y tengan sentido para cada miembro de la familia. Para ellos, la reformulación del problema en términos comprensibles y que la terapia responda a sus inquietudes favorecen la AT. Asimismo lo señalaron los terapeutas, quienes además indicaron que era necesario contar con un plan de acción claro desde el inicio del caso. Cuando los consultantes no pueden percibir un hilo conductor a través de las sesiones, se dificulta el proceso terapéutico y el avance hacia los objetivos, distanciando la relación con los consultantes.

En cuanto al método de intervención, los consultantes señalaron que es importante la participación activa por parte del terapeuta, conocer la metodología del proceso y que esta sea diversa, a través de técnicas creativas y lúdicas, además de las tradicionales mediadas por el diálogo. Métodos confusos, poca información sobre estos y monotonía en los procesos de intervención entorpecen el desarrollo de la AT. Con relación a lo anterior, la madre de la familia 4 indicó: “yo esperaba que hiciéramos algo diferente porque ya era muy reiterativo que hiciéramos siempre lo mismo”, y el padre de la misma familia añadió: “yo esperaba que ella [la

terapeuta] cambiara la dinámica de la sesión, porque ella [la terapeuta] nos vio desmotivados; pero no hizo nada al respecto”.

Acerca de la relación terapéutica, tanto los terapeutas como los consultantes concuerdan en que mantener una actitud imparcial, respetar la confidencialidad y no juzgar a los consultantes facilita la AT. Los consultantes añaden que la relación es más cercana cuando perciben que el terapeuta los acepta, los respalda y tiene una actitud firme. Aunque la firmeza del terapeuta los hace sentir seguros, también señalaron como importante que el terapeuta fuera flexible y comprendiera eventualidades, como llegar tarde por situaciones fuera de su control (e.g., el mal clima o un accidente de tránsito). Según los consultantes, esto los acerca al terapeuta y les permite sentirse libres en el proceso.

El desarrollo de una relación respetuosa y de confianza también fue señalado por los terapeutas como un factor importante. Además, indicaron que la imparcialidad era fundamental, razón por la cual recomiendan que los terapeutas observen constantemente si establecen alianzas con un consultante más que con otro.

De acuerdo con los consultantes, experimentar cambios como resultado de la terapia aumenta su motivación hacia el proceso y mantiene la expectativa de lograr otros mayores, razón por la cual continúan asistiendo. Por el contrario, cuando las familias o parejas no ven beneficios o resultados del proceso, se desmotivan y perciben que su inversión en la terapia es más alta que sus ganancias. Así lo expresó la madre de la familia 10: “Yo le dije a ella [la terapeuta]: ‘¡yo no veo que eso sea culpa suya o que usted no sepa, pero es que yo no veo resultados! ¡Yo veo antes todo más revolcado! ¡Y para mí es muy duro!’”.

Factores asociados al terapeuta. En esta tendencia, las respuestas de consultantes y terapeutas apuntaron hacia la personalidad del terapeuta, su presentación personal, conducta ética, prejuicios y motivación hacia el trabajo.

Tanto los terapeutas como los consultantes coinciden en que la amabilidad, tranquilidad y buen genio constante del terapeuta favorecen la AT, mientras que la actitud agresiva, desatenta o distraída, la carencia de empatía y el nerviosismo del terapeuta la perjudican. Desde la perspectiva de los terapeutas, ser curiosos, optimistas, pacientes, tener buen humor y confianza en las propias capacidades son algunos aspectos del terapeuta que favorecen el desarrollo de la relación terapéutica. Por otro lado, mencionan la capacidad de auto-análisis, la experiencia (nivel de formación) y habilidades clínicas. Los consultantes mencionaron como positivamente relacionados con la AT otros aspectos de la personalidad de los terapeutas, como la alegría, la asertividad y la honestidad, y señalaron como importante la presentación sencilla y pulcra del terapeuta. En contraposición, la actitud de crítica por parte del terapeuta o la tendencia a imponer a los consultantes su marco de referencia perjudica la AT.

Un aspecto de la personalidad del terapeuta destacado por los participantes fue el optimismo. Cuando el terapeuta transmite una visión pesimista sobre el problema y lo plantea como grave, desmotiva a los consultantes, quienes no ven mucho futuro en el trabajo terapéutico. Si además de la visión pesimista el terapeuta no plantea opciones o alternativas de solución y define de manera confusa el problema, se afecta aún más la motivación y la AT.

Desde la perspectiva de los terapeutas, la seguridad en sí mismo y la confianza en lo aprendido favorecen la AT, mientras que el temor la perjudica, pues comunica inseguridad y poco manejo de situaciones difíciles. Entre los temores mencionaron el de experimentar o que los consultantes experimenten emociones negativas durante la sesión, presenciar conflictos interpersonales en la familia/pareja durante la sesión y no saber cómo resolverlos.

Tanto para terapeutas como para consultantes, la AT se favorece cuando el terapeuta

mantiene una escucha activa durante las sesiones, transmite confianza y esperanza, demuestra respeto y reconocimiento por cada uno de los integrantes de la familia al escucharlos e integrarlos al proceso. Por el contrario, cuando el terapeuta se centra en un solo consultante y no participa activamente en el proceso, se entorpece la AT. La ausencia de prejuicios y de sesgos culturales por parte del terapeuta; su conducta honesta; la seguridad en lo aprendido y en el dominio de la técnica; el interés y motivación manifestados en el seguimiento juicioso de los consultantes y en el gusto por el quehacer terapéutico aumentan la credibilidad de los consultantes en su terapeuta y fortalecen la AT.

Factores de los consultantes. Se encontró que las expectativas de los consultantes en relación con el proceso, su disposición frente a la terapia, ciertas características de personalidad y la disponibilidad de horarios comunes de los consultantes repercutían en la AT.

Cuando la terapia se percibe como un espacio y un tiempo para el diálogo y se desean aplicar nuevas estrategias para solucionar los problemas, se construye la AT. Por el contrario, cuando se llega con la expectativa de evidenciar las fallas del cónyuge o de cualquier otro miembro o miembros de la familia, se entorpece el desarrollo de la relación y la construcción de los objetivos comunes de la terapia.

En cuanto a la disposición de los consultantes frente a la terapia, las respuestas indicaron que, cuando los consultantes asisten de manera voluntaria al proceso y no por obligación o amenaza de terceros, hay mayor receptividad hacia el terapeuta, participan más activamente, pueden sentirse libres de expresar sus inconformidades con la terapia, están dispuestos a cambiar, se muestran flexibles y aceptan otras opiniones, confían en que la terapia los va a ayudar y en el criterio de su terapeuta y le ven un sentido a lo que se hace en la terapia. En contraste, se encontró que la tendencia a criticar el proceso y al terapeuta, así como una

actitud retadora y prevenida hacia el terapeuta afectan la AT. Al respecto, se mencionó que cuando se vuelve reiterativo experimentar emociones negativas durante las sesiones, los consultantes se predisponen frente al proceso y, como lo señala la madre de la familia 7, se desmotivan: “nosotros nos la pasábamos peleando todas las sesiones, eso era muy desgastante”.

En cuanto a las características de personalidad de los consultantes, se mencionaron como factores que favorecen la AT el buen humor, la capacidad reflexiva y de escucha, la responsabilidad, la perseverancia, la tolerancia a la frustración, el optimismo y la sencillez. En oposición, la pasividad, el mal genio y la terquedad fueron mencionados por los terapeutas y consultantes como aspectos que limitan el compromiso con la terapia y la AT. Como aspectos del sistema, se considera importante que al menos un integrante de la familia o pareja sea sociable y participativo; por el contrario, que alguno de los miembros de la familia o pareja se resista a reconocer el problema o muestre desinterés en la atención psicológica se interpone en la AT.

La dificultad de las familias y parejas para encontrar horarios comunes fue mencionada por los terapeutas y consultantes como un aspecto que atenta contra la terapia. Además, es más problemático en la medida en la que el número de miembros es mayor y las condiciones de trabajo son dispares. Según anotaron los participantes, cuando hay mucha diferencia de horarios, la familia o pareja termina por asistir de manera intermitente o dejan de asistir por largos periodos, debilitando el vínculo terapéutico y, en consecuencia, la AT.

Factores contextuales. Se exploró la influencia sobre la AT de los factores contextuales, tales como aspecto físico de los consultorios y del servicio, atención por parte de los diferentes empleados, accesibilidad al servicio o consultorio y algunos aspectos de los consultantes, como disponibilidad de dinero y tiempo.

Tanto los terapeutas como los consultantes estuvieron de acuerdo en que el factor institucional que favorece la alianza es el prestigio de la universidad, porque permite a los consultantes confiar en que recibirán una atención de alta calidad por parte de profesionales idóneos. Como lo dijo la madre de la familia 3: “pues también en calidad, porque no es por nada, pero es que uno siempre ha sabido que esa universidad es muy buena”. La consideración sobre el prestigio se relaciona con el tema de la credibilidad en el terapeuta y la confianza de los consultantes en sus capacidades como profesional.

Por otro lado, el factor institucional que más se interpone en la motivación de los consultantes es la falta de facilidades de pago, ya que los consultantes consideraban consignar en el banco como una vuelta adicional que les implicaba más tiempo y esfuerzo invertido en el proceso.

Con respecto a factores del contexto de los consultantes, se encontró que disponer de dinero para pagar la terapia y de tiempo para asistir favorecía el compromiso con esta. Así mismo, la distancia entre el domicilio de los consultantes y el lugar de la terapia fue señalada por los consultantes como un aspecto que atentaba contra el proceso, al incrementar el tiempo y el esfuerzo por acudir a las sesiones. En resumen, cualquier factor que implicara un costo adicional y un mayor esfuerzo por parte de los consultantes para asistir a la terapia se convertía en una variable en contra del compromiso con la terapia.

En lo que respecta a la infraestructura y apariencia de los consultorios, hubo diversas opiniones, pero estos aspectos parecen no estar relacionados con el compromiso de los consultantes con la terapia. La mayoría de los consultantes consideró que la infraestructura era adecuada: la describieron como un lugar tranquilo, iluminado y limpio. Por otro lado, los consultantes señalan que la atención recibida por parte de otros miembros de la institución (celador, recepcionista, otros terapeutas) puede facilitar o interponerse en el proceso, en tanto

que puede indisponer a los consultantes al no sentirse recibidos o tenidos en cuenta.

Discusión

El análisis de las entrevistas indicó, como lo ha mostrado en general la literatura, que la AT es afectada por variables del terapeuta, del consultante y del proceso de intervención.

Como lo reportaron Weber et al. (1985), los resultados de esta investigación indicaron que es necesario aclarar las reglas del proceso desde el inicio de la terapia para comprometer a los consultantes con el trabajo terapéutico. En el caso de familias y parejas es importante, además, comprometer a todos los miembros del sistema, conocer su punto de vista sobre el problema y explorar su motivación y expectativas en relación con la terapia. En esta primera fase del proceso terapéutico es necesario que todos se sientan parte de la terapia y plantear de manera clara los objetivos y el plan de trabajo. Hacer esto de manera clara, concisa y ofreciendo esperanza de cambio da seguridad a los consultantes y les permite ver el camino a seguir.

La escucha activa y la aceptación por parte del terapeuta favorecen la construcción de una relación cercana y cálida, pero no necesariamente motivan a la gente hacia el proceso. Como lo señalaron algunos de los consultantes, es necesario observar mejoría de manera más o menos inmediata y que el terapeuta de esperanzas sobre la posibilidad de hacer cambios que repercutan en una mayor tranquilidad. Al respecto, Alcázar (2007) y Corning et al. (2007) encontraron que cuando los consultantes saben lo que pueden esperar del proceso terapéutico y experimentan bienestar como resultado de las sesiones, hay mayor continuidad del tratamiento.

Un aspecto novedoso encontrado sobre la técnica del terapeuta fue la necesidad de evitar la monotonía en la técnica, incluyendo estrategias de intervención de tipo lúdico y dinámicas que motiven a los consultantes. Pareciera que el diálogo, como única estrategia de intervención,

puede llegar a ser tedioso para los consultantes, lo que hace recomendable ser más creativos en la intervención.

Ahora bien, con relación a los terapeutas, los datos indicaron que la calma que muestran frente a la ansiedad de los consultantes, así como su disposición a escuchar las reacciones de inconformidad y a poder hablar sobre ellas, contribuyen al desarrollo de la AT. Aunque la experiencia favorece el manejo de estos aspectos (Shelef et al., 2005), sería importante incluir, como parte del entrenamiento de los terapeutas, el manejo de la ansiedad que puede generar confrontar los conflictos familiares, y ayudarlos a construir una gran seguridad en sí mismos, que les permita escuchar las inconformidades de los consultantes con el proceso y enfrentarlas.

En la misma dirección, y como lo mencionaron algunos de los terapeutas, disponer de un plan claro de acción desde el principio orienta y guía al terapeuta, dándole una mayor seguridad. Así lo expresó el terapeuta 6:

Si hubiera tenido un plan desde el principio... de pronto hubiéramos podido plantearles a ellos [los consultantes], las estrategias, ver si estaban de acuerdo, eso hubiera por ejemplo fortalecido mucho más la alianza, mirar, corregir el plan, una vez iba andando, y hacer correcciones según los resultados, pero como era como muy sesión a sesión entonces pues no había una organización clara, de pronto si hubiera habido un plan desde el comienzo hubiera sido más efectivo, de pronto se hubieran notado más los cambios...

Comprender el problema de manera fragmentada y no tener un hilo conductor dificulta el establecimiento de objetivos de trabajo, y ello se traduce en que los consultantes no comprenden la relación entre lo que se trabaja en las sesiones y sus necesidades. Al respecto, Corning et al. (2007) señalan que es importante explicar el proceso y los objetivos de manera que todos los miembros de la familia se sientan incluidos y compartan una visión del problema. Los

terapeutas entrevistados propusieron como estrategia para poder plantear un plan de acción, definir desde el principio con quiénes se iba a trabajar en la terapia y tomarse un tiempo de reflexión y de análisis de los motivos expuestos como problema en esa primera sesión. De esa manera, se podrían plantear hipótesis sobre el problema y proponer posibles estrategias para preparar el desarrollo de las sesiones de manera que sea más claro el proceso, para ellos mismos y para los consultantes.

Así mismo, los terapeutas consideraron necesario instaurar una estrategia de monitoreo sobre la motivación de los consultantes con el proceso. Esto coincide con lo expuesto por Safran, Murran, Sanstag y Stevens (2002) con respecto a que es probable que a lo largo del proceso haya cambios sutiles en las expectativas, que pueden obedecer a la interacción de diferentes factores, como los cambios alcanzados y por alcanzar, la relación terapéutica, el compromiso con el proceso y la disposición para cambiar, entre otros.

La literatura ha mostrado que la calma, seguridad, autoestima y confianza en sí mismo de parte del terapeuta favorecen la AT (Alcázar, 2007; Bedi et al., 2005; Scheinkman, 2008). Sin embargo, en este trabajo los participantes indicaron otros aspectos que no suelen mencionarse, como lo son la alegría, tener mente abierta —en el sentido de estar dispuesto a respetar formas diferentes de ser—, tener gusto por su trabajo, el optimismo y ser creativo.

Con respecto a los consultantes, se encontró que la timidez y estar a la defensiva hacia el proceso y el terapeuta son aspectos que se interponen en la alianza y en el desarrollo de la terapia. Esto se relaciona con lo encontrado por Mordechai (1998) sobre el peligro que puede correr la relación terapéutica, dada la actitud defensiva y evasiva de los consultantes, la crítica hacia el terapeuta y el desprecio que le manifiesten al terapeuta. Por el contrario, la disponibilidad de los consultantes a escuchar, el ser flexibles, tener buen humor y ser perseverantes permiten la AT.

Aunque se observó que los factores institucionales pueden afectar la motivación de los consultantes, estos no parecen incidir directamente en la AT, pues no constituyen una razón fundamental para que las personas asistan o dejen de asistir a la terapia. Sin embargo, algunos aspectos como la falta de dinero o las dificultades en el transporte pueden interactuar con otras variables que afecten la motivación de los consultantes hacia la terapia, afectando la AT.

Aunque de manera preliminar, este trabajo ilustra sobre algunos factores que son importantes al establecer la AT en las terapias de pareja y de familia. Sin embargo, hay algunos aspectos que pudieron afectar la riqueza de la información obtenida; por ejemplo, el hecho de que las entrevistas fueron realizadas en los escenarios cotidianos de los consultantes y en horas de la noche, lo que generó algunas interferencias como ruido, llamadas telefónicas, presencia de otras personas ajenas a la familia y cansancio de los participantes. Así mismo, aunque los terapeutas y los consultantes señalaron que era posible que los sesgos o prejuicios culturales interfirieran en la formación de la AT, la mayoría de participantes y terapeutas pertenecían a la ciudad de Bogotá y a la misma tradición cultural, por ende, se consideraba que no había diferencias culturales entre ellos. Por otra parte, la mayoría de los terapeutas entrevistados se encontraban en nivel de formación, e hizo falta contar con la participación de terapeutas más experimentados y de otros centros de atención psicológica, tanto universitarios como de otra índole.

En este trabajo se han descrito los factores que pueden estar relacionados con la AT. Un paso a seguir sería poder ver cómo interactúan estos factores entre sí, para determinar la calidad de la AT. Así mismo, se deben explorar otros factores, como las variables culturales que fueron mencionadas varias veces por terapeutas y consultantes.

Referencias

- Ackerman, S. J., Benjamin, L. S., Beutler, L. E., Gelso, C. J., Goldfried, M. R., Hill, C., ... Rainer, J. (2001). Empirically supported therapy relationships: Conclusions and recommendations of the Division 29 Task Force. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 38(4), 495-497.
- Alcázar, R. (2007). Expectativas, percepción del paciente hacia su terapeuta y razones para asistir a dos o más sesiones. *Salud Mental*, 30(5), 55-62.
- Anker, M., Owen, J., Duncan, B., & Sparks, J. (2010). The alliance in couple therapy: Partner influence, early change, and alliance patterns in a naturalistic sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(5), 635-645.
- Bedi, R., Davis, M., & Williams, M. (2005). Critical incidents in the formation of the therapeutic alliance from the client's perspective. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42(3), 311-323.
- Beutler, L. E. (1989). Differential treatment selection: The role of diagnosis in psychotherapy. *Psychotherapy*, 26, 271-281.
- Beutler, L. E. & Castonguay, L. G. (2006). The task force on empirically based principles of therapeutic change. *Principles of therapeutic change that work* (pp. 3-10). New York: Oxford University Press.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16, 252-260.
- Carrero, A. & Escudero, V. (2009). Género del cliente y alianza terapéutica. *Revista de la federación española de asociaciones de terapia familiar*, 41, 72-82.
- Celano, M., Oyeshiku, Ch., & Kaslow, N. (2010). A competency-based approach to couple and family therapy supervision. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 47(1), 35-44.
- Corning, A., Malofeeva, E., & Bucchianeri, M. (2007). Predicting termination type from client-therapist agreement on the severity of the presenting problem. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 44(2), 193-204.

- Cox, M. & Paley, B. (1997). Families as systems. *Annual Review of Psychology*, 48, 243-267. doi: 10.1146/annurev.psych.48.1.243
- Darwiche, J., Roten, Y., Stern, D., Crettaz, F., Corboz-Warnery, A., & Fivazdepeursinge, E. (2008). Mutual smiling episodes and therapeutic alliance in a therapist-couple discussion task. *Journal of Psychology*, 67(4), 231-239.
- Escudero, V. & Friedlander, M. (2003). Observing the therapeutic alliance in family therapy: Associations with participants' perceptions and therapeutic outcomes. *Journal of Family Therapy*, 30, 194-214.
- Friedlander, M., Lambert, J., & Escudero, V. (2008). How do therapists enhance family alliances? Sequential analyses of therapist-client behavior in two contrasting cases. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 45(1), 75-87.
- Hatcher, R. & Barends, W. (2006). How a return to theory could help alliance research. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43(3), 292-299.
- Jo, T. & Almas, S. (2002). Abandono del tratamiento en una consulta externa de psiquiatría y psicología clínica. *Revista Electrónica de portalesmedicos.com*. Recuperado de http://www.portalesmedicos.com/monografias/abandono_tratamiento/index.htm
- Krause, M. (2011). La psicoterapia: ¿oficio sin ciencia y ciencia sin oficio? *Revista Colombiana de Psicología*, 20(1), 89-98.
- Lambert, M. J. (1992). Psychotherapy outcome research: Implications for integrative and eclectic theories. En J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of Psychotherapy Integration* (pp. 94-130). New York: Basic Books
- Martin, D., Garske, J., & Davis, M. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(3), 438-450.
- Mordechai, J. (1998). Psychology and study of marital process. *Annual Review of Psychology*, 49, 169-197.
- Norcross, J. C. (2001). Purposes, processes, and products of the task force on empirically supported therapy relationships. *Psychological Bulletin*, 38(4), 345-356.
- Pinsof, W. M. (1994). An integrative systems perspective on the therapeutic alliance: Theoretical, clinical, and research implications. En A. O. Horvath & L. Greenberg (Eds.), *The working alliance* (pp. 173-195). New York: John Wiley & Sons.
- Pinsof, W. M. & Catherall, D. R. (1986). The integrative psychotherapy alliance: Family, couple and individual therapy scales. *Journal of Marital and Family Therapy*, 12, 137-151.
- Rait, D. (2000). The therapeutic alliance in couples and family therapy in session. *Psychotherapy in Practice*, 56(2), 211-224.
- Rondón, A. P., Otálora, I. L., & Salamanca, Y. (2009). Factores que influyen en la deserción terapéutica de los consultantes de un centro universitario de atención psicológica. *International Journal of Psychological Research*, 2(2), 137-147.
- Safran, J. D., Murran, J. C., Sanstg, L. W, & Stevens, C. (2002). Repairing alliance ruptures. En J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy Relations that work* (pp. 235-254). Oxford: Oxford University Press.
- Sandoval, C. (1996). *Programa de especialización en teoría, métodos y técnicas de investigación social. Módulo cuatro: Investigación Cualitativa*. Bogotá: Icfes.
- Scheinkman, M. (2008). The multi-level approach: A road map for couples therapy. *Family Process*, 47, 197-213.
- Shelef, K., Diamond, G., & Liddle, H. (2005). Adolescent and parent alliance and treatment outcome in multidimensional family therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(4), 689-698.
- Vásquez, M. (2007). Cultural difference and the therapeutic alliance: An evidence-based analysis. *American Psychologist*, 62(8), 878-885.
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. Mahwah, NJ: Erlbaum Associates.
- Weber, T., McKeever, J., & McDaniel, S. (1985). A beginner's guide to the problem-oriented first family interview. *Family Process*, 24(3), 357-364.