

UNIVERSIDAD DEL VALLE DE  
GUATEMALA

Facultad de Ciencias Sociales  
Departamento de Psicología

La Alianza Terapéutica: Percepción de las y los profesionales que  
ejercen la Psicoterapia en la Ciudad de Guatemala

Ana Cristina Cabrera Arévalo

Guatemala  
2009



La Alianza Terapéutica: Percepción de las y los profesionales que  
ejercen la Psicoterapia en la Ciudad de Guatemala

# UNIVERSIDAD DEL VALLE DE GUATEMALA


Facultad de Ciencias Sociales  
Departamento de Psicología

La Alianza Terapéutica: Percepción de las y los profesionales que  
ejercen la Psicoterapia en la Ciudad de Guatemala

Trabajo de Graduación presentado por  
Ana Cristina Cabrera Arévalo  
para optar al grado académico de Licenciatura en  
Psicología

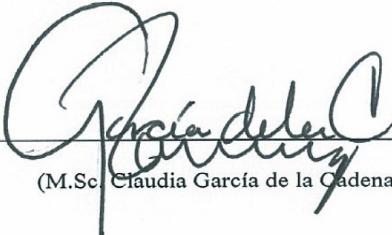
Guatemala  
2009


Vo. Bo. :

(f)   
\_\_\_\_\_  
(M.Sc. Mario Colli Alonso)

Tribunal Examinador:

(f)   
\_\_\_\_\_  
(Dra. María del Pilar Grazioso)

(f)   
\_\_\_\_\_  
(M.Sc. Claudia García de la Cadena)

(f)   
\_\_\_\_\_  
(M.Sc. Mario Colli Alonso)

Fecha de aprobación: Guatemala, 7 de diciembre de 2009.

## PREFACIO

La investigación sobre la efectividad de la Psicoterapia se ha convertido en un valioso medio para favorecer la eficacia en la práctica de la misma y así proveer a las y los terapeutas recursos a través de los cuales puedan estar en constante actualización, ya que todo profesional, además de sus características personales, las habilidades que desarrolla y su formación académica, requiere atender su crecimiento profesional, el cual impacta en la calidad de los servicios que ofrece.

La Alianza Terapéutica es uno de los factores de la relación terapéutica que incide en gran medida en el proceso de Psicoterapia, razón por la cual ha sido motivo de muchas publicaciones e investigaciones en la actualidad. Este estudio pretende ser un aporte al enriquecimiento de la práctica profesional, ya que refleja la experiencia y formación de 24 profesionales que ejercen Psicoterapia en la ciudad de Guatemala, quienes contribuyeron a la descripción de los diferentes elementos relacionados con la Alianza Terapéutica y plantearon retos desde la multiculturalidad: el respeto, conocer la cultura de los consultantes y cuidar la eficacia en la comunicación; todo esto para atender de forma integral a las personas.

# ÍNDICE

	Página
PREFACIO .....	vi
LISTA DE TABLAS .....	ix
LISTA DE GRÁFICAS .....	x
RESUMEN .....	xi
 Capítulos	
I. INTRODUCCIÓN .....	1
II. MARCO TEÓRICO .....	3
A. Psicoterapia .....	3
B. Modelos teóricos en Psicoterapia .....	4
1. Psicoanálisis y escuelas derivadas .....	5
2. Cognitivo-Conductual .....	6
3. Humanista.....	6
4. Existencial .....	7
5. Análisis Transaccional .....	7
6. Sistémica .....	8
7. Constructivista .....	8
8. Modelo Integrativo .....	9
C. Factores comunes en Psicoterapia .....	10
1. Principios terapéuticos comunes.....	11
D. Multiculturalidad en la Psicoterapia.....	13
E. Efectividad en Psicoterapia y relación con Alianza Terapéutica.....	15
F. Relación Terapéutica .....	16
G. Alianza Terapéutica .....	17
1. Desarrollo histórico del concepto .....	17
2. Definición y componentes .....	18
3. Funciones de la Alianza Terapéutica .....	21
4. Desarrollo de la Alianza Terapéutica .....	21

a.	Influencia del terapeuta .....	22
b.	Influencia del consultante .....	24
c.	Interacción entre terapeuta y consultante .....	26
5.	Rupturas de la Alianza Terapéutica .....	27
6.	Evaluación de la Alianza Terapéutica .....	28
a.	Instrumentos .....	29
7.	Alianza Terapéutica y resultados en Psicoterapia .....	29
III.	MARCO METODOLÓGICO .....	31
A.	Objetivos .....	31
B.	Participantes .....	31
C.	Diseño .....	32
D.	Instrumentos .....	32
E.	Procedimiento .....	33
F.	Análisis de resultados .....	35
IV.	RESULTADOS .....	37
V.	DISCUSIÓN .....	54
VI.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	59
VII.	BIBLIOGRAFÍA .....	61
VIII.	APÉNDICE .....	67
A.	Instrumentos .....	67
1.	Consentimiento informado .....	67
2.	Cuestionario de datos sociodemográficos .....	68
3.	Escala de orientación teórica del terapeuta .....	69
4.	Entrevista: Percepción sobre Alianza Terapéutica .....	70
B.	Transcripciones de entrevistas .....	72

## LISTA DE TABLAS

Tabla	Página
1. Concepto de Alianza Terapéutica.....	45
2. Características de la Alianza Terapéutica.....	46
3. Objetivos de la Alianza Terapéutica.....	47
4. Factores relacionados con el terapeuta que influyen en la Alianza Terapéutica.....	47
5. Factores relacionados con el proceso que influyen en la Alianza Terapéutica.....	48
6. Factores relacionados con el consultante que influyen en la Alianza Terapéutica.....	48
7. Roles en la Alianza Terapéutica.....	49
8. Funciones de la Alianza Terapéutica.....	49
9. Acciones intencionales del terapeuta culturalmente apropiadas para favorecer la Alianza	50
10. Características personales del terapeuta que influyen en la Alianza Terapéutica.....	50
11. Relación entre experiencia profesional y la Alianza Terapéutica.....	51
12. Retos para establecer la Alianza Terapéutica desde la multiculturalidad.....	51
13. Indicadores de la calidad de Alianza Terapéutica.....	52
14. Relación entre la Alianza Terapéutica y los resultados de la Psicoterapia.....	53

## LISTA DE GRÁFICAS

Gráfica	Página
1. Rangos de edades de los terapeutas.....	37
2. Formación académica de los terapeutas.....	38
3. Nivel de formación académica de los terapeutas.....	38
4. País de entrenamiento en post-grado.....	39
5. Años de experiencia profesional.....	39
6. Áreas de trabajo profesional.....	40
7. Ciclo vital de los consultantes.....	40
8. Modalidad terapéutica.....	41
9. Duración aproximada del tratamiento.....	41
10. Motivos de consulta reportados como 1° más comunes.....	42
11. Motivos de consulta reportados como 2° más comunes.....	42
12. Motivos de consulta reportados como 3° más comunes.....	43
13. Orientaciones teóricas que inciden mucho en la práctica profesional.....	44

## RESUMEN

Horvath y Bedi (2002) proponen una definición de Alianza que hace referencia a la calidad de la relación colaborativa entre el cliente y el terapeuta en la terapia. Con el fin de conocer más respecto a este constructo, se realizó esta investigación, con el objetivo de describir la percepción sobre la misma. Participaron 24 profesionales, psicólogos y psiquiatras, para lo cual se utilizó un cuestionario sociodemográfico, una escala de orientación teórica y una entrevista estructurada. Se llevó a cabo un análisis de contenido, obteniendo diferentes categorías relacionadas con la Alianza Terapéutica, tales como: concepto, características, funciones, factores del cliente, características y habilidades del terapeuta, indicadores, roles, la relación con la experiencia profesional y la incidencia en los resultados de la Psicoterapia. Los resultados evidencian que el constructo de Alianza Terapéutica es percibido desde el componente de vinculación afectiva, con características de colaboración y confianza. Existe influencia de la orientación teórica desde la cual el terapeuta trabaja, sin embargo es un elemento aplicado por las diversas escuelas de Psicoterapia, tanto por psicólogos como por psiquiatras. Desde la multiculturalidad se plantearon como elementos relevantes: respeto, apertura, aceptación incondicional, ética, confidencialidad, profesionalismo y autoconocimiento del terapeuta.

# I. INTRODUCCIÓN

Cuando se habla de Psicoterapia, se hace referencia a un proceso de ayuda con el uso sistemático de una relación de confianza para propósitos terapéuticos (Bernal, 2000); en este proceso intervienen diversos elementos y uno de ellos es la Alianza Terapéutica, la cual se refiere al vínculo establecido entre el terapeuta y el consultante, dentro de la relación terapéutica. En esta relación particular se presentan actitudes o características, tanto del terapeuta como del consultante, que influyen al establecimiento de dicho vínculo. La Alianza Terapéutica implica acuerdos y colaboración entre ambas partes, a manera de trabajar juntos para poder alcanzar los objetivos de la terapia (Corbella y Botella, 2003).

El estudio de la Alianza Terapéutica ha sido de gran interés en las últimas décadas y es evidente su relación con la efectividad dentro de la terapia, ante esto surgió la inquietud: ¿Cómo perciben la Alianza Terapéutica los profesionales que practican Psicoterapia en Guatemala? ¿Influye la orientación teórica desde la cual trabajan, en la conceptualización de este constructo? ¿Existen diferencias entre la percepción de Alianza en relación a la formación académica de los profesionales? ¿Con qué conceptos relacionan el constructo? ¿Qué características consideran necesarias en la Alianza? ¿Qué objetivos tiene la Alianza en la práctica actual? ¿Cómo se percibe el rol del terapeuta y del consultante en el establecimiento de la Alianza? ¿Qué actitudes, habilidades o características del terapeuta favorecen la Alianza, considerando la multiculturalidad en el proceso? ¿De qué manera reconocen los profesionales una buena Alianza Terapéutica en el proceso? ¿Están los profesionales conscientes de la importancia de una buena Alianza para favorecer la eficacia en la Psicoterapia?

Para poder responder a algunas de estas interrogantes se planteó un estudio que describa los diferentes aspectos que influyen en la práctica profesional actual, en relación a la Alianza Terapéutica, incluyendo la conceptualización, características, funciones, factores que intervienen, establecimiento de roles, indicadores, características del terapeuta, relación con la experiencia profesional y relación con la eficacia de la terapia. Todo esto con el fin de continuar en la línea de investigación en relación a la práctica de Psicoterapia en la actualidad y así aportar a la calidad del ejercicio profesional psicoterapéutico en Guatemala.

En cuanto a la fundamentación teórica de esta investigación se desarrollaron temas relacionados con la Psicoterapia, los modelos teóricos desde los cuales se ejerce, los factores comunes en Psicoterapia, la multiculturalidad en la Psicoterapia, variables relacionadas a la efectividad de la terapia, la relación terapéutica y principalmente: la Alianza Terapéutica, incluyendo el desarrollo histórico del concepto,

definiciones y componentes, funciones, desarrollo de la Alianza, rupturas en la Alianza, evaluación de la Alianza y la relación de la Alianza con los resultados en la Psicoterapia.

Este trabajo de graduación está compuesto por siete capítulos, en los cuales se partió de un marco teórico para conocer los aportes más recientes respecto al tema. Luego, desde el marco metodológico se plantearon los lineamientos para la investigación, y en base a los resultados obtenidos se presenta una discusión de los mismos, la cual llevó a plantear las respectivas conclusiones y recomendaciones. Así mismo se incluyen en este trabajo los instrumentos utilizados y los aportes de los profesionales, los cuales fueron recopilados a través de las entrevistas realizadas.

Además de la conciencia de todo profesional, con respecto a los diferentes elementos involucrados en la Psicoterapia, es necesario recordar que en la actualidad se plantean nuevos retos desde la multiculturalidad, los cuales se basan en actitudes de respeto y conocimiento de la cultura de los consultantes. Por tanto, a través de este estudio descriptivo, también se pretende sensibilizar al lector con respecto a estos retos, los cuales permiten mejorar la calidad de los servicios ofrecidos en la Psicoterapia.

La riqueza de esta investigación está en los aportes de los profesionales desde su práctica actual, por lo que además de describir los aspectos relacionados con la percepción de la Alianza, se obtiene un buen punto de partida para identificar las fortalezas y retos del ejercicio profesional de la Psicoterapia en Guatemala.

## II. MARCO TEÓRICO

### A. Psicoterapia

Existen diferentes definiciones de Psicoterapia, sin embargo se puede hacer referencia a algunos parámetros generales. Bernal (2000:3) afirma que la Psicoterapia se da para beneficio de la persona que solicita ayuda, con el uso sistemático de una relación de confianza para propósitos terapéuticos. Al explicar la Psicoterapia en el mundo contemporáneo, cita a Orlinsky y Howard (1995), quienes la definen como:

*«un servicio profesional que provee ayuda personal en la esfera de la vida privada bajo la guía y autoridad del conocimiento científico».*

Así mismo, cita a Fernández-Álvarez (1992) con la siguiente afirmación:

*«las psicoterapias o terapias por medios psicológicos constituyen un conjunto de técnicas destinadas a promover situaciones de cambio personal en individuos que padecen, cuando dicho padecimiento no se sostiene en alguna forma de valoración que lo justifique».*

Alexander y French (1965, en Arredondo y Salinas, 2005:12) plantean que la Psicoterapia también ha sido considerada como un proceso donde la relación consultante-terapeuta proporcionaría una “experiencia emocional correctiva”, por lo tanto es un proceso de “reeducación emocional” que facilitaría la adaptación a la realidad.

Jerome Frank (1974:2-3) explica la Psicoterapia como una interacción planificada entre un sanador socialmente reconocido y una persona que sufre. En esta interacción el sanador busca aliviar el malestar de quien sufre mediante comunicaciones simbólicas, palabras, actividades corporales o rituales. El sanador puede implicar o no a los familiares y a otras personas significativas del paciente en los rituales de curación. Con frecuencia se busca ayudar al paciente a aceptar y soportar el sufrimiento como aspecto inevitable de la vida que puede ser utilizado como una oportunidad de crecimiento personal.

Autores contemporáneos como Feixas y Miró (1995 en Arredondo y Salinas, 2005:13) plantean que la Psicoterapia tiene cuatro elementos esenciales:

- El cliente: Es quien acude a los servicios psicoterapéuticos, generalmente por experimentar alguna dificultad, lo suficientemente importante en su vida como para provocar un deseo consciente de cambio. De este modo, se considera cliente, paciente o consultante a cualquier persona que siente la necesidad de realizar cambios que no puede realizar por sí mismo y que requiere la ayuda de profesional.
- El psicoterapeuta: se refiere a la persona con formación profesional y ciertas características personales, que intenta ayudar al paciente.

- La relación terapéutica: es considerado el elemento esencial en toda Psicoterapia, caracterizada por ser una relación de carácter profesional, en donde el profesional muestra interés por el consultante sin formar parte de sus relaciones interpersonales cotidianas.
- El proceso terapéutico: hace referencia al conjunto de procesos psicosociales que se dan desde el inicio al fin de la Psicoterapia, los cuales pueden variar según el modelo de orientación teórica desde el cual se trabaje el proceso.

Cabe aclarar que el proceso psicoterapéutico y la Psicoterapia no se toman como sinónimos. Tomando como referencia lo planteado anteriormente por Feixas y Miró (1995), la Psicoterapia incluye varios elementos: el cliente, el terapeuta, la relación terapéutica y el proceso psicoterapéutico.

Orlinsky, Ronnestad y Willutzki (2004 en Cadena, 2007) señalan la existencia de variables que influyen en el proceso terapéutico. En el Modelo Genérico de Psicoterapia explica seis categorías de fenómenos que ocurren en todo proceso psicoterapéutico, los cuales son:

- El contrato terapéutico
- Las operaciones terapéuticas (aspectos técnicos)
- Vínculo terapéutico
- Relación intra-personal
- Proceso clínico
- Modelos secuenciales

## B. Modelos teóricos en Psicoterapia

Para el desarrollo de un proceso psicoterapéutico es necesario partir de modelos teóricos. Beutler, Malik, Alimohamed, Harwood, Talebi, Noble y Wong (2004:288) explican que una orientación teórica representa la filosofía y creencias del terapeuta, sobre qué induce y mantiene el cambio. En un modelo teórico están definidos los conceptos básicos, filosofía, técnicas, roles, procedimientos, etc. desde los cuales se abordan las diferentes situaciones, sin embargo aunque esta orientación esté estructurada, en la aplicación influyen las contribuciones del terapeuta, desde su propio sistema de creencias y teorías.

Norcross, Hedges y Prochaska (2002, citado por Corey, 2005:450-451) desarrollaron una encuesta sobre las teorías psicológicas que se usarán dentro de diez años, prediciendo que las orientaciones teóricas que crecerán más son:

- Terapia Integrativa
- Terapia Cognitiva-Conductual

- Consejería Multicultural
- Terapia Cognitiva
- Terapia Interpersonal
- Modelo Ecléctico
- Terapia de Sistemas Familiares
- Terapia Centrada en las Soluciones

Por el contrario los enfoques que disminuirán en la práctica serán:

- Psicoanálisis Clásico
- Análisis Transaccional
- Terapia Adleriana
- Terapia Humanista

Además la terapia de corto tiempo, grupos psico-educativos para desórdenes específicos, intervención en crisis, terapia de grupo y terapia de pareja, se espera que aumente su práctica.

A continuación se describen algunos de los modelos teóricos, los cuales fueron utilizados para identificar la orientación teórica de los terapeutas (ver apéndice A.3). Estos modelos desde los cuales se ejerce la Psicoterapia pueden influir en la visión que tienen los terapeutas con respecto al proceso, por tanto es necesario conocerlos, ya que se planteó como uno de los objetivos específicos de la investigación el relacionarlos con la percepción de la Alianza Terapéutica.

1. Psicoanálisis y escuelas derivadas. Corey (2005:457-464) señala algunos conceptos claves de este modelo. Explica que es necesario resolver e integrar las etapas del desarrollo psicosexual para un buen desarrollo de la personalidad, ya que algunas dificultades se deben a problemáticas que se presentaron en etapas específicas. Desde este abordaje, la ansiedad es el producto de la represión de conflictos básicos y los procesos inconcientes están relacionados con el comportamiento actual. El objetivo de la terapia es hacer conciente lo inconsciente para la reconstrucción de la personalidad básica. Ayuda a resolver conflictos de experiencias tempranas, a través de la conciencia intelectual y emocional. El analista clásico permanece anónimo y los clientes se proyectan en él o ella. El enfoque está en reducir resistencias que se dan en el manejo de la transferencia y en establecer más control racional. Se trabaja a través de la asociación libre para identificar los conflictos no resueltos y obtener insight hablando. El analista hace interpretaciones para enseñarle el significado de sus comportamientos y cómo estos se relacionan con el pasado. En enfoques actuales, derivados del psicoanálisis, se da más énfasis a la relación y a las dimensiones del aquí-ahora.

Del psicoanálisis surgieron otros modelos teóricos, entre los cuales se pueden mencionar a autores como: Melanie Klein, Jaques-Marie Lacan, Anna Freud, Wilhelm Reich, Wilfred Bion, Alfred Adler, Carl Gustav Jung, Otto Rank, Harry Stack Sullivan, Donald Winnicott, entre otros.

2. **Cognitivo conductual.** Corey (2005:457) explica que desde este enfoque, el sistema de creencias de las personas es la primera causa de los trastornos, en donde juega un rol central el diálogo interno. El trabajo en terapia consiste en identificar esas creencias y sustituirlas por otras que sean efectivas, y estar más consciente de pensamientos automáticos y cambiarlos.

Dentro de este enfoque se puede mencionar la Terapia Racional Emotiva (TRE) de Albert Ellis, la Terapia Cognitiva (TC) de Aaron Beck y la Modificación Cognitivo-Conductual de Meichenbaum. Por ejemplo, en la TRE el terapeuta funciona como un maestro y el consultante como un alumno, es directivo y le enseña el modelo ABC para cambiar sus cogniciones. En la TC el foco está en la relación de colaboración, usando el diálogo Socrático, el terapeuta ayuda a identificar creencias disfuncionales y a descubrir reglas alternativas para vivir. El terapeuta promueve experiencias correctivas que permiten aprender nuevas destrezas. Los consultantes adquieren mayor conciencia de sus problemas y así pueden practicar el cambio en sus creencias y acciones (Corey, 2005:464).

El mismo autor explica que es una terapia estructurada, psicoeducativa, centrada en el presente, con límite de tiempo, directiva y activa. Algunas técnicas utilizadas son: diálogo Socrático, debate de ideas irracionales, asignación de tareas, obtener información sobre ideas asumidas, llevar un registro de actividades, formar interpretaciones alternativas, aprender nuevas destrezas, cambiar el uso del lenguaje y patrones de pensamiento, juego de roles, entre otros. Fiorentino (2006:64) recuerda otras técnicas utilizadas: la auto-observación, auto-registro, análisis funcional, reestructuración cognitiva.

3. **Humanista.** Gerrig y Zimbardo (2005:527) señalan que las teorías humanistas tienen en su núcleo el concepto de una persona completa, en el proceso continuado del cambio y del llegar a ser. La terapia desde este enfoque intenta ayudar al cliente a definir su propia libertad, a valorar a los yo que experimentan y a la riqueza del momento presente, a cultivar su individualidad y así desarrollar al máximo su potencial que lo lleve a la auto-realización. Dos tipos de terapias que parten de modelos humanistas son: la Terapia Centrada en el Cliente, creada por Carl Rogers; y la Gestalt, por Fritz Perls.

En cuanto a la Terapia Centrada en el Cliente, Corey (2005:457-466) explica que la persona tiene el potencial de volverse consciente de los problemas y la forma de resolverlos. Se confía en la capacidad del cliente de auto-dirigirse. La salud mental es vista como la congruencia entre el yo ideal y el yo real. Se presta atención al momento presente y a experimentar y expresar sentimientos. En esta terapia, se pretende proveer un ambiente seguro para que el cliente pueda auto-explorar y así reconocer las áreas para crecer y

experimentar aspectos de sí mismo que fueron negados o distorsionados. Así mismo, busca abrir a la persona, que tenga más confianza en sí misma y aumente la espontaneidad y vitalidad, es decir encontrar sentido a la vida y vivir con plenitud. Desde este abordaje se utilizan pocas técnicas, ya que la fortaleza está en las actitudes del terapeuta: escuchar, reflejar sentimientos, clarificar, “estar ahí” para el cliente.

El mismo autor, con respecto a la Terapia Gestalt explica que el énfasis está en el *qué* y el *cómo* de la experiencia en el aquí-ahora, para ayudar a las personas a aceptar todos los aspectos de sí mismos. El terapeuta ayuda al cliente a estar conciente del momento-a-momento y expandir la capacidad de tomar decisiones. Los clientes trabajan asuntos inconclusos del pasado que interfieren en su funcionamiento actual.

4. **Existencial.** En cuanto al abordaje existencial, Trull & Phares (2001:360) explican que se ve a las personas comprometidas en la búsqueda de significado. Desde esta perspectiva Gerrig y Zimbardo (2005:527) plantean que los seres humanos sufren crisis existenciales: problemas en la vida diaria, falta de relaciones humanas indicativas y la ausencia de metas importantes. Por tanto, desde este punto de vista, se busca encontrar el significado a las distintas situaciones de vida.

Corey (2005:457-466) explica que hay un interés en el presente y en lo que está por venir, por lo que busca tener conciencia antes de actuar. Se busca ayudar a las personas a ver que son libres y que pueden hacerse conciente de sus posibilidades; ayuda a identificar factores que bloquean la libertad. No tiene muchas técnicas específicas, por lo que se pueden adaptar técnicas de otros abordajes e incorporarlos desde un marco existencial.

Trull & Phares (2001:360-363) mencionan a autores como Binswanger, Boss, Gendlin, Frankl, May y Laing. Una de las formas más conocidas de terapia existencial es la Logoterapia, desarrollada por Víctor Frankl, la cual busca ayudar a la persona a encontrar el significado en lo que parece ser un mundo insensible, descuidado y carente de significado.

5. **Análisis Transaccional.** Es un abordaje propuesto por Erick Berne. Chandezon (2001:23-27) indica que la persona dispone de una personalidad provista de tres instancias de reflexión y acción: el padre, el adulto y el niño. Estas se construyen y desarrollan progresivamente durante la infancia. Así mismo explica que el análisis transaccional utiliza principalmente cuatro técnicas para comprender la conducta humana, las cuales son:

- El análisis estructural de primero o segundo orden: permite comprender lo que pasa en el interior de una persona (intra-psíquico).
- El análisis transaccional: permite captar lo que ocurre entre dos personas (inter-personal).

- El análisis específico de los juegos: permite comprender ciertos tipos de transacciones que implican sentimientos desagradables o que terminan mal.
- El análisis del guión o del “argumento”: permite comprender el “plan de vida” seguido por una persona.

El mismo autor explica que la definición más simple que se puede dar de AT, según Berne (s.f.) es:

*«el AT es un nuevo método de tratamiento de los trastornos afectivos”, asociado a una nueva teoría de la relación humana y de la personalidad.»*

6. **Sistémica.** Este abordaje es utilizado con individuos, parejas, familias o grupos de personas. Corey (2005:456-465), explica que la familia es vista desde una perspectiva sistémica e interactiva. Los clientes están conectados a un sistema de vida en donde un cambio en una parte del sistema afecta a las otras partes. La familia provee el contexto para comprender cómo funcionan las personas en las relaciones con otros y cómo se comportan. El objetivo es ayudar a los miembros de las familias a estar concientes de los patrones de relaciones que no están trabajando bien y así crean nuevas formas de interactuar.

Desde esta perspectiva, el mismo autor explica que, el terapeuta funciona como un maestro, entrenador y modelo. La familia aprende formas para detectar y resolver problemas que afectan a los miembros y aprende sobre los patrones que fueron transmitidos de generación en generación. Algunos abordajes se enfocan en el terapeuta como el experto, otros se concentran en intensificar en lo que sucede aquí-ahora en la sesión de familia. Trabajan sobre las interacciones de la familia y enseñan patrones de comunicación.

En este abordaje pueden utilizarse una gran variedad de técnicas, dependiendo de la orientación teórica del terapeuta. Algunas de ellas son: genogramas, preguntas, hacer un mapa de la familia, reestructuración, establecimiento de límites, entre otros. Estas pueden ser de naturaleza cognitiva, con base a experiencias o a conductas y buscan cambios a corto plazo (Corey, 2005:467).

7. **Constructivista.** De acuerdo con Sharf (2004:570), los abordajes constructivistas son relativamente nuevos; hacen referencia a la forma que tienen los clientes de ver los problemas y las situaciones. Los ejemplos representativos de este abordaje son: Terapia Centrada en la Soluciones (*solution focused*), de Steve deShazer y Insoo Kim Berg; y la Terapia Narrativa de David Epston y Michael White.

Según Sharf (2004:594) las terapias focalizadas en soluciones y la narrativa continúan siendo de gran interés para los terapeutas, ambas han tenido un significativo impacto en la práctica con parejas y terapia familiar; la narrativa es muy usada frecuentemente en tratamiento de problemas psicológicos en niños.

Corey (2005:456-465) explica que estos enfoques evitan patologizar a los clientes y evitan hacer énfasis en las causas de los problemas, por tanto, le dan valor a descubrir las fortalezas y los recursos del cliente.

Más que hablar de los problemas, se centran en crear soluciones en el presente y en el futuro. Establecen metas claras, específicas, concretas, realistas y observables para propiciar cambios positivos. Los clientes son vistos como los expertos en su propia vida. En la terapia centrada en las soluciones se guía al cliente a hablar más de soluciones que de problemas. En la terapia narrativa los clientes externalizan sus problemas y el terapeuta los guía a crear nuevas y liberadoras historias.

8. **Modelo Integrativo.** Las tendencias actuales están encaminadas hacia la práctica de Psicoterapia desde modelos integrativos. Gold & Stricker (2006:4) explican que la época de segregación oficial de escuelas de Psicoterapia ha terminado y que muchos terapeutas se identifican a sí mismos como integrativos o con orientación ecléctica. Así mismo, citan a Norcross y Newman (1992), quien ha identificado ocho factores que promueven el aumento en variedad de terapias integrativas. Estos son: el aumento en número en escuelas de Psicoterapia; apoyo científico; el fracaso de cualquier teoría para explicar por completo y predecir patologías o cambios en la personalidad y el comportamiento; crecimiento en la variedad de terapias breves; comunicación entre clínicos y oportunidad de experimentar; falta de apoyo adecuado por parte de terceras entidades para favorecer psicoterapia a largo plazo; identificación de factores comunes en todas las psicoterapias; y crecimiento de organizaciones profesionales, conferencias, y revistas dedicadas a la exploración de Psicoterapia integrativa.

Fernández-Álvarez y Opazo (2004:16) explican que el enfoque integrativo se sustenta de las partes válidas, explicativas y predictivas de las teorías existentes, pero las reencuadra en un marco teórico más amplio, formando un todo a partir de partes diferentes.

Del Vento (2002:142) hace referencia al Movimiento de Integración en Psicoterapia, el cual incluye varios intentos por trascender los límites de una sola escuela con el fin de estudiar lo valioso de otras perspectivas. Busca englobar, en la base de sistemas conceptuales complejos y coherentes, los diferentes aportes. Se pretende crear un ámbito de acercamiento y convergencia entre los protagonistas de los diferentes abordajes, motivados por el interés en la evaluación de los resultados y la validación científica de la efectividad de la psicoterapia. No intenta formar una escuela más sino formar parte de un proceso caracterizado por una actitud de apertura y comprometido por la evidencia de la investigación y la práctica clínica. Este movimiento distingue tres diferentes líneas de investigación y desarrollo: la integración teórica, la integración sobre la base de los factores comunes y la integración técnica.

Gold & Stricker (2006:8-9) explican que la Psicoterapia integrativa es relativamente reciente y se refiere al estudio de las formas en las cuales varias escuelas o modelos de Psicoterapia pueden informar, enriquecer y ser combinadas, más que limitarse a una teoría o método específico. Con base a consensos realizados por varios autores, se ha llegado a presentar un sistema de clasificación para identificar los

diferentes modelos o abordajes integrativos. Se presentan cuatro modos de integración: eclecticismo técnico, factores comunes, integración teórica e integración asimilativa.

De acuerdo con Fernández-Álvarez y Opazo (2004: 26), puede afirmarse que de alguna manera la integración de la Psicoterapia es algo consolidado, ya que con frecuencia los terapeutas reconocen utilizar alguna forma de integración en sus prácticas cotidianas, aceptan que todas las psicoterapias comparten elementos comunes y muestran disposición al diálogo con terapeutas de distintas orientaciones. Explican que el futuro de la Psicoterapia está abierto, que la posibilidad de alcanzar una teoría unificada de la integración en Psicoterapia sigue siendo una aspiración (Wolfe, 2001) pero más allá de que eso pueda concretarse en la forma de un modelo emergente, la inquietud que generó el pensamiento integrativo muestra señales de gran vitalidad.

Los mismos autores señalan que la formación de un terapeuta integrativo no sólo supone incorporar varios contenidos, sino que también requiere un entrenamiento intenso para alcanzar la actitud requerida. Plantean como pilares de dicha formación los siguientes elementos:

- a. teoría de la Psicoterapia
- b. diagnóstico integral
- c. habilidades terapéuticas
- d. autoconocimiento
- e. interdisciplina

## C. Factores comunes en Psicoterapia

Los factores comunes en Psicoterapia están relacionados con las características presentes en diversas orientaciones de terapia y que influyen positivamente en el tratamiento psicológico. Bernal (2000:15) los define como elementos interaccionales o interpersonales presentes en casi todo tipo de terapia. Krause (2005:34) se refiere a ellos como factores de cambio inespecíficos y cita a Orlinsky y Howard (1987) al hablar de las condiciones generales de la terapia, las cuales incluyen: la Alianza Terapéutica, el aporte del cliente, la estructura de la situación terapéutica, la función del terapeuta, la forma de interacción y la forma en que se organizan y se transmiten los contenidos terapéuticos. Krause (2005:33) propone considerar además los siguientes aspectos: el aporte del cliente a la estructuración de la situación terapéutica, las circunstancias vitales, lo constructivo de la situación de terapia, el carácter procesal y el cambio de perspectiva en el análisis de la interacción entre aspectos biográficos y experiencia terapéutica.

Trull & Phares (2001:297) citan a Lambert y Bergin (1994), quienes proporcionan una lista de factores comunes clasificados en tres categorías: factores de apoyo, factores de aprendizaje y factores de acción.

Kleinke (1998:24-28) presenta nueve autores representativos y cada uno propone los componentes terapéuticos compartidos por las diferentes terapias. Estos son:

- Jerome Frank (1982), identifica cuatro componentes: una relación de confianza emocionalmente cargada con una persona de ayuda; un marco de curación; fundamento racional, esquema conceptual o mito; y un ritual.
- Judo Marmor (1985), aporta nueve puntos comunes: una relación cliente-terapeuta; la habilidad de los clientes de confiar y expresar sentimientos; aprendizaje significativo; condicionamiento operante; experiencia emocional correctiva; modelado, sugestión y persuasión; ensayo y práctica; y una atmósfera de apoyo.
- Nicholas Hobbs (1962), describió cinco áreas de cambio: la relación terapéutica, proceso en que disminuye la ansiedad, transferencia, cambio del locus de control de los problemas y sentido aceptable de la significación de la vida.
- Marvin Golfried (1980), hace énfasis en dos áreas: la experiencia correctiva y el feedback.
- John Paul Brady (1980), presenta seis estrategias comunes: la relación terapeuta/cliente basada en la confianza y respeto; procedimientos y estrategias que aumentan expectativas positivas del cliente; estrategias que aumentan la valía personal, control del ambiente y efectividad; mejor manejo de determinadas situaciones y superación de temores inadaptativos; práctica en el ambiente natural; el cliente es responsable del cambio, contemplando su comportamiento, ideas y sentimientos.
- Toksoz Karasu (1986), sugiere tres puntos de encuentro: la experiencia afectiva, el dominio cognitivo y la regulación conductual.
- Hans Strupp (1986), propone dos procesos comunes: la creación de un contexto interpersonal y el aprendizaje terapéutico.
- William Stiles, David Shapiro y Robert Elliott (1986), sugieren tres lugares comunes: factores del terapeuta, comportamiento del cliente y alianza terapéutica.
- Lisa Grencavage y John Norcross (1990), identificaron los siguientes temas: características del cliente, cualidades de los terapeutas, procesos de cambio, estructura del tratamiento y la relación terapéutica.

Con lo anterior se puede constatar que dentro de los factores comunes en las psicoterapias correspondientes a los diferentes modelos teóricos, se encuentran aspectos relacionados con el terapeuta, el consultante y las condiciones de la relación terapéutica, incluyendo la estructura y la Alianza Terapéutica.

1. Principios terapéuticos comunes. Además de los factores comunes citados por diversos autores, Kleinke (1998:28-45) presenta nueve importantes procesos comunes en las psicoterapias, los cuales son:

a. Intercambio de pago por servicio: desde la perspectiva de Szasz es como un diálogo socrático, donde dos cabezas piensan mejor que una. Cita a Lazarus (1985), quien explica que se valora la suma de recursos entre el cliente y el terapeuta para solucionar los problemas del cliente. Es importante que sea negociado, para que el cliente sepa qué puede y qué no puede esperar. Es necesario el consentimiento informado.

b. Ofrecer consejo: por lo general, los terapeutas evitan dar consejos, por tres razones: la cuestión ética o no de que los clínicos sepan que es lo mejor para sus clientes; ello animaría a los clientes a depender del terapeuta; y porque habitualmente no funcionan. Pueden darse cuando el cliente y el terapeuta han acordado un curso de acción y el cliente está dispuesto a aceptar las sugerencias del terapeuta; cuando el cliente está dispuesto a hacer alguna cosa que inevitablemente va a ser dañina. Es importante reforzar las sensaciones de elección y responsabilidad en el cliente, animándoles a anticipar las consecuencias de sus actos.

c. Ampliar la visión del mundo del cliente: es necesario enseñar a los consultantes a ver sus problemas desde una nueva perspectiva y ser conscientes de las respuestas de afrontamiento que no han considerado. Ayudarles a aprender a atribuir nuevos significados. Definir el esquema interpersonal o rol relacional establecido por el cliente como operación de seguridad. Cuando los esquemas son rígidos, hay que enseñarles a ser flexibles. Watzlawick (1978) explica la diferencia entre la realidad de primer orden y la realidad de segundo orden; el primero es objetivo y el segundo es subjetivo. Según Albert Ellis hay que ayudar a los clientes a evaluar la racionalidad de sus ideas para poder asumir riesgos e intentar nuevas soluciones. Paulhus y Martin (1988) explican la flexibilidad funcional desde dos componentes: tener amplio abanico de respuestas de afrontamiento en el repertorio de uno mismo y ser capaz de acoplar la respuesta adecuada a la situación. El cambio conductual precede al cambio de actitudes.

d. Ayudar al cliente a recapitular conflictos genéricos: el terapeuta puede utilizar la transferencia para favorecer el *insight* e interpretaciones adecuadas. Evitar responder a los clientes de manera predictiva. Ayudar al cliente a reconocer sus propias competencias. El terapeuta debe usar la transferencia y contra-transferencia en los momentos adecuados.

e. Establecer una experiencia emocional correctiva: concepto introducido por Alexander y French (1946) para explicar un objetivo central de la terapia: “exponer de nuevo al paciente, bajo circunstancias más favorables, a situaciones emocionales que no pudo resolver en el pasado.” Esto implica: una relación terapéutica segura, empatía del terapeuta, re-experimentar en el aquí-ahora y responder de una manera diferente de lo que espera el cliente.

f. Promover expectativas positivas: el terapeuta debe reforzar el hecho de haber buscado la terapia, preparar a los clientes para la terapia, inculcar expectativas realistas, acentuar la responsabilidad del cliente, proporcionar alivio a los síntomas y desarrollar una relación terapéutica positiva.

g. Permitir la expresión de emociones: no sólo es de pensar sino de sentir. Hay tres categorías de emociones. Las emociones primarias son sentimientos “auténticos” experimentados en el aquí-ahora. Las emociones secundarias son las emociones que interfieren con la solución de problemas. Y las emociones instrumentales son utilizadas consciente o inconscientemente para alcanzar un logro personal. La experimentación de emociones en terapia implica seis procesos: reconocimiento, creación de un significado, activación, toma de responsabilidades, modificación de respuestas afectivas disfuncionales y expresión de sentimientos en la relación terapéutica.

h. Ejercer una influencia social: es imposible que el terapeuta sea completamente neutral, pero sí debe estar consciente de los propios valores, creencias y necesidades personales. En la psicoterapia se da el proceso de persuasión, en el cual influye sobre actitudes e induce a acciones. Utiliza el condicionamiento operante, ignorando, reforzando o desafiando de manera selectiva los temas y comportamientos de la conversación. Son un modelo de afrontamiento. Trabajan en la definición de opciones y posibles soluciones.

i. Animar a la práctica de nuevas competencias: practicar, primero en la terapia y luego en la vida del cliente, nuevas formas de comportarse, pensar y sentir. Las tareas para la casa pueden ayudar a dar continuidad entre las sesiones y a generalizar lo que han aprendido en terapia. Las tareas para casa deben ser ideadas con la participación y cooperación del cliente, deben ser realistas, el cliente debe estar de acuerdo en que vale la pena. Es preciso explicar claramente qué hacer, con qué frecuencia, cómo registrar el progreso, como obtener *feedback* y las contingencias.

## D. Multiculturalidad en la Psicoterapia

La multiculturalidad es un aspecto necesario a considerar en toda Psicoterapia, ya que permite trabajar con poblaciones que son culturalmente diferentes. Existe un fuerte movimiento para crear una teoría multicultural en Consejería y Psicoterapia, sin embargo, hay aspectos que pueden aplicarse a todas las teorías, aunque esta transición sea más fácil para algunas.

Arredondo (1998:592) explica que la consejería multicultural hace referencia a la preparación y práctica que integra la conciencia de la cultura específica y la multiculturalidad, los conocimientos y las destrezas en las interacciones de consejería.

La misma autora presenta algunas directrices propuestas por la *American Psychological Association* (2003), en las cuales se invita a los terapeutas a hacerse más concientes de sí mismos como seres culturales; aprender más sobre grupos de minorías étnicas con los cuales podrían estar trabajando y de otros grupos para mejorar su conciencia y conocimientos culturales; aplicar destrezas culturalmente apropiadas y que los terapeutas puedan expandir su repertorio de destrezas profesionales como agentes de cambio. Así mismo explica que es necesario considerar el idioma materno del cliente, sus experiencias previas en Psicoterapia y procesos de evaluación. El Modelo de Dimensiones de la Identidad Personal, desarrollado por ella y Glauner (1992), es una herramienta útil para este conocimiento del cliente a través de entrevistas iniciales y la identificación de variables que pueden ser menos visibles cuando se trabaja con clientes de minorías étnicas. Este modelo considera tres dimensiones del consultante: las dimensiones A incluyen la edad, cultura, etnicidad, género, lenguaje, bienestar físico y mental, raza, orientación sexual, clase social; las dimensiones B incluyen la educación, ubicación geográfica, pasatiempos, cuidado personal, creencias, religión, espiritualidad, experiencia militar, estado civil, experiencia laboral; y las dimensiones C incluyen las etapas y momentos históricos en la vida de la persona (Arredondo y Pérez, 2006:2-3).

Es necesario que los terapeutas tengan conocimiento de varias culturas, que estén concientes de su propia herencia cultural y que tengan destrezas para atender un amplio espectro de clientes que lidian con las realidades de sus culturas. Es necesario que el terapeuta sea capaz de evaluar las necesidades especiales de los consultantes; dependiendo de la etnicidad, cultura y preocupaciones que trae la persona a terapia, hay que ser flexibles para utilizar diferentes estrategias, algunos necesitarán más dirección, otros pueden evitar hablar de sí mismos. Lo que puede parecer resistencia, puede ser condicionamiento y respeto a ciertos valores y tradiciones. Por tanto el terapeuta debe tener la habilidad de emplear y adaptar las técnicas, a manera que se apliquen a la persona dentro de su contexto; así mismo, ayudar a los consultantes a revisar el impacto que tiene la cultura en sus vidas y a partir de ello poder decidir qué quieren cambiar y qué no. Para todo esto, el terapeuta primero tiene que conocer la influencia de su propia cultura en la práctica terapéutica, para poder ser más sensibles a la cultura de los consultantes, considerando aspectos sociales, culturales, espirituales y políticos (Corey, 2005:451-452).

Ivey, Bradford y Zalaquett (2007:6) señalan que la situación de cada paciente es distinta, por lo que se requiere sentido común cuando se abarcan las diferencias culturales, enfrentándose desde una actitud de confianza ante el racismo, sexismo u otras formas de discriminación.

En cuanto a intencionalidad cultural, los mismos autores explican que se refiere a actuar con sentido de capacidad y decidir considerando un rango de alternativas para enfrentar situaciones, utilizando diferentes destrezas y cualidades personales, adaptando estilos a cada individuo y cultura; si una destreza no funciona, intentarlo con otra; cada intervención puede tener diversos efectos en las personas, quienes son únicas desde su multiculturalidad y experiencias de vida (Ivey, Bradford y Zalaquett, 2007:10).

Sue y Lam (2002:416) explican que los terapeutas pueden cometer errores, como formarse estereotipos, prejuicios o usar un lenguaje inapropiado, por lo que es necesario que esté conciente de ello para poder propiciar las conductas más favorables para el cliente. El ser sensible a estos posibles errores implica estar conciente de los propios valores y actitudes, así como del conocimiento de la cultura y grupo del cliente.

La multiculturalidad puede relacionarse con otros términos, aunque es necesario hacer la diferenciación. Colli (2001), al hablar de una Psicoterapia *metacultural* se refiere a la actitud de neutralidad y aceptación del terapeuta, la cual está basada en los principios de la cultura en sí y de sus categorías culturales universales; distinguiéndola de una Psicoterapia *intercultural* que es la que se realiza cuando el terapeuta trabaja con consultantes de determinada cultura tribal.

## E. Efectividad en la Psicoterapia y relación con Alianza Terapéutica

En nuestros días se ha vuelto esencial para los terapeutas demostrar el grado en el que sus terapias son efectivas. Muller *et al* (2008:226) señala que al analizar los diferentes factores que participan en la eficacia de la Psicoterapia, los investigadores distinguen entre factores específicos y factores inespecíficos, estando los primeros relacionados con la teoría utilizada por el terapeuta y la manera en que ésta guía la acción terapéutica. Los factores inespecíficos son más difíciles de determinar y en general, hacen referencia a variables como la relación terapéutica, sus características personales, edad, años de experiencia profesional, las expectativas del consultante, entre otros.

Al hablar de efectividad en la Psicoterapia, también se puede hacer referencia a las terapias fundamentadas empíricamente, de las cuales Norcross (2002:4) explica que en la actualidad son muy aceptadas por profesionales de la salud, ya que existe un compromiso por identificar, practicar y promulgar los tratamientos psicosociales que funcionan. Sin embargo, éstas requieren de todo un proceso de revisión. Así mismo, en esta línea, se reconoce la influencia de los factores comunes en todas las terapias, entre ellas la habilidad del terapeuta para establecer una Alianza Terapéutica, crear una estructura favorable para el cambio y promover conductas que favorezcan la relación terapéutica.

Lambert y Barley (2002:18), con base a estudios existentes, realizaron un análisis estadístico de los predictores de resultados y el promedio de la contribución de cada variable. Con estos datos presentan un estimado de la contribución relativa de los factores comunes en la Psicoterapia que influyen en los resultados del proceso, siendo estos los siguientes:

- Cambio extraterapéutico (variables del consultante y de su contexto relacional) 40%
- Factores comunes (relación terapéutica) 30%

- Expectativas del consultante (efecto placebo) 15%
- Técnicas (procedimientos específicos) 15 %

Relacionando la Alianza Terapéutica con la efectividad de la Psicoterapia, Kiesler y Watkins (1989) y Reandeu y Wampold (1991) encontraron que la complementariedad entre terapeuta y consultante estaba relacionada significativamente con la alianza. Del mismo modo que la alianza se relaciona con los resultados de la Psicoterapia, la compatibilidad entre terapeuta y consultante también muestra una relación positiva significativa con los resultados conseguidos por el consultante al terminar el proceso (Corbella y Botella, 2003:215).

## F. Relación terapéutica

Gelso y Carter (1985:159) definen la relación terapéutica como los sentimientos y actitudes que el terapeuta y el cliente tienen uno hacia otro y la manera en que estos son expresados. En esta relación, ambos asumen un rol que está determinado por la orientación teórica desde la cual se está trabajando, así mismo influyen la forma de relacionarse del cliente, la conducta del terapeuta, entre otros factores.

Los mismos autores propusieron que la relación incluye, además de la Alianza Terapéutica, una “relación real” y componentes de transferencia y contratransferencia (Bachelor y Horvath, 1999:138).

De acuerdo con Pattakou-Parassiri y Nestoros (2007:151), la relación terapéutica es el núcleo de todos los modelos de tratamiento, independientemente de las poblaciones y los objetivos específicos. Explica que la calidad de la relación juega un rol fundamental en el resultado terapéutico y el desarrollo humano, que el más que una selección organizada de habilidades y estrategias construidas en etapas, por lo que son consideradas como un tipo particular de unión entre el terapeuta y el consultante.

En una relación terapéutica se trabaja a través de un compromiso mutuo. Bordin (1975:173-174) señala que:

*«El terapeuta, además de comprometer cierta cantidad de tiempo, energías y destrezas, se dedica a proteger a su paciente y promoverlo al cambio. Asimismo, se preocupa por su paciente y se interesa por las necesidades e intereses de éste, minimizando sus propias demandas personales. El paciente hace sus propios compromisos, tales como el cumplimiento de las citas, de las tareas que el terapeuta le señale, de pagar los honorarios regularmente; es decir, ejercita sus propios esfuerzos hacia el cumplimiento y mutua aceptación de los objetivos terapéuticos.»*

Corbella y Botella (2004:42) señalan que:

*«en las investigaciones sobre la relación terapéutica se han estudiado principalmente cinco factores: la alianza terapéutica, el impacto en el paciente de las auto-revelaciones del terapeuta, el manejo de los malentendidos entre terapeuta y paciente, el impacto en la relación terapéutica de los intervalos sin mejora terapéutica y las formas de potenciar la relación terapéutica.»*

Lambert y Barley (2002:17) comentan que muchas investigaciones indican que la calidad de la relación terapéutica es de vital importancia para contribuir al progreso del cliente durante el proceso terapéutico y así mismo es un factor que influye en los resultados de la Psicoterapia.

## G. Alianza Terapéutica

La Alianza Terapéutica es uno de los elementos de la relación terapéutica que ha sido estudiado en las últimas décadas. Bachelor y Horvath (1999:137) comentan que hay un acuerdo general en que la Alianza Terapéutica, enfatizando la colaboración del cliente y del terapeuta en el trabajo de la terapia es un ingrediente fundamental.

A continuación se desarrollan diferentes aspectos relacionados con la Alianza Terapéutica, tales como el desarrollo histórico del concepto, definiciones, componentes, funciones, desarrollo, rupturas, evaluación y su relación con los resultados en la Psicoterapia.

1. Desarrollo histórico del concepto. Corbella y Botella (2004:185) presentan una revisión histórica del concepto de Alianza, explicando que fue desarrollándose a lo largo del siglo XX. Hacen referencia a Freud (1912), quien planteó la importancia de que el terapeuta mantenga interés y actitud comprensiva hacia el paciente para permitir que la parte más saludable del cliente estableciera una relación positiva con su analista. Freud (1913) describió el aspecto positivo y beneficioso de la transferencia, el cual favorecía la aceptación de las interpretaciones del analista. Luego consideró que una transferencia positiva podía distorsionar la relación real, por lo que sugirió trabajar las interpretaciones de la transferencia y el desarrollo de un compromiso con el terapeuta “real” para trabajar el proceso.

Sterba (1934,1940) ayudó a establecer la base sobre la cual el concepto de Alianza fue desarrollado. Fue el primero en explicar el rol de una identificación positiva con el terapeuta para guiar al paciente en el trabajo hacia las tareas terapéuticas. Fenichel (1941) describió la conceptualización de Sterba como “transferencia racional”, mientras que Stone (1961) se refirió a ella como “transferencia madura” (Safran, 2002:8).

Desde la terapia centrada en el cliente, Rogers (1951,1957) plantea la relación terapéutica desde las condiciones que ofrece el terapeuta: empatía, aceptación incondicional y congruencia. Además de estas condiciones, estudios posteriores demostraron que la receptividad o apertura del cliente al proceso de terapia es determinante en los resultados (Constantino, Castonguay y Schut, 2002:83).

Zetzel (1956) usó el término Alianza Terapéutica para referirse a la habilidad del paciente de usar la parte saludable de su ego para unirse a su analista en el cumplimiento de tareas terapéuticas (Horvath y

Bedi, 2002:38). Fue ella quien distinguió entre transferencia y alianza, explicando que la alianza es la parte no neurótica de la relación que posibilita el *insight* y el uso de las interpretaciones del terapeuta para distinguir entre las experiencias relacionales del pasado y la relación real con el terapeuta. Algunos autores preferían no diferenciar estos conceptos (Corbella y Botella, 2004:186). Brenner (1979) argumentaba que no tenía sentido distinguir entre alianza y transferencia, ya que todos los aspectos de la relación del paciente hacia el terapeuta están determinados por experiencias pasadas; así mismo enfatizó la importancia de reconocer lo fundamental de la confianza del paciente en cooperación con el terapeuta. Hanly (1992) mantuvo que había que separar alianza y transferencia, para permitir al terapeuta enfatizar la “influencia humana” de la relación terapéutica a expensas de correctas interpretaciones (Safran, 2008:8).

Friedman (1969) enfatizó los roles de *rapport* y esperanza y vio la alianza con elementos racionales e irracionales incluyendo la transferencia maternal más infantil. Sullivan y Thompson (1964) enfatizaron la importancia de la relación real entre terapeuta y paciente. Fromm (1947) enfatizó la importancia del encuentro existencial como vehículo de cambio (Safran, 2002:8).

Greenson (1965, 1967) distinguió entre la Alianza de Trabajo y la Alianza Terapéutica, en donde la primera se refiere a la habilidad del cliente de alinearse con las tareas del análisis y la segunda a la capacidad del terapeuta y del cliente de formar un vínculo personal (Horvath y Bedi, 2002:38).

Desde el punto de vista psicodinámico, Hartley (1985) define la alianza como una relación compuesta por la relación real y la alianza de trabajo, en donde la relación real hace referencia al vínculo humano entre terapeuta y cliente, mientras que la alianza de trabajo se refiere a la capacidad de ambos para trabajar en alcanzar los objetivos. Las consideraciones de Sterba inspiraron vagamente uno de los componentes planteados en el concepto de Bordin. El concepto de alianza ha sido incorporado por la mayoría de los modelos teóricos y distanciándose de la lectura transferencial planteadas desde la perspectiva psicoanalítica (Corbella y Botella, 2004:186-187).

En el siguiente apartado se plantean las conceptualizaciones más recientes con respecto a la Alianza Terapéutica.

2. Definición y componentes de la Alianza Terapéutica. Horvath y Bedi (2002:38) explican que el término de Alianza también es conocido como: Alianza Terapéutica, Alianza de Trabajo o Alianza de Ayuda y que no se tiene una única definición universalmente aceptada del concepto, por lo que es necesario considerar su evolución histórica, hasta las propuestas más recientes, como las de Bordin, Luborsky, Gaston y Horvath.

Bachelor y Horvath (1999:136) explican que la nueva formulación del concepto de Alianza se enfoca en los elementos interactivos y colaborativos en la relación terapéutica. Cita a investigadores como Luborsky (1976) y especialmente Bordin (1975, 1979, 1980, 1989, 1994), que argumentan que la Alianza, vista como positiva y un componente basado en la realidad de la relación terapéutica, está presente y es universal en todos los esfuerzos exitosos por brindar ayuda.

Corbella y Botella (2003:208) señalan que dos de los autores que más han influido en la concepción actual de la Alianza Terapéutica son Bordin y Luborsky. Bordin (1976) definió la Alianza como el encaje y colaboración entre el cliente y el terapeuta, identificando tres componentes: el acuerdo en las tareas, un vínculo positivo y acuerdo en los objetivos.

Safran (2002:12) explica cada uno de los componentes de la Alianza Terapéutica mencionados por Bordin (1976):

- a. Tareas de la terapia: se refiere a las actividades específicas a las que el consultante se compromete, en beneficio del tratamiento.
- b. Metas de la terapia: son los objetivos generales hacia los cuales se dirige el tratamiento.
- c. Vínculo: es la cualidad afectiva de la relación entre el paciente y el terapeuta.

El mismo autor señala que estos componentes ejercen influencia entre sí, ya que la calidad del vínculo facilita el acuerdo en tareas y metas de la terapia; y así mismo, la habilidad para negociar tareas y objetivos ayuda a fortalecer el vínculo.

Además de señalar la importancia de la Alianza Terapéutica, Bordin (1980) afirmó que una alianza positiva no es curativa en sí misma, sino que es un ingrediente que posibilita la aceptación y el seguimiento del trabajo terapéutico (Corbella y Botella, 2003:208).

Luborsky (1976, citado en Corbella y Botella, 2003:208) también desarrolló una conceptualización de Alianza, más cercana al enfoque psicodinámico, explicando que es una entidad dinámica que va evolucionando con los cambios, de acuerdo a las demandas de las diferentes fases del proceso psicoterapéutico. Así mismo describe dos tipos de Alianza, en función de la etapa o fase de la terapia:

- a. Tipo 1: se caracteriza por la sensación que experimenta el paciente sobre el apoyo y ayuda que le brinda el terapeuta como contenedor. Esta se da especialmente al inicio de la terapia, en las primeras cinco sesiones.

- b. Tipo 2: consiste en el componente de vinculación y la sensación de trabajo colaborativo, para alcanzar las metas y aliviar el malestar del paciente. Se da en fases posteriores.

Constantino, Castonguay y Schut (2002:85), además de las conceptualizaciones de Luborsky y Bordin, señalan la perspectiva transteórica de la Alianza, propuesta por Gaston (1990), la cual es compatible y complementaria a las dos definiciones anteriores. En esta perspectiva se consideran cuatro dimensiones:

- a. Establecimiento de un vínculo afectivo entre el cliente y el terapeuta.
- b. La capacidad del cliente de aportar el necesario *ego sano* para trabajar con un propósito en la terapia
- c. El acuerdo colaborativo entre el cliente y el terapeuta sobre las tareas y metas de la terapia.
- d. La empatía del terapeuta hacia las necesidades emocionales del cliente y el involucramiento general en la situación del cliente.

Los mismos autores hacen referencia al concepto de Alianza propuesta por Henry y Strupp (1994), quienes la definen en términos de acciones y reacciones complejas e interpersonales, que son capturadas por dos dimensiones fundamentales:

- a. Grado de afiliación
- b. Grado de interdependencia

Para estos autores una buena Alianza se manifiesta a través de transacciones recíprocas que son de afiliación, para favorecer la autonomía y sin control hostil. Esta propuesta la plantean desde un enfoque psicodinámico, por lo que se basa en experiencias de la relación padre/madre-hijo. Desde esta perspectiva, la Alianza sirve como contexto para favorecer una experiencia emocional correctiva.

Horvath y Bedi (2002:41) proponen una definición de Alianza que hace referencia a la calidad y fortaleza de la relación colaborativa entre el cliente y el terapeuta en la terapia. Este concepto incluye vínculos afectivos positivos como la mutua confianza, afinidad, respeto y cuidado. Incluye también la conciencia sobre el compromiso activo hacia las metas y la forma en que éstas serán alcanzadas. Implica sentido de asociación entre el cliente y el terapeuta en la terapia, en donde cada participante está

comprometido activamente a sus responsabilidades específicas. Así mismo explica que la alianza es un aspecto conciente y con propósito en la relación entre cliente y terapeuta.

En general, el énfasis del concepto de Alianza está en la colaboración activa entre los participantes, es decir, entre el terapeuta y el cliente (Horvath y Bedi, 2002:39).

3. **Funciones de la Alianza Terapéutica.** Constantino, Castonguay y Schut (2002:85) explican que existen diferencias teóricas con respecto a la Alianza como un ingrediente de cambio, ya que algunos teóricos (*e.g.* Balint, 1968; Rogers, 1957) proponen que la relación es curativa en sí misma, mientras que otros han visto que el establecimiento de una calidad de Alianza es un prerequisite para la implementación de técnicas desde las teorías (*e.g.* Freud, 1913/1958; Greenson, 1965).

Desde esta última perspectiva, autores como Horvath y Symonds (1991) plantean que una buena Alianza anima al cliente a permanecer en el tratamiento y puede proveer un fondo positivo para el tratamiento terapéutico permitiendo intervenciones técnicas para una mejor adherencia. Autores como Bordin (1994) y Zetzel (1956) han conceptualizado la Alianza en constante interacción con las técnicas para producir cambios positivos (Constantino, Castonguay y Schut, 2002:86).

Henry y Strupp (1994), desde una perspectiva interpersonal, recopilan las funciones precedentes de la Alianza y explican que ésta puede ser curativa en sí misma, con respecto a otros muchos aspectos relacionados con los resultados, como el cambio en funcionamiento interpersonal o alteraciones en autoestima por patrones cíclicos mal adaptativos. También puede servir para proveer un clima afectivo que conduce a la reducción de síntomas o cambios interpersonales en interacción con técnicas terapéuticas efectivas. La Alianza puede servir para suavizar el efecto de las interpretaciones del terapeuta que los clientes inicialmente no pueden manejar (Constantino Castonguay y Schut, 2002:86).

Siguiendo a Henry y Strupp, debe también permitir al cliente internalizar el tratamiento del terapeuta y aceptarlo con menos hostilidad, y empezar a tratarse a sí mismo en la misma manera, creando un cambio positivo en el auto-concepto. Estos autores argumentan que esta relación puede ejercer una influencia intrapsíquica, correctiva e interpersonal (Constantino Castonguay y Schut, 2002:86).

4. **Desarrollo de la Alianza Terapéutica.** Existen diferencias entre terapeutas y su capacidad de establecer alianza con sus consultantes. Desde un punto de vista teórico, Freud (1913/1958) enfatizó la empatía como una condición necesaria para establecer la alianza. Zetzel (1956) postuló que el desarrollo de la Alianza puede trabajarse si el terapeuta comprende el dolor y sufrimiento de su cliente a través de lineamientos de apoyo. Este apoyo y validación ayuda a estar más cerca del cliente y ayuda a evitar que el terapeuta sea visto como poco útil (Constantino, Castonguay y Schut, 2002:102).

Watson y Greenberg (1994) indican que ha surgido una conciencia sobre las condiciones que los clientes ven como esenciales en una alianza positiva y que ayuda. La literatura revela que los clientes le dan importancia a sentimientos de aceptación, reconocimiento, comprensión, apoyo y afirmación por parte de sus terapeutas. Lietaer (1990, 1992) encontró que clientes con buenos resultados en la psicoterapia reportan que lo que ayudó a desarrollar una buena relación de trabajo fue la calidez, interés, involucramiento, empatía, aceptación, respeto y paciencia del terapeuta; así mismo los clientes reportaron que los terapeutas demostraron la valoración de ellos como personas y fueron auténticos en sus interacciones, estos hallazgos coinciden con los estudios de Luborsky, Crits-Christoph, Mintz y Auerbach (1988), en donde se encontró una asociación entre las conductas facilitadoras del terapeuta, como la calidez y el apoyo, y la Alianza (Constantino, Castonguay y Schut, 2002:102).

Henry y sus colegas aportaron sobre las contribuciones concretas y específicas al desarrollo e incremento de la Alianza, donde los tratamientos se caracterizaban por conductas de ayuda y enseñanza así como comunicaciones de afirmación y comprensión. Muchos estudios han investigado el impacto de las interpretaciones en la alianza de trabajo y se han encontrado diversos hallazgos. Allen *et al* (1996) encontró que la interpretación del terapeuta y el énfasis en la relación están relacionados positivamente con la alianza, mientras que intervenciones no interpretativas y el énfasis en aspectos que no tienen que ver con la relación están relacionados negativamente con la Alianza. Otros estudios encontraron que las interpretaciones del terapeuta sobre la transferencia se relacionan negativamente con la calidad de Alianza. Aún no se ha encontrado relación positiva o negativa entre la frecuencia de las interpretaciones de la Alianza. También hay estudios para explicar que la habilidad o destreza para hacer las interpretaciones influye en el desarrollo de una buena alianza o para reparar rupturas de la misma. Aún están incipientes estudios sobre actividades, acciones o destrezas del terapeuta que promueven y mantienen la Alianza. Horvath (1994) afirma que las investigaciones sobre la alianza van a repercutir en la importancia de la práctica si no se descubren métodos clínicamente viables de entrenamiento para terapeutas sobre cómo favorecer el desarrollo de la Alianza de Trabajo (Constantino, Castonguay y Schut, 2002:103).

Para el desarrollo de la Alianza Terapéutica, es necesario considerar la influencia del terapeuta, del consultante y de la interacción entre ambos.

a. **Influencia del terapeuta.** De acuerdo con Orlinsky y Howard (1986) y Patterson y Forgatch (1985), las actitudes terapéuticas propuestas por Rogers (1957) han despertado el interés de las investigaciones, ya que buscan las características y conductas del terapeuta que son beneficiosas para el desarrollo de la psicoterapia. De acuerdo con Bachelor y Horvath (1999), la empatía y la calidez son dos de las cualidades que la mayoría de investigadores consideran relevantes, aunque no suficientes, para establecer una buena alianza. Henry y Strupp (1994) encontraron que los comportamientos de valoración y

exploración del terapeuta facilitan la Alianza, mientras que la baja valoración la perjudica (Corbella y Botella, 2004:197).

Otra de las variables investigadas ha sido el nivel de experiencia del psicoterapeuta. Algunos autores indican que la relación entre la experiencia del terapeuta y la Alianza no es significativa, mientras que otros estudios indican que sí existe relación, especialmente en el componente de acuerdo en los objetivos. MallincKrodt y Nelson (1991) encontraron que la formación de los terapeutas influía positivamente en el establecimiento de la Alianza (Corbella y Botella, 2004:197).

Los estudios de Henry y Strupp (1994) indican que las representaciones internas de las relaciones pasadas del terapeuta tenían un gran impacto en la calidad de la alianza con algunos clientes. También se encontró que cuando el terapeuta centra su actividad en el aquí y ahora y la orienta temáticamente se favorece la Alianza. Crowley (2001) encontró que la mentalidad psicológica del terapeuta y sus buenas habilidades sociales correlacionaban de forma positiva con la Alianza. Beutler impulsó la Selección Sistemática de Tratamientos (SST) para poder estudiar la relación entre las intervenciones del terapeuta y las variables del cliente; dos de las dimensiones que configuran la SST son: la directividad del terapeuta relacionada con la resistencia del paciente; y la tendencia del terapeuta a dirigir la atención a la acción o al *insight* del paciente relacionada con el estilo de afrontamiento del paciente. Un ejemplo sería que un paciente resistente y con estilo de afrontamiento internalizador se beneficiaría más con un terapeuta dirigido al *insigh* y poco directivo (Corbella y Botella, 2004:198).

Luborsky (1994) demostró con evidencia empírica que el terapeuta es capaz de tener impacto sobre la Alianza (Constantino, Castonguay y Schut, 2002:101).

Bordin (1975:167-168) plantea la cordialidad como un ingrediente terapéutico, la cual implica tres componentes: compromiso, esfuerzo por comprender y espontaneidad. El primero se refiere a la buena voluntad de ayudar al consultante, el segundo se manifiesta a través de las destrezas de escucha que permiten al consultante ampliar la visión de sí mismo y del mundo y la tercera permite evitar los estereotipos, la rigidez y los formalismos.

Thorne (1950), citado por Bordin (1975:184-185) explica que en determinadas circunstancias y con ciertos clientes, es necesario que el terapeuta manifieste apoyo y reafirmación. Establece ocho clases de confianza: reafirmar que no es un caso raro, que la naturaleza de su condición es conocida, que el síntoma es molesto pero no peligroso, que algo puede hacerse, que es posible la cura, que no va a enloquecer, que no empeorará y que no es culpable ni pecador.

Horvath y Bedi (2002:56-58) señalan que las investigaciones sugieren que las habilidades o cualidades del terapeuta que contribuyen al desarrollo de una buena Alianza pueden ser divididas en tres componentes: destrezas interpersonales, el elemento intrapersonal y componentes interactivos. Resume las variables del terapeuta en las siguientes:

- Destrezas interpersonales
  - Destrezas relacionadas con comunicación
  - Empatía
  - Experiencia y entrenamiento
  - Conductas negativas del terapeuta
- Dimensión intrapersonal
- Componentes interactivos
  - Armonía y complementariedad entre cliente y terapeuta
  - Colaboración

b. Influencia del consultante. Corbella y Botella (2004:199) explican que dentro de las variables del cliente que influyen en la Alianza están las variables interpersonales como el índice de eventos estresantes, las relaciones sociales y familiares del cliente; y las variables intrapersonales como la calidad de relaciones objetales, la motivación, expectativas y las actitudes, entre otras. Así mismo explica que las expectativas del consultante de encontrar y establecer una relación igualitaria con el terapeuta aumentan la probabilidad de establecer una buena Alianza. Cita a Luborsky (1994), quien afirmó que las personas con habilidades interpersonales tienen mayor probabilidad de desarrollar una buena Alianza.

En cuanto a la severidad de los síntomas, autores como Crowley (2001), Horvath y Symonds (1991) indican que tiene poco impacto en el desarrollo del establecimiento de la Alianza; mientras que estudios como los de Eaton, Abeles y Gutfreund (1988) indican que la sintomatología del paciente contribuía negativamente a la Alianza. En cuanto a la relación con el diagnóstico, Monsen, Havik y Hoglend (2002) encontraron que las variables diagnósticas no predicen la calidad de Alianza (Corbella y Botella 2004:200).

Los mismos autores explican que el perfeccionismo del paciente se ha relacionado negativamente con los resultados de la terapia, ya que la autocrítica está vinculada con el perfeccionismo y ha sido asociada con esquemas relacionales negativos y con estilos evitativos. Kiesler y Watkins (1989) encontraron relación negativa entre la rigidez del paciente y la Alianza (Corbella y Botella, 2004:201).

Constantino, Castonguay y Schut (2002:98-99) citan a Goren (1991), quien no encontró diferencias de género con respecto a las puntuaciones de Alianza y en las diferentes combinaciones de género en la

relación terapeuta-consultante, lo cual sugiere que el género no es un factor crucial en la Alianza. En cuanto a edad, cita a Luborsky, Crits-Christoph, Alexander, Margolis y Cohen (1983) quienes encontraron que la similitud en edad y en actividades religiosas correlacionaron significativamente con las medidas de Alianza.

Para Corey, (2005:462) la expectativa inicial de la varios consultantes es contar con ayuda de un experto y obtener resultados rápidos; esperan tener grandes cambios en sus vidas con muy poco esfuerzo de su parte. Conforme la terapia va avanzando el consultante descubre que debe ser más activo en el proceso, seleccionar sus propias metas y luchar por alcanzarlas tanto en las sesiones como en su diario vivir. El mismo autor explica que algunos consultantes se beneficiarán a través de reconocer y expresar sus sentimientos, otros necesitarán examinar sus creencias y pensamientos, otros iniciar a comportarse en diferentes maneras y otros se beneficiarán solamente con hablar acerca de sus relaciones con personas significativas en su vida; pero la mayoría necesitará realizar algún trabajo en las tres dimensiones:

- Sentimientos
- Pensamientos
- Comportamiento

Tal como él lo comenta, los terapeutas necesitan indicaciones de sus consultantes, ya que escuchar la retroalimentación de ellos durante el proceso de la terapia los apoya a ser participantes en la terapia. La fuerza y percepciones de los consultantes son el fundamento del trabajo de la terapia, al agregarle la evaluación del progreso en la terapia desde la perspectiva del consultante, esto permite que el terapeuta arme una terapia para las necesidades individuales de cada consultante. Ya que esto permite ajustar las técnicas para maximizar los resultados.

Horvath y Bedi (2002:54-56) explican que los factores del cliente pueden dividirse en dos: variables pre-terapia y contribuciones del cliente en la terapia. Estos incluyen otros factores, de la siguiente manera:

- Variables pre-terapia
  - Severidad del trastorno
  - Tipo de desorden
  - Relaciones objetales y estilos de apego
- Contribuciones durante la terapia
  - De acuerdo a las fases de la terapia
  - Perspectiva de evaluador

Constantino, Castonguay y Schut (2002:112), presentan una serie de características del cliente que pueden ser predictores de dificultades para establecer o mantener una buena Alianza:

- Bajo nivel de educación
- Poca coincidencia con el terapeuta en cuanto a edad y religión
- Diferencia entre las expectativas del cliente y las metas del tratamiento
- Altos niveles de síntomas, estrés, poca esperanza; bajo nivel de salud mental o funcionamiento
- Resistencia o actitudes defensivas
- Pobre desarrollo emocional
- Dificultades en relaciones interpersonales
- Pobres o negativas relaciones objetales
- Pensamientos depresivos; perfeccionismo

c. Interacción entre terapeuta y consultante. Corbella y Botella (2004:202) utilizan el término compatibilidad como sinónimo de interacción positiva entre terapeuta y paciente y explican que no se entendería la ausencia de compatibilidad como incompatibilidad que no permita el trabajo terapéutico sino como ausencia de la mejor interacción entre características de ambos para beneficio del paciente. Citan a Sexton y Winston (1994), quienes consideraron que el estudio de la interacción entre terapeuta y paciente es una nueva área de investigación en donde aún hay pocos estudios.

Quintana y Meara (1990) y Henry, Schacht y Strupp (1990) concluyeron que a partir de las primeras sesiones se establece o no una complementariedad entre terapeuta y consultante. Kiesler y Goldston (1988) encontraron que existen diferentes niveles de complementariedad entre los distintos psicoterapeutas, la cual depende de variables del paciente y características del terapeuta; la complementariedad entre ambos va facilitando o bloqueando el proceso de establecimiento de la Alianza Terapéutica. Kieler y Watkins (1989) y Reandeu y Wampold (1991) encontraron que la complementariedad entre terapeuta y paciente estaba relacionada significativamente con la Alianza y por ende con los resultados de la Psicoterapia (Corbella y Botella, 2004:203).

Luborsky (1994) afirmó que similitudes entre terapeuta y paciente en ciertas características demográficas como edad y sexo podrían favorecer la Alianza. Lupini (2001) encontró que la similitud entre los valores del terapeuta y del paciente influye significativamente en la Alianza (Corbella y Botella, 2004:203).

Para Corey, (2005:461) la estructura de la terapia depende de tipo de cliente y de las circunstancias que este traiga a la terapia, así en cualquiera que sea el tipo de terapia que se esté practicando, proveer

instrucciones claras al consultante es esencial, ya que esto fomenta y motiva al cliente a hablar acerca del problema que lo trajo a la terapia.

Una evaluación inicial es muy útil, tanto para el terapeuta como para el consultante, ya que esto provee estar focalizado durante el proceso de la terapia, según Corey (2005:461). De igual forma en cuanto se pueda, al consultante se le deberá compartir la responsabilidad de decidir el contenido de la sesión y desde las primeras sesiones se le debe de empoderar si el terapeuta espera que el consultante inicie a ser un participante activo en el proceso de la terapia.

Con respecto a los elementos interactivos, Horvath y Bedi (2002:59) explican que la armonía e interacciones positivas momento a momento están relacionadas con una buena Alianza y así mismo, lo opuesto con respecto a interacciones negativas. También señala que la colaboración es uno de los puntos clave en la Alianza, ya que muchas medidas de Alianza solicitan información sobre el grado de colaboración entre los participantes.

5. Rupturas de la Alianza Terapéutica. Safran (2002:16-17), siguiendo a la conceptualización de Alianza de Bordin (1979), encuentra útil conceptualizar las rupturas en la Alianza como desacuerdos sobre las tareas y metas de la terapia o problemas en el vínculo de la relación, tomando en cuenta que estos se influyen entre sí. Estos dos tipos de rupturas pueden ser manejados directa o indirectamente.

Constantino, Castonguay y Schut (2002:114) explican que los terapeutas que muestran mayor adherencia a las técnicas y tienden a ser duros y severos consigo mismos pueden tener tendencia a tratar a sus clientes de la misma manera, los pueden presionar mucho cuando la terapia no progresa rápido; cuando se sienten atacados por el cliente puede responder en una forma hostil. Cita a Henry *et al* (1993), quienes encontraron que los estilos interpersonales negativos del terapeuta están relacionados con sus relaciones consigo mismos: el terapeuta que es hostil consigo mismo tiende a ser hostil con sus clientes, incluso cuando fueron entrenados para manejar procesos interpersonales negativos. Ante estas situaciones, el autor sugiere la intervención de Sullivan (1953), llamada actitud de “participante-observador”, en donde se toma conciencia del proceso, incluyendo las reacciones internas e interpersonales a la conducta del cliente.

Safran, Muran y Samstag (1994) encontraron que se favorece la Alianza cuando el terapeuta tiene la capacidad de aceptar parte de la responsabilidad por sus rupturas relacionales en la terapia y cuando trabajaba los malentendidos con los consultantes a través de la metacomunicación (Corbella y Botella, 2004:198).

Constantino, Castonguay y Schut (2002:115) sugieren que cuando el terapeuta se hace conciente de la hostilidad y las luchas de poder en la relación, debe parar lo que están haciendo y reflexionar sobre su

experiencia, sobre lo que sucede en la sesión, las intervenciones que hacen, el comportamiento del cliente que puede moverlos a actuar así y el impacto que sus acciones tienen en el cliente. Este es el primer paso para manejar rupturas en la Alianza: la estrategia “parar y reflexionar”; aunque no resuelva la situación, puede prevenir un ciclo en espiral de interacciones hostiles o luchas de poder sobre las tareas y metas de la terapia.

El segundo mejor paso para manejar rupturas de la Alianza puede ser la metacomunicación (Kiesler, 1996). Esta consiste en dirigir el foco de la terapia a la terapia *per se*. Los procedimientos para realizarla son: invitar al cliente a hablar sobre su experiencia de la relación o reacción a las intervenciones del terapeuta, explorar y empatizar con la emoción del cliente, compartir nuestra propia observación y reacción con el cliente incluyendo el reconocimiento de nuestra contribución al problema de relación. El reconocimiento y exploración de la contribución del terapeuta ayuda mucho y es frecuentemente seguido por la comprensión del cliente de su rol en la ruptura de la Alianza (Constantino, Castonguay y Schut, 2002:115).

Este reconocimiento recíproco de responsabilidad es una manifestación poderosa de un proceso elocuentemente capturado hace décadas por Rogers (1957): “la apertura a la experiencia conduce a la apertura a la experiencia”. La metacomunicación requiere destrezas y valor para hablar sobre sentimientos negativos, para invitar a los clientes a criticarnos y para reconocer cómo no hemos sido empáticos y hemos ayudado. La resolución de rupturas de Alianza pueden ayudar a: reforzar la relación terapéutica, adquirir una nueva perspectiva de sí mismo y de otros, una experiencia correctiva y generalización de lo aprendido en terapia a la vida real (Constantino, Castonguay y Schut 2002:115-116).

6. Evaluación de la Alianza Terapéutica. Con respecto a la evaluación de la Alianza Terapéutica, Constantino, Castonguay y Schut (2002:117) señalan que todos los terapeutas deberían preocuparse sobre cómo el cliente se siente vinculado al terapeuta y qué tan disponible está para trabajar sobre las metas de la terapia, por tanto, dicha evaluación convendría que fuera parte de la práctica diaria y no limitar su uso para proyectos de investigación.

Los diferentes instrumentos que han surgido tienen fuertes cualidades psicométricas, y aunque presentan diferentes componentes, ambos tienen los elementos comunes de colaboración y acogimiento, por tanto, cada terapeuta tendría que seleccionar aquella que se adecue más a sus objetivos y a los aspectos teóricos desde los cuales trabaja la psicoterapia y por tanto, la alianza. Ésta debe ser medida principalmente desde la perspectiva del cliente, ya que posee mayor validez predictiva que las versiones del terapeuta y de observadores. Aunque la versión del terapeuta tenga menor valor predictivo, puede ayudar al terapeuta a enfocarse en que el cliente exprese sentimientos negativos hacia la terapia o el terapeuta, a estar más

consciente de la expectación teórica o del proceso de terapia y estar más consciente de perspectivas distorsionadas sobre el cliente o la relación terapéutica (Constantino, Castonguay y Schut 2002:118).

a. Instrumentos. Por la importancia atribuida al tema, Corbella y Botella (2004:204) señalan que actualmente hay más de 20 medidas diferentes de Alianza, siendo las siguientes las más destacables:

- California Psychotherapy Alliance Scales (CALPAS/CALTRAS; Gaston y Ring, 1992; Marmar, Weiss y Gaston, 1989)
- Penn Helping Alliance Scales (Penn/HAQ/HAcS/Har; Alexander y Luborsky, 1986, 1987)
- Helping Alliance Questionnaire II (HAQ-II; Luborsky *et al*, 1996)
- Therapeutic Alliance Sacale (TAS; Marziali, 1984)
- Vanderbilt Therapeutic Alliance Sacale (VPPS/VTAS; Hartley y Strupp, 1983)
- Working Alliance Inventory (WAI; Horvath, 1981, 1982. Versión corta: WAI-S; Tracey y Kokotovic, 1989)
- Integrative Psychotherapeutic Alliance (IPAS, EAPI; Pinosof y Catherall, 1986)

Horvath y Symonds (1991) señalan que hay distintas versiones de cada uno de estos instrumentos y la mayoría han sido adaptados para ser contestados por el cliente, el terapeuta y observadores externos, mostrando propiedades psicométricas aceptables. Ya que el origen y desarrollo de los instrumentos es distinto, existen componentes de Alianza diferentes en cada uno (Horvath y Luborsky, 1993), sin embargo hay dos aspectos comunes en todos: la colaboración y el acogimiento (sentirse bien). Luborsky (1994) encontró que no había evidencia de que algún tipo de medida de Alianza Terapéutica fuera mejor predictor del resultado del tratamiento que otro (Corbella y Botella, 2004:204-205).

7. Alianza Terapéutica y resultados en Psicoterapia. De acuerdo con Corbella y Botella (2004:191-192) existen bastantes estudios dedicados a buscar la relación entre la Alianza Terapéutica y la eficacia en Psicoterapia, en donde se ha encontrado que la relación terapéutica y en especial la Alianza, son factores importantes en diferentes orientaciones teóricas y no solo en terapias individuales sino grupales y familiares. Por lo tanto, se puede decir que la Alianza Terapéutica es un buen predictor de los resultados conseguidos por diferentes modalidades. Orlinsky, Grawe y Parks (1994) realizaron una revisión y encontraron que el 66% de estudios mostraban una correlación significativa entre el vínculo terapéutico y los resultados. Henry y Strupp (1994) también encontraron una relación significativa entre Alianza y resultados en diferentes terapias, siendo la ecléctica y la cognitiva las que presentaban mayor correlación.

Horvath y Symond (1991) realizaron un meta-análisis de 24 estudios sobre la relación entre la Alianza y los resultados de la Psicoterapia, donde encontraron una relación estadísticamente significativa, de moderada a fuerte, entre la Alianza y el mejoramiento del paciente (Constantino, Castonguay y Schut 2002:90).

Hatcher (1999) realizó un análisis de los componentes de la Alianza desde la perspectiva del terapeuta e identificó el factor de colaboración confiada del terapeuta, el cual registró la máxima correlación con las evaluaciones de la mejoría formuladas por el terapeuta y el cliente. De acuerdo con Hatcher (1999) y Stiles *et al* (1998), dentro de los componentes que constituyen la Alianza, el factor de colaboración y confianza es el que presenta mayor correlación con los resultados de la terapia (Corbella y Botella, 2004:192-193).

Eaton, Abeles y Gutfreund (1988) y Frank y Gunderson (1990) encontraron una relación positiva entre la Alianza Terapéutica y la aceptación de la farmacología y disminución de ausencias a la terapia en pacientes con esquizofrenia (Corbella y Botella, 2004:193).

En estudios de Gaston, Marmar, Thompson y Gallagher (1991); Lambert y Bergin (1994) y Weerasekera *et al* (2001), se plantea que uno de los aspectos cuestionados en los trabajos de Alianza y resultados ha sido la posibilidad que los consultantes tengan una buena Alianza sólo cuando experimentan la utilidad de la terapia, 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 que se hayan alcanzado, por tanto la Alianza no es un reflejo de los resultados positivos de la terapia (Corbella y Botella, 2004:194).

De acuerdo con Lambert y Barley (2002:25), las revisiones de investigaciones sobre Alianza Terapéutica han reportado una relación positiva entre ésta y los resultados de la Psicoterapia. Los autores presentan ejemplos de algunos estudios a través de los cuales se puede evidenciar que la Alianza influye positivamente en el éxito de la Psicoterapia.

### III. MARCO METODOLÓGICO

#### A. Objetivos

##### 1. General

Describir la percepción sobre la Alianza Terapéutica que tienen los y las profesionales que ejercen Psicoterapia en la Ciudad de Guatemala.

##### 2. Objetivos específicos

- a. Describir los elementos relacionados con el constructo de Alianza Terapéutica, tales como: concepto, características, objetivos, factores, función e indicadores, percibidos por los y las terapeutas.
- b. Relacionar la percepción de la Alianza Terapéutica con las orientaciones teóricas que inciden mucho en el ejercicio de la Psicoterapia.
- c. Relacionar la percepción de la Alianza Terapéutica con la formación profesional de los terapeutas.
- d. Identificar las habilidades del terapeuta, incluyendo el rol, características personales y acciones intencionales que favorecen el establecimiento de la Alianza Terapéutica, considerando la multiculturalidad en la Psicoterapia

#### B. Participantes

Participaron en el estudio 24 profesionales, 12 mujeres y 12 hombres, en diferentes rangos de edad. De los participantes, 12 tienen formación académica en Psicología, con grado de maestría o doctorado, 11 tienen formación académica en Medicina con especialidad en Psiquiatría y 1 tiene formación académica tanto en Medicina con especialidad en Psiquiatría como en Psicología con grado de maestría. De los profesionales, 22 tienen nacionalidad guatemalteca y 2 extranjera, todos ejercen la Psicoterapia en la Ciudad de Guatemala; además 15 de ellos trabajan en docencia universitaria, 11 se dedican a la investigación y 8 a otras actividades relacionadas con el área de Psicología.

## C. Diseño

Se realizó un estudio de tipo descriptivo, puesto que se explican diversos aspectos relacionados con la percepción de Alianza Terapéutica que tienen los y las profesionales que ejercen Psicoterapia en la Ciudad de Guatemala. Se combina la metodología cuantitativa y cualitativa, ya que se trabajó con datos como frecuencias, porcentajes, media, desviación estándar y de acuerdo a ellos se describe la información obtenida. Así mismo se utilizó la técnica de análisis de contenido para realizar la descripción de la percepción de Alianza Terapéutica. Con la información obtenida se relacionó la percepción de la Alianza Terapéutica con la formación académica y la orientación teórica desde la cual trabajan los terapeutas.

A través de la parte cualitativa del diseño se facilitó el alcance de los objetivos de la investigación, utilizando la técnica de análisis de contenido, la cual es definida por Krippendorff (1969) como el uso del método replicable y válido de hacer inferencias específicas del texto a otros estados o propiedades de su fuente (Mayring, 2000:2).

## D. Instrumentos

Para realizar este estudio se utilizaron 4 instrumentos:

1. **Consentimiento informado.** A través de este documento se explicó a los terapeutas las generalidades del estudio, indicando los instrumentos a utilizar y solicitando su autorización para grabar las entrevistas. Se indicaron los nombres y contactos de la institución y de los profesionales que supervisaron el trabajo de investigación (ver apéndice A.1).

2. **Cuestionario sociodemográfico.** En este cuestionario se recopilan datos generales del terapeuta, tales como: sexo, edad, nacionalidad, grupo étnico; datos relacionados con la formación académica, su nivel de formación y el país de entrenamiento en post-grado; y datos relacionados con el ejercicio de la Psicoterapia: si son colegiados activos, años de experiencia, áreas de trabajo, ciclo vital de los consultantes, modalidad terapéutica, duración aproximada del tratamiento y motivos de consulta más comunes (ver apéndice A.2).

3. **Escala de orientación del terapeuta.** Se elaboró una escala para identificar el grado de incidencia de las orientaciones teóricas en la práctica terapéutica. Esta fue tomada y adaptada de una escala utilizada en la tesis doctoral de Roussos, A. (2001). Incluye las siguientes orientaciones teóricas:

- Psicoanálisis y escuelas derivadas
- Cognitivo-conductual (Racional Emotiva, Terapia conductual de A. Beck, otras)
- Humanista (Centrada en el cliente, Gestalt, Psicodrama, otras)

- Existencial (Logoterapia, Análisis Existencial, otras)
- Análisis Transaccional
- Sistémica
- Constructivista (Centrada en las soluciones *-solution-focused-*, narrativa)
- Modelo Integrativo
- Otras: especifique

En este instrumento cada terapeuta indicó con una X el grado en que incide cada orientación. Las opciones fueron las siguientes:

- No incide nada
- Incide poco
- Incide algo
- Incide en gran medida
- Incide mucho

4. Entrevista: Percepción de la Alianza Terapéutica. Consistió en una entrevista estructurada, con preguntas abiertas. Fue tomada y adaptada de la guía de entrevista de Arredondo y Salinas (2005), en la tesis: 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).

Consistió en 10 preguntas sobre Alianza Terapéutica, incluyendo 4 rubros: a) Noción de Alianza Terapéutica, b) Función de la Alianza Terapéutica, c) Práctica terapéutica y Alianza Terapéutica y d) Calidad de la Alianza Terapéutica y resultados en Psicoterapia (ver apéndice A.4).

## E. Procedimiento

1. Pilotaje. Previo a la aplicación de los diferentes instrumentos a los profesionales que participaron en el estudio, se realizó una aplicación piloto de dichos instrumentos. Esta entrevista fue realizada a un profesional, independiente de la muestra, que llenó los requisitos del estudio. Se grabó y transcribió la entrevista para poder evaluar su aplicación, así mismo, posterior a la entrevista se pidió retroalimentación al profesional entrevistado, lo que permitió realizar algunos cambios: en la guía de la entrevista, las 12 preguntas iniciales se redujeron a 10.

2. Contacto con la muestra. Se elaboró un banco de datos en donde se incluyeron los contactos de diferentes profesionales que practican Psicoterapia en la ciudad de Guatemala, cuya formación académica

es en Medicina con especialidad en Psiquiatría o Psicología con grado de maestría o doctorado. Este banco de datos se fue llenando con base a referencias de los mismos profesionales, consultando revistas de Psicología en Guatemala y la guía telefónica.

Se contactó a los profesionales vía telefónica, explicándoles las generalidades del estudio y concertando una cita en los lugares que ellos indicaron. La mayoría fue entrevistada en sus consultorios y el resto en universidades, un café, sus casas, centros de trabajo y en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS).

3. **Recopilación de la información.** En la entrevista personal se les explicó los objetivos del estudio y se entregó el consentimiento informado. Una vez firmado el consentimiento, se aplicaron los instrumentos en el siguiente orden: cuestionario sociodemográfico, escala de orientación teórica y entrevista sobre Alianza Terapéutica, la cual fue grabada en audio para su posterior transcripción. Cada terapeuta fue identificado con un código, para cuidar la confidencialidad de sus respuestas.

Se transcribió cada una de las 24 entrevistas, con el fin de favorecer la validez y confiabilidad del análisis. Luego se clasificaron las respuestas correspondientes a cada pregunta, indicando para cada respuesta el código del terapeuta, sexo y formación profesional (Psicología o Psiquiatría).

4. **Análisis de información.** Se procedió al análisis de la información recopilada. Se tabularon los datos obtenidos en el cuestionario sociodemográfico y en la escala de orientación teórica del terapeuta. De los datos derivados de la tabulación se elaboraron tablas y gráficas que representan los resultados a través de porcentajes.

Para el análisis de la entrevista sobre Alianza Terapéutica se utilizó la técnica de análisis de contenido, la cual, de acuerdo con Porta y Silva (2003:8), permite investigar sobre la naturaleza del discurso, permite analizar y cuantificar los materiales de la comunicación humana y se configura como una técnica objetiva, sistemática, cualitativa y cuantitativa que trabaja con materiales representativos, marcada por la exhaustividad y con posibilidades de generalización.

En esta parte de la investigación, se leyó la información varias veces y para cada pregunta se establecieron categorías. Una vez establecidos las categorías correspondientes a las unidades de respuesta, se elaboraron tablas de frecuencia en donde se marcó el número de veces que se repitió una categoría. Algunas tablas incluyeron las orientaciones teóricas que inciden en la práctica de los terapeutas y/o la formación profesional, esto con el fin de correlacionarlas con las respuestas.

## F. Análisis de resultados

Una vez recopilada la información en tablas y gráficas, se procedió al análisis de contenido, identificando lo relevante y correlacionando la información entre sí. Se llevó a cabo la descripción de los diferentes datos sociodemográficos que caracterizan a la muestra. Se tomó como referencia las orientaciones teóricas que inciden mucho en la práctica psicoterapéutica y finalmente se describió cómo perciben los profesionales la Alianza Terapéutica, incluyendo los siguientes rubros:

1. **Concepto de Alianza Terapéutica.** Se identificaron los diversos conceptos asociados al constructo y su relación con la orientación teórica y formación del terapeuta.

2. **Características de la Alianza Terapéutica.** Tomando como base las respuestas a la primera pregunta de la entrevista, sobre el concepto de Alianza, se identificaron las características que se relacionan con mayor frecuencia al concepto de Alianza y su relación con la orientación teórica y formación del terapeuta.

3. **Objetivos de la Alianza Terapéutica.** En base a las respuestas de la primera pregunta de la entrevista, sobre el concepto de Alianza, se identificaron los objetivos que se relacionan con mayor frecuencia al concepto de Alianza y su relación con la orientación teórica y formación del terapeuta.

4. **Factores que influyen en la Alianza Terapéutica.** Se identificaron los diversos factores y se clasificaron en factores del terapeuta, del proceso y del consultante; se mencionaron los más frecuentes.

5. **Roles en la Alianza Terapéutica.** Se identificaron las acciones o actitudes más frecuentes, relacionadas con el rol del terapeuta y del consultante en la Alianza.

6. **Funciones de la Alianza Terapéutica.** Se identificaron las funciones de la Alianza dentro del proceso de terapia; se mencionaron las reportadas con mayor frecuencia.

7. **Acciones intencionales del terapeuta culturalmente apropiadas para favorecer la Alianza.** Aunque la pregunta está relacionada con acciones intencionales del terapeuta, los profesionales hicieron además referencia a habilidades y actitudes del terapeuta. Se reportaron las de mayor frecuencia.

8. Características personales del terapeuta que influyen en la Alianza Terapéutica, tomando en cuenta la multiculturalidad. Se identificaron las mencionadas con mayor frecuencia por los terapeutas.

9. Relación entre experiencia profesional y la Alianza Terapéutica. Se describió la opinión de los terapeutas al respecto.

10. Retos para establecer la Alianza Terapéutica desde la multiculturalidad. Se describieron los retos explicados con mayor frecuencia por los terapeutas.

11. Indicadores de la calidad de Alianza Terapéutica. Se identificaron los indicadores de Alianza mencionados con mayor frecuencia y se relacionaron con la orientación teórica y formación del terapeuta.

12. Relación entre la Alianza Terapéutica y los resultados de la Psicoterapia. Se describió la opinión de los profesionales al respecto.

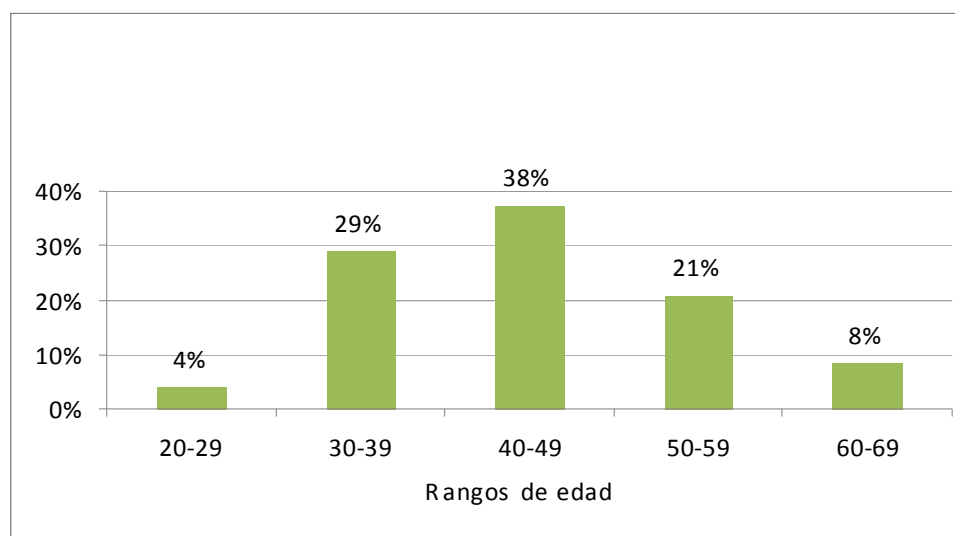
## IV. RESULTADOS

Con el fin de continuar la investigación sobre el ejercicio de la Psicoterapia en la ciudad de Guatemala, se realizó un estudio descriptivo sobre la percepción que tienen los profesionales con respecto a la Alianza Terapéutica. Para dicho estudio se realizó una revisión de la fundamentación teórica sobre el tema y un trabajo de campo, de donde se obtuvieron los siguientes resultados:

### A. Datos sociodemográficos de los terapeutas

La muestra estuvo compuesta por 24 terapeutas, de los cuales el 50% fueron mujeres y el 50% fueron hombres. Las edades de los terapeutas correspondieron en un 4% al rango entre 20-29 años, en un 29% a 30-39 años, en un 38% a 40-49 años, en un 21% a 50-59 años, y en un 8% a 60-69 años (ver Gráfica 1).

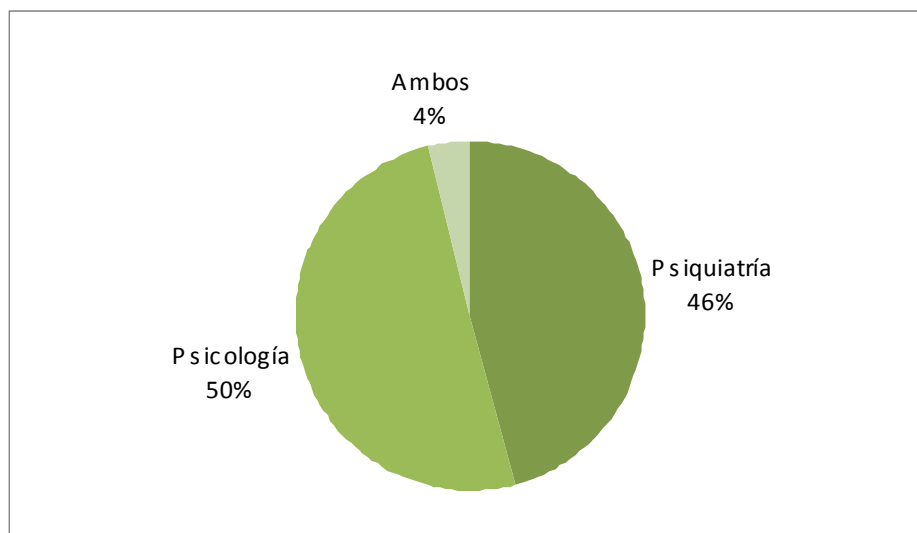
Gráfica 1. Rangos de edades de los terapeutas



El 92% reportó la nacionalidad guatemalteca y el 8% extranjera. El 100% de los terapeutas se identificó como no indígena.

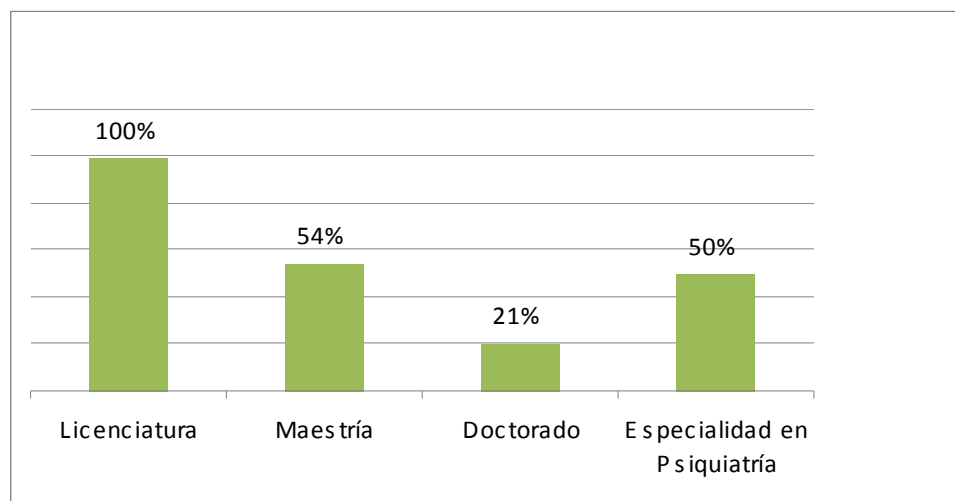
En cuanto a la formación académica, el 50% indicó tener formación en Psicología, 46% formación en Medicina, con especialidad en Psiquiatría y un 4% formación tanto en Psicología como en Psiquiatría (ver Gráfica 2).

Gráfica 2. Formación académica



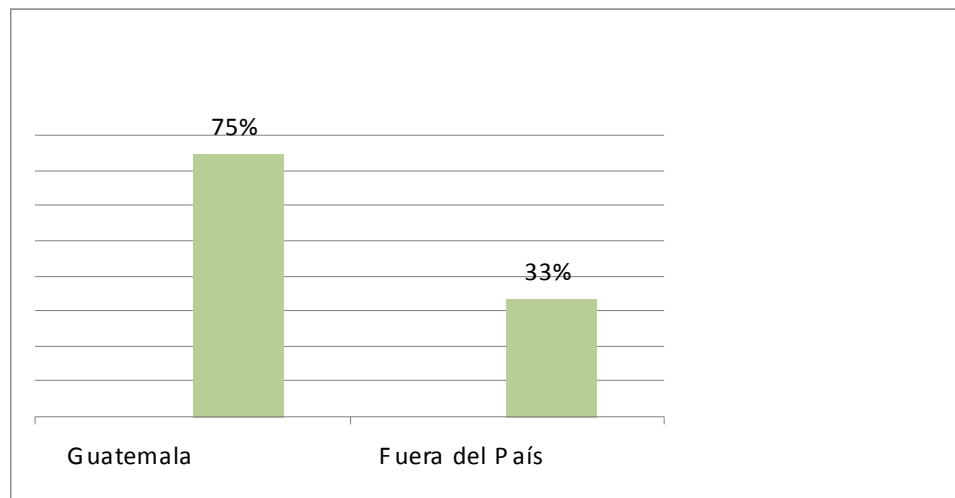
El 100% de los profesionales reportó tener una formación básica a nivel de licenciatura y además estudios de post- grado, de la siguiente manera: el 54% una formación académica a nivel de maestría y 21% a nivel de doctorado y el 50% especialidad en Psiquiatría (ver Gráfica 3).

Gráfica 3. Nivel de formación académica



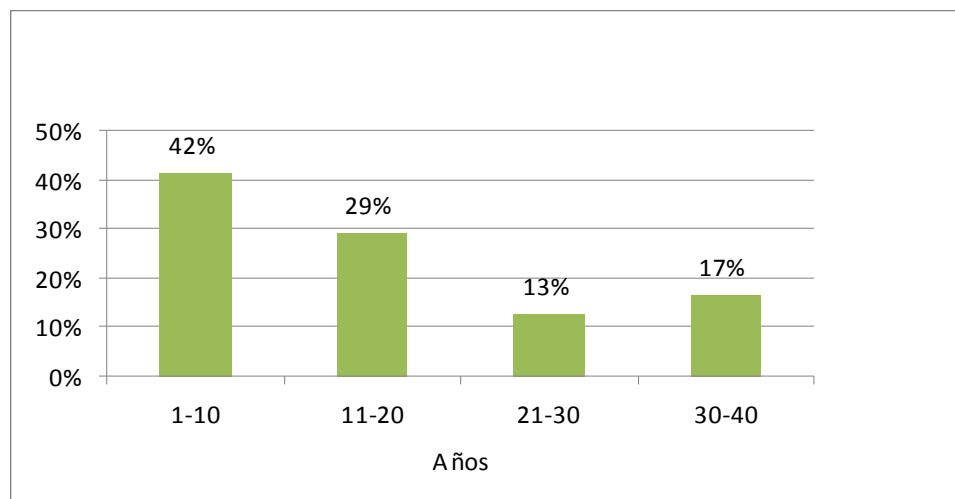
El 75% realizó estudios de post-gradó en Guatemala y 33% fuera del país, de este último porcentaje, el 8% estudió tanto en el país como en el extranjero (ver Gráfica 4).

Gráfica 4. País de entrenamiento en post-grado



El 92% de los profesionales se reportó inscrito como colegiado activo. En cuanto a los años de experiencia profesional, el 42% indicó tener entre 1-10 años, el 29% entre 11-20 años, el 13% entre 21-30 años, y el 17% entre 30-40 años (Ver gráfica 5). El mínimo de años de experiencia de los terapeutas fue de 2 y el máximo de 35, siendo la media de 15.13, con una desviación estándar de 11.03.

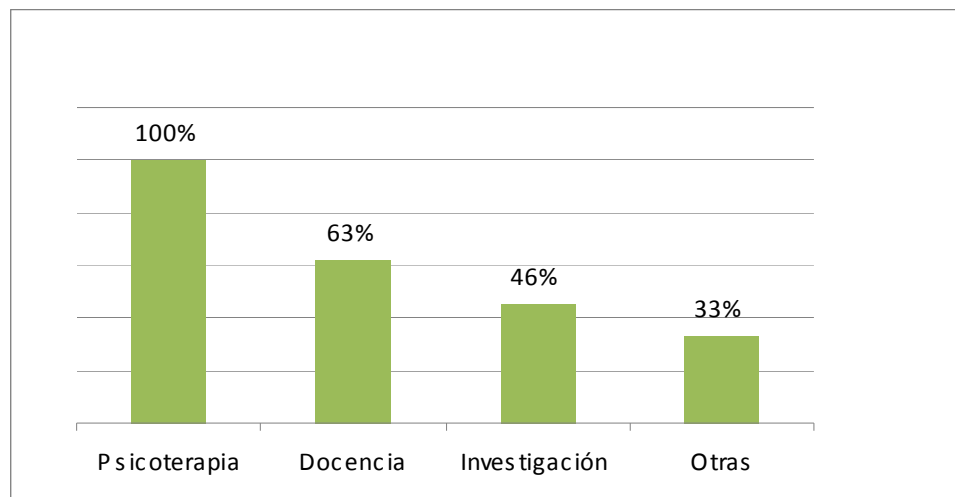
Gráfica 5. Años de experiencia profesional



En el ámbito profesional, la muestra seleccionada indicó practicar Psicoterapia en un 100%, el cual fue un requisito para participar en el estudio. Además, un 63% se indicó trabajar en docencia, un 46% en investigación y un 33% en otras actividades profesionales, dentro de las cuales mencionaron: cursos, talleres, grupos de estudio, clínica hospitalaria, tratamiento farmacológico, educación especial, Programa de

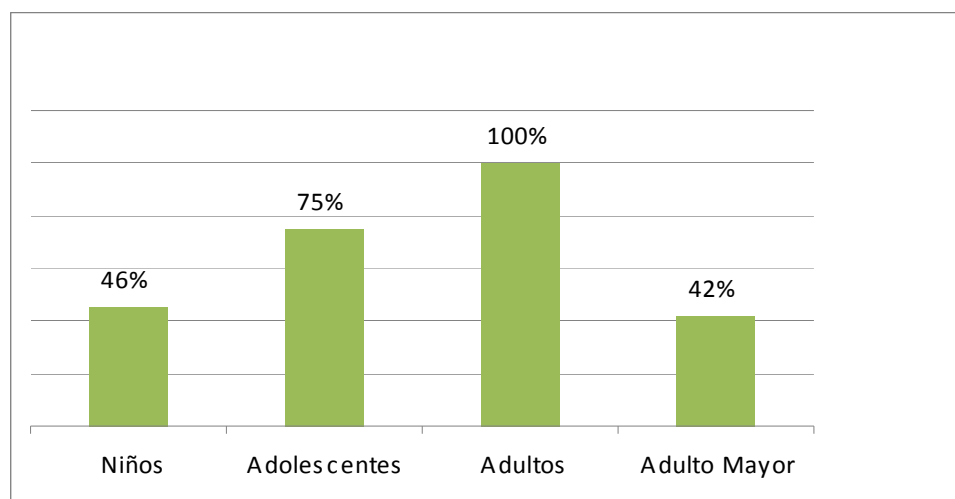
Salud Mental, acompañamiento psico-histórico-espiritual, formación y sensibilización en torno a la violencia (ver Gráfica 6).

Gráfica 6. Áreas de trabajo profesional



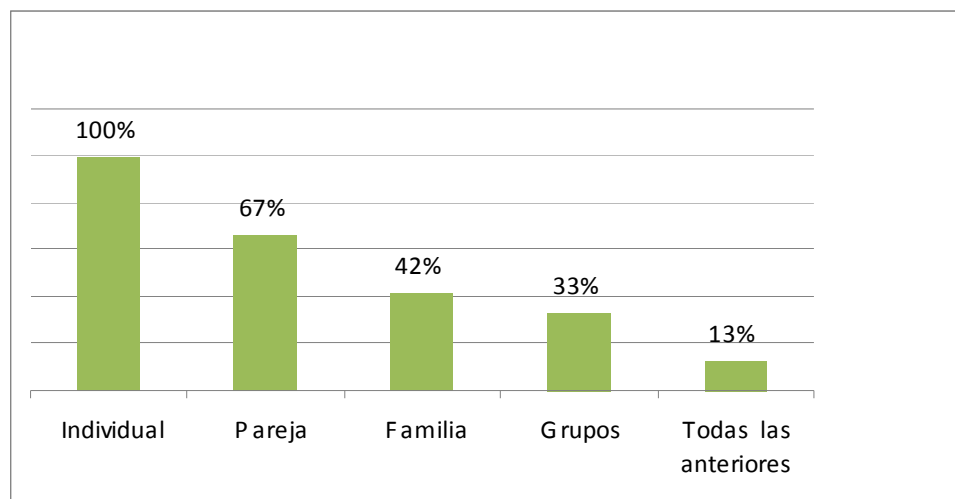
El 100% de los profesionales indicó atender adultos en su práctica clínica, 75% a adolescentes, 46% niños y 42% adulto mayor (ver Gráfica 7).

Gráfica 7. Ciclo vital de los consultantes



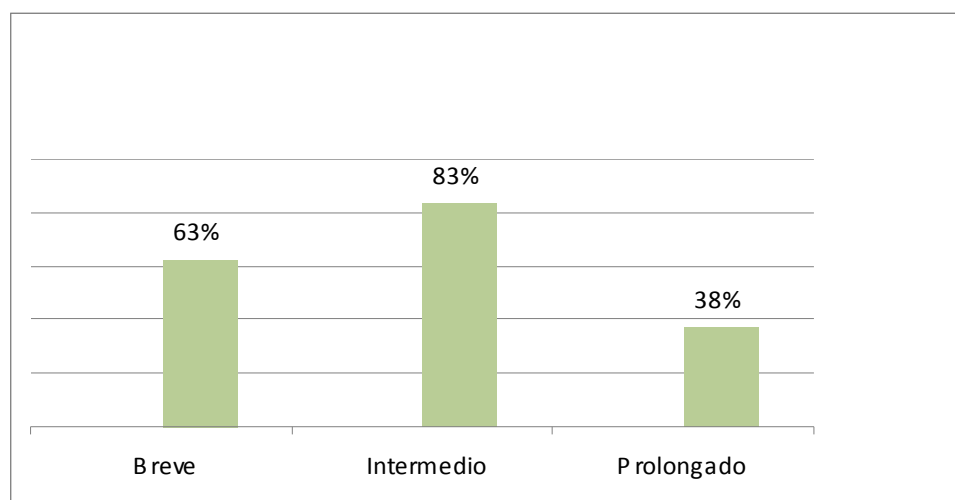
En cuanto a la modalidad terapéutica de los terapeutas, el 100% reportó trabajar de forma individual, el 67% terapia de pareja, el 42% terapia familiar, el 33% con la modalidad grupal. De todos los profesionales, un 13% reportó trabajar con todas las modalidades mencionadas. Con esto se evidencia que la forma más utilizada es la individual y la menos utilizada, la grupal (ver Gráfica 8).

Gráfica 8. Modalidad terapéutica



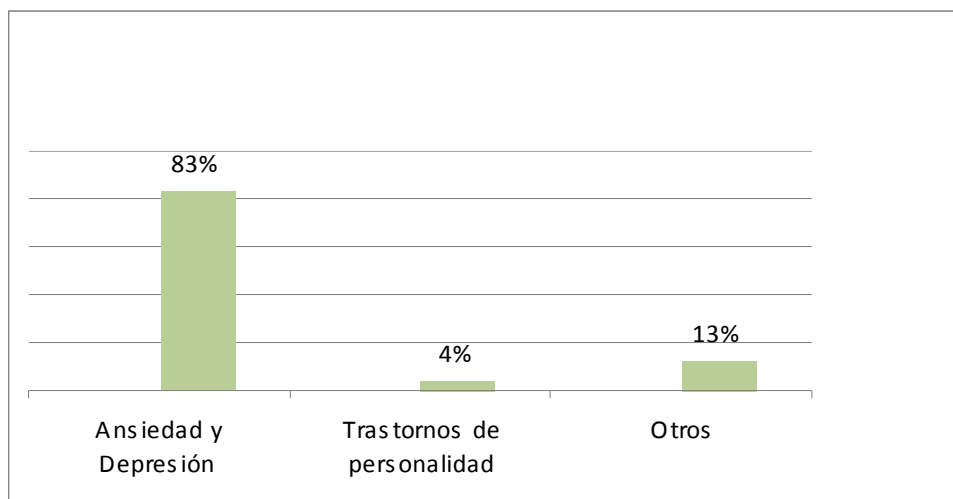
La mayoría de los terapeutas reportaron una duración aproximada del tratamiento a nivel intermedio, en un 83%, seguida de un tratamiento de duración breve en un 63% y un 38% de tratamientos de duración prolongada (ver Gráfica 9).

Gráfica 9. Duración aproximada del tratamiento



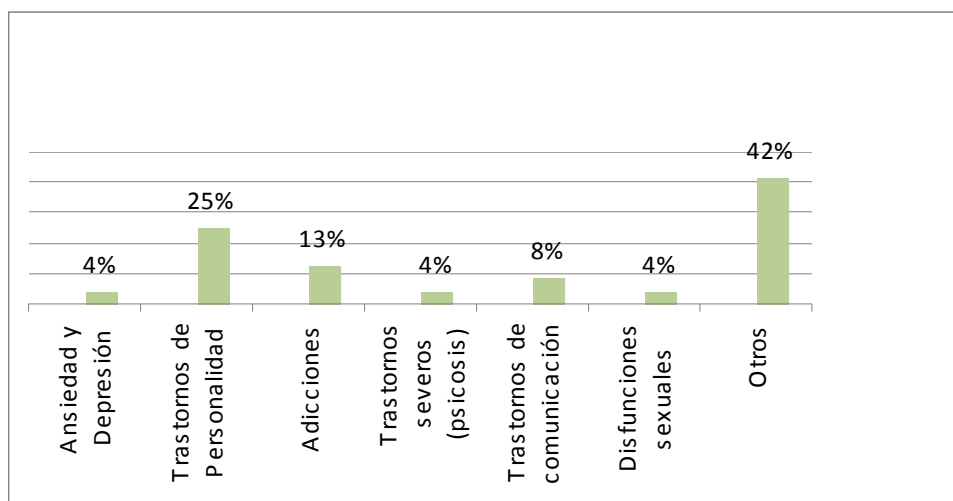
Entre los motivos de consulta reportados como 1º más frecuentes estuvieron la ansiedad y depresión con un 83%, seguido de un 13% con otros motivos como: violencia contra la mujer, bipolaridad y trastorno de déficit de atención, y un 4% los trastornos de personalidad (ver Gráfica 10).

Gráfica 10. Motivos de consulta reportados como 1º más frecuentes



Los motivos de consulta reportados como 2º más frecuentes fueron: en un 42% una variedad de motivos, entre ellos, violencia intrafamiliar, violencia sexual, trastornos infantiles, problemas de identidad sexual, trastorno de estrés post-traumático, trastorno de adaptación, bipolaridad, problemas familiares y/o de pareja, problemas de habilidad social y control de impulsos. Luego reportaron con un 25% los trastornos de personalidad, adicciones con un 13%, trastornos de comunicación con un 8%, y con un 4% ansiedad, depresión, trastornos severos y disfunciones sexuales (ver Gráfica 11).

Gráfica 11. Motivos de consulta reportados como 2º más frecuentes

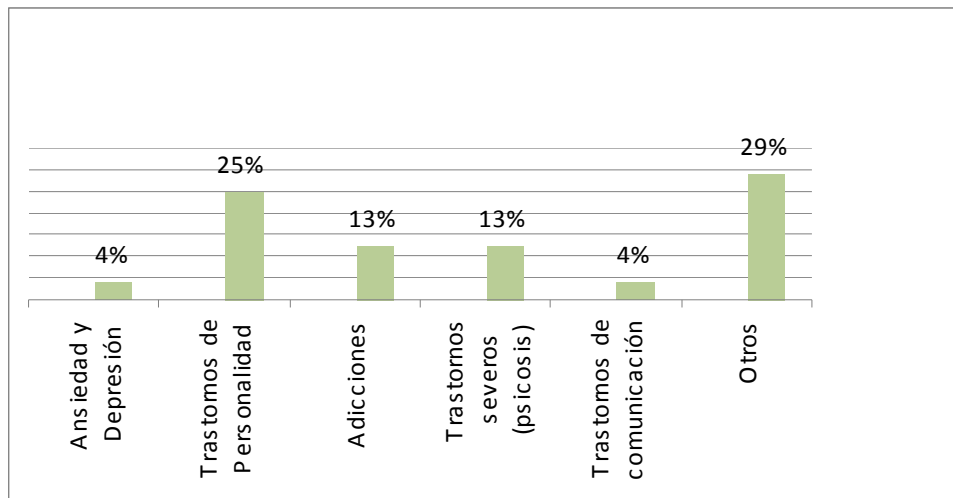


Como 3º motivos de consulta más frecuentes, fueron reportados en un 29% problemáticas asociadas a crisis, violencia a la mujer, problemas académicos, problemas familiares, bipolaridad y problemas de

pareja. Las adicciones y trastornos severos fueron reportados con un 13% cada uno, mientras que la ansiedad, depresión y trastornos de comunicación con un 4% (ver Gráfica 12).

De esta información puede observarse, en general, que los motivos de consulta más frecuentes fueron: ansiedad, depresión, trastornos de personalidad y motivos varios señalados en cada una de las gráficas anteriores.

Gráfica 12. Motivos de consulta reportados como 3º más frecuentes

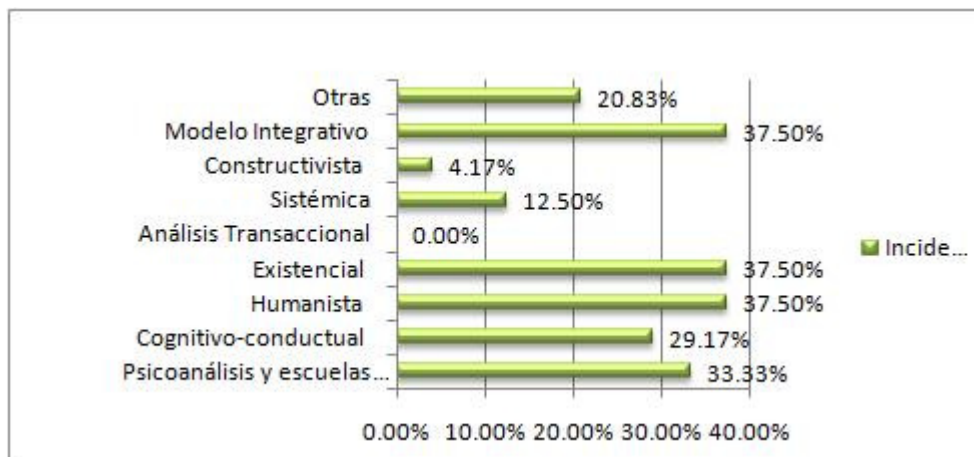


## B. Orientación teórica de los terapeutas

Para conocer la orientación teórica se aplicó una escala (ver apéndice A.3), donde cada profesional marcó sus respuestas en un rango desde no incide nada hasta incide mucho, según los modelos teóricos y su incidencia en la práctica terapéutica actual. Para fines del estudio se tomaron como referencia las orientaciones teóricas que inciden mucho en el ejercicio profesional, siendo las más comunes el modelo integrativo, escuelas humanistas y existenciales, cada una con un 37.5% de incidencia, seguida del psicoanálisis y escuelas derivadas con un 33.33%, cognitivo conductual con 29.17%, otras (Terapia Breve y de Emergencia, Líneas Feministas de abordaje psicoterapéutico, Danza/movimiento terapia, Focusing) con un 20.83%, sistémica con 12.5% y constructivista con un 4.17%. El análisis transaccional no fue referido con mucha incidencia por ninguno de los terapeutas participantes.

Para poder correlacionar la información con las orientaciones teóricas, se tomaron aquellas que inciden mucho en la práctica profesional (ver Gráfica 13).

Gráfica 13. Orientaciones teóricas que inciden mucho



### C. Percepción sobre Alianza Terapéutica

Para recopilar información con respecto a la percepción que cada profesional tiene en relación a la Alianza Terapéutica, se realizó una entrevista estructurada, tomada y adaptada de Arredondo y Salinas (2005), en la cual se incluyeron 10 preguntas abiertas sobre Alianza Terapéutica, en 4 rubros: a) Noción de Alianza Terapéutica, b) Función de la Alianza Terapéutica, c) Práctica terapéutica y Alianza Terapéutica y d) Calidad de la Alianza Terapéutica y resultados en Psicoterapia (Ver apéndice A.4).

Cada una de las entrevistas fue grabada en audio y luego transcrita de forma literal, para favorecer la validez y confiabilidad en el análisis de la información. Se trabajó a través de la técnica de análisis de contenido, en la cual se identificaron códigos en las respuestas, de acuerdo a las categorías de cada pregunta. De los códigos se sacaron las frecuencias, es decir el número de veces que apareció cada respuesta. Se elaboraron tablas que reflejan las respuestas de los terapeutas entrevistados. En algunos casos sólo se presentan los códigos que fueron reportados con más frecuencia. Para algunos rubros se incluyen las orientaciones teóricas que inciden mucho en la práctica terapéutica, así como la formación del terapeuta, y así poder analizar la relación existente entre las variables.

A continuación se describen cada uno de los rubros, los cuales permiten conocer la percepción que tienen los profesionales con respecto a la Alianza Terapéutica.

1. **Concepto de Alianza Terapéutica.** El concepto asociado al constructo de Alianza Terapéutica que apareció con mayor frecuencia fue el de relación, el cual estuvo presente en profesionales con diversas orientaciones, tanto en psicólogos como en psiquiatras, sin ninguna diferencia significativa en cuanto a género. Luego apareció el término vínculo, utilizado tanto por psicólogos como psiquiatras, con

influencia de modelos integrativos, sistémico, psicoanálisis y escuelas derivadas. Con menos frecuencia, fueron utilizados otros conceptos, tales como: lazo afectivo, convenio, contrato, pacto, unión, dinámica, procesos y procedimientos. El término transferencia y amor simbólico fue asociado por un profesional, desde el psicoanálisis y escuelas derivadas. Algunos profesionales no utilizaron un término específico, sino describieron características y/u objetivos de la misma. No se observó ninguna correlación significativa con respecto al género del terapeuta y a los conceptos asociados al constructo (ver Tabla 1 y Apéndice B.1).

Tabla 1. Concepto de Alianza Terapéutica

Conceptos asociados al constructo	Frecuencia – Género	Orientaciones teóricas que inciden mucho en la práctica terapéutica	Formación del terapeuta
Relación	9 (5 hombres, 4 mujeres)	Psicoanálisis y escuelas derivadas Cognitivo Conductual Humanista Existencial Constructivista Sistémica Integrativo	Psiquiatría Psicología
Vínculo	4 (2 hombres, 2 mujeres)	Psicoanálisis y escuelas derivadas Sistémico Integrativo	Psiquiatría Psicología
Sin nombre, sólo describen características	3 (2 mujeres, 1 hombre)	Psicoanálisis y escuelas derivadas Humanista Existencial Integrativo	Psicología Psiquiatría
Lazo afectivo	2 (1 mujer, 1 hombre)	Psicoanálisis y escuelas derivadas Cognitivo conductual Humanista Sistémica Integrativo	Psiquiatría Psicología
Proceso/procedimientos	2 (hombres)	Psicoanálisis y escuelas derivadas Sistémico Integrativo	Psicología Psiquiatría
Transferencia	1 (hombre)	Psicoanálisis y escuelas derivadas	Psicología
Amor simbólico	1 (hombre)	Psicoanálisis y escuelas derivadas	Psicología
Convenio/Contrato	1 (Mujer)	Humanista/Existencial Sistémica	Psiquiatría
Pacto/unión	1 (mujer)	Cognitivo conductual Integrativo	Psicología
Establecimiento de dinámica	1 (hombre)	Psicoanálisis y escuelas derivadas Cognitivo Conductual Humanista Existencial	Psiquiatría

Nota: algunos terapeutas mencionaron dos o más términos para referirse al constructo de Alianza.

2. Características de la Alianza Terapéutica. Las características que aparecen con mayor frecuencia para describir la Alianza Terapéutica son: reciprocidad/cooperación/colaboración y confianza. Éstas son utilizadas tanto por psicólogos como por psiquiatras de diversas orientaciones teóricas. Con

menor frecuencia, se mencionaron otras características de la Alianza Terapéutica, tales como, comodidad, aceptación incondicional, respeto, confidencialidad, sentido de esperanza, compromiso, creatividad, lealtad, sana, constructiva y funcional. Las características de la Alianza no fueron preguntadas de forma explícita, estos aportes están incluidos dentro de la definición del concepto de Alianza que expresaron los terapeutas y no todos los profesionales mencionaron características de la misma (ver tabla 2 y Apéndice B.1).

Tabla 2. Características de la Alianza Terapéutica

Características incluidas en el constructo	Frecuencia	Orientaciones teóricas que inciden mucho en la práctica terapéutica	Formación del terapeuta
Reciprocidad / cooperación /colaboración	9	Psicoanálisis y escuelas derivadas Cognitivo Conductual Humanista Existencial Integrativo Otra: Focusing,	Psicología Psiquiatría
Confianza	7	Psicoanálisis y escuelas derivadas Cognitivo Conductual Humanista Existencial Constructivista Sistémica Integrativo Otras: Focusing, Danza/movimiento terapia	Psicología Psiquiatría
Compromiso	4	Psicoanálisis y escuelas derivadas Cognitivo Conductual Humanista Existencial Integrativo	Psicología Psiquiatría

3. **Objetivos de la Alianza Terapéutica.** Los objetivos de la Alianza no fueron preguntados de forma explícita, sino estuvieron incluidos dentro de la definición del concepto de Alianza que expresaron los terapeutas, por tanto, no todos los profesionales los mencionaron. Más del 50% de los profesionales, psicólogos y psiquiatras, de diversas orientaciones teóricas, indicaron que la Alianza Terapéutica permite el desarrollo de la terapia, permite trabajar sobre el motivo de consulta, atender las necesidades del consultante y buscar soluciones a sus problemáticas. Así mismo, con menos frecuencia, psicólogos y psiquiatras explican que la Alianza Terapéutica ayuda a establecer metas y objetivos, a manejar las transferencias y favorecer el crecimiento personal. Algunos psicólogos con formación humanista/existencial indicaron que facilita la expresión del consultante, ayuda a comprenderlo mejor y así acompañarlo. Un psicólogo con orientación psicoanalítica y escuelas derivadas señaló que la Alianza ayuda a crear un ambiente seguro para el que consulta. Psiquiatras con diversas orientaciones teóricas explicaron que la Alianza Terapéutica facilita el apego al tratamiento, propicia que el consultante aporte en la terapia, ayuda a manejar resistencias, favorece la exploración y la eficacia del proceso (ver Tabla 3 y Apéndice B.1).

Tabla 3. Objetivos de la Alianza Terapéutica

Objetivos incluidos en el constructo	Frecuencia	Orientaciones teóricas que inciden mucho en la práctica terapéutica	Formación del terapeuta
Permitir el desarrollo de la terapia. Trabajar sobre el motivo de consulta. Atender las necesidades del consultante. Solucionar problemáticas.	13	Psicoanálisis y escuelas derivadas Cognitivo Conductual Humanista Existencial Sistémica Integrativo Otra: Breve y de Emergencia, Línea Feminista, Danza/movimiento terapia	Psicología Psiquiatría

4. Factores que influyen en el establecimiento y/o desarrollo de la Alianza Terapéutica. Para poder establecer y desarrollar la Alianza Terapéutica dentro del proceso de Psicoterapia influyen diversos factores. Para una mejor comprensión, éstos se clasificaron en factores relacionados con el terapeuta, con el proceso y con el consultante.

a. Factores relacionados con el terapeuta que influyen en la Alianza Terapéutica. Los profesionales mencionaron diversos factores relacionados con el terapeuta. El indicado con mayor frecuencia fue la personalidad del terapeuta, seguido por el establecimiento del *rappor*t, la calidez y empatía del terapeuta, éstos fueron señalados tanto por psicólogos como por psiquiatras. Con menor frecuencia fueron mencionados otros factores, tales como el respeto, la aceptación incondicional, el entrenamiento, el dar confianza, favorecer la comodidad, el estilo personal, la orientación teórica, la forma de establecer vínculos, la experiencia, la comprensión, escucha, brindar apoyo, no juzgar, la responsabilidad, la autenticidad, el compromiso, espontaneidad, apertura, disposición, la edad, el establecimiento de límites y reglas, el favorecer el *insigh* y exploración, la ética, confidencialidad, profesionalismo y mostrar interés (ver Tabla 4 y Apéndice B.2).

Tabla 4. Factores relacionados con el terapeuta que influyen en la Alianza Terapéutica

Factores relacionados con el terapeuta	Frecuencia	Formación del terapeuta
Personalidad	8	Psicología / Psiquiatría
Establecimiento del <i>rappor</i> t	6	Psicología / Psiquiatría
Calidez	5	Psicología / Psiquiatría
Empatía	5	Psicología / Psiquiatría
Respeto	4	Psicología / Psiquiatría
Aceptación incondicional	3	Psicología
Autenticidad	3	Psicología

b. Factores relacionados con el proceso que influyen en la Alianza Terapéutica. Algunos psicólogos mencionaron la influencia del contrato terapéutico, la afinidad o conexión entre terapeuta y

consultante. Algunos psiquiatras señalaron la influencia de la transferencia y contra transferencia dentro del proceso. Dos profesionales indicaron que también influye la evolución o mejoría que vaya teniendo el que consulta. Con menor frecuencia mencionaron la influencia de la asimetría de la relación, el tiempo, el ritual terapéutico y el encuadre inicial (ver Tabla 5 y Apéndice B.2).

Tabla 5. Factores relacionados con el proceso que influyen en la Alianza Terapéutica

Factores relacionados con el proceso	Frecuencia	Formación del terapeuta
Contrato terapéutico	3	Psicología
Afinidad, conexión	2	Psicología
Transferencia /contra transferencia	2	Psiquiatría
Evolución, mejoría	2	Psicología / Psiquiatría

c. Factores relacionados con el consultante que influyen en la Alianza Terapéutica. Se mencionaron diversos factores relacionados con el consultante. El de mayor frecuencia, señalado por psiquiatras, fue el motivo de consulta que presenta la persona. Luego, psicólogos y psiquiatras indicaron la influencia de la personalidad del consultante así como su disposición para el proceso. Con menor frecuencia se mencionó la motivación que se tenga. Algunos psicólogos hicieron referencia a la percepción del que consulta, el compromiso/constancia/responsabilidad, el yo sano del consultante, la capacidad de expresión y la auto-conciencia. Los psiquiatras hicieron referencia a la influencia del apego inicial, la edad, la paciencia, las resistencias, el grado de angustia, la cultura, el conocimiento, el grado de narcisismo, el género y las experiencias vividas (ver Tabla 6 y Apéndice B.2).

Tabla 6. Factores relacionados con el consultante que influyen en la Alianza Terapéutica

Factores relacionados con el consultante	Frecuencia	Formación del terapeuta
Motivo de consulta	8	Psiquiatría
Personalidad	5	Psicología Psiquiatría
Disposición / Lista para el proceso	4	Psicología Psiquiatría

5. Roles en la Alianza Terapéutica. En el desarrollo de la Alianza Terapéutica cada participante del proceso tiene un rol específico. Dentro del rol del terapeuta señalado con mayor frecuencia se mencionó el ayudar a conocer la situación de vida del consultante y percibir sus necesidades. El terapeuta fue señalado en un 25% como el experto, haciendo alusión a su formación profesional, así mismo fue relacionado con la persona que acompaña, muestra aceptación incondicional, es empático, respetuoso, escucha, muestra interés, autenticidad y analiza situaciones, entre otros.

Al hablar del rol de consultante para establecer la Alianza Terapéutica, se relacionó con la motivación, el deseo de cambio, ser quien busca la ayuda, expresarse libremente, llevar la información, hablar, exponer

su punto, verbalizar emociones y sentimientos, mostrar autenticidad, sinceridad, honestidad, disponibilidad, apertura, confianza y compromiso, entre otros (ver Tabla 7 y Apéndice B.3).

Tabla 7. Roles en la Alianza Terapéutica

Terapeuta		Consultante	
Rol	Frecuencia	Rol	Frecuencia
Ayuda a conocer la situación de vida. / Percibe las necesidades de la persona	10	Motivación / deseo de cambio	6
Tiene una formación profesional. Es el experto. “sujeto supuesto a saber”	6	Autenticidad/Sinceridad/Honestidad	5
Muestra aceptación incondicional	5	Expresarse libremente. Llevar información. Exponer su punto. Verbalizar emociones/sentimientos	5
Acompaña	5	Buscar ayuda	5
Es empático	5	Compromiso	4
Muestra sinceridad / franqueza / honestidad / autenticidad	4	Disponibilidad / Apertura	4
Analiza situaciones	4	Confianza	4
Es respetuoso	4		
Muestra interés	4		
Escucha	4		

6. Funciones de la Alianza Terapéutica. La Alianza Terapéutica fue vista como fundamental dentro de la terapia. Casi la mitad de los profesionales señalaron que su función principal es facilitar el proceso. Así mismo, se mencionaron otras funciones como vincular y mantener a la persona en la terapia, favorecer la efectividad y eficacia, propiciar cambios, acompañar a la persona, profundizar en el proceso, mantener el interés, el compromiso y colaboración, facilitar la comprensión, caminar ante dificultades, superar resistencias, verificar el proceso, permitir cuestionar, ayudar y favorecer el apego al tratamiento (ver Tabla 8 y Apéndice B.4).

Tabla 8. Funciones de la Alianza Terapéutica

Funciones	Frecuencia
Facilitar, permitir, construir el proceso.	11
Fundamental. Básico. Clave. Esencial. Base. Necesario.	8
Mantener a la persona en la terapia	5
Vincular a la persona al proceso	4
Favorecer la eficacia. Alcanzar los objetivos	3

7. Acciones intencionales del terapeuta culturalmente apropiadas para favorecer la Alianza. Tomando en cuenta la multiculturalidad en los procesos de Psicoterapia, el terapeuta puede favorecer la Alianza Terapéutica. Algunos terapeutas mencionaron acciones intencionales y otros hicieron referencia a actitudes o habilidades del terapeuta. Dentro de las mencionadas con mayor frecuencia estuvieron: el respeto (de creencias, valores, costumbres, intimidad, emociones, etc.) y la aceptación

incondicional (el no juzgar, no estereotipar, no descalificar). Así mismo se indicaron acciones como conocer y comprender la cultura del consultante, utilizar el mismo lenguaje, mostrar empatía, apertura y flexibilidad, entre otros (ver Tabla 9 y Apéndice B.5).

Tabla 9. Acciones intencionales del terapeuta culturalmente apropiadas para favorecer la Alianza

Acciones intencionales del terapeuta	Frecuencia
Respetar (creencias, valores, costumbres, intimidad, emociones, etc.)	7
Aceptación incondicional (No juzgar, no estereotipar, no descalificar)	7
Conocer y comprender la cultura del consultante	4
Utilizar el mismo lenguaje	4
Empatía. Mostrar interés. Atención.	4
Apertura. Visión amplia. Flexibilidad. Disposición.	4

8. Características personales del terapeuta que influyen en la Alianza Terapéutica, considerando la multiculturalidad. Los profesionales reportaron varias características personales de terapeuta que influyen en la Alianza, tomando en cuenta la multiculturalidad en la terapia. La más frecuente fue apertura/receptividad (no juzgar, no imponer creencias), seguida de la estabilidad emocional (incluyendo el auto-conocimiento, la auto-evaluación y trabajar su propio proceso). También se mencionó la empatía, el respeto, ética, profesionalismo, confidencialidad, entre otros (ver Tabla 10 y Apéndice B.6).

Tabla 10. Características personales del terapeuta que influyen en la Alianza Terapéutica

Características personales del terapeuta	Frecuencia
Apertura. Receptividad. (no juzgar, no imponer creencias)	9
Estabilidad emocional. Auto-conocimiento. Llevar su propio proceso. Autoevaluarse.	7
Respeto	5
Empatía. Mostrar interés, comprensión.	5
Profesionalismo. Ética. Confidencialidad.	4

9. Relación entre experiencia profesional y la Alianza Terapéutica. Al hablar de la relación entre la experiencia profesional y la Alianza Terapéutica, la mayoría coincidió en que favorece el proceso terapéutico. Algunos señalaron que, además de los años de experiencia, influye la experiencia de vida, las habilidades del terapeuta y el análisis, conciencia e introspección que haga el terapeuta al respecto. Un profesional indicó que es algo que se da y que con el tiempo se hace más conciente (ver Tabla 11 y Apéndice B.7).

Tabla 11. Relación entre experiencia profesional y Alianza Terapéutica

Opiniones sobre la relación entre experiencia profesional y Alianza Terapéutica	Frecuencia
Favorece el proceso terapéutico (ayuda a mejorar: nobleza, flexibilidad, prudencia, precisión, objetividad, espontaneidad, asertividad, innovación, adaptación, exploración, comprensión, análisis, profesionalismo, a identificar la alianza terapéutica, a manejar transferencias, identificar las necesidades del consultante y desarrollar el proceso)	17
Favorece el proceso terapéutico. También influyen las habilidades del terapeuta (personalidad, actitud, trato con las personas)	3
Favorece el proceso terapéutico. También influye la experiencia de vida.	2
La alianza se da y con el tiempo uno está más consciente de ella	1
Favorece el proceso terapéutico. También es necesario el análisis, la conciencia e introspección que haga el terapeuta al respecto.	1

10. Retos para establecer la Alianza Terapéutica desde la multiculturalidad. Al hablar de los retos para establecer la Alianza Terapéutica tomando en cuenta la multiculturalidad en la Psicoterapia, más del 50% señaló la importancia del respeto, apertura para identificar, tener conciencia y manejar diferencias, no imponer creencias, no juzgar, no tener prejuicios, ser tolerante y basarse en el respeto a los derechos humanos. Casi la mitad de la muestra hizo referencia a la importancia de conocer y comprender la cultura de la persona. Así mismo se mencionó el uso adecuado de las destrezas de comunicación y el auto-conocimiento del terapeuta, entre otros (ver Tabla 12 y Apéndice B.8).

Tabla 12. Retos para establecer la Alianza Terapéutica dese la multiculturalidad

Retos planteados por los terapeutas	Frecuencia
Respeto. Manejar diferencias. No imponer creencias. Apertura a lo diferente. No juzgar. No tener prejuicios. Tolerancia. Conciencia de las diferencias. Basarse en los derechos humanos.	13
Conocer y comprender la cultura de la persona (características, necesidades).	11
Destrezas de comunicación (en el mismo idioma, nivel adecuado, verificar información, usar lenguaje verbal y no verbal).	5
Auto-conocimiento. Que trabaje un proceso personal.	4

11. Indicadores de la calidad de Alianza Terapéutica. Se mencionaron una variedad de indicadores de Alianza Terapéutica. Los más frecuentes fueron: la asistencia y el progreso o mejoría del consultante. Estos fueron mencionados tanto por psicólogos como por psiquiatras de diversas orientaciones teóricas, aunque en mayor frecuencia por los psiquiatras. Otro indicador mencionado tanto por psicólogos como por psiquiatras de diversas orientaciones teóricas, fue la confianza, sinceridad y apertura que muestra el consultante al expresarse y auto-revelarse. Así mismo se mencionaron otros indicadores, como la puntualidad, la introspección y el compromiso en la terapia. Algunos psiquiatras señalaron la adherencia al tratamiento como indicador de Alianza (ver Tabla 13 y Apéndice B.9).

Tabla 13. Indicadores de la calidad de Alianza Terapéutica

Indicadores de Alianza	Frecuencia	Orientaciones teóricas que inciden mucho en la práctica terapéutica	Formación y frecuencia
Asistencia. Constancia. Permanencia.	11	Psicoanálisis y escuelas derivadas Cognitivo Conductual Humanista Existencial Sistémica Integrativo Otra: Breve y de Emergencia	Psicología (4) Psiquiatría (7)
Progreso. Mejoría. Resolución de problemas	11	Psicoanálisis y escuelas derivadas Cognitivo Conductual Humanista Existencial Sistémica Integrativo Otras: Danza/movimiento terapia	Psicología (3) Psiquiatría (8)
Auto-revelación. Sinceridad. Expresión. Verbalización. Apertura. Confianza. Comodidad.	9	Psicoanálisis y escuelas derivadas Cognitivo Conductual Humanista Existencial Constructivista Sistémica Integrativo Otra: Línea Feminista, Danza/movimiento terapia	Psicología (4) Psiquiatría (5)
Puntualidad	5	Psicoanálisis y escuelas derivadas Cognitivo Conductual Humanista Integrativo Otra: Breve y de emergencia	Psicología (3) Psiquiatría (2)
Introspección. Auto-análisis. Más conciencia de sí mismo.	4	Psicoanálisis y escuelas derivadas Humanista Existencial Sistémica Integrativo Otras: Danza/movimiento terapia	Psicología (2) Psiquiatría (2)
Compromiso. Interés.	4	Psicoanálisis y escuelas derivadas Cognitivo Conductual Humanista Existencial Constructivista Sistémica Integrativo	Psicología (2) Psiquiatría (2)
Adherencia al tratamiento	4	Psicoanálisis y escuelas derivadas Cognitivo Conductual Humanista Existencial Integrativo	Psiquiatría (4)

12. Relación entre la Alianza Terapéutica y los resultados de la Psicoterapia. Con respecto a la relación entre la Alianza Terapéutica y los resultados en la Psicoterapia, 11 terapeutas

indicaron que la Alianza es básica, necesaria o determinante en el proceso de terapia; 6 terapeutas explicaron que la relación es proporcional, es decir, a mayor Alianza mejores resultados; 4 indicaron que favorece el desarrollo del proceso y 3 se refirieron a la Alianza como lo principal, aunque no lo único (ver Tabla 14 y Apéndice B.10).

Tabla 14. Relación entre la Alianza Terapéutica y los resultados de la Psicoterapia.

Opiniones de los terapeutas	Frecuencia
Determinante. Básica. Necesaria.	11
Proporcional	6
Favorece	4
Lo principal (aunque no lo único).	3

## V. DISCUSIÓN

La práctica de la Psicoterapia como un área de trabajo profesional, con fines específicos y bases científicas, requiere del profesional que la ejerce, no solamente la formación necesaria sino la revisión constante del mismo, razón por la cual un terapeuta necesita actualizarse constantemente. Esta actualización y revisión del ejercicio profesional puede realizarlo a través de la supervisión, que se refiere a la revisión y discusión del proceso de terapia con otros colegas, con el fin de cuidar la calidad de los servicios que se ofrecen. Otra forma de actualización en la profesión es la especialización a través de la formación académica y extra-académica; la realización y revisión de investigación en el área y la participación en diferentes actividades relacionadas con la carrera.

Tomando en cuenta lo anterior, la realización de este estudio es una contribución a la revisión del ejercicio profesional en Guatemala. El aporte de esta investigación se llevó a cabo desde las características propias del grupo de participantes, el cual estuvo compuesto por 24 terapeutas, con formación académica en Psicología a nivel de maestría y doctorado, así como Medicina con especialidad en Psiquiatría, con varios años de experiencia, que practican Psicoterapia y en gran porcentaje se dedica a la docencia universitaria, algunos a la investigación y otros a otras actividades profesionales relacionadas con el área. Todo esto nos sugiere la importancia de una formación integral por parte de los terapeutas, quienes por profesionalismo deben cuidar la calidad de su trabajo, el cual incide en esfuerzos comunes por atender la salud mental de la población.

A través de este estudio se pudo describir ciertas características que reflejan la situación de la Psicoterapia en Guatemala, desde rubros tales como la población que se atiende, la modalidad terapéutica, la duración aproximada del tratamiento, los motivos de consulta más frecuentes. Por ejemplo, entre los motivos de consulta reportados como más comunes está la ansiedad y depresión, además de otros motivos como lo son: violencia contra la mujer, bipolaridad, trastorno de déficit de atención, trastornos de personalidad, violencia intrafamiliar, violencia sexual, trastornos infantiles, problemas de identidad sexual, trastorno de estrés post-traumático, trastorno de adaptación, problemas familiares y/o de pareja, problemas de habilidad social y control de impulsos, adicciones, trastornos de comunicación, disfunciones sexuales, problemáticas asociadas a crisis. Todas estas características son indicadores de las demandas en cuanto a servicios psicológicos en nuestro país y una muestra de la forma en la cual se están atendiendo estas necesidades.

Dentro de la formación académica para poder ofrecer los servicios de Psicoterapia, cada profesional se entrena y trabaja desde orientaciones teóricas, las cuales inciden en diferentes grados en su práctica específica. Algunas de estas orientaciones son: el Psicoanálisis y escuelas derivadas, Cognitivo Conductual, Humanista, Existencial, Análisis Transaccional, Sistémica, Constructivista, Modelos Integrativos, entre

otros. Los participantes en este estudio reportaron mayor incidencia del Modelo Integrativo, escuelas Humanistas y Existenciales, cada una con un 37.5%; seguida del Psicoanálisis y escuelas derivadas con un 33.33%, Cognitivo Conductual con 29.17%, entre otras con menor porcentaje de incidencia. Por cuestiones específicas como la cantidad de la muestra y el instrumento utilizado para medir esta incidencia, los datos no pueden tomarse como significativamente representativos, sin embargo pueden reflejar tendencias generales de los profesionales en cuanto a su práctica terapéutica y de alguna manera la influencia de la formación recibida.

En cuanto a la eficacia de la Psicoterapia, en las últimas décadas se han realizado diferentes esfuerzos por identificar las variables que influyen para obtener resultados positivos, independientemente del modelo teórico desde el cual se trabaje. De acuerdo al análisis estadístico de los predictores de resultados y el promedio de la contribución de cada variable, Lambert y Barley (2002) presentan un estimado de la contribución relativa de los factores comunes en la Psicoterapia que influyen en los resultados del proceso, siendo estos los siguientes: cambio extraterapéutico (variables del consultante y de su contexto relacional) en un 40%; factores comunes en todas las terapias (relación terapéutica) en un 30%; expectativas del consultante (efecto placebo) en un 15%; y técnicas (procedimientos específicos) en un 15%. La Alianza Terapéutica es uno de los componentes más importantes de la relación terapéutica, razón por la cual ha despertado gran interés de los investigadores en los últimos años.

La percepción de cada profesional que ejerce la Psicoterapia, con respecto a cada uno de los elementos que intervienen en el proceso terapéutico y por ende en los resultados del mismo, influye en su ejercicio profesional. Esta premisa se aplica para la Alianza Terapéutica, la cual es considerada un factor importante en la terapia. Por tanto, el describir esta percepción sobre la Alianza, permite conocer la forma en que son considerados cada uno de los elementos involucrados, tales como: el concepto, las características, objetivos, factores influyentes, roles, funciones, acciones y características del terapeuta, experiencia profesional, indicadores y su relación con los resultados de la Psicoterapia, todos ellos considerados desde la multiculturalidad.

Considerando los conceptos asociados al constructo de Alianza, tales como relación, vínculo, lazo afectivo, pacto, unión, convenio, contrato, dinámica y proceso; las características más comunes como la confianza y la colaboración; y el objetivo de la Alianza en cuanto a permitir el desarrollo de la terapia, puede constatarse que profesionales con cierto nivel de formación profesional y varios años de experiencia están en sintonía con los estudios recientes en relación a la Alianza Terapéutica, en donde se enfatizan los aspectos interactivos y colaborativos de la relación.

Tomando en cuenta la definición propuesta por Bordin (1976), en donde la Alianza Terapéutica es vista como el encaje y colaboración entre el cliente y el terapeuta, incluyendo los componentes de acuerdo en

tareas, un vínculo positivo y acuerdo en los objetivos, podría plantearse que los terapeutas de la ciudad de Guatemala perciben esa relación de colaboración, sin especificarse los tres componentes planteados por Bordin, haciéndose más énfasis en el vínculo como cualidad afectiva entre consultante y terapeuta.

La propuesta de Horvath y Bedi (2002), en donde el énfasis del concepto de Alianza está en la colaboración activa entre el terapeuta y el cliente, tiene mucha similitud con la conceptualización expresada por los terapeutas participantes en el presente estudio, ya que la colaboración, cooperación o reciprocidad y la confianza son características reportadas en relación con el concepto de Alianza, con el fin de permitir el desarrollo del proceso psicoterapéutico.

En el establecimiento y desarrollo de la Alianza Terapéutica influyen varios factores, relacionados tanto con el terapeuta, como con el consultante y el proceso en sí. Los profesionales participantes hicieron referencia a una diversidad de factores. Dentro de los relacionados con el terapeuta, los más comunes (aunque no mencionados por la mayoría) son la personalidad, la empatía y la calidez; esto está en consonancia en cierta medida y a la vez representa un reto, con lo planteado por Bachelor y Horvath (1999), al plantear que la empatía y la calidez son dos de las cualidades que la mayoría de investigadores consideran relevantes, aunque no suficientes, para establecer una buena Alianza. Con respecto a los factores relacionados con el consultante, las y los psiquiatras hicieron referencia al motivo de consulta, lo cual invita a considerar las variables pre-terapia del cliente, en el establecimiento de la Alianza, ya que influyen en gran medida en el desarrollo de la terapia.

Los roles reportados, tanto del consultante como del terapeuta, en el establecimiento de la Alianza, están directamente relacionados con el concepto de Psicoterapia, ya que en esta interacción existe una persona que busca ayuda y desea realizar cambios en su vida, y hay una persona con formación profesional que ayuda a esta persona a descubrir su situación y atender sus necesidades. En cuanto a la Alianza, por parte del consultante hay actitudes que la favorecen, como el abrirse y ser auténtico. Y en cuanto al terapeuta, tener conciencia de su rol de acompañar a la persona en el proceso. En esta dinámica siguen vigentes las características básicas planteadas por Rogers (1957): aceptación incondicional, empatía y autenticidad.

En cuanto a la función de la Alianza Terapéutica, los profesionales hicieron referencia a muchos de sus beneficios, como vincular y mantener a la persona en la terapia, favorecer la efectividad y eficacia, propiciar cambios, acompañar a la persona, profundizar en el proceso, mantener el interés, el compromiso y colaboración, facilitar la comprensión, caminar ante dificultades, superar resistencias, verificar el proceso, permitir cuestionar, ayudar y favorecer el apego al tratamiento, resaltando entre ellos, la función de facilitar el proceso de la terapia y así propiciar cambios.

Aún están incipientes estudios sobre actividades, acciones o destrezas del terapeuta que promueven y mantienen la Alianza. A través de los aportes realizados por los profesionales participantes en esta investigación, pueden mencionarse algunas actitudes y características del terapeuta que podrían favorecer el establecimiento y mantenimiento de la Alianza, tomando en cuenta el aspecto multicultural del proceso psicoterapéutico. Algunos de ellos son: la apertura y receptividad; el respeto por los valores, creencias, costumbres, emociones, etc. de los consultantes; la aceptación incondicional del consultante, evitar juzgar, estereotipar, descalificar o poner barreras; empatía; ética profesional; y cuidar la salud emocional del terapeuta, a través del auto-conocimiento y trabajo en el propio proceso. Toda esta conciencia, más que en las acciones, en las actitudes del terapeuta, pueden favorecer no sólo el establecimiento de una buena Alianza sino eficacia en los servicios que se brindan, y más allá de lo práctico de la profesión, contribuir al crecimiento integral de la población con la que se trabaja.

La experiencia profesional es una variable del terapeuta que ha sido estudiada, algunos autores indican que su relación con la Alianza no es significativa, mientras que otros estudios indican que sí existe relación, especialmente en el componente de acuerdo en los objetivos. En este estudio, la mayoría de los profesionales opinaron que la experiencia favorece el establecimiento de la Alianza, en cuanto que ayuda a desarrollar habilidades; además algunos señalan que no solamente es la experiencia profesional sino la experiencia de vida, las habilidades del terapeuta y la conciencia que éste tenga al respecto. Este aporte puede estar en sintonía con el estudio de MallincKrodt y Nelson (1991), quienes encontraron que la formación de los terapeutas influía positivamente en el establecimiento de la Alianza.

El ejercicio de la Psicoterapia en el país conlleva muchos retos que pueden abordarse desde el rol del terapeuta, considerando las pautas planteadas desde la consejería y terapia multicultural, las características sociodemográficas de la población, y tomando en cuenta que Guatemala es un país multicultural, pluriétnico y multilingüe. En cuanto a retos para establecer la Alianza Terapéutica desde la multiculturalidad, más del 50% señaló la importancia del respeto, apertura para identificar, tener conciencia y manejar diferencias, no imponer creencias, no juzgar, no tener prejuicios, ser tolerante y basarse en el respeto a los derechos humanos; casi la mitad de los participantes hizo referencia a la necesidad de conocer y comprender la cultura de la persona.; y así mismo se mencionó la eficiencia en cuanto a comunicación y el auto-conocimiento del terapeuta, entre otros. Por tanto, se requiere que cada terapeuta parta de una revisión personal sobre los retos que afronta desde su ejercicio profesional y a través de práctica psicoterapéutica y otras áreas de trabajo, puedan abordarse estos retos de forma conjunta.

Desde la misma práctica profesional, cada terapeuta puede ir tomando conciencia de la presencia y el grado de calidad de la Alianza Terapéutica a través de una variedad de indicadores. Ya sea a través de la observación o de la retroalimentación del consultante por medio de instrumentos específicos, la consideración de este elemento puede ser un buen punto de apoyo para encaminar el proceso

psicoterapéutico hacia la consecución de los objetivos de la misma, ya que es evidente la relación con los resultados positivos en la terapia. Aunque aún están incipientes los estudios sobre las acciones y entrenamientos específicos del terapeuta para promover y mantener la Alianza, la revisión de muchos estudios y aportes actuales, además de la revisión de la experiencia de profesionales que ejercen Psicoterapia en Guatemala, puede contribuir en la mejora de la calidad de los servicios ofrecidos.

## VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### A. Conclusiones

1. Los profesionales que participaron en el estudio consideran la Alianza Terapéutica como elemento fundamental en su práctica psicoterapéutica, ya que reconocen su incidencia en los resultados de la Psicoterapia.
2. Las características atribuidas a la Alianza Terapéutica más frecuentes son colaboración y confianza, lo cual coincide con la fundamentación teórica de la investigación y puede ser un reflejo de la calidad del ejercicio profesional de la muestra.
3. La mayoría de los terapeutas coinciden en que el objetivo principal de la Alianza Terapéutica es permitir el desarrollo de la terapia; teniendo esta conciencia, se facilita el trabajo sobre el motivo de consulta por el cual se buscan los servicios.
4. Los factores del terapeuta que se reportaron con mayor frecuencia como los que influyen en la Alianza fueron: la personalidad, el establecimiento del *rapport*, la empatía y la calidez; mientras que en los del consultante se mencionaron: el motivo de consulta, personalidad y disposición.
5. Los profesionales explicaron que el rol del terapeuta en la Alianza, es de profesional que ayuda a descubrir la situación de vida, acompaña, es empático y acepta al consultante; y el rol de este último fue descrito como la persona que busca ayuda, tiene deseo de cambio, se expresa y es auténtico.
6. Dentro de las características que favorecen la Alianza desde la multiculturalidad, los terapeutas mencionaron el respeto, apertura, aceptación incondicional, receptividad, ética, confidencialidad, profesionalismo y que el terapeuta se conozca, sea estable y realice su propio proceso.
7. Los profesionales coinciden en que la experiencia profesional es un factor que influye en el desarrollo de la Alianza Terapéutica. Algunos señalan que además es necesario considerar la experiencia de vida, las habilidades del terapeuta y hacer una introspección al respecto.
8. Los retos planteados con mayor frecuencia, para establecer la Alianza Terapéutica desde la multiculturalidad son: el respeto, conocer la cultura de los consultantes y cuidar la eficacia en la comunicación.

## B. Recomendaciones

1. Se sugiere continuar las líneas de investigación sobre la práctica de la Psicoterapia en Guatemala, especialmente aquellos estudios que favorecen el desarrollo de destrezas por parte del terapeuta para mejorar la calidad en el ejercicio profesional.
2. Se recomienda compartir los resultados de la investigación con los profesionales participantes y con otros terapeutas, para poder dar retroalimentación sobre los aspectos más relevantes de la misma.
3. Dedicarle atención especial a la enseñanza del constructo y desarrollo de destrezas sobre la Alianza Terapéutica dentro de la formación profesional a futuros psicólogos y consejeros.
4. Sería conveniente que, dentro de las sesiones de supervisión, se puedan evaluar los aspectos relacionados con la Alianza, con el fin de poder establecerla, desarrollarla y mantenerla de la mejor manera, así como identificar los riesgos de ruptura o realizar intervenciones en casos en los que se haya dado.
5. Continuar los estudios relacionados con la Alianza Terapéutica. Se puede profundizar en los diferentes rubros abordados en la descripción del constructo de alianza, utilizando la información brindada por los profesionales a través de las entrevistas.

## VII. BIBLIOGRAFÍA

Acuña Bermúdez, Edgar. 2009. «La relación terapéutica: reflexiones sobre transferencia y alianza terapéutica, secreto profesional y confidencialidad». *Revista de Psicoanálisis, Psicoterapia y Salud Mental*. 2 (6):1-12

Arbiser, Samuel. 2003. «Psicoanálisis en Argentina». *Revista uruguaya de psicoanálisis* (97):159-181.

Arredondo, Patricia. 1998. «Integrating multicultural counseling competencies and universal helping conditions in culture-specific contexts». *The Counseling Psychologist*. 26 (4): 592-601

Arredondo, Patricia; P. Pérez. 2006. «Historical perspectives on the multicultural guidelines and contemporary applications». *Professional Psychology: research and practice*. 37 (1): 1-5

Asay, Ted P.; M. Lambert. 1999. «The empirical case for the common factors in therapy: quantitative findings». En *The heart & soul of change. What works in therapy*, de Mark Hubble, Barry L. Duncan y Scott D. Miller. Washington, D.C. APA págs. 23-49

Bachelor, Alexandra; A. Horvath. 1999. «The therapeutic relationship». En *The heart & soul of change. What works in therapy*, de Mark Hubble, Barry L. Duncan y Scott D. Miller. Washington, D.C. APA págs. 133-165

Bernal, Guillermo, *et al.* 1999. «La alianza terapéutica: Evaluación y desarrollo de instrumentos». *Revista Argentina de Clínica Psicológica*. VII (1): 69-79

Bernal, Guillermo. 2000. *Psicoterapia. El reto de evaluar efectividad ante el nuevo milenio*. Universidad de Río Piedras. Puerto Rico. Publicaciones Puertorriqueñas. 289 págs.

Bernardi, Ricardo. 2004. «Guía clínica para la Psicoterapia». *Revista de Psiquiatría del Uruguay*. 68 (2):99-146

Beutler, Larry E. *et al.* 2004. «Therapist variables». En *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, 5ª ed., de Michael Lambert. Nueva York. Wiley. 847 págs.

Bohart, Artur. 2000. «The client is the most important common factor: client self-healing capacities and psychotherapy». *Journal of Psychotherapy Integration*. 10 (2):127-149

Bordin, Edward. 1975. *Asesoría Psicológica*. Traducción de Amparo Caicedo y Félix Bustos Cobos. Título original, 1968: *Psychological counseling*. México, D.F. Editorial Trillas. 411 págs.

Cadena, Beatriz. 2007. «El estilo personal del terapeuta en la ciudad de Guatemala». Tesis de Licenciatura en Psicología. Universidad del Valle de Guatemala (tesis sin publicar).

Chandenzon, Gérard; *et al.* 2001. *El Análisis Transaccional*. 3º edición. Madrid, Ediciones Morata. 126 págs.

Clarkin, John F.; K.Levy. 2004. «The influence of client variables on psychotherapy». En *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, 5ª ed., de Michael Lambert. Nueva York. Wiley. 847 págs.

Colli Alonso, Mario. 2001. «Psicoterapia Intercultural con los espiritistas y practicantes de religiones de origen africano: los aportes de la Psicología Transpersonal, la Etnopsiquiatría y la Antropología Cultural para su práctica». *Ponencia al I Evento Franco-Cubano de Psiquiatría y Psicología, Seminario de Transculturación, Academia de Ciencias de Cuba*.

Constantino, Michael J.; L. Castonguay y A. Schut. 2002. «The working Alliance. A Flagship for the “scientist-practitioner” model in psychotherapy». En *Counseling based on process research. Applying what we know*, de Georgiana Shick Tryon. Boston, Person Education Company. Págs 81-123

Corbella, Sergi; L. Botella. 2003. «La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación». Universidad Ramón Llull. *Anales de Psicología*. [Barcelona]. XIX (2): 205-221.

Corbella, Sergi; L. Botella. 2004. *Investigación en psicoterapia: Proceso, Resultado y Factores Comunes*. Madrid. Editorial Visión Net. 284 págs.

Corey, Gerald. 2005. *Theory and practice of counseling and psychotherapy. An integrative perspective*. 8o Edition. California. Thomson. 547 págs.

Del Vento, Agustín. 2002. «Integración y eclecticismo en psicoterapia. ¿Estamos dispuestos a integrar?». *Revista Argentina de Clínica Psicológica*. XI (2): 139-151

Fernández-Álvarez, Héctor; R. Opazo. 2004. *La integración en psicoterapia. Manual práctico*. Barcelona. Ediciones Paidós. 451 págs.

Florentino, María Teresa. 2006. «Conductas de la salud». En *Psicología de la salud y calidad de vida*, de Luis Oblitas, 2º edición. México, Thomson. Págs. 57-81

Fonagy, Peter *et al.* s.f. «Una revisión de puertas abiertas de los estudios de resultados en psicoanálisis. Informe preparado por el comité de investigación de la API a pedido de su presidente». *Asociación Psicoanalítica Internacional*. 232 págs.

Frank, Jerome. 1974. *Persuasion and healing. A comparative study of psychotherapy*. Revised edition. New York. Schocken Books. 343 págs.

Gelso, Charles; J. Carter. 1985. «The relationship in counseling and psychotherapy: components, consequences and theoretical antecedents». *The Counseling Psychologist*. 13 (2): 155-243

Gerrig, Richard J.; P. Zimbardo. 2005. *Psicología y vida*. 17º edición. México, D.F. Pearson Education. 607 págs.

Gold, Jerry; G. Stricker. 2006. «An Overview of Psychotherapy Integration». En *A Casebook of Psychotherapy Integration*. Washington, D.C. APA. págs. 3-16

Gutiérrez, Gerardo; F. Iturriza y O. Finol. 2003. «Una investigación sobre foco y proceso en psicoterapia: problemas y consideraciones». *Subjetividad y procesos cognitivos*. 37-57

Horvath, Adam; R. Bedi. 2002. «The alliance». En *Psychotherapy relationships that work. Therapist contributions and responsiveness to patients*. New York. Oxford University Press, Inc. págs. 37-61

Ivey, Allen; M. Bradford y C. Zalaquett. 2007. *Intentional interviewing and counseling*. 7º edition. California. Brooks/Cole Pengage Learning. 473 págs.

Jiménez, Juan Pablo. 2005. «La psiquiatría en tiempos de cambio y la educación médica continua». *Gaceta Universitaria. Temas y controversias en psiquiatría. Facultad de Medicina Universidad de Chile*. 1 (3):218-221.

\_\_\_\_\_; 2005a. «La investigación empírica apoya una técnica psicoanalítica relacional y flexible». *Revista internacional de Psicoanálisis*. [Río de Janeiro] (21)

Kleinke, Chris L. 1998. *Principios Comunes en Psicoterapia*. 2º Edición. Bilbao. Desclée De Brouwer. 318 págs.

Krause, Mariane. 2005. *Psicoterapia y cambio: una mirada desde la subjetividad*. Ediciones Universidad Católica de Chile. Santiago de Chile. 360 págs.

Lambert, Michael; D. Barley. 2002. «Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome». En *Psychotherapy relationships that work. Therapist contributions and responsiveness to patients*. New York. Oxford University Press, Inc. págs. 17-32

Lambert, Michael; B. Ogles. 2004. «The efficacy and effectiveness of psychotherapy». En *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, 5ª ed., de Michael Lambert. Nueva York. Wiley. 847 págs.

Mayring, Philipp. 2000. «Qualitative content analysis». *Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research*. 1(2):1-10

Muller, Felipe, *et al.* 2008. «Psicoterapia e integracionismo teórico: los psicoterapeutas argentinos». *Revista Argentina de Clínica Psicológica*. XVII (III): 225-231

Norcross, John C. 2002. «Empirically supported therapy relationships». En *Psychotherapy relationships that work. Therapist contributions and responsiveness to patients*. New York, Oxford University Press, Inc. págs. 3-16

Orlinsky, David; M. H. Ronnestad y U. Willutski. 2004. «Fifty years of psychotherapy process-outcome research: continuity and change». En *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, 5ª ed., de Michael Lambert. Nueva York. Wiley. 847 págs.

Palavezzatti, María Carolina; F. Muller. 2005. «Modelos teóricos y práctica clínica en la Argentina: psicoterapia en capital federal». *Revista Argentina de Clínica Psicológica*. XIII (3): 69-79

Pattakou-Parassiri, Vassiliki; J.N. Nestoros. 2007. «La alianza terapéutica y el compromiso en la terapia». *Revista Argentina de Clínica Psicológica*. XVI (II): 151-157

Porta, Luis; M. Silva. 2003. «La investigación cualitativa: el análisis de contenido en la investigación educativa». Mar del Plata. 18 págs.

Rodríguez, Daniel. 1997. «El psicoanálisis y la investigación». *Psicoanálisis de APdeBA*. [Buenos Aires, Argentina] 19 (1-2):265-286

Roussos, Andrés. 2001. *La inferencia clínica y la elaboración de hipótesis de trabajo de los psicoterapeutas. Estudio empírico mediante el uso de técnicas de análisis de procesos terapéuticos*. Tesis Universidad de Belgrano. Buenos Aires. 95 págs.

Safran, Jeremy D.; J.C. Muran. 2002. *Negotiating the Therapeutic Alliance. A relational treatment guide*. New York, The Guilford press. 260 págs.

Sánchez-Barraco Ruiz, Antonio; P. Sánchez-Barraco Vallejo. 2001. «Psicoterapia dinámica breve: aproximación conceptual y clínica». *Departamento de Psicología Experimental. Universidad de Sevilla*.1013 -1031

Sharf, Richard. 2004. *Theories of psychotherapy and counseling. Concepts and cases*. 3o edition. California. Thomson Brooks/Cole. 724 págs.

Sue, Stanley; A. Lam. 2002. «Cultural and Demographic Diversity». En *Psychotherapy relationships that work. Therapist contributions and responsiveness to patients*. New York, Oxford University Press, Inc. págs. 401-417

Tallman, Karen; A. Bohart. 1999. «The client as a common factor: clients as self-healers». En *The heart & soul of change. What works in therapy*, de Mark Hubble, Barry L. Duncan y Scott D. Miller. Washington, D.C. APA págs. 91-131

Teyber, Edward. 2006. *Interpersonal process in therapy. An integrative model*. 5° Edition. California. Thomson Brooks/Cole. 422 págs.

Vides, Ana. 2008. *El estilo personal del terapeuta guatemalteco en el interior del país*. Tesis de Licenciatura en Psicología. Universidad del Valle de Guatemala. 97 págs.

## A. Referencias de internet

Arredondo, Margarita; P. Salinas. 2005. *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)*. Tesis. Universidad de Chile. Santiago de Chile. 170 págs.

Obtenido el 14 de julio a través de:

[http://www.cybertesis.cl/tesis/uchile/2005/arredondo\\_m/sources/arredondo\\_m.pdf](http://www.cybertesis.cl/tesis/uchile/2005/arredondo_m/sources/arredondo_m.pdf)

Santibáñez, Patricia *et al.* 2007. «Variables Inespecíficas en Psicoterapia». *Terapia Psicológica*. Universidad de La Frontera, Chile. 26. (1):89-98. Obtenido el 12 de julio a través de:

<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/html/785/78526108/78526108.html>

Trull, Timothy; J. Phares. 2001. *Psicología clínica. Conceptos, métodos y aspectos prácticos de la profesión*. Sexta edición. Cengage Learning Editores. Obtenido el 12 de agosto desde:

[http://books.google.com.gt/books?id=UJyv70UAZjQC&printsec=frontcover&source=gbs\\_summary\\_r&cad=0](http://books.google.com.gt/books?id=UJyv70UAZjQC&printsec=frontcover&source=gbs_summary_r&cad=0)

## VIII. APÉNDICE

### A. Instrumentos

#### 1. Consentimiento informado

Estimado/a Terapeuta:

Como parte de los trabajos de investigación del Departamento de Psicología de la Universidad del Valle de Guatemala se está llevando a cabo un estudio relacionado con la Percepción sobre la Alianza Terapéutica de los y las profesionales que ejercen Psicoterapia en la ciudad de Guatemala. Esta investigación forma parte de mi trabajo de graduación con el cual podré optar al grado de Licenciatura y cuenta con la asesoría directa del Dr. Mario Colli Alonso y la supervisión de la M.Sc. Claudia García de la Cadena.

Quisiéramos pedir su colaboración durante aproximadamente 30 minutos para completar el presente formulario de consentimiento informado, el cuestionario sociodemográfico, la escala de orientación teórica del terapeuta y una entrevista estructurada sobre la percepción de alianza terapéutica.

Al firmar este documento usted acepta participar en el estudio, llenar los cuestionarios y grabar las respuestas a la entrevista estructurada. La información que usted proporcione será utilizada de forma anónima y confidencial. Si usted está interesado/a en conocer los resultados puede escribirnos al correo electrónico [cristycabrera@hotmail.com](mailto:cristycabrera@hotmail.com)

Su participación es voluntaria. Los resultados de esta investigación contribuirán a aumentar la información existente sobre la práctica de la Psicoterapia en el país.

En caso de tener alguna duda con respecto a esta investigación no dude en comunicarse con Ana Cristina Cabrera Arévalo al teléfono 57124846 o al correo electrónico [cristycabrera@hotmail.com](mailto:cristycabrera@hotmail.com) o con Dr. Mario Colli Alonso al Departamento de Psicología de la Universidad Del Valle de Guatemala al teléfono 23690791, ext. 573 o al correo electrónico [mcolli2007@yahoo.es](mailto:mcolli2007@yahoo.es)

Agradeciendo de antemano su colaboración, le saludan,

Ana Cristina Cabrera Arévalo  
Estudiante de Psicología

Dr. Mario Colli Alonso  
Asesor

Al firmar doy mi consentimiento para participar en esta investigación y me comprometo a llenar los cuestionarios y grabar la entrevista.

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Correo electrónico (opcional)

\_\_\_\_\_  
Número telefónico (opcional)

\_\_\_\_\_  
Celular (opcional)

## 2. Cuestionario de datos sociodemográficos

Por favor complete los siguientes datos marcando con una X o escribiendo la información requerida.

### Datos del Terapeuta

1	Sexo	
1	Masculino	
2	Femenino	

2	Edad	
1	20-29	
2	30-39	
3	40-49	
4	50-59	
5	60-69	

3	Nacionalidad	

4	Grupo étnico	
1	Indígena	
2	No indígena	

### Formación Académica

5	Formación	
1	Psiquiatría	
2	Psicología	

6	Nivel de formación	
1	Licenciatura	
2	Maestría	
3	Doctorado	
4	Otro: especifique.	

7	País de entrenamiento en postgrado	

### Ejercicio de Psicoterapia

8	Colegiado activo	
1	Sí	
2	No	

9	Años de experiencia	

10	Áreas de trabajo	
1	Psicoterapia	
2	Docencia	
3	Investigación	
4	Otro: Especifique	

11	Ciclo vital de consultantes	
1	Niños	
2	Adolescentes	
3	Adultos	
4	Adulto Mayor	

12	Modalidad terapéutica	
1	Individual	
2	Pareja	
3	Familia	
4	Grupos	
5	Todas las anteriores	

13	Duración aprox. de tratamiento	
1	Breve (hasta 6 meses)	
2	Intermedio (hasta 2 años)	
3	Prolongado (más de 2 años)	

Marque con 1 el motivo de consulta que atiende más, con 2 el segundo más frecuente y así sucesivamente. (Sólo debe marcar los más comunes)

14	Motivo de consulta más frecuente	
1	Ansiedad y depresión	
2	Trastornos de personalidad	
3	Adicciones	
4	Trastornos severos (psicosis)	
5	Trastornos de comunicación	
6	Disfunciones sexuales	
8	Trastornos de alimentación	
9	Otros, ¿cuáles?	

### 3. Escala de orientación teórica del terapeuta

Por favor marque con una X en qué grado las siguientes orientaciones teóricas inciden en su práctica terapéutica actual.

Orientación teórica	No incide nada	Incide poco	Incide algo	Incide en gran medida	Incide mucho
Psicoanálisis y escuelas derivadas					
Cognitivo-conductual (Racional Emotiva, Terapia conductual de A. Beck, otras)					
Humanista (Centrada en el cliente, Gestalt, Psicodrama, otras)					
Existencial (Logoterapia, Análisis Existencial, otras)					
Análisis Transaccional					
Sistémica					
Constructivista (Centrada en las soluciones - <i>solution-focused</i> -, narrativa)					
Modelo Integrativo					
Otra: Especifique.					

Tomada y adaptada de Roussos, A. (2001) Tesis Doctoral: *La inferencia clínica y la elaboración de hipótesis de trabajo de los psicoterapeutas. Estudio empírico mediante el uso de técnicas de análisis de procesos terapéuticos.*

#### 4. Entrevista: Percepción sobre Alianza Terapéutica

Tomada y adaptada de Arredondo y Salinas (2005). Pauta de Entrevista. Tesis: 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).

**INSTRUCCIONES:** A continuación se presentarán 10 preguntas sobre Alianza Terapéutica, incluyendo 4 rubros: a) Noción de Alianza Terapéutica, b) Función de la Alianza Terapéutica, c) Práctica terapéutica y Alianza Terapéutica y d) Calidad de la Alianza Terapéutica y resultados en Psicoterapia. Por favor conteste las siguientes preguntas.

##### A. Noción de Alianza Terapéutica

1. Defina el concepto de Alianza Terapéutica.

---

---

---

---

---

2. ¿Qué factores influyen en el establecimiento y/o desarrollo de la Alianza Terapéutica?

---

---

---

---

---

3. Explique el rol del terapeuta y el del consultante (cliente, paciente) en la Alianza Terapéutica.

---

---

---

---

---

##### B. Función de la Alianza Terapéutica

4. ¿Cuál es la función de la Alianza Terapéutica?

---

---

---

---

---

##### C. Práctica Terapéutica y Alianza Terapéutica

*(Nota: Al hablar de multiculturalidad se hace referencia a las diversas características de la persona y su comunidad, relacionadas con: género, edad, etnia, situación socioeconómica, orientación sexual, religión, familia, características físicas, localidad, valores, etc.)*

5. ¿Qué acciones intencionales del terapeuta son culturalmente apropiadas para favorecer la Alianza Terapéutica?

---

---

---

---

---

6. ¿Qué características personales del terapeuta favorecen o dificultan la Alianza Terapéutica tomando en cuenta las diferencias multiculturales entre consultante (cliente, paciente) y terapeuta?

---

---

---

---

7. ¿Qué relación existe entre la experiencia profesional y la Alianza Terapéutica?

---

---

---

---

8. ¿Qué retos tiene el terapeuta para establecer la alianza terapéutica con consultantes (clientes, pacientes) culturalmente diferentes?

---

---

---

---

D. Calidad de la Alianza Terapéutica y Resultados de la Psicoterapia

9. Mencione algunos indicadores de la calidad de Alianza Terapéutica.

---

---

---

---

10. ¿Qué relación existe entre la calidad de la Alianza Terapéutica y el resultado de la Psicoterapia?

---

---

---

---

## B. Transcripciones de entrevistas

Nota: Se omiten algunos fragmentos con [...] o se modifican algunas palabras por cuestiones de confidencialidad en relación a los profesionales.

Clasificación por códigos			
Psicólogas - mujeres	Psicólogos - hombres	Psiquiatras - mujeres	Psiquiatras – hombres
01	08	03	02
05	10	12	04
06	11	15	09
07	17	18	13
19	20	23	14
21	22	24	16

### 1.- Defina el concepto de Alianza Terapéutica.

Código: 01

«Bueno, lo voy a definir sin ningún apoyo teórico. A como de todo lo que hemos leído y estudiado de Alianza Terapéutica, me atrevo a decir que es el pacto o, para no repetir Alianza, el pacto o unión que se establece entre el terapeuta y el cliente, alias muchas veces el paciente en cuanto al funcionamiento dentro de la terapia, eso creería yo.»

Código: 05

«Bueno, para mí la Alianza Terapéutica es la relación que se establece con el cliente, una relación de estar al mismo nivel el cliente y el terapeuta, donde no hay nadie experto, el experto es el cliente, de tal forma para que se sienta cómodo y en confort, por decirlo, para poder expresar toda su historia de vida.»

Código: 06

«Bueno, la Alianza Terapéutica es el vínculo que uno logra establecer con el cliente, con el paciente y que específicamente es muy importante para lograr un trabajo terapéutico.»

Código: 07

«Bueno, la Alianza Terapéutica es la relación que se da entre el paciente y el terapeuta, verdad, esencial para la terapia, en la cual tienen algunas características, tanto desde el punto de vista del paciente como del terapeuta, es una relación de confianza, de aceptación incondicional, de respeto incondicional al paciente, en el cual se establece ese lazo para que el paciente pueda trabajar la problemática por la cual él consultó.»

Código: 19

«Es la relación básica que se establece entre el paciente y el terapeuta o entre la familia, si es el caso, o la pareja, para poder sostener el principio básico de la confianza, del respeto, el secreto profesional y también el sentido de esperanza en el proceso terapéutico.»

Código: 21

«Alianza Terapéutica para mí es cuando uno logra entender la vida de la persona con quien uno está trabajando y comprende que lo que la persona busca es trabajar una solución a su problemática y que uno comprenda como terapeuta que uno simplemente va a caminar la ruta de la búsqueda de la solución de problemas con esa persona.»

Código: 08

«Bien, la Alianza Terapéutica es la relación que se logra en un espacio clínico, verdad, entre paciente y el psicólogo, terapeuta, doctor, lo que sea, que se logra a través de la... ¿Cómo te explico? ... la relación profesional que se logra entre paciente y terapeuta. Bueno, desde el punto de vista analítico es conocido

*también como transferencia o amor simbólico también se le podría llamar, en el que, pues, se logra un punto en el que el paciente se abre completamente a, pues, a sí mismo, por decirlo así, no tanto al terapeuta sino a sí mismo, en vías de la resolución del conflicto o problema que esté presentando.»*

Código: 10

*«Pues la Alianza la concibo como el tipo y el grado de relación que tiene el paciente con el terapeuta y el terapeuta con el paciente, implica el grado de confianza, de compromiso, de cooperación mutua.»*

Código: 11

*«La Alianza Terapéutica es algo similar a lo que llaman el rapport, también verdad, que es el establecimiento de un vínculo afectivo básicamente, por la transferencia que Freud usaba, digámoslo así, entre el paciente y el terapeuta; y en la cual hay una vinculación o más bien un establecimiento de metas y objetivos. La primera parte es lo más fuerte y funcional: el establecimiento de un vínculo entre paciente y terapeuta.»*

Código: 17

*«Acuérdese que es esa Alianza que se da entre terapeuta y paciente, entre el yo sano del paciente y el yo analítico del terapeuta.»*

Código: 20

*«Alianza Terapéutica desde mi propio concepto es el proceso en que la persona acompañada y el acompañante logran tomar emociones conjuntas para poder confiar tanto el uno con el otro en un proceso de creatividad y en un proceso de crecimiento personal.»*

Código: 22

*«Como danza/terapeuta y trabajador con el nivel no verbal de comunicación, la Alianza Terapéutica es todo lo que va a ayudar a crear el ambiente propicio para que dos o más personas se encuentren con el objetivo de resolver o simplemente de crecer en un ambiente seguro, de confianza y propicio para que puedan desarrollarse todos los requerimientos terapéuticos que indiquen las diversidades del individuo o del grupo.»*

Código: 03

*«Bueno, la Alianza Terapéutica es la forma a través de la cual el paciente llega a tener un apego centrado a su terapeuta, el cual le va a beneficiar en su Psicoterapia y que va a tener un ego sano para la transformación o el beneficio de su proceso.»*

Código: 12

*«Es la forma en que se la relación médico-paciente, es decir, cuando una persona busca terapia no solo se trata de que éste se comprometa con un tratamiento, el terapeuta también se compromete en el mismo tratamiento y así se logra una alianza de trabajo juntos en la terapia.»*

Código: 15

*«Yo lo entiendo como el vínculo o la fuerza que da el vínculo, que le permite al paciente sentirse cómodo en la entrevista y al terapeuta sentirse que corresponde a la necesidad del paciente, con un principio básico de reciprocidad y eso favorece establecer esta Alianza.»*

Código: 18

*«Yo pienso que la Alianza Terapéutica es lo fundamental de un proceso psicoterapéutico, es la parte fundamental, sin esa no podemos avanzar a ningún lado y el paciente aporta su parte sana y quiere salir de problemas o de conflictos y paciente y terapeuta se alían conjuntamente, por eso se llama Alianza, se unen para tratar de trabajar de manera conjunta y crecer también de manera conjunta, porque yo planteo que el proceso de Psicoterapia no es unilateral sino que es bilateral.»*

Código: 23

*«La Alianza Terapéutica es el convenio que se establece entre paciente y terapeuta al inicio de un tratamiento psicoterapéutico. Se establece por medio de un contrato que puede ser verbal o escrito, en*

*donde ambos podemos fincar los fines que se quieren conseguir, las expectativas a conseguir en un tratamiento.»*

Código: 24

*«Es el espacio que tiene el terapeuta para darse a conocer con el paciente, brindarle la confianza y una esperanza de alivio a sus necesidades y al mismo tiempo conocer las fortalezas y debilidades del paciente.»*

Código: 02

*«Pues la Alianza Terapéutica es el vínculo entre el terapeuta y el paciente que incluye el lazo afectivo, el compromiso y la lealtad entre ambos.»*

Código: 04

*«Podría ser el establecimiento de una dinámica en un sentido de colaboración entre el paciente y terapeuta. Bajo todo punto de vista, por lo menos del punto de vista terapéutico, es una de las herramientas fundamentales para que se dé el proceso terapéutico, y de hecho es la elaboración de una alianza la que va dando los resultados con el paciente.»*

Código: 09

*«La Alianza Terapéutica es todo lo que conlleva el que el cliente y el terapeuta vayan estableciendo una relación en la cual puedan ir trabajando para poder mejorar al paciente, verdad, es decir, tanto que uno se compromete con el paciente a querer ayudarlo, como que el paciente se comprometa a estar llegando y hacer las cosas que tenga que hacer.»*

Código: 13

*«Es la relación que se establece entre el médico o el terapeuta en este caso y el paciente, es decir, obviamente tiene que ser una relación funcional. Si nos vamos a lo teórico, hay que encontrar las defensas, las resistencias, manejar procesos transferenciales y todo eso, sin embargo, desde mi punto individual de práctica, yo lo podría concebir como la alianza necesaria para que el paciente tenga un buen apego al tratamiento, es decir, esa relación que se establece entre el médico y el paciente, que se refleja en el apego del paciente al tratamiento.»*

Código: 14

*«Es la relación que se establece entre el terapeuta y el paciente que asiste a la consulta, y que tiene como finalidad darle sentido a la relación para que el proceso terapéutico pueda llevarse a cabo. Implica confianza entre ambos. »*

Código: 16

*«Son los procedimientos de puesta en contacto con la persona que consulta, el desarrollo de una conversación exploratoria, la visualización de mecanismos, tanto de defensa como de enfermedad y especialmente la posibilidad de relacionarse en cuanto a partes sanas y constructivas para resolver los conflictos interiores.»*

## **2.- ¿Qué factores influyen en el establecimiento y/o desarrollo de la Alianza Terapéutica?**

Código: 01

*«Esa está buena. Yo creo que gran parte de la Alianza Terapéutica, sobre todo lo inicial, lo que llamamos rapport, verdad, con toda la disculpa del que esté oyendo, es bastante “químico”, es una cuestión de afinidad. Creo que es difícil cuando uno dice: “no logré una buena Alianza y la voy a lograr”. La verdad creo que eso es muy difícil y muchas veces empujado. Entonces creería que en gran parte depende de una conexión que se da, casi de forma, de las entrañas que decimos, verdad, de los “guts”, y por otro lado, por supuesto, requiere de entrenamiento, y voy a depositar también gran parte de lo que es el establecimiento de la Alianza en el terapeuta, por cuanto a todos los aspectos rogerianos sobre todo, de*

*aceptación incondicional y de respeto hacia el cliente, que creo que es algo que el cliente percibe y es lo que hace como que “click”, se haga la Alianza.»*

Código: 05

*«Hacer un buen rapport, cada vez que se inicia la sesión, el darle esa comodidad al cliente cuando llega, el no marcar diferencias, que haya confianza.»*

Código: 06

*«Influye mucho el estilo del terapeuta, la forma de ser del terapeuta y el modelo teórico que utiliza para poder establecer esa Alianza, porque de eso depende en muchísima parte la forma de establecer el rapport, aunque el rapport es algo que uno establece de alguna forma como que pareciera universal, en cualquier modelo teórico. Influye mucho el modelo teórico y el estilo del terapeuta para establecer ese rapport, pero sí es importante que desde la Gestalt, hay algunas situaciones que son muy importantes en cuanto a la humanización que uno tiene que tener, la calidez con la que uno va a tratar a la persona, la forma de establecer los vínculos y las alianzas, dependiendo también de la personalidad del cliente, porque la alianza la establece uno, y tiene que ver con uno, con lo que uno es como terapeuta, pero también tiene que ver con el otro, con esa empatía, y también que la otra persona esté lo suficientemente lista para poder entablar una relación asimétrica, siempre hay una asimetría en esta relación, porque siempre hay alguien que es el experto, alguien con quien se busca la ayuda y alguien que necesita la ayuda y que tiene un problema.»*

Código: 07

*«Bueno, yo creo que, dentro de los factores que influyen, tal vez en la primera entrevista, poder establecer un buen rapport con el paciente, que él se sienta entendido, comprendido, escuchado, o sea una escucha atenta de parte del terapeuta, que se sienta apoyado, que se sienta entendido incondicionalmente por el terapeuta, en el cual no hay juicios de valor sino una comprensión de la problemática del paciente, de su situación, de su condición vital que está pasando en ese momento el paciente y básicamente el respeto por su problemática. El hecho de ser responsable en cuanto a los términos de la terapia, el poner las reglas claras, verdad, el contrato terapéutico, explicarle al paciente en qué consiste la terapia, en qué consiste el contrato terapéutico, cuáles son sus derechos y sus obligaciones, tanto las del terapeuta como las del paciente, yo creo que eso hace que se vaya estableciendo esa Alianza necesaria para que el paciente pueda trabajar su problemática.»*

Código: 19

*«Bueno, en primer lugar, las características personales, tanto del cliente como del terapeuta, en segundo caso, la confianza, en tercer caso podríamos mencionar los aspectos que se indican al principio en el contrato terapéutico y luego en la evolución que va desarrollándose durante el mismo proceso terapéutico.»*

Código: 21

*«Yo creo que el primer elemento es que haya una empatía mutua, que ambos nos agrademos mutuamente. Otro elemento que considero importante es la autenticidad de parte del terapeuta. A mi juicio, la persona con la que uno trabaja es muy perceptiva y sabe cuando uno está siendo simplemente profesional y no auténtico. Es importante que el terapeuta muestre su capacidad humana.»*

Código: 08

*«La personalidad del mismo terapeuta, verdad, además de, digamos el contrato que se hace desde un principio con el analizante, con el paciente, eh, donde pues se indican los factores propios de toda psicoterapia, como el compromiso, la constancia, algo que nosotros en lo analítico llamamos un ritual terapéutico, verdad, que se logra en un ritual terapéutico y esta Alianza va a lograrse no de primas a primeras en este establecimiento del ritual terapéutico, sino con el tiempo en que la persona pues, se está aprendiendo a comprometer consigo misma y se hace responsable de sí misma.»*

Código: 10

*«En primer lugar el respeto, el respeto que el terapeuta vaya a tener por su cliente, por los problemas del cliente y el respeto incluye tanto el trato como la preparación del terapeuta. Creo que la Alianza*

*Terapéutica se va a dar en función del grado de involucración que tenga el terapeuta con su paciente y que el paciente sienta también por parte de su terapeuta, digamos, el grado de compromiso percibido, el grado de calidez también.»*

Código: 11

*«Ahí entra un poco, yo creo que los requisitos del terapeuta, más que los requisitos del paciente, porque al paciente en realidad no se le pueden pedir requisitos, como digamos, cuando se hablaba de Psicoanálisis se hablaba de los ideales aspectos que el paciente debería tener, y muchas de las veces la crítica consistía en que: “puchicas, si un paciente tiene esas características, ese paciente debería ser el terapeuta”, porque le pedían demasiado al paciente. Pero en este caso, yo creo que más bien los requisitos deben ser del terapeuta y tal vez la sinceridad, la autenticidad, que es alguno de los conceptos que hablábamos, en la teoría Rogeriana, la espontaneidad y la apertura, tal vez, verdad, la apertura para poder aceptar un montón de situaciones. Sí, en esa apertura básicamente, de la mano con esa honestidad o autenticidad, yo creo que sería la clave.»*

Código: 17

*«Bueno, uno sería que por parte del paciente la capacidad para que tenga un yo razonablemente sano y por parte del terapeuta sería la personalidad del terapeuta, su experiencia, y así también la motivación que tiene el paciente para trabajar en el tratamiento.»*

Código: 20

*«Yo creo que influye mucho la edad, la forma como uno se presenta con la otra persona, la transparencia como terapeuta y el saber realmente que la persona acompañada está siendo escuchada, que se sienta escuchada, que se sienta tomada en cuenta.»*

Código: 22

*«Definitivamente voy a hablar utilizando la metáfora de la danza. Desde este punto de vista, todo lo que ayude al individuo o al grupo a expresar todo lo que sucede en su interior, a manera de una danza interna, todo lo que guíe el encuentro con darse cuenta de sus propios movimientos, todo lo que indique una guía para descubrir cuál es el propio ritmo, personal, individual y grupal, en su interacción consigo mismo y con los demás. Todo lo que facilite la liberación de la respiración en el individuo y con ello la liberación de sentimientos, memorias e imaginación, todo lo que pueda permitir que surjan palabras para que el individuo pueda expresarse a través de ellas, todo lo que pueda hacer consciente acerca de sus sentimientos y memorias y cómo estas memorias están conectadas con la vida, y cómo los sentimientos también están conectados con situaciones de la vida actual, cómo es ahora y cómo ha sido a lo largo de su vida. Todo este proceso es lo que está incluido en esa relación terapéutica y alianza terapéutica y todo lo que el terapeuta logre forjar para conseguir esto dentro de un proceso es lo que se considera ideal dentro de una Alianza Terapéutica óptima.»*

Código: 03

*«Bueno, influyen varios factores. Influye mucho de lo que es la personalidad, influye mucho del inicio de el rapport que se haya hecho, influye mucho de la facilitación de todos los procesos que se den para el insight y el apego inicial. Y también siento yo que influye mucho la problemática, el ponerse en los zapatos del paciente para que se sienta arropado y se sienta acompañado dentro de este proceso y que el mismo paciente sienta que su terapeuta le va ayudar, sin embargo eso no quiere decir que él le vaya a consentir mucho de ese proceso dentro de una situación de aplaudirle situaciones que no le van a beneficiar en nada.»*

Código: 12

*«Influyen dos tipos de factores: las características del paciente o consultante y las características del terapeuta. En cuanto a las del consultante pueden ser como la disposición que este tenga al tratamiento. También hay factores como la transferencia y contratransferencia que se dan en el proceso terapéutico.»*

Código: 15

*«La confidencialidad, la ética, el cumplimiento y la respuesta de una mejoría del sufrimiento del paciente.»*

Código: 18

«Yo pienso que la patología del paciente es bien importante, hablando del paciente, porque hay pacientes por ejemplo con trastornos de personalidad que es bien difícil que establezcan vínculos y para encontrar la Alianza Terapéutica necesitamos vínculos. La formación de vínculos es algo que se va haciendo poco a poco y hay gente que no tiene la paciencia. Otro creo que es la capacidad de empatía del terapeuta y la capacidad de aceptación del terapeuta de su paciente tal como es, verdad. Yo creo que es muy importante que el terapeuta, de primas a primeras, sin conocer a su paciente, no trate de cambiarlo sino que trate de conocerlo y aceptarlo como es, creo que es fundamental.»

Código: 23

«Primero que la persona quiera ponerse en un tratamiento psicoterapéutico, verdad. Segundo es que la persona realmente necesite hallar un alivio a su sintomatología, porque puede haber personas que van por obligación o sí quieren ir pero realmente hay muchas resistencias para poder establecer la Alianza Terapéutica, verdad. La transferencia y la contra-transferencia también pueden ser factores que influyen grandemente en la Alianza Terapéutica.»

Código: 24

«Tomar en cuenta todas las situaciones que puedan estar influyendo en la angustia del paciente, hablando de conocimiento, cultura, afecto.»

Código: 02

«Pues lo primero es la personalidad del paciente, ¿no? Depende de su grado de narcisismo. Entre más narcisista, menos capacidad de Alianza; entre menos narcisista, más capacidad de Alianza. Y en segundo, la personalidad del terapeuta. Entre más afectivo es, más fuerte la Alianza Terapéutica y entre menos afectivo es el terapeuta y con menos capacidad de comunicarle el interés al paciente, menos Alianza Terapéutica.»

Código: 04

«Pues, la disposición del paciente, incluso la condición clínica del paciente influye. Esas son condiciones que dependen del paciente, algunas inherentes como la edad misma, las experiencias. Por parte del terapeuta también sus habilidades de establecer empatía, de manejar el rapport, su disposición, sobre todo el corte humanista, y la profesionalidad en el uso de sus técnicas.»

Código: 09

«Si vemos del lado del terapeuta, pues obviamente su orientación creo que sería importante, verdad, es diferente un terapeuta cognitivo a un terapeuta psicoanalítico o conductual. Desde el punto de vista del paciente, incide mucho su personalidad, incide mucho la motivación que él pueda tener para llegar a la clínica, incide mucho la patología que tenga, verdad, si es un esquizofrénico, por ejemplo, tiene muy poca empatía para poder hacer una buena alianza con él, mientras que los pacientes deprimidos o ansiosos tienen generalmente una buena Alianza para hacerlo.»

Código: 13

«Yo creo que en primer lugar la actitud del terapeuta, es decir, la forma cómo uno maneje las susceptibilidades, las creencias del paciente, el respeto al paciente. Y desde el otro lado, tal vez, obviamente es necesario que el paciente tenga un motivo o un móvil que lo traiga a la consulta, es decir, la existencia de un problema y el deseo de darle solución.»

Código: 14

«La patología, el motivo de consulta de la persona que llega, la personalidad del médico, psicólogo o terapeuta, el encuadre inicial que se dé, que se establezcan las reglas importantes.»

Código: 16

«Yo pienso que el principal factor es el terapeuta. En segundo lugar influye la edad, los pacientes jóvenes y las mujeres hacen más Alianza Terapéutica. Influye también el tipo de problema básico que tienen, los

*problemas de personalidad y de depresión se prenden más a la Psicoterapia. Un factor de vinculación es la cierta actividad y cierta provocación de exploración, de auto-exploración que el terapeuta logra provocar en el que consulta.»*

### **3.- Explique el rol del terapeuta y el del consultante (cliente, paciente) en la Alianza Terapéutica.**

Código: 01

*«Como te decía, el rol del terapeuta creo que es fundamental. Si hay alguien llamado a saber que es lo que tiene que hacer en la relación, es el terapeuta. Entonces en ese sentido va toda la formación que tenga y ahí sí sobre todo la parte humanística de la formación, no tanto de técnica, verdad, humanística. Y el rol del paciente o cliente es ser quien es, llegar y comportarse en cumplir cuestiones básicas, te diría yo, parte de lo que fomenta la alianza es, por ejemplo, la asistencia y la constancia, que uno lo deja de lado por ser técnico, pero no es técnico, eso refleja mucho básicamente de la parte que tiene que ver con el sujeto, que no es el terapeuta en dicha Alianza. Verdad, yo sí siempre, incluso cuando lo enseñaba, tendía a recalcar mucho lo importante que es uno como terapeuta en aportar dentro del rol, desde lo que es la Alianza, el rol de uno como terapeuta. Si me permites decirlo, parte de eso se aprende yendo a terapia, antes de, es sabiendo que es estar del otro lado y experimentando el poder decir: “esto es una Alianza”.»*

Código: 05

*«Bueno, para mí, dentro de la Alianza, como decía, el experto es el cliente porque él es quien lleva toda la información de la vida, ayudando al cliente a descubrir toda su situación de vida y cómo le está afectando en este momento, cómo él mismo va ir encontrando las soluciones, las respuestas a las dudas que él tiene, pero como digo, el experto es el cliente, entonces, de alguna forma, el hacerlo ver y sentir que él puede tener la solución, se siente de alguna forma más empoderado, de esa forma se siente como a gusto de ver que puede encontrar las soluciones, porque en algún momento, ya cuando se termina la terapia se encuentra con otras situaciones de vida que tal vez van a ser difíciles pero ya va a saber que es capaz de poderlas resolver y no desde un punto de vista tal vez como médico, donde se ve sólo la sintomatología. La función del terapeuta es acompañar al cliente.»*

Código: 06

*«Pues yo creo que un poquito de lo que estábamos hablando, verdad, de las relaciones asimétricas, que la asimetría que se da es entre quien tiene el expertaje y el otro que busca la ayuda. Siempre es como un lazo que se busca establecer, como un nexo. Alguien que necesita algo, que demanda algo de la otra persona, que de alguna manera es ayuda, experiencia, expertaje, la ciencia, eso, y que ambos tienen que estar en disponibilidad de establecer el vínculo. Es importante que el consultante pueda ver al terapeuta como otro ser humano, aunque eso depende mucho del estilo del terapeuta y de su modelo teórico, pero sí, que el cliente pueda ver al otro como un ser humano, porque en la medida en que lo pueda ver como un ser humano va poder saber que esa ayuda va a ser también eficaz para él, porque si ve una persona o algo que no es tangible o que no es real, eso puede no permitirle el establecimiento de una Alianza, porque no se cree que la persona pueda ser capaz de resolver lo que está buscando.»*

Código: 07

*«El rol del terapeuta en la Alianza Terapéutica, como le decía, la aceptación incondicional, el respeto al cliente, el tener una escucha interesada e incondicional, el ser empático con la problemática del paciente, no permitir la interferencia ni la contaminación de juicios de valor, el ser respetuoso con el tiempo, poder explicarle claramente cuál es el rol que yo estoy jugando y lo que se espera de él, yo creo que es importante para la formación de la alianza terapéutica. Y el rol del paciente, verdad, el compromiso a la terapia, el compromiso en el autodescubrimiento, el poder hablar de su problemática, el poder expresarse libremente, el cumplir con los horarios, el respeto del terapeuta también y la aceptación del contrato terapéutico, en fin, todo eso va a favorecer la Alianza Terapéutica. El rol del terapeuta es crear un clima de confianza y aceptación, donde el paciente se sienta respetado, aceptado, donde pueda hablar. El terapeuta es un acompañante. El paciente es la persona que solicita ayuda de un profesional, que experimenta vulnerabilidad y se acerca esperando encontrar un consejo: “¿Qué hago?”, aunque al final él sea quien tome sus propias decisiones.»*

Código: 19

«Bueno, básicamente existe un principio de sinceridad, de respeto, de confianza y de mutuo compromiso de parte de ambos. El terapeuta va guiando la evolución del tratamiento, ir planteando prioridades con el consenso del cliente, quien asume también una posición de compromiso, más o menos arraigado, según las circunstancias y que se debe de estar revisando frecuentemente para que sea productivo este proceso terapéutico.»

Código: 21

«El terapeuta para mi debe verse como un acompañante, en ningún momento asumiendo responsabilidad por la persona con quien está trabajando y la persona debe estar dispuesta a asumir la responsabilidad por su propia vida y no pedirle al terapeuta que ella resuelva sus problemas.»

Código: 08

«Otra vez, verdad, de parte del terapeuta, pues la escucha, la imparcialidad, la neutralidad, eh, la capacidad de lograr este desarrollo de confianza hacia él o ella, eh, el no prejuicio, la no crítica, la escucha creo que ya lo mencioné, que es muy importante, eh. Desde la perspectiva analítica es muy parecida la forma de escucha a lo que sería el Psicoanálisis clásico, la atención que uno presta al paciente y de parte del paciente el, otra vez, comprometerse consigo mismo, la constancia en, no puedo decir evitar, pero sí el saber su resistencia, conocer su resistencia a la misma Alianza, verdad, porque hay resistencia a esta Alianza, la responsabilidad que tiene para consigo mismo, verdad y además, creo que es un factor bastante importante, el resultado que va habiendo conforme van pasando las sesiones.»

Código: 10

«Bueno, el terapeuta es quien facilita, es como un facilitador de esta relación. Es a través de su calidez, de su profesionalismo, de su apertura, de su disposición al trabajo terapéutico que se logra buena parte de esto, y lo del cliente también en función del grado en que confía en la capacidad y la responsabilidad de su terapeuta, pero también el grado que percibe la calidez del mismo. Depende mucho también de la modalidad terapéutica, porque muchas veces, yo creo que depende también del grado en que el terapeuta perciba la necesidad del paciente. Por ejemplo, hay pacientes que requieren de un terapeuta muy activo y esperan eso, hay pacientes que esperan un terapeuta que sea más una escucha, alguien que sepa escuchar, hay pacientes que esperan que el terapeuta les ayude y les proporcione soluciones y hay otros que esperan únicamente que sea una guía y hay pacientes que esperan que el terapeuta simplemente sepa escuchar. Por ejemplo, yo tengo un paciente que tiene muchos años de venir conmigo y él viene realmente porque es una persona muy inteligente que no tiene con quien hablar, viene a contarme sus cosas, inicialmente le ayudé con algunos problemas serios que tenía, pero esos los resolvió en el primer año de terapia, y a él le gusta venir y hablar, y habla sus cosas y cuenta sus historias que su esposa considera aburridas, que sus amigos no escuchan y entonces tiene un terapeuta que lo escucha y eso es lo que él quiere, lo que él necesita. Yo creo que la Alianza se va a dar en gran medida en función del grado en que el terapeuta perciba qué es lo que el cliente necesita y quiere de él.»

Código: 11

«Pues ahí, yo creo que a veces depende, porque hay pacientes que llegan por primera vez, y el rol de ellos es muy distinto al rol de aquellos que consultan en una repetida ocasión, porque de hecho es evidente el progreso que alguien ha tenido, que trae un proceso previo. Y el rol del paciente muchas veces es: busca ayuda, tal vez busca ayuda de una manera poco conciente porque quiere depositar muchas de sus necesidades en manos del terapeuta, pero como bien habla el Psicoanálisis, el terapeuta no lo rechaza pero tampoco lo acepta, simplemente escucha, verdad. Y el rol del terapeuta pues sí tal vez es más objetivo, es más analítico, está mucho más informado y tiene una mayor facilidad para manejar y casi se podría pensar en manipular, en verdad no hay una manipulación, sino que la autenticidad, de la que al principio hablábamos, es la que permite desarrollar ese vínculo, hay mucha conciencia de parte del terapeuta, en que esa Alianza Terapéutica y ese establecimiento del vínculo es necesario, es importante y a la larga es lo que mantiene al paciente en la terapia.»

Código: 17

«Lo que hace el terapeuta es que agarra su yo analítico y usa las intervenciones que hace el paciente o las comunicaciones del paciente, el yo analítico del terapeuta tal vez le explica al paciente ciertas situaciones, analiza las construcciones del paciente, creo que también le da trabajo un poco esto del sentido de juicio de realidad, si es necesario. En el paciente, ahí sería, pues el yo razonablemente sano y cooperador del paciente, también poder establecer una relación terapéutica, por eso es que los trastornos narcisistas no funcionan ahí, la motivación que tiene el paciente para trabajar, porque aquí lo que pasa es que la Alianza terapéutica es tan importante, es el mismo concepto que neurosis de transferencia, en ese sentido.»

Código: 20

«El rol del acompañante o terapeuta yo creo que es estar como atento a lo que la otra persona necesita o sea acoger al cliente tal como viene, con su dolor, con sus miedos, con su ambivalencia ante la vida muchas veces. Y el rol del consultante en la Alianza Terapéutica es querer ser estimado, ser escuchado, ser querido y poder transformar su vida. »

Código: 22

«Como decía al principio, voy a seguir utilizando la metáfora de la danza, porque tanto el cliente como el terapeuta van a participar en la danza. Vamos a llamar danza a todo el proceso terapéutico y a través de esta metáfora voy a utilizar todo lo que está implicado en el desarrollo de una danza. Por ejemplo, no puede haber contacto sin terapeuta o sin cliente, entonces, de hecho, el papel tanto del terapeuta como del cliente en una danza es indispensable, verdad, no puede darse una alianza si no hay uno de estos dos componentes. Segundo, el terapeuta actúa como un observador. El cliente va a ser visto, de manera como nos reunimos para bailar un tango, por así decirlo en este momento, que es lo más conocido, o un vals, el hecho de que voy a ser visto por el terapeuta, eso ya es un aspecto importantísimo y determinante en el desarrollo del proceso. Por otro lado, el contribuir a que el paciente, a través de la danza, a través del proceso terapéutico, gane o vea desde una forma distinta y adquiera el gozo por la vida, eso también lo participa la presencia del terapeuta, tanto del terapeuta como del paciente. El dar espacio a la introspección es algo que el paciente va a encontrar, con la contribución del terapeuta también, si el terapeuta logra crear un ambiente propicio, donde se desarrolle la confianza y sobre todo se sienta seguro, pues obviamente el proceso va a ser beneficioso para el paciente también. En fin, todo esto nos indica que, tan importante es la participación del terapeuta, como la participación del paciente y de esta manera, como lo estoy recalcando, utilizando la metáfora de la danza, adquiere énfasis el aspecto activo de esta modalidad terapéutica, que no se limita el terapeuta a escuchar a alguien que llega al consultorio, se sienta y comienza a hablar de sus problemas o de sus necesidades, sino que en esta modalidad, la participación del terapeuta invita tanto a las palabras como a aspectos que van más allá de las palabras, como todo lo simbolizado a través del movimiento corporal y a través del cual, juntos, dándose el caso de una relación de dos o en un grupo, pues se va a notar y se va a enriquecer la participación de todos los componentes.»

Código: 03

«El terapeuta es el facilitador, es un acompañante, es una persona que ayuda a abrirle los ojos al paciente con los propios recursos del paciente. El paciente mismo, a su vez, tiene que ser un constructor mismo, que de alguna manera debe de encontrar sus propias soluciones para el beneficio de la construcción de su propio proceso de re-aprendizaje.»

Código: 12

«El terapeuta tiene el rol de iniciar esta alianza, al recibir al paciente de la forma adecuada y que se logre una buena Alianza Terapéutica. En cuanto al consultante, éste tiene que tener la disposición al buscar la ayuda.»

Código: 15

«Bueno, de parte del terapeuta, lo que yo le señalé antes, me refería a eso, la confidencialidad, la ética y la constancia, digamos, el cumplimiento de citas, de horarios de atención, y la intervención apropiada a la necesidad del paciente, lo que el paciente requiere para su recuperación emocional. Y de parte del paciente, lo que favorece la Alianza es la honestidad del paciente, el grado de percepción que tenga el paciente de que se puede beneficiar de la intervención, en la medida en que está consciente de que se

*puede beneficiar va ser mejor. La expectativa del paciente sobre la calidad profesional, digamos, generalmente los pacientes viene referidos por alguien más que les recomendó venir acá, entonces esa expectativa de la calidad profesional favorece mucho la Alianza. El deseo de efectuar un cambio.»*

Código: 18

*«Pues, bueno, ya le había hablado un poquito con anterioridad, yo pienso que es un rol dinámico, que la Alianza Terapéutica, si bien es cierto, un paciente se acerca a un terapeuta con la finalidad de buscar la “cura” (entre comillas, verdad) de su situación, realmente no puede haber una “cura” unilateral, sino que se combinan los factores de crecimiento, tanto del terapeuta como del paciente y al mismo tiempo, que crece el paciente, también va creciendo el terapeuta, es algo así como la relación que se da entre profesor-maestro y alumno, no es que el alumno únicamente aprenda de su maestro sino que el maestro también aprende de sus alumnos, en este caso, nosotros los terapeutas también aprendemos mucho de vivencias de vida, aprendemos mucho también a ser más empáticos, a que nos suene más la realidad de otras personas, porque a veces hay historias o hay situaciones que uno puede plantear como muy superfluas de parte del paciente, pero el dolor de cada quien es el dolor de cada quien y probablemente en la Alianza Terapéutica si uno viene y trata de minimizar las cosas diciendo: “mire, sí es cierto, lo que usted está pasando no es nada fácil pero mire los pobres de Somalia...”, no, sino que yo pienso que hay que tratar de construir una objetividad dentro de esta Alianza, una objetividad para la comprensión de la realidad y una objetividad en la cual yo llegue a ser importante para el paciente, pero también el paciente llegue a ser una figura importante en mi vida. Yo pienso que lo que está enfermando es que estamos con pérdidas de vínculos a nivel social y mucho de la enfermedad que existe a nivel social es precisamente la pérdida de vínculos, hablábamos precisamente con el Dr. [...] “¿quién es qué de quién? O qué me importa el vecino”, no hay vínculos, la gente no quiere vincularse, la gente se está aislando, creo que es parte de la patología social, no una patología intrínseca personal, entonces yo creo que lo que le pertenece al terapeuta el reconocer esa realidad, que es una realidad en función del contexto en que se vive y no sólo a nivel Guatemala, sino a nivel de otros países y tratar de trabajar con esa realidad de tal manera que la persona llegue a sentirse más integrada a través del establecimiento de lazos, de unión, de convivencia, como dice el zorro al principito “yo ya no voy a ser un terapeuta entre miles, sino que voy a ser alguien especial para mi paciente”, entonces eso corresponde a mí también, mi trabajo, porque yo sé que mucho del problema que va a traer mi paciente es la dificultad de establecer vínculos, entonces la conformación de la Alianza Terapéutica yo creo que es el arte del terapeuta, no es el paciente, no tenemos que venir y poner al paciente, pues él o ella tendrán una forma de interactuar, algunos aceptarán, yo lo que he visto, por ejemplo, dentro de la alianza terapéutica, trato de establecer vínculos horizontales con mis pacientes, y vivimos en una cultura donde no hay vínculos horizontales, es decir yo estoy tratando de cambiar un poco la situación y a mucha gente le asustan los cambios y le asusta encontrarse un terapeuta que le dice: “mire, usted me puede cuestionar, lo que yo diga no es necesariamente verdad o amén, sino que al contrario, aquí estamos para aprender los dos, si hay algo que no le gusta, por favor dígame, es parte de su tratamiento, probablemente allá afuera no lo va a poder hacer pero aquí sí” y a veces me resulta o les resulta a los pacientes un poco amenazador, pero cada quien tiene su estilo y pues, hay un paciente para cada terapeuta y un terapeuta para cada paciente. Un niño me decía el fin de semana pasado: -“mirá y ¿qué pensás de lo que hicimos?” -“me siento ofendido”, dice (porque hicimos un rol play), “siento que te burlaste de mí” -“ah, pero yo podría sentirme también burlada de ti pues, porque tú estabas interpretando mi rol y tú estabas tratando de actuar como yo actué, entonces valdría la pena analizar si es que yo tenía la premeditación de hacer esto o...”, pero me encantó, porque yo pienso que eso fue un avance el que el patojo haya podido venir y decirme “mirá, me siento ofendido contigo”, y es un niño de 14-15 años, “se siente ofendido conmigo”, y esto yo creo que no se da muy frecuentemente en terapia, pues yo como terapeuta he estado también con muchos otros terapeutas y siento que muchos de los terapeutas sienten que creen tener las respuestas en las manos y ni siquiera dejan al paciente exponer su punto de vista.»*

Código: 23

*«Bueno, el terapeuta es el facilitador de un proceso de crecimiento personal o de diagnóstico y terapia. Y el consultante va a ser la persona que va a abrirse y a ser la persona que necesita ser ayudado y quiere ser ayudado y por lo tanto va poder verbalizar todas sus emociones y sentimientos, sin ocultar información, para poder establecer un tratamiento verdadero y coherente.»*

Código: 24

«Tiene que haber básico entre ambos autenticidad, ser auténtico. Poco confrontativo de parte del terapeuta y deseo de cambio de parte del paciente.»

Código: 02

«El rol del terapeuta es ofrecerle al paciente una esperanza y atención empática a la persona. El rol del paciente es tener la humildad y la confianza de entregarse.»

Código: 04

«Pues el terapeuta es el que propone condiciones de acogida, tiene que crear un ambiente de receptividad y también de profesionalismo, donde el consultante se pueda sentir bienvenido, invitado, respetado y además respaldado. El consultante, idealmente tendría que estar, no sólo en la necesidad de recibir la ayuda, porque eso es la condición para que consulte, sino que también en la disposición de permitir que se le ayude, porque muchas veces el que viene, viene con reservas, con temores, incluso con experiencias negativas, tanto terapéuticas como históricas, y eso limita su facilidad de confiar. El proceso depende de él pero también depende del manejo del terapeuta, de cómo pueda descifrar esos códigos.»

Código: 09

«El rol del terapeuta: yo creo que todo terapeuta debe siempre creer que su paciente va a mejorar; en el momento que uno cree que el paciente no va a mejorar y uno simplemente lo está entreteniéndolo y no tiene idea de cómo mejorarlo, creo que eso incide totalmente en la Alianza que pueda establecer con el paciente. Y lo segundo es la empatía que el terapeuta tenga, si logra ponerse en sintonía con las emociones, la situación o el sufrimiento que el paciente pueda tener acerca de lo que está pasando. Acerca del paciente, nuevamente tendría que influir la motivación, el grado de enfermedad que tenga y pues también podrían influir a veces factores externos, como el boicot de la familia u otras cosas, que a veces a la familia no le gusta que sea más independiente o que esté mejor, su personalidad obviamente también influye.»

Código: 13

«El terapeuta tiene que tener un rol mucho más activo, donde es muy importante la actitud que asuma ante el paciente. Desde este punto de vista, el terapeuta tiene que tomar en cuenta los sentimientos, las emociones, las creencias, los valores de su paciente, tener o desarrollar la capacidad de poder ver las cosas como él las mira, como decían en escuela “ponerse en los zapatos de su paciente”. Creo que también es muy importante por parte del terapeuta la humildad, la franqueza o la honestidad hacia el paciente, no pretender ser o impresionarlo, ni irse muy arriba ni irse tampoco muy abajo, sino que ser uno mismo y el respeto hacia el paciente, a sus valores, a sus creencias, a todo esto. Por parte del paciente también tiene que haber una actitud, una actitud que refleje su necesidad de soluciones, que le lleve a adquirir un compromiso, a aceptar entablar una relación con una persona que no conoce, a la cual uno le va a ir a mostrar sus cosas buenas y sus cosas malas.»

Código: 14

«El rol del terapeuta es ser un espejo para el paciente, no es ser la persona que da consejos, sino en base a ese reflejo, que logre que el paciente se dé cuenta de sí mismo, de su problemática, convirtiéndose el terapeuta en un espejo. Es colocarse en el imaginario del paciente, colocarse en el lugar de él, hacerle saber que tú estás en el lugar del “sujeto supuesto a saber” y que las intervenciones tengan efecto para generar movimientos. Que el sujeto tenga una relación de ayuda con el médico y viceversa, porque es de dos vías. El rol del paciente es estar ahí voluntariamente, no de forma obligada, con el deseo no de curación, porque en Psicoterapia no se habla de curación, sino de transformación.»

Código: 16

«El rol del terapeuta es especialmente escucha activa con denotación de interés por parte del terapeuta hacia los problemas del paciente, pero al mismo tiempo una actividad de acompañamiento de procesos de comunicación y de diálogo que cuando son bloqueados por el paciente, muchas veces por la índole de sus problemas, el terapeuta los tiene que remodelar, remotivar para que se mantenga ese proceso de conversación exploratoria. El rol del paciente es especialmente, diría yo, se me viene como primer instancia, una solicitud de ayuda a veces difusa, pero conforme avanza la entrevista, en la mayor parte de

*casos, el paciente encuentra puntos dolorosos en los cuales se circunscribe y comienza a plantear dilemas, dudas y ansiedad, tratando de encontrar cómo ponerlos en circulación y al mismo tiempo cómo aliviarse.»*

#### **4.- ¿Cuál es la función de la Alianza Terapéutica?**

Código: 01

*«Por la forma en que lo definí, valdría decir que sin la Alianza Terapéutica se dificulta que haya trabajo terapéutico, así que la alianza es gran parte del trabajo. Si vemos situaciones que van a ser difíciles, obviamente cuando uno dice difícil es porque al paciente o cliente le va a costar que son los puntos, los meollos del asunto. Si no hay una buena Alianza Terapéutica, gran parte de la deserción es ese momento. Si hay una Alianza, es fundamental. Yo creería que sin eso no funciona. Incluso en el momento de crisis, uno oye cuestiones como: “Mire, llegué porque tenía que venir, porque era usted y tenía que venir”, porque si era por ellos no van, válgase la resistencia, se puede agarrar muy fuerte cuando hay una buena Alianza. Se puede sustentar, verdad.»*

Código: 05

*«La función de la Alianza es básica, porque si no hay una Alianza Terapéutica entonces el cliente no va a estar en la terapia, no va a permanecer en una terapia. La Alianza Terapéutica es la clave para que la persona pueda permanecer en una terapia y pueda sentirse a gusto en su proceso, dentro de su proceso.»*

Código: 06

*«Ya hecha una Alianza Terapéutica, que es ese vínculo que se ha hecho entre los dos, entre el cliente y el terapeuta, entonces la función que tiene esa Alianza Terapéutica es permitir que la otra persona pueda encontrarse, descubrir sus recursos y poder resolver esa demanda que está solicitando, en un espacio de libertad y que las intervenciones del proceso tengan una acción sanadora.»*

Código: 07

*«Bueno, yo creo que para el trabajo terapéutico y para el cambio terapéutico tiene que establecerse una Alianza entre el paciente y el terapeuta esencial. Si no se establece una Alianza Terapéutica, el trabajo terapéutico tiene muchas probabilidades de fracasar. Generalmente cuando el paciente no se siente que existe esa relación paciente-terapeuta fuerte, en la cual se siente confiado, se siente entendido y todo, tiende a abandonar la terapia o a ser infructuoso el trabajo terapéutico.»*

Código: 19

*«Yo creo que es la base, de alguna forma, que establece la buena relación o la dificultad de la relación, entre el terapeuta y el cliente.»*

Código: 21

*«Facilitar el proceso.»*

Código: 08

*«La función de la Alianza Terapéutica, yo la resumiría en hacer efectiva la Psicoterapia.»*

Código: 10

*«La Alianza Terapéutica tiene la función de compromiso. Sin Alianza, el terapeuta no puede hacer solo el trabajo terapéutico, necesita que el cliente esté comprometido, y el cliente necesita un terapeuta que lo entienda, que sepa que está con él, que cuenta con él, que va a colaborar en su proceso terapéutico.»*

Código: 11

*«Básicamente, diría yo, vincular al paciente al proceso. Sí, mantener vinculado, cuando esa Alianza se rompe, el paciente se va, y entonces el terapeuta no puede ayudarlo más, verdad. Vincularlo y mantenerlo en la terapia, básicamente.»*

Código: 17

«Ahí sería poder desarrollar el trabajo de análisis en el cual el terapeuta utiliza su yo razonable y se lo presta, por decirlo así, al paciente para poder pues resolver las situaciones transferenciales que se den o las resistencias, las transferencias que se den. Simplemente, poder desarrollar el tratamiento psicoanalítico.»

Código: 20

«La función de la Alianza Terapéutica es casi lo mismo que vimos en la primera pregunta, o sea el poder hacer que dos personas puedan entenderse uno al otro para poder caminar ante las dificultades que el cliente presenta.»

Código: 22

«La función es propiciar el desarrollo del individuo o los individuos. Si no hay Alianza Terapéutica no hay un contacto, no hay un vínculo terapéutico que propicie los cambios que se buscan.»

Código: 03

«La función de la Alianza Terapéutica, en determinado momento, es el estar dentro de un proceso de acompañamiento donde el paciente no se siente solo. Sin embargo no quiere decir por ello que, como decía anteriormente, que el terapeuta le dé un consentimiento, le aplauda muchas cosas, sino que exista una relación positiva, benéfica y que sienta ese arropaje como dije anteriormente para poder seguir en ese proceso, pero de una manera positiva, de una manera sana y que le ayude a construir parte del propio proceso que el paciente debe de construir.»

Código: 12

«La Alianza Terapéutica favorece a que el proceso de psicoterapia se lleve a cabo de una forma adecuada y se logren los propósitos de la misma. Favorece este proceso de “la cura del alma a través del alma”.»

Código: 15

«Permitir que se lleve a cabo el proceso de terapia y que el paciente pueda superar o salir adelante de las dificultades que se encuentran en el camino del proceso terapéutico, por ejemplo experiencias dentro de la terapia que resulten dolorosas o frustrantes, superar las resistencias, el tolerar una intervención que pueda ser muy impactante y que el paciente no se retire de la terapia ante una experiencia que pueda ser dolorosamente significativa y que sea necesaria, y que a pesar de eso continúe su proceso, algo así como que el paciente “aguante”.»

Código: 18

«Pues a través de la Alianza Terapéutica puede uno ir tratando de trabajar cosas más profundas, porque si no yo tengo una Alianza con alguien, todo lo que venga en función de la reestructuración de la vida, la reestructuración inclusive de evaluar los problemas, de evaluar los rasgos de personalidad, el paciente no me lo va a topar, no me va a topar nada si no existe eso. Eso por un lado y por otro lado estamos proveyendo algo que probablemente no se está dando en la sociedad, que era lo que yo le decía, no hay vínculos, entonces estamos trabajando en el fortalecimiento de vínculos, ante todo es una necesidad humana, entonces, per se tiene una función, por sí misma tiene una función, como necesidad humana, todos los seres humanos necesitamos vincularnos a otros seres humanos. En la Alianza Terapéutica eso ocurre y por otro lado, yo pienso que si no existe la Alianza Terapéutica, los siguientes pasos a trabajar dentro del proceso de terapia no se van a poder establecer.»

Código: 23

«Establecer un trabajo de Psicoterapia, independientemente de la tendencia o escuela que pueda establecerse.»

Código: 24

«El enganche que facilita todo el proceso posterior. Tal vez podría decir que lo elemental es la Alianza, es fundamental.»

Código: 02

«Pues la función de la Alianza Terapéutica es hacer posible el tratamiento de una manera eficaz.»

Código: 04

«Eso es mi impresión personal: es el vehículo a través del cual se verifica todo el proceso terapéutico. Todo lo demás son las técnicas y las herramientas, pero la Alianza Terapéutica es eso.»

Código: 09

«Es establecer un marco en el cual se pueda trabajar, verdad, si no se establece una relación terapéutica o una Alianza, no podríamos trabajar con él, no podríamos darle una secuencia a lo que está pasando, no podríamos cuestionar al paciente; el paciente tampoco estaría interesado en llegar con alguien que no le interesa lo que le está pasando a él, verdad. Es como el marco en que se da el proceso, es tan necesario como tener dos sillas o dos sillones para sentarse o es tan necesario como poder que esté la otra persona. Si no hay una Alianza en lo que estamos haciendo, verdad, del terapeuta al paciente, pues no va a poder establecerse el proceso. Es sumamente importante.»

Código: 13

«Yo creo que la función propiamente dicha es ayudar, o mejor dicho, es necesaria para que el paciente tenga un buen apego al tratamiento, que el paciente acepte el tratamiento, sobre todo con los medicamentos que producen a veces efectos secundarios, síntomas que pueden resultar molestos, y si no existe la Alianza el paciente no tiene un buen apego, boicotea el mismo su tratamiento y no lo continua.»

Código: 14

«Es la base de todo proceso psicoterapéutico para que la Psicoterapia no esté condenada al fracaso, para se mantenga.»

Código: 16

«De parte del terapeuta es hacerse perceptible como una persona interesada en entender, acompañar y apoyar procesos donde la otra persona ha venido sufriendo o padeciendo algunas dolencias o perturbaciones.»

## **5.- ¿Qué acciones intencionales del terapeuta son culturalmente apropiadas para favorecer la Alianza Terapéutica?**

Código: 01

«Intencionales quiere decir que están bajo el dominio de uno como terapeuta, verdad, eh. Me voy a volver algo romántica, pero creo que es esa aceptación incondicional, sí, esa debe ser la intención de uno, aceptar la persona porque es persona. Válgase entonces, como me leíste lo anterior, habrá situaciones en que el terapeuta se siente incómodo. Voy a poner un ejemplo, algo que he visto a lo largo del trabajo terapéutico de supervisión es, la incomodidad de la gente, por ejemplo, con problema de género, con la homosexualidad y en honor a la verdad uno debería decir “hasta aquí llegué” y referir el caso. Bueno, si es cierto la intención no estuvo puesta, pero al menos la honestidad sí. Y si no vamos a partir de ahí, no va a haber forma de trabajar el problema del sujeto, que rara vez es la homosexualidad, sí, pero creo que la intención está puesta en tomar a la persona como es y si no, en ser claros y sinceros y decir que esto no lo puedo manejar.»

Código: 05

«El no juzgar, el no emitir juicios. La escucha al diálogo con el cliente. No asumir. No interpretar. No pensar en el cliente como en un diagnóstico solo, sino que hay toda una experiencia de vida que uno tiene que entender desde el punto de vista del cliente para poder acompañarlo desde su multiculturalidad. Cada uno somos multiculturales, tenemos una cultura diferente, venimos de culturas y costumbres diferentes, entonces desde ahí tenemos que entender al cliente.»

Código: 06

«Me encanta la metáfora del “tazón vacío”, [...] decía que uno tenía que presentarse al otro con un “tazón vacío” y para mí es entendible como: fuera de estereotipos, como no marcar al otro con algo, porque en algunos casos, puede suceder, por ejemplo llega a la clínica alguien referido, a mí me pasa mucho, me lo manda la psiquiatra y entonces, si uno usa ese marco referencial para poner un estereotipo, para poner cosas intermedias, uno no le permite al otro ser y no le permite que pueda encontrarse. Uno mismo va poniendo barreras, entonces es importante que uno tenga esa actitud de recibir lo que viene del otro como venga.»

Código: 07

«Bueno, yo creo que dentro de la función del terapeuta, tiene que estar familiarizado con lo que tiene que ver con la cultura del paciente al cual va a atender, tiene que ver muchísimo la edad, la raza, el idioma, el lugar donde vive el paciente y ser muy respetuoso de todos los valores, costumbres, formas folklore incluso del cliente, manejándolas muy objetivamente, sin entrar en contradicción con todas las costumbres y valores que tenga el paciente, porque si el paciente no se siente entendido dentro de su contexto cultural y emocional, no se puede establecer una Alianza Terapéutica adecuada para el proceso terapéutico. Yo creo que es esencial el que el terapeuta tenga una visión amplia y flexible respecto a esto, y muy objetiva que no permita que se contamine la terapia por ese tipo de situaciones que pueden hacer que haya conflicto, porque incluso dentro de nuestro medio en que vivimos, el nivel socioeconómico tiene mucho que ver, el lugar donde viven las personas, el tipo de trabajo que realizan, en fin, todo ese tipo de cosas hacen cambios sustanciales de un paciente a otro, y creo que el terapeuta debe estar preparado para manejar ese tipo de situaciones.»

Código: 19

«Por ejemplo, saber confirmar a su paciente, cuando digo confirmar me estoy refiriendo al compromiso de las citas, la puntualidad, la frecuencia; saber establecer los límites, mantener siempre una actitud de respeto hacia la persona, no descalificar en ningún momento sus expresiones, su situación, porque puedes incluso, como persona, no estar de acuerdo con algo, pero eso no quiere decir que vayas a descalificar al paciente como persona por alguna situación que se dé durante el proceso.»

Código: 21

«Yo diría que el cobro, porque esto diferencia la relación de una amistad.»

Código: 08

«Eh, si lo podemos considerar acciones, verdad, porque esa es la palabra que a mí me parece un poco extraña en esta pregunta, porque más que todo es como los aspectos del terapeuta o ... Mirá, en el juego de la transferencia, eh, se dan muchos, desde el punto de vista analítico hay muchas, acciones, como tú dices, que son válidas para el establecimiento de la Alianza Terapéutica, como le llamas, o de la transferencia. En un principio, pues, uno ser puntual, uno estar comprometido también con el individuo, verdad, en este caso con psicología individual, o con la pareja, como sea, la atención debida al mismo paciente, pero, además de esa puntualidad, también hay como ciertas acciones que están permitidas en el juego de la transferencia, como es por ejemplo, eh, y dependiendo del caso también, y teniendo un previo conocimiento, habiendo obtenido unas sesiones de conocimiento de la persona, el terminar antes una sesión, el hacer pasar a la persona un poco más tarde de lo acordado, pero como te digo, todo esto va a depender del individuo mismo, de cómo uno va entendiendo cómo promover más rápido esta Alianza. Y aquí es donde entran en juego todo lo que es la transferencia positiva, la negativa, y ahí es donde uno juega, porque ambas, inclusive la ausencia de transferencia, son válidas en el proceso terapéutico. Entonces, ahora cuando tú me hablas de multiculturalidad pues, también creo que es muy propio el conocimiento mismo de los indicadores que serían, digamos, de género, o etnia, etc., etc., y creo que es muy propio de algunas escuelas, el mismo enfoque analítico, verdad, que se involucra mucho en lo cultural mitológico, simbólico, y todo esto agrada al paciente, cuando uno muestra un conocimiento acerca de sus diferentes dimensiones, lo que será, verdad.»

Código: 10

«Bueno, ¿intencionales?, porque le puedo decir un montón de “no intencionales”, por ejemplo es mucho más sencillo, es mucha más sencilla la Alianza si pertenecen a un mismo mundo cultural o social, por

*ejemplo a mí me cuesta, mucho a veces, trabajar con pacientes que vienen de un mundo sociocultural muy diferente al mío y que me da la impresión de que no estamos en el mismo tono y entonces mi impresión es que no me entienden lo suficiente, y entonces, digamos, hay un montón de estrategias terapéuticas derivadas de un montón de investigaciones, que permiten facilitar esto, como por ejemplo: asumir las mismas posturas que el cliente, utilizar el mismo lenguaje que él utiliza, referirse a los problemas de la misma manera, más o menos desarrollar un sistema de comunicación, de lenguaje, de postura y de relación que permita ese intercambio, yo creo que eso es lo que intencionalmente uno puede hacer.»*

Código: 11

*«Pues tal vez, mostrar aceptación, independientemente del padecimiento, siempre y cuando esa aceptación no sea un problema para el terapeuta, de lo contrario lo más sano será referirlo pues, verdad. Mostrar apertura a sus ideas, por muy equivocadas que al principio parezcan ser, porque el proceso de reivindicación de esas ideas cognitivas, digamos, o pensamientos o sentimientos o emociones, será cuestión un poco más de futuro.»*

Código: 17

*«Yo creo que, primero identificar ciertos elementos y comprender aspectos culturales del otro, por decirlo así, que permitan establecer esa Alianza o la Alianza de Trabajo que también le llaman. Ahí sería de entender de dónde procede, la educación que ha tenido, las diferencias por parte del terapeuta, creo que eso sería lo más adecuado para poder establecer esa alianza de trabajo, sin entrar en procesos transferenciales, simplemente que el otro sepa que cierta comprensión del trabajo que se tiene que hacer, porque no es un modelo totalmente ortodoxo, de que no se pueda hacer ciertas variaciones, siento yo.»*

Código: 20

*«Bueno, culturalmente, creo que no podríamos definir uno, más uno, más uno, sino que, culturalmente también, qué es lo que trae la persona para poder ver si yo como terapeuta puedo acompañar ese proceso y estar consciente de cuáles son esas necesidades culturales, más del cliente que del terapeuta.»*

Código: 22

*«Yo creo que, intencionalmente, habría que darse cuenta que en un espacio donde se encuentran individuos como que no hay... todos llegan a compartir la esencia de ser humanos, con las mismas necesidades, las mismas angustias, los mismos problemas, y es ahí en este encuentro en el que nos damos cuenta que tal vez, si hubiera algo que hacer intencionalmente, sería darnos más cuenta, o cada vez más cuenta, con mayor énfasis, que existen divisiones y clasificaciones que, a este nivel de encuentro, que sería un encuentro para mí, profundo, de gentes, de seres humanos que sienten, que buscan satisfacer sus necesidades de ser ellos mismos, pues no había mayor cosa que hacer, sino sólo darse cuenta cada vez más que hay un común denominador en todos.»*

Código: 03

*«Muchas veces, creo yo que estar, yo diría en una situación de un nivel, de un lenguaje al nivel del paciente, un lenguaje gestual también, en donde el paciente se sienta cómodo, que en ningún momento lleva a beneficiarle en nada, pero que sí se sienta como que con una buena transferencia. En ningún momento hacerlo sentir incómodo con su vestuario, para que el paciente se sienta cómodo.»*

Código: 12

- « a. escucha activa.*
- b. empatía.*
- c. buen manejo de transferencias y contratransferencias.*
- d. no tener prejuicios de nada y sobre nadie. »*

Código: 15

*«Por ejemplo, para mí es importante recordarle la cita al paciente, llamarlo para que venga a la cita e insistirle en su puntualidad, porque eso en Guatemala cuesta que se acostumbren, y cumplirlo, o sea uno manejar su tiempo lo más rigurosamente posible para que el paciente se sienta confiado de que si uno lo cita a una hora a esa hora lo van a atender, entonces yo creo que eso favorece mucho la Alianza. El tener cuidado con intimar con el paciente varón, para que en un afán de desarrollar una Alianza no interpreten*

*el interés del terapeuta como interés personal de tipo sentimental, porque digamos que se puede establecer una confusión en la relación terapéutica, como que en aras de la Alianza no hay que seducir al paciente en una connotación romántica o sentimental, entonces yo creo que en eso, culturalmente, hay que tener cuidado para no dar lugar a una atención de ese tipo. A mi modo de ver, también se tiene que respetar la intimidad, la vida personal del paciente para no interferir en su vida privada de una manera deliberada, porque Guatemala es muy chiquita, uno se puede encontrar con pacientes en diferentes momentos que uno sabe que pueden estar en ciertos grupos sociales o de referencia, y a mi modo de ver, yo creo que culturalmente es prudente guardar cierta distancia de la vida personal del paciente para que también ellos lo manejen de vuelta, verdad, ese respeto a la vida íntima. Yo sí creo que Guatemala es muy chiquita para el anonimato. El saludo, que debe ser muy discreto, nada demasiado efusivo para que el paciente no se sienta como demasiado invadido emocionalmente por uno.»*

Código: 18

*«Yo pienso que la neutralidad, en el sentido de no emitir juicios, de aceptar al paciente como es y aceptar la situación del paciente, no tratar de cambiar las cosas de la noche a la mañana sino que sólo venir, bueno: “sí, estás aquí conmigo, yo te acepto” y dar esa sensación al paciente, pienso yo que es importante, y dado el asunto del género, yo creo que sí hay situaciones diferentes porque si tenemos que trabajar con enfoque de género, a las mujeres las tenemos que ayudar a fortalecer dentro de esto, a que puedan ser más independientes, más autónomas y al hombre más empático, que es una gran diferencia, entonces, dentro de la Alianza Terapéutica, también nos puede ayudar a trabajar eso, de hecho si usted evalúa los programas que hay para violencia intrafamiliar, no están funcionando del todo, porque sólo están incluyendo a mujeres y supuestamente quieren fortalecer a las mujeres y dejan de un lado a los hombres, entonces si no vamos juntos jalando la misma carreta, la cosa no va a cambiar.»*

Código: 23

*«Bueno, en principio, cualquier terapeuta que sea ético va a respetar las creencias religiosas, va a respetar la etnia y va a respetar además las creencias, aunque no sean acordes a lo que el terapeuta piense, porque es importante basarse en el derecho que tiene la persona a ser diferente.»*

Código: 24

*«Importantísimo, básico, trabajar según el contexto del paciente, creo que es importante, verdad, es básico, no puede dejar de tomarse en cuenta.»*

Código: 02

*«Pues lo primero es el respeto, verdad, tratar a la persona de “usted” y hablarle en un lenguaje sencillo y comprensible.»*

Código: 04

*«Bueno, yo creo que el terapeuta debe ser profesional, es decir, tiene que ser hábil en manejar la posibilidad de reflejar una disposición hacia el paciente, que trascienda todas esas condiciones que implica la multiculturalidad, o sea que, por ejemplo, un paciente homosexual, se sienta bienvenido, que se pueda trabajar con él, un paciente indígena, un paciente adulto mayor, cualquiera, ya, es parte de la responsabilidad del terapeuta saber manifestar esa disposición.»*

Código: 09

*«Bueno, creo que en nuestro país, usualmente algunas personas prefieren algún terapeuta que sea del mismo sexo. Creo que es necesario tener una actitud totalmente abierta a cualquier cosa que el paciente pueda decir. El terapeuta debe tener una actitud siempre abierta y totalmente tolerante a lo que el paciente esté hablando, verdad, no significa eso que toleremos a veces ciertos insultos o agravios contra el terapeuta, verdad, pero sí por lo menos tolerar cualquier cosa que él pueda sentir o pensar, en un marco, porque la relación o la Alianza Terapéutica también tiene ciertas leyes, cierto marco donde se regula y el encargado de regularlo especialmente es el terapeuta, a veces el paciente no sabe que es lo que está permitido o no, por ejemplo a veces, no llegar ebrio o no fumar dentro de la terapia, eso podría ser un marco. Por ejemplo en nuestro país, a veces el ser tolerante a las creencias del paciente, ser tolerante a lo que él cree, lo que él piensa, lo que él siente. También tener en cuenta, a veces como hay mucho estigma, pues también tener en cuenta que el paciente es el único que tiene el derecho de que la demás gente sepa*

*que él va con nosotros, o que él está recibiendo algún tipo de tratamiento, la confidencialidad que el paciente pueda tener con nosotros. Obviamente si pensamos en un país donde es multicultural, pues creo que también tenemos que hablar de que, yo sí creo de que la Psicoterapia de debe hacer en el lenguaje materno del paciente, porque la traducción, aunque podría ayudar en muchos aspectos, para establecer una alianza el paciente debe sentir que verdaderamente se le entiende, y ese tipo de lenguaje no se hace siempre con palabras sino que a veces va un mensaje que no siempre es implícito, pero que el paciente entiende que a uno realmente le importa, que uno está pendiente de lo que le está pasando, por lo menos que uno sabe del sufrimiento que está teniendo, muchas palabras a veces son sencillas de traducir, pero no puede tener uno todo el contexto emocional de lo que el paciente está diciendo, creo que sí todo paciente debería tenerlo tanto en su idioma, como también el paciente tiene todo el derecho de escoger si quiere un terapeuta hombre o mujer.»*

Código: 13

*«Va a depender mucho del tipo de paciente con el que se esté interactuando. Usualmente, desde mi punto de vista, yo la gente que miro es más o menos toda del mismo nivel cultural, también económico. No soy de los que cobran más barato, pero tampoco más caro, entonces el tipo de gente que viene tiene más o menos el mismo estatus educativo, estatus económico o nivel cultural. Desde ese punto de vista, yo le podría decir que lo primero es hablarle al paciente con franqueza desde el momento en que uno inicia la relación con él, tener la honestidad de decirle y de no ocultarle información, explicarle qué puede y que no puede esperar del tratamiento. Y en todo este proceso, respetar las creencias y los valores de cada paciente, porque aquí me vienen a veces pacientes desde que creen en los OVNIS hasta en Jesucristo o que los valores son totalmente diferentes a los míos, y tengo que respetarlos.»*

Código: 14

*«Empatía tiene que existir, la escucha, el respeto, el interés por la persona, independientemente de por lo que llegue o lo que esté contando, la contención y el apoyo que pueda dar.»*

Código: 16

*«Yo pienso que lo más importante es cierta posibilidad de que el consultante, el que consulta con uno, pueda expresarse por sí mismo, pero el terapeuta debe provocarlo a que el propio paciente sea el que desarrolle y despliegue toda su problemática y le de rienda suelta a sus sentimientos.»*

## **6.- ¿Qué características personales del terapeuta favorecen o dificultan la Alianza Terapéutica tomando en cuenta las diferencias multiculturales entre consultante (cliente, paciente) y terapeuta?**

Código: 01

*«[...]Por ejemplo, cuestiones de apariencia física, muchas veces son una ventaja, otras veces son, sin que uno lo quiera ver así, son un: “usted no me va a comprender porque no es como yo”. Desde el punto de vista del rol del terapeuta, en la alianza uno lo puede manejar y muchas veces la otra parte no lo puede asimilar porque por supuesto, es parte del problema. Pero yo te diría que así como puede obrar a favor, puede obrar en contra. El punto es que uno siempre lo haga obrar a favor de la Alianza, no a favor de uno, a favor de la Alianza Terapéutica.»*

Código: 05

*«Querer imponer sus propias costumbres, del terapeuta sobre el cliente, el juzgar, el emitir juicios de valor, el decir cosas como calificativos o “No, eso no está bien, eso no se hace”. He escuchado mucho de algunas personas de cómo se han sentido, cuando se han sentido calificados, evaluados y uno los tiene que, a través de la Alianza, hacer sentir cómodos dentro de la terapia para que no se sientan de esa forma.»*

Código: 06

«Hay personas que tienen más facilidad para establecer vínculos con otras, como diríamos burdamente: “caen bien” y hay otras personas que podrían tener otra dificultad o no son tan rápidos para establecer vínculos. Además de eso, yo creo que de alguna manera uno tiene que tener esa facilidad de hacer el vínculo con el otro, además de eso, poder trabajar de tal manera que esa asimetría que existe a la hora de establecer el vínculo con el cliente, no se vuelva de una forma tan abismal que no se pueda establecer, porque la gente a veces puede establecer una alianza terapéutica a pesar de que el terapeuta tal vez está muy “encumbrado”, porque como él es el “experto”, “él es el que se sabe y yo no sé nada”. Es cierto que es importante que haya esa asimetría, pero que no sea tan desigual. Eso por un lado, y por otro lado que también hay cosas del terapeuta que tiene que trabajar en sí mismo, eso es importantísimo, que tenga su propio proceso y cuando haya cosas que sí efectivamente uno no puede, porque es muy difícil ser empático con esas situaciones, entonces uno definitivamente tiene que ser lo suficientemente humilde como para decir: esto no, no lo puedo lograr yo, y referir.»

Código: 07

«Bueno, yo creo que, como le decía, el terapeuta tiene que ser una persona muy objetiva, no dejar que sus valores y creencias interfieran en la relación terapéutica. Yo creo que cuando el terapeuta permite que sus valores y creencias interfieran en la terapia, por ejemplo, en su opinión en cuanto a la homosexualidad, al aborto, etc. y esto lo refleja en la terapia, afecta el proceso. Por eso es necesario que esté abierto, que sea respetuoso con los valores y creencias del cliente, que logre entender las circunstancias particulares, sin juzgar.»

Código: 19

«Yo lo voy a decir de una manera muy sencilla. Yo creo que se necesita un buen “click” entre el paciente y el terapeuta, pero hay que entender que cada persona tiene diferentes preferencias, actitudes, formas de expresión afectiva incluso, entonces si hay una buena comunicación inicial y durante el proceso, si hay una buena capacidad de escucha del terapeuta, eso va hacer que haya mucho a favor del proceso de la terapia. Preguntaste también qué lo dificulta: actitudes como de indiferencia, la no puntualidad, gestos o incluso hasta modismos verbales a los cuales el paciente puede ser susceptible y que también el terapeuta debe estar revisando constantemente si se mantienen dentro de la ética de la relación de tal manera que si son errores personales, corregirlos.»

Código: 21

«Esperar una conducta igual a la propia. Se lo voy a ejemplificar: a mí comúnmente me pasaba con el contacto visual, yo sé que en mi cultura mestiza el vernos a los ojos es un signo de confianza y de atención, en la cultura indígena, en especial las mujeres, no establecen contacto visual hasta que se haya mostrado que uno es digno de confianza. Entonces, si yo mantengo mis parámetros culturales, no voy a exigirle a la persona que transforme los propios.»

Código: 08

«Bueno, yo creo que eso que te estaba diciendo anteriormente entra más aquí, el conocimiento de la cultura, de las diferentes formas en que se puede manifestar una cultura, ya sea etnia, género, decir: saber los idiomas es pedir mucho, pero sí un conocimiento general, digamos, religiones inclusive, de las diferentes formas en que pueda... yo siempre he dicho que, y creo que caza en esta pregunta, siempre he dicho que sí es muy importante el previo conocimiento de sí mismo, del terapeuta, para ver en dónde están sus límites, en cuanto a todo esto que es multicultural. Si una persona se sabe que no es capaz de tratar con algún tipo de persona, saberlo, y no aceptarlo como paciente. Y todo esto creo que ayuda mucho en este establecimiento, porque el paciente percibe si hay tensión o no de parte del terapeuta ante un tema específico o ante una situación, como tú nombras ahí, multicultural, verdad, que estás poniendo religiones, género, etc., etc.»

Código: 10

«Bueno, yo creo que lo que puede dificultar más es si el terapeuta trata de traer al paciente a su propio mundo, en lugar de ser él quien se adapta al mundo del paciente, o bien cuando el terapeuta tiene un punto de vista teórico muy rígido, demasiado estructurado o muy limitado, que cuando el terapeuta trata de interpretar los problemas de acuerdo a su limitado punto de vista, como forzarlos a encajarlos dentro de

*su punto de vista. Pero creo que fundamentalmente, lo que más puede limitar es no entender, no lograr salir el terapeuta de su mundo para entrar en el mundo del cliente.»*

Código: 11

*«Creo que ahí, la importancia de una infancia saludable del terapeuta, no es determinante, pero sí es altamente influyente, el hecho de que el terapeuta haya tenido una infancia ... o tal vez una familia integrada no necesariamente, pero sí es algo influyente e ideal, y no sólo integrada sino funcional, más que nada, verdad. El hecho que no haya tenido conflictos serios en el desarrollo de su personalidad o dentro de los procesos de la crisis del establecimiento y crisis de identidad como la niñez, la adolescencia, inicio de la edad adulta. Todas esas experiencias saludables y antecedentes saludables, definitivamente predisponen positivamente a un terapeuta para que su trabajo sea más fácil y para poder vincularse mejor y de más eficiente manera con su paciente.»*

Código: 17

*«Mire, ahí lo que yo creo es que dicen que gran parte del tratamiento ya se da, esos los enfoques de Greenacker, Greenson, Sterba, Racker, Feneichel, gran parte de esos enfoques está en que la personalidad del terapeuta ayuda bastante en esto, eso es una cosa, y lo otro es la orientación terapéutica o la escuela del terapeuta, es decir, aunque el concepto es originalmente para Psicoanálisis, se tiene que establecer una Alianza de Trabajo, no importa la orientación que se tenga. Entonces, personalidad del terapeuta, sus características, sus conocimientos, su capacidad de empatía, conocimientos, orientación, el enfoque que tenga.»*

Código: 20

*«Yo creo que mucho es la formación también, la formación personal del terapeuta, su conciencia de realmente ser un terapeuta, su conciencia de creer que la persona puede cambiar. Puede ser alguna dificultad que el terapeuta no esté lo suficientemente entrenado para llevar este proceso, y también que muchas veces encontramos terapeutas que tienen muchas dificultades emocionales, las cuales se conectan con las dificultades del cliente.»*

Código: 22

*«Yo creo que es muy importante mencionar el propio proceso del terapeuta, a media que el propio terapeuta ha trabajado por su propio crecimiento y ha desarrollado conciencia de sí mismo y de dónde viene, de dónde está, cuáles son las necesidades culturales del entorno donde habita, creo que eso es fundamental para poder visualizar con las personas con las que trabaja sus necesidades.»*

Código: 03

*«Como le decía anteriormente, su vestimenta, ya que puede llegar a ser un tanto diferente a la del paciente. Como que buscar formas neutras, colores neutros, o en diferentes momentos, también recuerde, parte de la multiculturalidad, también estamos hablando situaciones en que el terapeuta, siendo mujer, si usa ropa muy escotada puede no favorecer. Entonces, buscar situaciones muy, muy neutras, que no comprometan a nadie, que favorezcan y que al contrario, neutralicen las situaciones.»*

Código: 12

*«Pueden favorecer que el terapeuta no sea prejuicioso, que sea realmente genuino con lo que hace; que sienta pasión por hacer lo que hace (en este caso la Psicoterapia).»*

Código: 15

*«Tal vez, en términos generales, un terapeuta demasiado efusivo podría ser incómodo para nuestra cultura, o alguien excesivamente tímido, digamos que en Guatemala es muy frecuente encontrar personas desconfiadas, entonces un terapeuta muy curioso, por conocer detalles en la entrevista, que puedan ser interpretados como un interés más allá del beneficio de la terapia y más por curiosidad del terapeuta, podría ser interpretado como una actitud demasiado invasiva a la privacidad.»*

Código: 18

*«Mire, yo he tenido la oportunidad de trabajar con gente extranjera, que me va mucho mejor que con los guatemaltecos, por mi personalidad, yo pensaría que si uno es muy directo aquí en Guatemala con la*

*gente, como que quiebra, rápidamente quiebra, yo ya he comprendido y me es muy difícil, porque yo soy “al pan, pan, vino, vino” y entonces me es muy difícil pero he ido aprendiendo a modular eso en el transcurso de mi vida, porque muchas personas se sienten como amenazadas o agredidas con mucha facilidad, su autoestima está muy baja, por ejemplo para mí, trabajar con europeos es de la cosa más deliciosa porque ellos son “al pan, pan, vino, vino”, ellos andan con un objetivo, se focaliza muy bien el asunto, aquí la gente no logra focalizar y uno tiene que aprender a tener más paciencia para oír y, por ejemplo, la cultura japonesa es otro rollo también, y los indígenas también, los indígenas, uno tiene que tener mucho cuidado de no herir susceptibilidades, sobre todo estar muy pendientes del tema racismo.»*

Código: 23

*«Bueno, las que favorecen son la tolerancia, el respeto, la ética. Y las que no la favorecen son los prejuicios, que la persona sea demasiado poco tolerante o que la terapia sea demasiado directiva, cargada de elementos ideológicos, de poder frente al paciente.»*

Código: 24

*«Que no exista rigidez por parte del terapeuta, tiene que ser flexible, con una visión amplia de lo que es la conducta del ser humano, bastante amplia, diría yo.»*

Código: 02

*«Yo creo que una de las características principales es la sencillez del terapeuta, su simpatía y su capacidad de expresar interés, comprensión y afecto.»*

Código: 04

*«Bueno, el terapeuta, como estamos hablando de profesional, y al decir profesional es alguien que sabe hacer su trabajo, debe estar consciente de sus habilidades y de sus limitaciones. Como ser humano tiene derecho de detener y tiene la obligación de conocer. Si estoy trabajando dentro de este campo, entonces el terapeuta debe conocer cuáles son sus límites, cuáles son sus prejuicios y cómo interfieren en la percepción que tiene hacia sus pacientes. Si él no está consciente de eso, van a interferir en contra de la Alianza Terapéutica. Si está conciente de eso, van a interferir de todos modos, pero dependiendo de cómo aprenda a manejarlos pueden ser incluso utilizados a favor de la Alianza Terapéutica, eso es algo que pasa. Entonces, sí creo que el terapeuta, sobre todo tiene que estar al tanto de sus capacidades y sus límites para poderlos proponer razonablemente al paciente. No es que se los vaya a evidenciar, porque los tiene que manejar personalmente para que el paciente se sienta en la comodidad de ser atendido. O que se le diga claramente: “mire, yo no puedo trabajar con este tipo de cosas”, que es válido, porque el terapeuta es un ser humano y tiene sus límites y en algún caso puede sentirse desbordado por la condición del paciente. Y a veces no tiene que ver con la multiculturalidad, sino que incluso puede tener que ver con el diagnóstico, con una patología con la que el terapeuta no está familiarizado o en una que no se considera tan hábil, puede resultar en un rechazo inconsciente del paciente. Si no sabe aceptar esas limitaciones lo va a proyectar, va a poner una distancia al paciente y eso no va a favorecer la Alianza Terapéutica. Tiene que ser profesional.»*

Código: 09

*«Desarrollar empatía, la experiencia del terapeuta, creo que sí es importante la experiencia. En muchos ambientes también es importante que el terapeuta entienda las connotaciones culturales que tienen algunos eventos que el paciente pueda tener. De repente el significado que pueda tener, por ejemplo, estar solo o tener un tipo de trabajo, que eso tiene una implicación cultural y que el terapeuta entienda esa connotación cultural. Si creo que la formación de un terapeuta debe ser, pues idealmente en el país donde va a laborar, para que pueda entender el aspecto cultural de muchas situaciones que el paciente va a llegar a consultar. No es lo mismo por ejemplo, el tratar aquí en nuestro país a, no sé, a alguien que consume marihuana en nuestro país, que tratarlo en Europa, la concepción que tienen es diferente; incluso la prostitución, la forma en que la ven, culturalmente es diferente, entonces eso también influye en cómo el paciente pueda mejorar. Incluso en nuestro país, de cómo lo vemos de aquí, algo como, de repente en muchos de nuestros pueblos a los 20 años si alguien no está casado pues puede significar un problema para el paciente, aunque nosotros, si no estamos en eso no vamos a entender exactamente lo que para el paciente significa el no estar casado a los 20-25 años, por poner cualquier ejemplo. Entonces sí creo que*

*muchos aspectos culturales van a incidir totalmente en que uno no pueda establecer la Alianza, porque el paciente no se va a sentir comprendido, en ese aspecto cultural, en su mundo eso es importante.»*

Código: 13

*«Tal vez pienso que una de las actitudes que podría en un momento dado interferir con la Alianza Terapéutica es que el médico asuma el papel de Dios, que todo lo sabe, que todo lo puede y que mira al paciente como subido en un pedestal, el paciente casi no puede preguntar, algo así como el Psicoanálisis, en que no puedo tocarlo, no puedo... y la interacción es muy limitada. Otro hecho que podría interferir es que en algún momento el médico no se muestre seguro, no se muestre dueño de sí, titubee, no tenga confianza en sí mismo. Pues lo contrario, pienso, ayuda a una mejor Alianza, es decir, el hecho que yo no sea frío no quiere decir que voy a ser extremadamente cálido, pero sí una actitud menos fría.»*

Código: 14

*«Respeto, va a favorecer la Alianza. Cuestiones como la puntualidad, la cordialidad. Hay terapeutas que tienden a ser más afectivos, dependiendo de la corriente y la personalidad. Tener una actitud de neutralidad, no hacer juicios. Lo contrario sería la impuntualidad. Pero hay que considerar la patología. También, no respetar los acuerdos de confidencialidad.»*

Código: 16

*«Yo diría que lo principal es una escucha receptiva, que la perciba el otro o la otra, una escucha perceptiva, actitud empática, especialmente perceptible por el otro en la actitud de receptividad del terapeuta. Yo siento que la receptividad del terapeuta, la apertura, cierto calor humano, son importantes, de todas maneras, inclusive en la persona culturalmente diversa.»*

## **7.- ¿Qué relación existe entre la experiencia profesional y la Alianza Terapéutica?**

Código: 01

*«Yo creo, como te dije al principio, que si no se da... o sea, tiene que ser algo... para mí es algo fundamental. No soy la única que tiene esta opinión. Creo que es algo que nace, que se da. Por supuesto que sí, la experiencia ayuda, y ¿en qué? En que uno se va volviendo más noble, más flexible, que uno tiene el contacto con lo que uno dijo que “ah, si yo recién puedo aceptar...” que se yo, “alguien que sea infiel”, por decirte algo, que es un problema bastante sencillo, pero entonces cuando tienen a alguien infiel se dan cuenta que no pueden soportar eso. Entonces, para eso sirve la experiencia, para reafirmar y para hacer más maleable y más flexible el corazón de uno, verdad, en abrirlo a los pacientes.»*

Código: 05

*«Es el instrumento de trabajo. Siempre he utilizado la Alianza, es parte del proceso, no sé que haría si no desarrollo una Alianza con otra persona, creo que sólo llegaría a la primera entrevista y ya no regresaría. Además de la actitud del terapeuta, la experiencia profesional ayuda a desarrollar cada vez más la Alianza Terapéutica.»*

Código: 06

*«Influye mucho la experiencia de la vida, no sólo la experiencia en el trabajo, pero también la experiencia del día a día y del cliente a cliente le va formando a uno como una mayor capacidad para poder establecer este tipo de vínculos y tener como más ojo para conocer los diferentes tipos de personas, verdad, porque puede ser que en un momento dado pues uno, no importa la edad que tenga y el tiempo que tenga de estar trabajando, pueda cometer también errores y no lograr establecer una Alianza Terapéutica y uno no tiene porqué cargar culpas con eso. Hay gente que no está lista para buscar la ayuda que amerita, o que no es con uno el asunto, sino que establece con otras personas. A mí ya me pasó una vez un caso de una joven que llegó y que habíamos entablado bien la relación, pero ella tenía demasiada afinidad con la terapeuta anterior que se había ido a los Estados Unidos a estudiar, entonces no hubo “click”, y a veces uno puede sentir culpa, pero no tiene por qué sentir culpa, porque no todas las personalidades son para todas las personalidades, ni todos los estilos del terapeuta son para todos.»*

Código: 07

*«Para mí, yo sí creo que es fundamental establecer una buena Alianza Terapéutica. La experiencia permite que el terapeuta vaya aprendiendo los elementos básicos para poder establecer una Alianza Terapéutica. Obviamente algún terapeuta inexperto puede cometer errores, pero con el tiempo uno se va dando cuenta de las formas más efectivas para establecer la Alianza.»*

Código: 19

*«Nuestro trabajo es un trabajo científico y creo que a tu favor como profesional la experiencia te va enseñando a ser más sabio, más prudente y en algunos casos a tener directrices más precisas con el paciente.»*

Código: 21

*«Yo diría que es muy alta. Creo que con el tiempo de experiencia uno deja de confundir el “me agrada”, “yo le agrado” por el “estamos haciendo un trabajo mutuo.»*

Código: 08

*«Bastante. Desde el punto de vista analítico es un arte la Psicoterapia, verdad, no es sistemática para nada, no es cuantitativa, es un tanto más subjetiva que objetiva, este modelo, entonces uno va aprendiendo conforme la experiencia, a observar y a identificar esos momentos en que la alianza se establece y por supuesto, la misma... ¿Cómo explicarte? La transferencia es de dos, no solamente es del paciente al terapeuta, entonces uno debe darse cuenta y reconocer y trabajar uno mismo la transferencia que está dándose entre las cuatro paredes que es la clínica, se hace un ambiente transferencial allá adentro y eso es con cada individuo, es con cada paciente, un ambiente, una atmósfera trasferencial con cada uno de ellos, y eso es bastante rico.»*

Código: 10

*«Yo creo que muchísima. Creo que de las cosas que más da la experiencia es aprender a identificar qué es lo que el cliente está buscando en el terapeuta. Por ejemplo, a mí me pasaba que en un principio, recuerdo un par de pacientes que venían con problemas muy específicos y yo sentía que yo podía ayudarles pero ellos no venían a que yo les ayudara, ellas venían a que yo les escuchara y cuando de repente yo intervenía dando alguna sugerencia se sorprendían de lo que yo estaba diciendo, hasta que entendí que no era eso lo que estaban buscando, que venían a hablar, a descargarse, a desahogarse y eso funcionaba terapéuticamente para ellas, pero no venían a buscar un análisis más profundo o un consejo o una recomendación o tips para algo, sino simplemente venían a hablar, hablar, hablar de sus cosas.»*

Código: 11

*«Yo creo que sí definitivamente influye, porque tal vez la gente comete errores y a través de cometer errores aprende a no cometerlos, y mientras más tiempo pasa la gente comete, en teoría, o debiera de cometer menos errores. Uno tiene una orientación teórica y en función de eso sabe algunas cosas, pero sí definitivamente la experiencia es algo que le da a uno ese toque espontáneo para poder hacer bien las cosas y para poder confiar e innovar y no depender tanto ciertas normas o reglas precisas, sino con más espontaneidad y en base a esa experiencia ser más asertivo.»*

Código: 17

*«Bueno, mire, con el tiempo uno poco a poco va adquiriendo esa capacidad de Alianza por la experiencia de vida con los pacientes, por un lado. Por otro lado, con la experiencia de vida en general, ahí es cuando uno empieza a romper, a modificar y adaptar ciertos esquemas de cómo vincularse con el paciente para explorar el tratamiento adecuadamente, a través de la experiencia que uno ha vivido, por ejemplo, a veces han tenido experiencias similares, por eso, aunque uno no comente esa experiencia, conoce sobre esa experiencia, entonces vemos situaciones a veces de terapias de parejas, terapias sobre ciertos casos, la experiencia de vida nos da el conocimiento de cómo se siente el paciente sobre eso, la vivencia que ha tenido y las posibilidades que hay para resolverlo, entonces yo digo que ahí sí es muy importante la experiencia que se ha tenido a través del tiempo, comprender mejor al paciente, puede hacer observaciones o análisis que realmente tengan sentido y todo si el yo analizante del terapeuta puede ser más incisivo ahí.»*

Código: 20

«Podríamos decir que es una situación como medio ambigua, porque muchas veces la Alianza Terapéutica, cuando uno empieza a iniciarse en la carrera como que se da por sí sola, como que no se piensa, mientras que ya con la experiencia como que uno ya sabe que hay que establecer esa Alianza, y estar más conciente de eso, en un principio como que la Alianza Terapéutica, primero no hay una experiencia de tenerla, entonces ¿cómo la va a medir?, ya con el tiempo ya uno sabe que la Alianza Terapéutica es esa, entonces uno como que ya lleva al cliente a que la asuma o que la guste.»

Código: 22

«Pues yo creo que toda. A medida que el profesionalismo se refleja en la manera en que se entabla el contacto y la relación y se desarrolla el proceso terapéutico en base a necesidades específicas, en base a plan de tratamiento, evaluaciones periódicas hasta la finalización del tratamiento mismo, eso es una respuesta y un reflejo del profesionalismo con el que se enfoque.»

Código: 03

«Yo pienso que tiene mucha relación con la experiencia profesional del terapeuta, que tiene que ver con la práctica que tiene que tener el profesional, a través de técnicas y métodos que tiene que tener uno, para favorecer la Alianza, recordando que es para beneficiar, para facilitar, no siempre esperar que eso se dé de una manera automática, sino que buscar, también el terapeuta tiene que facilitar. No es que la aceleremos, pero sí que busquemos los medios mejores para potencializarla.»

Código: 12

«Yo creo que es muy importante porque al tener más experiencia con la cantidad de consultantes se aprende la forma en que se debe actuar con cada uno de acuerdo a cómo sea el paciente, es decir, se debe ser más directivo, o más protector, el conocimiento se adquiere con la experiencia.»

Código: 15

«Yo creo que a más experiencia, mejora la habilidad para desarrollar la Alianza porque se van afinando las estrategias y se va adquiriendo cierta madurez de personalidad del terapeuta, parte como de su desarrollo como ser humano. En la medida en que uno va madurando, uno va afinando mejor sus destrezas, entonces yo creo que es una relación directamente proporcional.»

Código: 18

«Yo pienso que sí, que mientras más “coyote” es uno en el trabajo, más fácil es establecer Alianzas Terapéuticas, sin embargo, yo le diría que en el contexto social que estamos viviendo, donde la gente está toda paranoide, por más “coyote” que sea uno o una, está dificultando mucho la Alianza Terapéutica y la gente quiere cosas rápidas y hablar de Alianza Terapéutica es hablar de una terapia Psicodinámica, de una terapia a mediano o a largo plazo y la gente quiere algo mágico, “hoy me duele la pierna, me duele esto, me duele lo otro” y quieren curación de síntomas ya. En esto tenemos ventaja los psiquiatras con los psicólogos, en el sentido que manejamos medicamentos y con esto podemos ayudar a disminuir los síntomas más rápidamente pero de todas maneras, los síntomas van a ir surgiendo.»

Código: 23

«Bueno, yo creo que cuanto más experiencia profesional tengamos, la Alianza Terapéutica se va a dar de alguna forma más espontánea y sencilla, como algo ya natural de un inicio de terapia.»

Código: 24

«Se va afinando a lo largo de la práctica, en base a respuestas del paciente en el proceso.»

Código: 02

«Qué es básica para la experiencia profesional y entre más experiencia se tenga, más se sabe de las sutilezas de la Alianza.»

Código: 04

«Experiencia, habría que matizarlo, desde mi punto de vista, porque no es lo mismo tener tiempo de ejercer una profesión, como el análisis y la introspección que se hace del tiempo que se lleva de ejercer la

*profesión. Entonces creo que, si las cosas siguen en el curso lógico y en el curso deseable, cuantas más horas de trabajo tiene un terapeuta mejor conocimiento tiene de su área profesional, de sus propias limitaciones, sus propias habilidades, entonces puede conjugar todas esas variables de manera favorable, pero no sólo es el tiempo y no sólo es el trabajo, sino es el análisis y toma de conciencia que tiene el terapeuta de esa experiencia.»*

Código: 09

*«Creo que alguien, aunque las habilidades son obviamente importantes, la habilidad terapéutica es creo yo, esencial, que el terapeuta tenga la habilidad, pero no creo que haya terapeutas totalmente natos, creo que hay gente a la que le es más fácil por sus características de personalidad, porque son más empáticos, porque son más abiertos, más sociales, pero creo que la habilidad de poder desarrollar, de hacer técnicas terapéuticas con un paciente y tener esa habilidad de desarrollar un Alianza, es algo aprendido, gran parte del trabajo que hacemos es aprendido, alguien nos lo tiene que enseñar y tenemos que irlo aprendiendo y perfeccionando con el transcurso de los años. Alguien podría, hay gente que sí se le hace más fácil, es cierto, pero en teoría, a veces alguien que se le haga más fácil si no tiene la suficiente experiencia, va a ser mejor terapeuta alguien que tiene más experiencia y que de repente de nacimiento no traía todos los elementos para hacerlo, no los traía innatos, pero la mayoría de estos se hacen, verdad, con la experiencia, con aprender a hacerlo, y a veces cometiendo errores obviamente.»*

Código: 13

*«Yo creo que deberían estar relacionadas, porque a más experiencia, más dominio, aunque en la práctica no sé. [...] he tratado con gente que tiene años de estar haciendo práctica y tiene mucho a veces en el trato al paciente. Pero en teoría creo que deberían ir de la mano, a más experiencia, tendría que ser mucho más fácil que se establezca esta Alianza entre el paciente y el terapeuta.»*

Código: 14

*«La Alianza Terapéutica tiene mucho que ver con la personalidad del médico. Es algo que muchas veces ya se trae y la experiencia va afinando algunas cositas.»*

Código: 16

*«No necesariamente es directamente proporcional, o sea que no los más viejos son los más logrados de Alianza. La Alianza es una cualidad que se logra con el transcurso de los años, ya que si uno maneja el concepto en la práctica el terapeuta la tiene que estimular, tiene que romper barreras el terapeuta.»*

8.- ¿Qué retos tiene el terapeuta para establecer la Alianza Terapéutica con consultantes (clientes, pacientes) culturalmente diferentes?

Código: 01

*«Culturalmente diferentes, eh, te diría que depende del grado de dificultad asociada con lo cultural. Por ejemplo, vamos a mencionarlo a grandes rasgos, pero hay pacientes de origen europeo que, incluso suramericano, [...] que tienen un modo de ser muy rudo, entonces, en ese sentido, eso es hasta un freno, a veces cuando uno está hablando, el tipo de paciente que te está examinando a ver por qué eres culturalmente diferente, entiende como habla o te está retando, o como el europeo que te dice: “mire, (es que me ha pasado), mire, yo no sé de qué parte sea usted, que tiene de herencia... “pero...”, verdad, ya van con el “pero” por delante. Y en ese sentido lo multicultural nuevamente puede ser un “pero” y el reto para el terapeuta es cómo lo agarre y lo transforme en algo que realmente tenga sentido, porque debemos saber, y vuelvo a recordar la importancia del rol del terapeuta, debemos saber que el que está buscando ayuda está del otro lado y si nosotros vamos a empezar a flaquear o a poner un “pero”, deberíamos ir a terapia o ver si queríamos ser terapeutas. El otro puede ser muy difícil, pero creo que el reto es buscar el lado amable y anclarlo, verdad, ofrecerle todo el apoyo y todo lo del momento, por supuesto no quiere decir comprarlo sino venderle la idea de que uno lo puede ayudar, porque uno realmente lo puede ayudar, si no, no.»*

Código: 05

*«Bueno, como te decía, culturalmente somos diferentes, desde que nos educamos en diferentes familias, diferentes culturas y costumbres, ya traemos diferentes valores. Yo creo que desde ahí venimos y marcamos nuestras diferencias. Entonces se trata de no imponer sobre el cliente los propios valores, los propios juicios de valor, sino que reconocer sus propios valores y en base a ello tomar sus propias decisiones. Al estar en una terapia, el cliente no lo va a decidir porque yo creo que eso es bueno o malo, sino que es porque desde su punto de vista, desde su cultura va a decidir qué es bueno para él.»*

Código: 06

*«Pues, volvemos de nuevo a lo del “tazón vacío”, verdad, de estar uno en la disponibilidad de recibir lo que viene de la otra persona. Y la humildad para poder recibir esto que viene de la otra persona. Yo creo que parte del reto que nosotros tenemos como terapeutas guatemaltecos, que tal vez no lo consideramos, es que vivimos en un país multilingüe, multicultural y multiétnico, por lo tanto hay diferencias abismales, culturales, entre nosotros, porque lo que para mí es claro y entendible puede ser que para la otra persona no sea claro y entendible. Además que vivimos en un país analfabeta, vivimos en un país con diferencias garrafales, entre unos y otros, entonces ahí, el reto que uno se tendría que imponer como un terapeuta que pueda tener intervenciones multiculturales, es estar uno bien formado, leer bastante, estudiar.»*

Código: 07

*«Aprender a conocer las creencias y valores de la persona, para poder trabajar con ellas adecuadamente. Nos va a tocar trabajar con personas que piensan diferente. A veces es difícil, a veces si cuesta un poco, porque, por ejemplo yo, hace algún tiempo vi a una europea que vino acá a terapia y tienen una forma totalmente diferente a lo que es nuestra cultura y me costó un poquito entender los puntos de ella, entonces yo creo que sí tenemos como la obligación de familiarizarnos con la cultura de nuestro cliente.»*

Código: 19

*«Creo que la susceptibilidad del terapeuta es bien importante y cuando hablo de susceptibilidad me refiero a factores como saber expresarse y comunicarle a las personas lo que desea, según la capacidad de las personas, o sea no vas a pretender hablar en términos sofisticados cuando sabes que hay dificultad de comprensión, cuando sabes que culturalmente, probablemente no es adecuado el nivel alto de vocabulario que estás usando con alguien, tienes que saber ponerte a la altura de las necesidades del paciente. Otro factor importante es que tenemos que estar libres de prejuicios, no podemos actuar con los prejuicios en la mano cuando estamos entablando esta clase de relación terapéutica, por ejemplo. Y luego, también cómo se maneja el factor afectivo emocional, porque aunque debe de haber una línea de respeto también es importante tener en cuenta que hay ciertos momento en donde la relación de afecto que provoca un paciente puede dar lugar a ciertas aproximaciones pero teniendo muchísimo cuidado que no lleguen a ser de doble interpretación, por ejemplos, hay ciertos momentos en que un abrazo es hasta necesario para la persona que está teniendo una situación crítica y puede ser ad hoc, pero no siempre se puede dar ni se debe de estar dando con todos los pacientes en todos los momentos, porque el contacto físico de esta naturaleza puede dar lugar a confusión, a malestar, por cualquiera de las dos partes, pero si la persona te está comentando una situación de duelo, me acaba de suceder con una señora a quien le secuestraron y mataron a un familiar y me dice: “he sido un pilar de fortaleza para mi familia, para todas las personas que lo han necesitado, pero en este momento ya no puedo más, siento que me estoy quedando sin fuerzas... necesito una mano que me ayude, ¿usted me puede dar su mano?” por supuesto que estábamos hablando en un sentido literal, pero en ese momento me extendió la mano y me dijo: “¿usted me puede dar su mano?”, no tuve ningún reparo en extenderle mi mano y dársela como signo de solidaridad de todo eso que ella estaba sintiendo verdad, por supuesto que no nos quedamos tomadas de la mano por mucho tiempo, fueron unos segundos que sirvieron de fortaleza en este episodio, en este preciso momento y luego pues continuamos como se necesita en estos casos.»*

Código: 21

*«La aceptación de diferentes paradigmas culturales, esto sobre todo es la no imposición de su sistema cultural.»*

Código: 08

«Resistencias, verdad, resistencias, eh, como te digo, a veces está el prejuicio, ok, como te informaba, yo creo que es un aspecto muy importante de parte del terapeuta, y eso creo que cualquiera te lo va a decir, el prejuicio a algo. Por eso te mencionaba anteriormente también los límites mismos del terapeuta, verdad, porque somos humanos también. Problemáticas mismas, situaciones en las que uno no esté resuelto del todo y haya ahí una situación que no permita que se logre la transferencia o la alianza. En Guatemala, específicamente el poco conocimiento o el mismo tabú que hay al respecto de la Psicología de parte de la población en general, a veces hace más difícil esto; la poca o la falta de constancia, del cumplimiento, del compromiso que tiene la persona para consigo misma, también, poca capacidad que tiene la persona tal vez en nuestro medio de interiorizar, o del insight famoso, la gente aquí no está acostumbrada a reflexionar realmente o a meditar sobre sí mismo, y como te digo es muy individual el establecimiento de la transferencia. Yo diría que también el conocimiento de la estructura o del tipo psicológico al que pertenece el paciente, que es como muy previo a que se establezca esa transferencia, porque uno tiene que saber tratar con cada uno de diferente forma, al menos desde esta perspectiva.»

Código: 10

«Yo creo que el principal reto es entender a fondo la cultura de la cual proviene el paciente y si no entiende adecuadamente su cultura, creo que el trabajo terapéutico va a resultar muy difícil. Así que creo que el principal reto es lograr entender el mundo y penetrar en él.»

Código: 11

«Conocer, verdad, conocer esa cultura porque yo solo me puedo identificar o abrir o tener cierta aprobación con respecto a esa cultura si conozco sus ideas, sus valores, entonces, conocer la cultura, sus valores, sus temores, sí, básicamente eso.»

Código: 17

«Bueno, primero, si hablamos de retos tiene que superar cualquier prejuicio que tenga hacia las personas de distintas culturas, superar prejuicios que se tengan, tener una apertura total hacia lo diferente, si quiere llamarle así. También estar enterado, digamos de las prácticas culturales que tienen otros, es decir, si uno por casualidad no conoce mucho sobre esos antecedentes culturales del paciente, uno tiene la obligación de leer, conocer y aprender un poco sobre eso para poder comprender mejor de dónde proceden esas ideas que tiene, ciertas características, formas de conducta que tienen, por eso a veces el cambio es difícil porque no se entiende el patrón cultural que trae el otro distinto al de nosotros, es decir estamos trabajando un esquema equivocado, yo creo que si uno no lo sabe tiene que leer, aprender y compartir eso con el paciente.»

Código: 20

«Yo creo que ahí no sería tanto como un reto, porque yo primero, antes de aceptar un cliente, tengo que darme cuenta si soy capaz de poder trabajar con ese tipo de personas, porque si yo creo que no puedo trabajar con ese tipo de personas, lo más claro de mi personalidad sería: no, por favor, o referirlo a otra persona.»

Código: 22

«Pues ahorita espontáneamente pensé en el único reto, podría ser el idioma, si se tratara de una diferencia marcada cultural. Repito, a medida que el terapeuta se cultiva a sí mismo, de esa manera va a percibir las necesidades y las características propias de su cultura. Por otro lado, estamos hablando de un encuentro también a nivel no verbal, entonces también es parte de la formación profesional del terapeuta, el que también lo capacita a diferentes niveles de comunicación, tanto verbal como no verbal y a través de todos los símbolos y características culturales.»

Código: 03

«Tiene que tener muchos retos, por supuesto, como que tener una metodología, para el caso A tenemos que tener el método, para el caso B tenemos que tener el método, para el caso C tenemos que tener un método, y no con todas las personas podemos utilizar el mismo método, porque en ese caso no todo es una receta de cocina, cada caso debe ser independiente. Particularmente en esta profesión, en este tipo de abordaje, cada situación es diferente, entonces nosotros debemos de saber que todo lo debemos de tratar de una

*manera muy particular, muy personal; todo, como le decía yo, muy particular pero con una técnica para el caso A, el caso B, y hacer un abordaje independiente para cada situación que se esté presentando.»*

Código: 12

*«El mayor reto es ser un buen observador ante el consultante, desde el primer día que se ven, ya que la primera cita es fundamental para el desarrollo de una buena alianza terapéutica. El terapeuta se va a enfrentar con consultantes con características, creencias, actitudes, que pueden ser muy diferentes a las propias y eso puede crear un juicio sobre el consultante, lo cual dificultaría mucho la Alianza Terapéutica.»*

Código: 15

*«Creo que el desafío es conocer la cultura del paciente, cuál es su ancestro cultural para saber que esperaríamos del terapeuta, entonces de acuerdo a eso, poderle brindar lo que necesita, pero si creo que si no le logra establecer esa empatía de tener la sensibilidad de conocer que es lo que culturalmente el paciente necesita, va a ser muy difícil establecer una Alianza.»*

Código: 18

*«Ah, yo creo que tienen que aprender mucho acerca de las etnias, antropología, religión, tiene que situarse en las culturas distintas, e investigar, por ejemplo, hay cosas que pueden ser súper amenazantes en una población, como es el hecho de acercamientos físicos y en otras puede ser algo como muy normal, verdad.»*

Código: 23

*«En principio, es importante tener una amplitud ideológica, acerca de las persona de otras etnias. Por otro lado también, tener el respeto a que las otras personas piensen diferente, tener tolerancia y pensar en que todo tiene que estar basado en los derechos humanos, verdad, en el respeto de los derechos humanos y el respeto a la diferencia.»*

Código: 24

*«Es un reto de crecimiento personal y profesional, es enriquecedor diría yo.»*

Código: 02

*«Pues lo primero es que el terapeuta conozca algo o bastante de la cultura de esas personas para poder tener un tema de conversación para romper el hielo. Si le es totalmente desconocida la cultura de la otra persona, pues difícilmente se va a poder establecer una alianza porque se va a sentir realmente extraño.»*

Código: 04

*«Bueno, tiene el reto de la humildad, de reconocer que hay muchos parámetros que ignora, porque no está familiarizado con esas categorías, por su propia experiencia, entonces en muchos momentos tiene que dejarlo claro con el paciente, va a tener que preguntarle para aclararse a qué se está refiriendo el paciente o qué significado puede tener para el paciente. Pues el reto a la humildad. Otro reto es el de saber plantear sus ideas y sus propuestas buscando que el paciente le ayude a darse cuenta que está siendo entendido. El terapeuta puede estar hablando algo que cree que es muy cierto, pero por esas diferencias culturales puede ser percibido en otra línea, entonces tiene que verificar que lo que está diciendo está siendo suficientemente claro. La pregunta abarca incluso las diferencias de país, las diferencias de idioma, que a veces es una limitante obvia, pero que nos pone en la evidencia que hace falta como comprobar que el mensaje se está captando en las dos vías.»*

Código: 09

*«Primero, el hecho de que él no pueda entender todo el significado de lo que le está pasando, porque la cultura no se lo permite, verdad, el aspecto cultural de él es diferente al del paciente. El otro es que, si hablan diferente idioma, pues obviamente igual, verdad. El sexo puede influir también, si el paciente se va a sentir más cómodo hablar con un hombre o con una mujer, eso también puede influir en que el terapeuta pueda establecer una relación con él, porque de repente la paciente o el paciente se le va a dificultar hablar de ciertos temas con el terapeuta. Voy a poner un ejemplo, el sexo, de repente una paciente mujer, poco mayor le va a costar hablar directamente con un terapeuta hombre, verdad, sin que necesariamente*

*signifique otra cosa, pero para el paciente eso es importante, porque culturalmente para ella no es tan sencillo hablar ese tema con un hombre.»*

Código: 13

*«Yo creo que no debería haber dificultades, tal vez los retos se van a presentar dependiendo de cuáles sean estas diferencias y de la capacidad que yo como médico tenga para manejar estas diferencias, para enfrentarlas o incluso para aceptarlas.»*

Código: 14

*«Tratar, en la manera de lo posible, de romper la barrera cultural, porque eso impediría la comunicación. No juzgar. Conocer más de la cultura de la cual proviene el paciente para ir comprendiendo cómo el paciente significa su síntoma o su problemática.»*

Código: 16

*«Bueno, los retos son enormes, porque generalmente se dan las barreras lingüísticas, además de las diferentes visiones de lo que son los trastornos y que en los cuales la cultura ya ha modelado formas de expresarlos y vivirlos, es bien difícil, esa parte es bien difícil.»*

## 9.- Mencione algunos indicadores de la calidad de Alianza Terapéutica.

Código: 01

*«Algunos indicadores de la calidad. Fundamental, creo yo, la asistencia y por asistencia es, no sólo el día, sino la puntualidad. Yo sé que el rubro resistencia le gusta a todo el mundo, pero yo insisto que la resistencia con una buena Alianza, se maneja. He notado, y esto es muy interesante, y espero que por algún lado esté. Por lo menos, una vez lo leí, que hay cambios en el cliente que, si uno se detiene a pensar, indican una identificación con el terapeuta, ¿no?, cuestiones como, he visto gente que se corta el pelo como el terapeuta, gente que pregunta: “mire, ¿dónde compra usted tal cosa?”, creo que esos atisbos que demuestran interés en la vida del terapeuta, son bastante indicadores o indicativos, te diría, de ese tipo de alianza. Como es sólo del lado del cliente, me atrevería a decir que, incluso, cuando, por más de que uno no abre toda su vida, aunque, yo desde el área cognitiva sí transmito mi experiencia en justa medida y con sinceridad, pero creo que cuando ellos empiezan a querer saber ya es un indicio también de Alianza Terapéutica, cuando no es intromisión, porque eso ya es un rubro aparte. Pero creo que cuestiones de: “mire, y ¿usted es casada?” o “mire, ¿sus hijos a qué colegio van?” o, a mí me causa gracia que entran y: “mire y cambió la mesita, verdad”, entonces eso indica, porque están pendientes de su lugar, y eso para mí es reflejo de una alianza. Con la libertad con la que llaman a la secretaria y preguntan, eso también es un indicador de Alianza.»*

Código: 05

*«Que la persona se abra, que la persona cuente sus intimidades o sus situaciones que realmente lo llevan ahí. Muchas personas llegan a terapia por situaciones como muy superficiales, entonces poco a poco, cuando uno ve que cada vez la persona se siente más cómoda y dice más intimidades, dijéramos, de su vida, se nota que es porque se siente cada vez más que le interesa estar ahí. Creo que no regresa una persona si no se siente cómoda.»*

Código: 06

*«Algunos indicadores de que se logró establecer una Alianza Terapéutica. Creo que cuando uno ha logrado que el otro se pueda ver a sí mismo y no verse en el terapeuta, en cuando uno ha logrado establecer una Alianza Terapéutica, porque se puede ver el otro a sí mismo, no necesita la cara del terapeuta, es decir, establecer una alianza terapéutica no quiere decir que él va ir y va pensar sólo en mí, sino que para mí, el que el cliente establezca una Alianza Terapéutica conmigo, es que va a pensar más en sí mismo y va poder descubrir eso que necesita.»*

Código: 07

*«Por ejemplo, yo creo que dentro de los indicadores está la constancia, la permanencia en la terapia, o sea que el paciente se enganche en la terapia, que siga asistiendo a la terapia. El grado de autorrevelación*

*que haya en la terapia, la confianza que existe, creo que algo muy importante es cuando el paciente se siente confortable y empieza a referir otros pacientes, dentro de la familia o de sus amigos, porque siente que ha recibido apoyo, se siente confiado. La mejoría del paciente también, en la medida en que se sienta bien van a empezarse a ver los cambios.»*

Código: 19

*«El rapport, creo que la empatía, el nivel de compromiso, la sinceridad, para mí son indicadores básicos en el proceso.»*

Código: 21

*«La revelación de secretos, la habilidad de hablar de temas tabúes, el contacto físico durante las sesiones, con contacto físico quiero decir, que se entienda bien, no es una caricia, es un signo de apoyo, de estar presente, que inclusive, con una buena alianza, puede ser iniciada por la persona y no por el terapeuta.»*

Código: 08

*«Bien, como te decía, los indicadores de transferencia, tanto positiva como negativa que hagamos, pues, son validos tanto para el eficaz funcionamiento del proceso terapéutico, como de la resolución misma. Digamos, y considerando que desde esta perspectiva, eh, se considera tanto, como te dije al principio, un amor simbólico, es una relación bastante interesante la que se logra con el paciente, verdad, o sea, no se considera tan, tú sabes..., no es una amistad, tampoco es una relación de tú a tú, verdad. Hay una gran diferencia entre lo que es una transferencia y un rapport, por ejemplo, entonces, por ejemplo, los sueños, a veces, que manifiesta el paciente, tienen índices de que se ha logrado o se está llegando a esa relación profesional que queremos, que todo comienza a fluir mucho más rápido. A veces manifiestan sueños en los que uno como terapeuta es visto como algo sobrenatural o especial, en su sueño, en su imagen onírica. Regalos, demandas, o sea, permisos, inclusive, aún más resistencia, a veces, al hablar de algunos temas, o al llegar a tiempo a las citas. Todas esos son indicadores porque, pues es una relación de amor que no es correspondida, y se da exactamente igual con todos esos parámetros, digamos, de lo que se entiende por amor, pero diferente, verdad, eso pues ya lo sabes tú. A veces resulta de que, en un caso específico, resulta de que te vienen a contar de que desde hace años tenían ganas de adquirir algo, de comprar algo y lo encuentran en algún lugar y resulta que es algo que estaba dentro de la clínica y no habían tenido conciencia de ello y bueno, este es un indicador; se pasa por alto un florero, tal vez, se pasa por alto un adorno y lo encuentra en algún lugar, inconscientemente lo adquieren, no sabiendo que ya lo habían visto antes. Son un montón de cosas, que por eso te digo, es muy diferente a lo que se conoce como un rapport, o algo así que es más, bueno, no sé como decir... Bueno, ya de dije: sueños, regalos, faltas o sea resistencias, ausencias de cancelar una cita, ni si avisar que van a cancelar, todo eso es como muy, acordate que en una relación transferencial o en una alianza terapéutica, el terapeuta pasa a ser únicamente un reflejo de todas las proyecciones de la persona, verdad. Cuando yo hablo de amor simbólico es precisamente eso, la persona, cuando se dice: está enamorada de su terapeuta, realmente de quién está enamorada es de sí misma, de todo lo que está proyectando en el terapeuta, por eso es que es de una vía nada más, desde este punto de vista al menos.»*

Código: 10

*«Bueno, el grado de compromiso percibido por parte del terapeuta acerca de qué tan comprometido está la persona en su proceso. Si uno deja tareas y las cumple, si es cumplido con sus sesiones, si llega puntual, si no las cancela, si el mismo cliente aporta material valioso e importante a la sesión de terapia y si el cliente sale de la sesión también con la sensación de haber tenido una sesión útil y productiva.»*

Código: 11

*«Una facilitación del proceso de identificación del paciente hacia el terapeuta, la puntual y consistente recurrencia del paciente a sus citas, la apertura del paciente para aceptar retos e ideas, y el desarrollo de la transferencia, la neurosis de transferencia, digamos, bajo el punto de vista Psicodinámico o Psicoanalítico, solo cuando hay una buena Alianza, esa neurosis, o el amor de transferencia se empieza a desarrollar, cuando uno sabe que eso está es porque se “alianzaron” bien.»*

Código: 17

*«Por ejemplo, siempre hay resistencia digamos, pero por ejemplo, sería menor presencia de resistencias al tratamiento. Posiblemente la capacidad de resolución de los problemas que presenta el paciente. Otro*

*podría ser, transferencia positiva. Otro podría ser que el yo razonable del paciente logra incorporar modos y formas que se han dado a través del analista hacia él en la interpretación de los hechos o las confrontaciones, siento yo. Otro sería la reducción del tiempo del tratamiento.»*

Código: 20

*«Los ojos, el movimiento corporal, como salen de la entrevista, en esa 2º, 3º o 4º entrevista donde se logra una Alianza Terapéutica; el tipo de emociones que libera, y la sensación especial de que uno la logró hacer, o sea hay algo ahí en el fondo que uno lo siente corporalmente, o sea, ya logré hacer la Alianza Terapéutica, es un indicador corporal por parte del terapeuta y también por parte del cliente, la postura corporal, cómo está moviéndose. Es en ambos.»*

Código: 22

*«El progreso del tratamiento, la facilidad con que el paciente es capaz de verbalizar y de hacer consciente aspectos que ha mantenido reprimidos de su conciencia, en la medida en que el paciente es capaz de ser imaginativo y ser creativo, todo eso es indicativo de un buen vínculo establecido a través de la Alianza Terapéutica, entre muchos otros aspectos.»*

Código: 03

*«Probablemente la evolución que ha tenido el paciente, los beneficios que ha tenido el paciente, las respuestas que tiene el paciente, los cambios conductuales a nivel del grupo familiar, del grupo de trabajo, verdad. Porque muchas veces aquí pueden darle a uno parámetro de evaluación, como por ejemplo cuando uno cita a alguno de los familiares y nos dice: “mire, fíjese que...”, entonces eso es un parámetro, que es cierto, porque muchas veces no podemos estar seguros en algo con un parámetro muy delimitado, que la respuesta para medir A es B, para medir C es D, sino que hay situaciones en las que es necesario ampliar.»*

Código: 12

- « a. Que el terapeuta se sienta cómodo con el consultante.*
- b. Que el consultante llegue a ser completamente genuino y transparente con el terapeuta.*
- c. Que se vea un avance en el problema o situación por la que el paciente consultó. »*

Código: 15

*«El cumplimiento de citas, el cumplimiento del horario. Y el beneficio de la intervención, o sea la mejoría clínica del paciente, esto se logra cuando hay una buena Alianza.»*

Código: 18

*«Yo pienso que es la constancia que el paciente, cuando se llega a enamorar el paciente de su tratamiento y llega y está pendiente de sus citas, la espera con mucho anhelo, el hecho de que el paciente ya es capaz de autoanalizar situaciones y ya trae sus propios análisis a las sesiones. El hecho de que el paciente también aprende a concebirnos a nosotros los terapeutas no como gente por arriba de ellos, sino como gente humana también, que eso es muy cuestionado por otras corrientes y por muchos terapeutas, es decir, yo pienso que la forma en que yo trabajo me la cuestionarían muchos de mis colegas o la forma en que yo digo las cosas, de esto.»*

Código: 23

*«Bueno, que exista empatía, verdad, que exista confianza, que el terapeuta pueda poner atención a su paciente, se interese honestamente por la conflictividad que pueda traer el paciente en ese momento, que denote calidez, no ser cariñoso sino que la persona pueda sentir que el otro ser humano está poniéndole toda la atención que se merece. Para mí la relación terapéutica es una relación interpersonal, no solamente el tratamiento de un psiquiatra o un psicólogo hacia otra persona, sino que tiene que ser una relación paralela, sin llegar a la amistad.»*

Código: 24

*«La continuidad del tratamiento, continuidad y adherencia, alivio en el paciente.»*

Código: 02

*«La perseverancia del paciente, la puntualidad, el interés en la Psicoterapia y el apego terapéutico, tanto farmacológico (el apego a las medicinas), como a las indicaciones terapéuticas que se le dan en la terapia.»*

Código: 04

*«Uno de los indicadores es la permanencia del consultante en la consulta, que el proceso continúe, y otro es que vaya quedando claro los límites de trabajo terapéutico, es decir, no se establece una amistad, tampoco se establece una transacción comercial, sino que una relación humana fuerte pero dentro de un contexto clínico, y esos son indicadores. Conforme el consultante lo va teniendo claro, eso es un indicador, saber los parámetros del trabajo. Y otro indicador es que se van dando efectos terapéuticos, que no necesariamente significa que se consiguen las metas que originalmente tenía el paciente, sino las que van dentro del proceso.»*

Código: 09

*«Primero la permanencia, que el paciente permanezca en la terapia. Segundo, que el paciente vaya mejorando, verdad, que el paciente siga en sus citas, que no descontinúe el tratamiento, que el paciente vaya mejorando. Que el terapeuta también se sienta cómodo atendiendo al paciente, que se sienta cómodo y no se sienta desesperado, cansado de estar viendo al paciente, creo que eso es un buen indicador, si uno se siente todavía motivado de estar con el paciente, el paciente está mejorando, si él sigue viniendo a las citas significa que la Alianza Terapéutica sí está funcionando.»*

Código: 13

*«Yo le podría decir, desde mi práctica, que algo que me indica que el paciente va por el camino adecuado es la confianza con la cual él está aceptando el tratamiento, la confianza con la cual empieza a expresar cosas que tal vez no se las ha dicho a nadie, y la confianza que siente de agarrar el teléfono y llamarme, que muchos pacientes creen que uno no les va a contestar.»*

Código: 14

*«Cuando un paciente está en crisis y tiene la confianza de buscar la ayuda. El apego al tratamiento, cuando incluye medicamentos. Asistir a sus sesiones. El proceso de transformación que uno puede ver en el paciente. El paciente dice muchas veces: “me siento bien”, “me siento mejor”.»*

Código: 16

*«Bueno, expresividad emocional, desarrollo de conversación exploratoria por parte del paciente, revelación de incidentes críticos que permitan focalizar el problema, verbalidad y cierta consistencia de carácter del consultante, el paciente o el que asiste, cierta congruencia de carácter, cierta consistencia.»*

## 10.- ¿Qué relación existe entre la calidad de la Alianza Terapéutica y el resultado de la Psicoterapia?

Código: 01

*«Ay, debe ser algo así como uno - uno, verdad. Si hay una buena Alianza deberías de poder tener buenos resultados. Por supuesto que hay cosas que escapan, eh. Yo no trabajo, por ejemplo, con trastornos de personalidad. No he tenido en mi experiencia reciente. Tuve hace años y por más que yo te dijera: “tuve una buena Alianza y puse mi corazón”, el trastorno era trastorno y se fue, así como vino, él se fue muy feliz, yo sé que fue un fracaso, terapéuticamente hablando. Así que gran parte, volvemos a lo mismo, verdad, de cómo puedas proyectar el éxito en psicoterapia depende de la Alianza, sobre todo para los momentos difíciles. Un proceso psicoterapéutico afronta problemas difíciles, si no, como les decía yo a mis alumnos: “vayan a tomar café verdad, porque eso ya no es terapia”. Puedes en ese momento, medir la proyección de la terapia y los resultados, gran parte es la Alianza, cuando tú sabes: ahorita puedo entrar en este tema porque aquí estamos los dos y lo vamos a abordar, el concepto de, como te lo dije al principio, sólo el título, pero el concepto de la Psicoterapia Cognitiva en el contexto Integrativo, que es el rubro en el que he sido entrenada, uno tiene mucho cuidado en reafirmar todo el tiempo que hay trabajo de equipo y el trabajo de equipo es la Alianza, sólo que le llamamos trabajo de equipo, todo el tiempo se le*

*dice “somos un equipo”, no un grupo, un equipo, yo apporto una parte, usted otra y vamos juntos, y eso tú lo traduces en la alianza, cuando están por ejemplo atravesando en el curso de la psicoterapia, momentos difíciles y dice: “mire y creo que deberíamos...” y tú lo estás oyendo: esto es equipo, esto es Alianza, por supuesto que no es para que uno le dé la respuesta, sino que el “deberíamos” es: “ayúdeme”, y uno entra por ese rubro, o con situaciones donde te deben de llamar, por ejemplo, por celular. Todo eso se debe a que estableciste una buena Alianza Terapéutica.»*

Código: 05

*«Está totalmente relacionada. Para mí punto de vista es básico que se establezca a fondo la relación terapéutica, la Alianza Terapéutica.»*

Código: 06

*«Yo siempre he creído que la Alianza, lo que más sana, lo que es más sanador: es la relación que existe entre las dos personas, más que el modelo teórico que se utilice. Eso es inevitable, que uno como terapeuta busque un modelo teórico, porque uno sin modelo teórico, está haciendo cualquier cosa, pero más que eso, yo creo que es la relación que existe entre los dos, ese vínculo que se puede establecer, en donde pareciera como que uno jala al otro, es como un ayudarse a salir, a subir, a moverse, a través de esa relación que se establece.»*

Código: 07

*«Yo creo que es positiva. Existe un alto índice de correlación entre una fuerte Alianza Terapéutica y un cambio a través del proceso psicoterapéutico.»*

Código: 19

*«Yo creo que ya te lo había mencionado antes, para mí es importante que en este proceso mutuo exista esa palabrita que se llama Alianza, porque desde mi punto de vista es la clave para el éxito. No es lo único, por supuesto que hay elementos alrededor, pero la buena Alianza Terapéutica puede predecir también una buena relación y un éxito en el proceso terapéutico.»*

Código: 21

*«A mayor calidad, mejor resultados en el proceso.»*

Código: 08

*«Todo, todo, como te dije cuando me preguntaste lo de la función, o sea, es un instrumento o la herramienta necesaria para un proceso terapéutico exitoso. Sin una relación transferencial o sin una Alianza Terapéutica no considero yo que exista un real trabajo terapéutico.»*

Código: 10

*«Yo diría que una relación de un 100%. Sin Alianza Terapéutica no es posible ayudar, sin Alianza Terapéutica no creo que un paciente se quede en la terapia.»*

Código: 11

*«Altísima definitivamente, verdad. Si asumimos o partimos de lo que decíamos antes de que parte de esa Alianza, digamos, es la que empieza a vincular al paciente con el proceso, para tener un buen proceso se requiere que el paciente esté vinculado al proceso y que cumpla y que sea puntual y que invierta tiempo y al final pues plata también, y si no está con una Alianza fuerte, van a ser más las cuestiones negativas del proceso que las positivas, entonces se iría el paciente verdad. Entonces definitivamente van de la mano, una buena Alianza y una buena transferencia, hacen la diferencia muchas veces entre un buen proceso y un mal proceso.»*

Código: 17

*«Pues eso habría que investigarlo, habría que investigar. Teóricamente, supuestamente, una buena Alianza Terapéutica promueve adecuadamente el desarrollo del proceso terapéutico o Psicoanalítico, aquí estamos hablando de un enfoque Psicoanalítico. Y el resto habría que investigar si hay una correlación realmente directa en ese sentido, siento yo. Sé que hay estudios sobre Psicoterapia, de esto, pero no los*

*conozco bien, pero sí sé que hay sobre eso. En teoría es que una buena Alianza Terapéutica sí contribuye al buen desarrollo del proceso analítico, eso es lo que le puedo decir.»*

Código: 20

*«Considero que es lo principal. Si hay una buena Alianza Terapéutica los resultados van a ser buenos. La Alianza Terapéutica es el centro del proceso.»*

Código: 22

*«Pues, igualmente, como la pregunta anterior, determina el buen resultado del tratamiento. Y en la medida en que ese proceso sea efectivo, el paciente se verá librado de las fuerzas que lo han hecho prisionero de su conflicto o enfermedad.»*

Código: 03

*«Ah, yo le diría que la relación es 100% directa, que dependiendo de la Alianza Terapéutica así va a ser el beneficio del paciente. Si desde el inicio no ha habido una buena Alianza Terapéutica, se pueden dar situaciones transferenciales y no vamos a ser los egos sanos que nosotros necesitamos ser durante todo el proceso terapéutico y probablemente el paciente va a asistir a la consulta, pero no vamos a obtener que ese paciente mejore, verdad, probablemente llegará al final y los objetivos no se lograron, no hay un cambio en beneficio del paciente. Nosotros los terapeutas no sólo tenemos que ver la cantidad de sesiones, sino la calidad de consulta. No es sólo de verlo en relación al dinero que hayamos obtenido, sino el cambio que se haya logrado en beneficio del paciente.»*

Código: 12

*«Creo que tiene todo que ver, mientras la Alianza Terapéutica sea mejor, el resultado de la Psicoterapia va a ser mejor.»*

Código: 15

*«Eso estaba pensando yo ahorita que le contesté la anterior. Digamos, sería muy atrevido decir que los pacientes donde falló la alianza terapéutica no hubo un beneficio terapéutico, porque de pronto un paciente que fracasa en su búsqueda de ayuda con un terapeuta porque no se estableció la Alianza, esta experiencia le puede servir al paciente fuera del contexto de la clínica para conocer algo de sí mismo. Entonces, yo sí creo que por un lado, la Alianza favorece mucho el beneficio, pero el hecho de que no se dé la Alianza, puede ser también una experiencia beneficiosa, por supuesto si el paciente tuviera la capacidad del insight para reflexionar al respecto, verdad, pero como un parámetro que le permita conocer más de sí mismo.»*

Código: 18

*«Ah, yo le decía en un principio que yo pienso que el triunfo de la Psicoterapia precisamente estriba en la Alianza Terapéutica.»*

Código: 23

*«Es muy importante, porque si no hay una buena Alianza Terapéutica, el terapeuta puede cometer iatrogenias importantes, errores u omisiones que pueden poner en peligro incluso la vida del paciente o su integridad como persona.»*

Código: 24

*«Impresionante, como le decía al principio, es de lo más elemental para la resolución de los trastornos. Si hay Alianza creo que todo proceso se facilita.»*

Código: 02

*«Una relación directamente proporcional, entre mejor sea la Alianza Terapéutica, mejores son los resultados.»*

Código: 04

*«Es directamente proporcional. A mejor calidad de alianza terapéutica, mayor probabilidad de resultados satisfactorios. Vale la pena aclarar que resultados satisfactorios no significa necesariamente que se pueda*

*medir en términos solamente de síntomas y signos clínicos, sino en cuanto a la calidad de vida del paciente. A veces puede permanecer con los síntomas pero ya sabe llevarlos mejor, hay una incidencia en su calidad de vida.»*

Código: 09

*«Yo creo que sí es importante, porque si no uno no logra hacer Alianza, creo que uno no va a poder trabajar con el paciente, tal vez le va a poder dar psico-educación, tal vez le va a poder dar un par de cositas, pero no necesariamente va a poder hacer terapia con él. Si no se da una buena Alianza no hay terapia.»*

Código: 13

*«Yo creo que a mejor Alianza Terapéutica, los resultados tendrán que ser mejores por consecuencia. La carencia o la no existencia de una Alianza es una piedra de tropiezo para el proceso de curación del paciente o para el proceso de Psicoterapia.»*

Código: 14

*«Yo le diría que es lineal. Si hay una buena Alianza Terapéutica es porque el paciente está comprometido con el proceso terapéutico y va a mejorar.»*

Código: 16

*«Proporcionalmente directa y sumamente importante porque el establecimiento de la Alianza Terapéutica va a determinar que el paciente siga enrolado en un proceso de auto-exploración, que es lo que se necesita, que auto-explore.»*

