



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia

Manuscrito Recepcional
Programa de Profundización en en Psicología clínica

Construcción de la alianza terapéutica en terapia de pareja

Reporte de investigación teórica

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

Mauricio Castillo Ramírez

Director: Lic. Giovanni García Yedra
Vocal: Mtra. Gabriela Leticia Sánchez Martínez

Los Reyes Iztacala Tlalnepanitla, Estado de México, Diciembre 2019





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ÍNDICE

1. La alianza terapéutica en algunos modelos teóricos de la psicología clínica.....	6
2. Concepción de la terapia de pareja desde algunos enfoques teóricos.....	20
2.1 Paradigma sistémico.....	20
2.2 Paradigma psicoanalítico.....	29
2.3 Paradigma cognitivo conductual.....	35
3. Alianza terapéutica en terapia de pareja, descripción de algunas investigaciones...	40
3.1 Método.....	56
3.1.1 Estudio 1-Construcción de la Alianza Terapéutica en Terapia de Pareja para la Depresión.....	58
3.1.2 Estudio 2- Construcción de la Alianza Terapéutica en la terapia de pareja: estudio de un caso con dificultades de manejo terapéutico.....	61
3.1.3 Estudio 3- Ajuste de la relación previa a la terapia, género y la alianza en terapia de pareja.....	64
3.1.4 Estudio 4- Alianza terapéutica y progreso terapia de pareja: múltiples perspectivas.....	67
4. Discusión.....	73
5. Conclusiones.....	79
6. Referencias.....	81

“Configuración de la alianza terapéutica en terapia de pareja”

La alianza terapéutica es un factor común que influye en cualquier tratamiento terapéutico sin importar los supuestos teóricos que lo respalden. En terapia de pareja es un aspecto muy complejo por la necesidad de establecer alianzas con todos los participantes del tratamiento. Este estudio busca establecer cómo es que se forma, para ello, se revisa la literatura y se realiza una descripción narrativa con la finalidad de compactar y actualizar el conocimiento del tema. Es evidente que aún falta conocer más del tema en esta modalidad de terapia, sin embargo, se llega a la conclusión de que su establecimiento; implica integrar todas las características, circunstancias y perspectivas con las que se presenta el fenómeno de estudio.

Palabras clave: acuerdo, relación, procedimiento, creación y diada.

ABSTRAC

The therapeutic alliance is a common factor that influences any therapeutic treatment regardless of the theoretical assumptions that support it. In couple's therapy, it is a very complex aspect due to the need to establish alliances with all treatment participants. This study seeks to establish how it is formed, for this, the literature is reviewed and a narrative description is made in order to compact and update the knowledge of the subject. It is clear that there is still more to know about the subject in this modality of therapy, however, it is concluded that its establishment; It implies integrating all the characteristics, circumstances and perspectives in which the study phenomenon is presented.

Se sabe que la terapia de pareja es un tratamiento efectivo para apoyar a las parejas a aliviar la angustia de la relación, atender el conflicto e incrementar la estabilidad de la relación (Sexton et al., 2004; citados en Halford, 2016). Un mecanismo de cambio común en terapia de pareja entre varios enfoques terapéuticos es la alianza de trabajo o también llamada alianza terapéutica (Halford, 2016). Según Ojeda (2010), es “un fenómeno complejo y con múltiples variables que interactúan entre sí, como las del terapeuta, las del cliente y las de la relación afectiva y colaborativa entre ambos” (p. 287).

“La alianza es típicamente definida como el acuerdo sobre los objetivos de la terapia, los métodos utilizados para lograr los objetivos y el vínculo emocional o relacional entre terapeuta y cliente, que se basa en la confianza y la seguridad” (Bordin, 1979; citado en Halford, 2016, p. 20). En terapia de pareja es un aspecto muy complejo debido a que se necesita crear y sostener con calidad para ambos miembros de la pareja (Pinsof et al., 2008; citados en Halford, 2016). La creación de la alianza terapéutica no depende nada más de las aptitudes del terapeuta, también depende de como se relaciona la pareja entre ellos (Pinsof y Catherall, 1986; Snyder, 1999; citados en Aznar et al; 2014).

Esta demostrado la influencia que tiene la alianza terapéutica en relación con los resultados y el correcto desarrollo de cualquier tratamiento terapéutico, sin importar que modalidad de terapia se realice o el enfoque teórico que la respalde. En terapia de pareja es aún, un fenómeno muy complejo debido a la necesidad de establecer varias alianzas al mismo tiempo. Esta complejidad ha provocado que no se sepa con precisión cómo es que se establece y se mantiene en esta modalidad de tratamiento.

La presente investigación tiene como finalidad esclarecer que dice la teoría, conjuntado las partes que forman la alianza terapéutica en la terapia de pareja, a través de integrar todas las perspectivas de los participantes del tratamiento, con la última finalidad de encontrar el mecanismo más adecuado para que se presente y mantenga durante el proceso terapéutico; se sabe que la literatura por lo regular esta más centrada en el terapeuta y en muy pocas ocasiones aborda la perspectiva del paciente. Otro aspecto que hace relevante a este proyecto es que aunque el término ya ha sido investigado ampliamente en psicoterapia individual, en terapia de pareja aun falta mucho por saber tanto teórica como empíricamente.

Por consecuencia esta investigación busca encontrar lo que realmente se sabe del tema, ayudando a actualizarlo y generar nuevo conocimiento que contribuya a la realización de un mejor tratamiento en esta modalidad de terapia. Teniendo como principal y última finalidad establecer cómo es que se configura, es decir cómo se forma la alianza terapéutica en terapia de pareja.

Además de: a) saber qué dice la teoría acerca del tema. La revisión de la teoría tiene como finalidad entender porqué, cómo y cuándo se presenta el fenómeno de estudio. b) Comprender cómo se describe y explica el término en terapia de pareja. Esta parte ayudará a saber de forma detallada y ordenada las características y circunstancias en que aparece la alianza en esta modalidad de tratamiento. c) Conocer cuáles son las variables relacionadas al constructo en esta modalidad de terapia. La relevancia de estar al tanto de cuáles son los factores que influyen en la alianza, radica en que ayudan a entender el fenómeno de la mejor manera. d) Realizar una definición integrativa del concepto que

se ajuste a cualquier paradigma psicológico y modalidad de tratamiento. La importancia de generar una concepción, radica en que existen diversas definiciones que comprenden el término de la misma forma, sin embargo, aun no existe una generalizada que se ajuste a cualquier escuela psicológica o tipo de terapia.

“Capítulo 1. La alianza terapéutica en algunos modelos teóricos de la psicología clínica”

En psicoterapia cuando se habla de la relación necesaria e interpersonal entre el paciente y el terapeuta en un tratamiento, se hace alusión a la alianza terapéutica (Aznar et al., 2014).

El término se compone de dos palabras que en su origen etimológico significan: alianza (pacto) viene del sufijo -anza (cualidad del que hace la acción) sobre el verbo "aliar" y este del latín alligare = "atar, unir" (diccionario etimológico, 2019). Y "terapéutico (terapéutica)" está formada con raíces griegas y significa "relativo a tratamiento médico". Sus componentes léxicos son: therapeuein (cuidar, atender, cuidar), más el sufijo -tico (relativo a) (diccionario etimológico, 2019). Es decir, básicamente, se refiere a la asociación presente en la relación de un tratamiento.

La importancia del estudio de este constructo en psicoterapia, radica en que desempeña un rol fundamental desde cualquier paradigma psicológico, debido a que se ha demostrado su influencia en la eficacia del tratamiento (Aznar, Pérez, Davins, Araburu y Salamero, 2014). En consecuencia, para el terapeuta de igual manera es importante, ya que el profesional es el principal responsable de que este presente esta alianza, así como de los resultados obtenidos en el proceso terapéutico (Baldwin, Wampold y Imel, 2007; citados en Aznar et al; 2014). De igual forma resulta significativa para algunos autores como Piper, Joyce, Boroto y McCallum, (1995), que piensan es necesario abordar primero la alianza terapéutica que algunas estrategias o procedimientos técnicos (citados en Aznar et al; 2014).

En consecuencia, se cree que el instaurar una buena alianza terapéutica entre paciente y terapeuta en psicoterapia es imprescindible, debido a que esta contribuye al buen desenvolvimiento del tratamiento, además de ayudar a cumplir con los objetivos planteados y de coadyuvar a realizar un acertado pronóstico durante el transcurso de la terapia (Blow, Sprenkle, & Davis, 2007; Gaston, Marmar, Gallagher, & Thompson, 1991; Horvath, Del Re, Fluckiger, & Symonds, 2011; Martin, Garske, & Davis, 2000; Sprenkle, Davis, & Lebow, 2009; citados en Mateu, 2015). De hecho, la alianza terapéutica es el concepto que más se ha relacionado con la adherencia en psicoterapia (Solano, 2001; citado en Vidal y Chamblás, 2014).

En otras palabras, la alianza terapéutica tanto para terapia individual o de pareja es la variable que mejor ayuda a pronosticar los resultados del tratamiento (Ackerman et al., 2001; Bedi, Davis, & Williams, 2005; Carrero & Escudero, 2009; Escudero & Friedlander, 2003; Martin, Garske, & Davis, 2000; citados en Bermúdez y Navia, 2013). Así como también es una pieza clave para que el tratamiento continúe (Alcázar, 2007; citado en Bermúdez y Navia, 2013).

La forma de definir o comprender la alianza terapéutica, ha ido evolucionando a lo largo del tiempo, dependiendo del paradigma que la ha abordado (Johnson y Wright, 2002; Bordin, 1979; citados en Glebova et al: 2010); en consecuencia, la alianza se ha ido conceptualizando de diversas formas, así como también se le ha otorgado diferentes funciones en psicoterapia (Aznar et al; 2014).

La relevancia de la relación entre paciente y terapeuta, comienza en la escuela psicoanalítica en los años 1900. Durante 1912, Freud indicaba que los aspectos afectuosos de la transferencia eran el medio para lograr éxito en el psicoanálisis (citado

en Duran, 2014). Un año más tarde, el mismo autor, ya destacaba la importancia del establecimiento de un relación de “serio interés” y “entendimiento empático” por parte del terapeuta que posibilitara un afecto positivo del consultante hacía el terapeuta; en consecuencia refirió que el primer paso a seguir, así como el primer objetivo para el tratamiento, sería conseguir este vínculo de “allegamiento”, a través de establecer una “transferencia operativa” derivado de a la realización de un buen rapport (citado en Ojeda, 2010).

Luego en 1934 Sterba, se distingue por destacar la relevancia del trabajo en conjunto para que el paciente pudiera aceptar las exposiciones del analista, fue el primero en hacer especial énfasis en la conexión positiva entre paciente y terapeuta para llegar a un acuerdo y la realización de las tareas comunes en el tratamiento (citado en Mateu, 2015). Sterba (1934), junto con otros expertos denominados psicólogos del yo, como Bibring (1973), consideraban que todo lo que siente el paciente hacía el terapeuta es una reacción transferencial, como por ejemplo las relaciones objetales. Siendo el foco de atención para ellos la adecuación del paciente en la realidad y asuntos positivos y no transferenciales del vínculo terapéutico (citados en Escudero, 2009).

Empero, se piensa que gracias a la observación de Freud acerca de esta relación beneficiosa entre paciente y terapeuta y a la instauración de una transferencia operativa como primer punto en terapia, es que se conforma lo que posteriormente se denominaría como alianza terapéutica (Ojeda, 2010). Freud (1940), pensaba que la alianza terapéutica estaba vinculaba con la transferencia “no objetable” o “positiva”, comprendida esta como el aprecio y confianza del consultante hacía el terapeuta;

asuntos que son la base y el estímulo para realizar el trabajo terapéutico, pero no son objeto de análisis (Muran y Safran, 1998; citados en Escudero, 2009).

El constructo fue planteado en sus primeras veces por Freud en el año de 1940, diferenciándolo de la transferencia; la alianza hacía alusión a la confianza y el afecto del consultante hacia el terapeuta, mientras que la transferencia se refería a los sentimientos, impulsos y necesidades del consultante vinculadas con otras personas que resultan ser significativas a él. Freud, mencionaba lo conveniente de que el terapeuta mantuviera una actitud positiva e interés para con el paciente y con ello instaurar una relación positiva hacia el profesional (Corbella & Botella, 2003; citados en Mateu, 2015).

Continuando con la historia del concepto, para 1940 Sterba, señaló que la relación terapéutica era una condición imprescindible para el éxito en terapia, además de que se manifestaba como consecuencia de la transferencia positiva. En la misma línea, un año después Fenichel (1941), destacó la importancia de un ambiente de confianza y el desarrollo de la transferencia positiva en terapia (citados en Duran, 2014). Por otra parte, Vallejo (1952), señalaba que la alianza era una herramienta que produce en el paciente un estado de ánimo conveniente para que pueda llevar a cabo las indicaciones del terapeuta (citado en Ortega, 2016).

Derivado de lo anterior, comenzaron a surgir debates desde la escuela psicoanalítica, acerca de si esta relación estaba incluida en la transferencia; sin embargo, algunos autores como Bibrin, Zetzel, y Greenson, empezaron a definirlo como un constructo diferente (citados en Ojeda, 2010).

Ya en 1956 Zetzel, diferenciando los sentimientos de transferencia de la alianza terapéutica (citados en Duran, 2014), propuso el término de alianza terapéutica para hacer referencia a la relación que se erige entre paciente y terapeuta, como consecuencia de las relaciones positivas del paciente durante su infancia; en específico, era el apego del paciente hacía el terapeuta. Pensaba que gracias a la empatía y apoyo del terapeuta, la alianza aumentaría (citado en Mateu, 2015). En otras palabras, denomina “alianza terapéutica” como la parte no neurótica de la relación entre paciente y terapeuta (citado en Ojeda, 2010).

Poco tiempo después, alrededor de 1965, Greenson propuso el concepto de alianza de trabajo, para la relación no neurótica y racional entre paciente y terapeuta (citados en Duran, 2014). Es la actitud del paciente para colaborar con el terapeuta en las tareas de terapia; pensaba que esa cooperación positiva entre paciente y terapeuta era fundamental para el éxito del tratamiento (Greenson, 1965, citado en Mateu, 2015). Así pues, planteó que se componía de tres partes; estas eran la transferencia, la alianza de trabajo y la relación real. Siendo esta última, la relación real, concebida como la respuesta humana de una persona a otra y viceversa (Greenson, 1965, 1969; citado en Ojeda, 2010). Al respecto, Meissner (2007), piensa que la transferencia, la alianza terapéutica y la relación real son piezas fundamentales que se interrelacionan en el proceso de vinculación entre paciente y terapeuta; sin embargo, es muy necesario distinguirlas, debido a que la primera se basa más en la forma en como actúa el individuo con base en experiencias significativas; la segunda se refiere más a la función de colaborar entre ambas partes para llevar el proceso de la mejor manera posible; y la tercera hace alusión a la relación genuina entre dos seres humanos (citados en Aznar et al; 2014).

Con base a lo anterior, surgieron diversos términos para hacer referencia a esa relación como: alianza terapéutica (Zetzel, 1956), transferencia racional (Fenichel, 1941), transferencia madura (Stone, 1961), o alianza de trabajo (Greenson, 1965) (citados en Duran, 2014). Aunque las concepciones psicodinámicas de este término suelen ser diferentes, la mayoría coinciden en que se compone de cuatro características principales: la negociación, la cual consiste en llegar a un acuerdo respecto al marco terapéutico y el significado para ambos; la mutualidad, se refiere a encaminar el trabajo en conjunto hacia los mismos propósitos; la confianza y aceptación, hacen alusión al grado de influencia del terapeuta y de permitirse influenciar por el paciente (Beitman y Klerman, 1991; citados en Aznar et al; 2014).

Siguiendo con el tema, en 1970 Bordin, realiza una concepción de la alianza más heurística y global que integra diversas ideas teóricas del constructo, siendo su propuesta la que más influyó en psicoterapia individual; planteaba que se componía de tres partes: convenio entre paciente y profesional en relación a los objetivos de la terapia, convenio de las tareas a realizar para cumplir esas metas y una relación afectiva para realizar esas tareas aunque pudieran resultar difíciles (citado en Escudero, 2009). Textualmente, expresaba que la alianza terapéutica se refería a la “relación consciente que involucra acuerdos y colaboración entre terapeuta y paciente, concepto que integra tres componentes: vínculo, tareas y metas, los que en combinación definirían la calidad y fuerza de toda alianza “(Bordin, 1976; citado en Vidal y Chamblás, 2014, p. 146).

Derivado de un pensamiento similar, Strupp (1973) concluía que la alianza incide en la efectividad del proceso terapéutico, sin importar el modelo que sustente a este último

(citado en Escudero, 2009). De esta forma el término comienza a evolucionar, separándose del concepto de transferencia, utilizado en el psicoanálisis, empezando a integrarse a otras escuelas psicológicas (Mateu, 2015).

Durante la misma época, Luborsky (1976), todavía con algunos matices del psicoanálisis, define a esta alianza como una asociación dinámica que va cambiando con base a las necesidades de las diversas fases en terapia y se compone de dos tipos. La alianza 1 se genera al principio, este tipo de alianza se enfoca en ayudar, dar soporte y contención al paciente. Y la alianza de tipo 2, se genera en fases posteriores y se enfoca a la formación de un trabajo en equipo para dar solución al problema del paciente (citados en Aznar et al; 2014). Debido a su interés en el tema, este mismo autor con la finalidad de entender de forma empírica la alianza terapéutica diseña dos instrumentos de medición, los signos de conteo de la Alianza de Ayuda (HACS) y la Escala de Ayuda para la Clasificación de la Alianza (HAR); herramientas que sentarían las bases para la elaboración de otros instrumentos, dentro de los que destacan la Escala Californiana de Alianza de Psicoterapia (CALPAS; Marmar y Gaston, 1988; Marmar, Weiss y Gaston, 1989), el Cuestionario de la Alianza de Ayuda (HAQ; Alexander y Luborsky, 1986), la Escala del proceso de psicoterapia de Vanderbilt (VPPS; Gomes-Schwartz, 1978), y el Inventario de la Alianza de Trabajo (WAI; Horvath y Greenberg, 1986, 1989), vale la pena mencionar que también se han creado instrumentos para medir la alianza en terapia de pareja o familia como la Escala de la Alianza de Terapia de Pareja y la Escala de la Alianza de Terapia Familiar (CTAS y FTAS; Pinsof y Catherall, 1986), (citados en Duran, 2014).

Dicho lo anterior, definitivamente la concepción actual de la alianza y el interés por estudiarla desde diferentes escuelas psicológicas surge gracias a la definición panteórica (intenta integrar todas las teorías) propuesta por Bordin (1979) y sus ideas vinculadas a esta relación. En opinión de Bordin (1979) la alianza terapéutica es “la relación de colaboración que se establece entre el terapeuta y el consultante y los acuerdos sobre los objetivos de trabajo y las estrategias para lograrlos. Esta relación es recíproca, intencional y activa, pues se encuentra en constante negociación y supone un esfuerzo conjunto de las partes a través de la terapia” (Carrero & Escudero, 2009; Martin et al., 2000; citados Bermúdez y Navia, 2013, p. 334).

Prosiguiendo, Bordin (1979), veía a esta alianza como un vehículo que facilita la efectividad de las técnicas y procesos terapéuticos (citado en Glebova et al: 2010); un año más tarde Bordin (1980), concluía que una alianza positiva entre paciente y terapeuta no era curativa por si sola, simplemente contribuía en el compromiso y desarrollo de la terapia por parte del paciente. A partir de ese momento la alianza pasó a ser un aspecto fundamental de cambio desde cualquier paradigma utilizado, concibiéndose de forma diferente (citado en Vidal y Chamblás, 2014). Durante la misma época Bordin (1980), proponía que la fortaleza en la alianza es la que determina los resultados y no el modelo de colaboración; además que los cambios efectuados no sólo dependen del establecimiento de la alianza, también de las correcciones en la misma cuando se detecta que se esta fracturando (citado en Ojeda, 2010).

Gracias a esta última idea y al incremento en la utilización de modelos relacionales comenzaron nuevas líneas de investigación relacionadas con las rupturas en la alianza y sus correcciones con la finalidad de entender mejor el proceso terapéutico (Safran et al.,

1990; Safran y Muran, 2000); o como las que se enfocan más en la negociación intersubjetiva, dando mayor relevancia a aspectos como los acuerdos y la colaboración, es decir la negociación en el tratamiento (Aron, 1996; Benjamin, 1990; Mitchell, 1988, 1993); (citados en Duran, 2014).

Como resultado de esta nueva forma de concebir a la alianza, surgen otros planteamientos o ideas relacionados a este constructo, como los de Hartley (1985), el cual pensaba que es la relación real y de trabajo, es decir, el vínculo entre paciente y terapeuta y la competencia de ambos para trabajar en equipo con base a ciertos objetivos pactados (Helmich et al; 2010). En la misma línea Horvath & Luborsky (1993) indican que la alianza terapéutica es un proceso dinámico, que va cambiando con base a las modificaciones de las necesidades del procedimiento (citados en Ojeda, 2010).

Aunque como ya se mencionó, la alianza terapéutica surge desde el paradigma psicoanalítico, otras corrientes como la humanista o la cognitivo-conductual también reconocieron la relevancia de esta relación; por ejemplo, Rogers (1951), utilizando la terapia centrada en el cliente, observó que esta relación era muy necesaria para el cambio terapéutico (citado en Duran, 2014). Rogers (2008) desde un enfoque humanista, hacía especial énfasis en la alianza durante el proceso terapéutico; según este autor, el terapeuta tendría que tener tres cualidades, ser empático, coherente y admitir de forma incondicional al paciente. Pensaba que, sin importar las técnicas utilizadas desde cualquier paradigma, la alianza terapéutica por si sola, ayudaba a generar el cambio (citado en Mateu, 2015).

Según Horvath (2000), la importancia de las aportaciones de Rogers radica en que sentaron las bases para las teorías que existen hoy día acerca de la alianza, sobre todo por las ideas de que es esencial desde cualquier orientación y es más importante en el resultado positivo del tratamiento, que algunas técnicas en específico (citado en Mateu, 2015).

Por otro lado, podría pensarse que modelos como el cognitivo-conductual no incorporan de forma explícita a la alianza terapéutica, sin embargo, utilizan técnicas que involucran la cooperación entre paciente y terapeuta en la realización de los trabajos necesarios para poder alcanzar los objetivos formulados, aunque están más enfocados en mecanismos específicos de cambio (Escudero, 2009). En consecuencia, desde este paradigma se considera que la alianza terapéutica sólo es coadyuvante de algunas técnicas que generan los cambios en terapia, pero no es una técnica o variable específica (Castonguay et al; 2010; Wolpe y Lazarus 1966; citados en Helmich et al; 2010).

Recientemente los teóricos contemporáneos cognitivos han vuelto a admitir lo valioso de esta relación en el tratamiento (Arnkoff, 1995; Newman, 1998; citados en Duran, 2014). Por ejemplo, el modelo del empirismo colaborativo de Beck (1979), según este autor el trabajo en conjunto tiene como objetivo determinar cuales son los problemas principales del consultante y sus probables soluciones (citados en Helmich et al; 2010). En este enfoque cognitivo, se le otorga más importancia al trabajo en conjunto y la colaboración entre paciente y terapeuta (Raue y Goldfied, 1994; citados en Helmich et al; 2010).

Como consecuencia de lo anteriormente señalado, se piensa que la alianza terapéutica implica un trabajo conjunto; en donde lo que se pretende con el tratamiento, los trabajos que se van realizando, el vínculo establecido y la perspectiva del paciente, así como del terapeuta; son partes fundamentales para que se presente dicha alianza (Blow et al., 2007; Horvath & Bedi, 2002; citados en Mateu, 2015).

Continuando, otro punto importante a mencionar, son las diferentes propuestas que han surgido en los últimos veinticinco años, acerca de los principales aspectos que pueden tener influencia en la alianza terapéutica.

Roth y Fonagy (1996), desde un punto de vista metateórico sugieren las siguientes variables, la impresión del paciente acerca de la importancia y fuerza de las intervenciones por parte del terapeuta; el pacto entre consultante y terapeuta en relación a las expectativas razonables y relevantes respecto a la terapia a mediano y corto plazo; y la parte cognitiva y afectiva afectada por la aptitud del consultante de establecer una relación personal con el terapeuta, y la pericia del profesional para manifestarse como una persona que apoya, es afectuosa, sensitiva y agradable para el paciente (citados en Ojeda, 2010).

De acuerdo con Braconier (2002), desde una perspectiva psicoanalítica señala que existen cuatro factores que influyen en el progreso de la alianza terapéutica: a) las características del paciente, sobresaliendo la habilidad del paciente para confiar en sus aptitudes y la competencia del terapeuta; la autonomía; la iniciativa y la industria (capacidad de utilizar los insights de forma permanente); b) características del terapeuta, como su disposición para apoyar, serenidad, amabilidad, sensatez y su capacidad para

no criticar al paciente en ningún momento (Meissner, 2007); c) intercambios intersubjetivos entre el paciente y el terapeuta; y d) la técnica utilizada por el terapeuta, intentando que esta genere la menor inquietud al paciente (citados en Aznar et al; 2014).

De la misma manera, Meissner (2007) apoyándose del mismo paradigma, indica que la alianza terapéutica involucra algunos aspectos como el marco de trabajo terapéutico, la autoridad, la responsabilidad, la empatía, la confianza, la autonomía, la iniciativa, la libertad, la neutralidad, la abstinencia y algunas consideraciones éticas; todas con la finalidad de llevar a cabo un trabajo terapéutico eficiente (citado en (Aznar et al; 2014).

Según Bermúdez y Navia (2013), algunas de las variables que contribuyen a la alianza terapéutica son la colaboración voluntaria y comprometida de los pacientes, el responsabilizarse en el problema, la confianza en el procedimiento, las ganas de cambiar y la congruencia entre la intervención y expectativas hacia la terapia.

Por otra parte, es necesario destacar lo importante que resulta para algunos autores establecer una alianza desde inicios del proceso terapéutico, así como de realizar una medición de la misma durante todo el tratamiento.

De manera semejante, otro aspecto que ha sido el foco de atención es la medición de la alianza, en relación al tema Friedlander y sus colaboradores (2011), refieren que es necesario medir la alianza varias veces durante el tratamiento, para así observar áreas de oportunidad relacionadas al constructo y poder corregirlas. Aznar y sus colaboradores (2014), indican que se ha observado que la mejora en el vínculo terapéutico, se debe gracias al trabajo realizado por el terapeuta cuando es requerido.

En la misma línea algunos autores como Kuhlman y sus colaboradores (2012), piensan que la medición constante de la alianza y su mejora, otorga datos al terapeuta que le permiten realizar los ajustes pertinentes en el proceso y como consecuencia disminuir la posibilidad de venirse abajo el tratamiento. Es fundamental que el terapeuta pueda detectar los momentos cuando se empieza a romper o fracturar la alianza terapéutica y hacer los ajustes correspondientes, porque si no lo hace las consecuencias pueden ser la terminación del tratamiento de forma anticipada o sin éxito (Balint, 1968; Winnicot, 1965; citados en Aznar et al; 2014).

Dicho lo anterior, Muran (2001), con base en diferentes perspectivas teóricas, sugirió que existen dos tipos de rupturas en la alianza, las de distanciamiento y de confrontación; las primeras se refieren al alejamiento en la relación entre paciente y terapeuta, es decir, cuando el paciente se muestra distante o con poca cercanía hacia él terapeuta ; y las segundas en las que el paciente exprese de forma directa lo que siente y piensa cuando algo no es de su agrado, como por ejemplo su enojo o descontento con él terapeuta o algún aspecto del proceso terapéutico (citado en Ojeda, 2010).

De manera que, a partir de todas las ideas planteadas es que, en la actualidad, se concibe a la alianza terapéutica, como una cualidad e involucra el nivel de solidez en la relación de cooperación entre paciente y terapeuta; integrando ese vínculo afectivo en aspectos como la confianza y el interés de paciente y terapeuta, además de lograr acuerdos siempre manteniendo respeto. Involucra de manera activa a paciente y terapeuta para cumplir con los objetivos planteados y la manera de llevarlos a cabo (Horvath y Bedi, 2002; citados en Escudero, 2009). Dicho de otra manera, desde un

contexto de terapia, la alianza terapéutica hace alusión a la calidad y la fuerza de la relación entre el consultante y el terapeuta, e implica; los lazos afectivos entre uno y otro y un compromiso activo con los objetivos del tratamiento y la forma de lograrlos (Corbella & Botella, 2003; Horvath & Bedi, 2002; citados en Mateu, 2015).

Llegado a este punto, la alianza es entendida como una “variable integradora por excelencia” en psicoterapia (Wolfe y Goldfried, 1988) y el elemento principal que fomenta el cambio (Horvath y Bedi, 2002; Lambert y Simon, 2008). Según Ortega (2016) la alianza terapéutica es concebida como la asociación positiva entre paciente y terapeuta, que ayuda al paciente a llevar el tratamiento de la mejor manera, haciéndolo más fácil, con el apoyo de algunas técnicas que se pueden ir modificando con base a los resultados obtenidos.

En conclusión, el renovado interés en el estudio de la alianza terapéutica, se debe a que ayuda a explicar la efectividad del tratamiento sin importar el modelo teórico usado (citados en Duran, 2014); además de ser un requisito indispensable en psicoterapia para el correcto desenvolvimiento del proceso terapéutico (Blow, Sprenkle y Davis, 2007; Corbella y Botella, 2003; citados en Mateu, Vilaregut, Campo, Artigas y Escudero, 2014).

“Capítulo 2. Concepción de la terapia de pareja desde algunos enfoques teóricos”

La terapia de pareja es una modalidad de terapia que “aborda el conflicto que aparece en un vínculo de dos, en el que sus integrantes no se ponen de acuerdo acerca de lo que pueden resolver solos y la necesidad de una eventual ayuda externa a ellos” (Bernal, 2012, p. 1). Jackson (1977), fue el primero en usar el término “terapia conjunta”, la cual describía como un tratamiento terapéutico mediante el cual un terapeuta aborda a la pareja como conjunto, entrevistándolos conjuntamente (citado en Mateu, 2015).

Paradigma sistémico

En opinión de Brenes y Salazar (2015) la forma de entender y relacionar a la pareja con el paradigma sistémico es consecuencia de diversas ideas provenientes de diferentes disciplinas como:

-La teoría general de los sistemas, de esta teoría se tomaron conceptos como la visión holística, la totalidad, la interacción, la autorregulación, la interdependencia, la retroalimentación y el sistema (siendo este su concepto central) (Brenes y Salazar, 2015).

-Cibernética, de esta disciplina se adoptó el pensamiento acerca de que los subsistemas que forman el sistema están continuamente intercambiando información y comunicación (Brenes y Salazar, 2015). En opinión de Camacho (2006), esta ciencia estudia la comunicación y el control de máquinas, así como también de seres humanos

(citado en Brenes y Salazar, 2015), derivado de este control se utiliza el término termorregulación, que es equiparable a homeostasis, los dos conceptos hacen referencia a esta necesidad de que los sistemas se autorregulen con la finalidad de mantener el equilibrio (Castillo, 2008; citado en Brenes y Salazar, 2015).

- Los axiomas de la comunicación (serie permanente de intercambios) de Watzlawick, Helmick y Jackson (1985), surgen en su teoría de la comunicación humana, al intentar explicar cómo es que la forma de comunicarse influye en la conducta del ser humano; de acuerdo con ellos son: a) la imposibilidad de no comunicar, b) niveles de contenido y relación, c) puntuación de la secuencia de los hechos, d) comunicación digital y analógica, y e) la interacción simétrica y complementaria (citados en Brenes y Salazar, 2015).

Entonces, como resultado de lo anterior, surge la terapia familiar sistémica, cuyo principal objetivo es cambiar los patrones de interacción de los individuos (Feixas y Miró, 1993; citados en Brenes y Salazar, 2015).

Con respecto a este modelo es necesario mencionar que su centro de análisis es el sistema, más no el individuo, este último sólo es una de las partes del sistema y su valor radica en su función y ubicación dentro del sistema. El sistema es un ente estructurado e interdependiente que se expresa bajo ciertas normas; con esta visión los síntomas son entendidos como parte de la forma de comunicarse (Feixas, Muñoz, Compañ y Montesano, 2016). El síntoma es un proceso homeostático que busca mantener la continuidad en el sistema (Jackson, 1977, citado en Mateu, 2015), comunicando cómo

se comporta el sistema y su función es dar equilibrio al sistema, en consecuencia, es una característica del sistema y no solamente de quien lo padece (Feixas et al; 2016).

De modo que bajo este paradigma se visualiza a la pareja como un sistema dirigido por normas, en donde el comportamiento de cada miembro de la pareja influye en los otros integrantes del sistema. Se hace énfasis en el presente y lo observable; si algún hecho que ya ocurrió afecta a la pareja y su relación, se debe a que las afectaciones siempre están en la relación y sus significados, y no como tal al incidente original (Cáceres, 1993; Sluzki, 2009; citados en Mateu, 2015). En otras palabras, se hace hincapié en las interacciones de cada miembro de la pareja ocurridas en el presente y con los sistemas con los que interactúa, en lugar de tratar de encontrar las causas de los síntomas en el pasado (Feixas et al; 2016). El reconocer estas interacciones o relaciones es una de las principales finalidades en terapia de pareja (Batenson, 1971; citado en Espinal et al; s/f), debido a que la forma en como se relaciona la pareja va a afectar en como afrontan los problemas cada integrante de la misma, así como en su conjunto; estas relaciones son la forma en como se mantienen en contacto entre si los miembros de la pareja al intercambiar información que supone una mutua influencia bidireccional o circular (Espinal et al; s/f).

Como se mencionaba, otra característica de este modelo es la importancia que concede a la comunicación, ya que esta última permite abordar las interacciones entre las personas, en vez de lo que pasa al interior de ellas, es decir sus cogniciones, emociones o sentimientos (Feixas et al; 2016). La comunicación en este contexto hace una distinción a nivel verbal como paraverbal, cualquier comportamiento se entiende como un intercambio de información que va retroalimentando y creando al sistema

(Rodríguez, s/f). El que el modelo sistémico haga especial énfasis en la comunicación se debe a la idea de que, al comprender la actividad humana como comunicación, todo lo que hace el ser humano expresa un mensaje que tiene cierto significado, sin importar como se exprese (Feixas et al; 2016).

A partir de lo anterior es que surgen algunas definiciones de la pareja relacionadas a este modelo teórico:

-Según Campo & Linares (2002) las parejas son “dos individuos procedentes de familias distintas, generalmente de diferente sexo, pero no necesariamente, que deciden vincularse afectivamente, para compartir un proyecto común (futuro) en un espacio propio (nosotros), que excluye a otros pero que interactúa con el entorno social” (citados en Mateu, 2015, p. 64). O sea, es la creación de un subsistema diferente a los otros subsistemas, que interactúa con otros subsistemas, pero marca sus límites (Mateu, 2015). Al respecto Minuchin y Fishman (2008) refieren que en la fase inicial de la formación de la pareja se deben implementar nuevas reglas para poder relacionarse con los demás, es decir los otros sistemas; esto conlleva a que se equilibre la forma de ser de cada miembro de la pareja, con base a sus expectativas, siendo posible perder su individualidad, debido a que cada integrante se percibe como un todo que interactúa con otro todo (citado en Mateu, 2015).

-De acuerdo con Biscotti (2006), la pareja es un constructo relacional que se compone de la definición que cada persona se otorga así mismo y le da al otro (el deseo de que me percibas así), la definición que cada quien tiene del otro (te percibo, te veo como) y la definición que cada persona recibe del otro (citado en Brenes y Salazar, 2015). Es

decir, la pareja es una realidad cualitativamente distinta, debido a la nueva redefinición de los aspectos individuales y de las cosas con las que cuentan los miembros de la díada (Campo & Linares, 2002; citados en Mateu, 2015). En otras palabras, la formación del nuevo sistema origina una nueva entidad; cuya finalidad puede ser completar o contrariar los objetivos de cada uno de los componentes de la pareja. Se cree que, si se llega a un acuerdo con base a los objetivos de ambos, lo más seguro es que la relación prospere (Caillé, 1992; citado en Mateu, 2015).

-La pareja es la interacción de creencias e ideas del pasado de cada persona que se desarrollan en el presente, bajo un contexto constante de cambio (Brenes y Salazar, 2015). Sager et al. (1971) utilizaron el término contrato matrimonial para hacer alusión a los aspectos tanto conscientes e inconscientes, expresados e implícitos; que se relacionan con los deberes y logros esperados como pareja e individuales que se presentan en la relación conyugal (citado en Mateu, 2015). Desde este enfoque el cambio es inevitable, por consiguiente, se presenta forzosamente en el individuo y como consecuencia el sistema evoluciona, provocando que el contrato también se modifique (Mateu, 2015).

-La formación de la pareja es la unión de dos personas que vienen de sistemas familiares diferentes, creando un nuevo sistema con base a las características generales de cada individuo, en donde es necesario establecer ciertos límites en relación a sus sistemas de origen para que la pareja funcione de mejor forma (Ríos, 2005; citado en Mateu, 2015).

Por otro lado, un punto importante que han destacado algunos autores son las etapas presentes al formarse la pareja. En opinión de Estrada (2015), el ciclo vital de la familia se refiere a una serie de etapas del desarrollo por las cuales pasa la familia, al nacer, crecer, reproducirse y morir.

De acuerdo con Gracia y Musito (2000), una vez que se decide formar la pareja se presentan una etapa que se llama de acomodación y complementariedad, la acomodación apunta a la adaptación de ambos miembros de la pareja de una persona hacia la otra y viceversa en aspectos como su forma de vivir, sus creencias, gustos, expectativas o la forma de solucionar los problemas; y una vez que deciden cuales son sus mismas expectativas, cada individuo cede en su individualidad y por ende la complementariedad hace alusión a cuando la pareja se complementan con base a sus objetivos (citados en Brenes y Salazar, 2015).

De igual forma Haley (2013) y Ríos (2005) piensan que la decisión de formar una pareja es el inicio de una serie etapas sucesivas que derivan una de la otra y son (citados en Mateu, 2015): a) formación de la pareja, es la etapa donde se examina las similitudes y divergencias de cada individuo, teniendo como consecuencia el establecimiento de un acuerdo para formar el nuevo sistema (Haley, 2013; citado en Mateu, 2015). En este momento se establecen límites con respecto a la familia de cada individuo y se establecen reglas para el mejor funcionamiento de la pareja (Migerode & Hooghe, 2012; citado en Mateu, 2015). b) Cohesión de la pareja, este periodo se caracteriza porque ambos miembros disfrutan de ser una pareja, es decir sienten que son una unidad y además que tienen el apoyo mutuo (Haley, 2013; citado en Mateu, 2015). c) Nacimiento de hijos, el sistema formado por una díada se convierte en una tríada y como

consecuencia se reorganizan las relaciones con los otros sistemas como los de las familias de origen (Mateu, 2015). d) Periodo intermedio, por lo regular durante esta fase se alcanza una perspectiva más madura, disfrutando del placer de ver crecer a los hijos (Mateu, 2015). Y e) disolución evolutiva de la pareja, se presenta con el fallecimiento de uno de los miembros de la pareja y por consiguiente el fin de la díada (Ríos, 2005; citado en Mateu, 2015). Es importante mencionar que otros autores como Castañeda y sus colaboradores (2013) contemplan otras etapas como la llamada nido vacío, que es cuando la pareja se queda sola como consecuencia de que los hijos se hayan ido del hogar por el proceso de crecer e independizarse (citado en Ríos, 2015); o también la vejez (del Valle y Medina, 2015).

Por otra parte, un aspecto también significativo en la pareja son los problemas. Según González, (2010) durante la formación de la pareja, se presentan una serie de cambios, para los cuales la pareja cuenta con varios recursos, empero puede llegar el momento en que estos no sean suficientes o no funcionen como antes lo hacían, teniendo como consecuencia que surjan malestares o insatisfacciones, que además de afectar a los miembros de la pareja, pueden también perjudicar a las personas que se relacionan con la pareja, como por ejemplo los hijos (citado en Brenes y Salazar, 2015). El papel de los recursos desempeña un papel fundamental desde el paradigma sistémico, por ejemplo, en la terapia familiar breve centrada en soluciones el terapeuta no dice a los pacientes que realizar, más bien ayuda a encontrar a los pacientes los momentos en que afrontan de forma eficiente los problemas y a saber como lo hacen para ir por caminos similares o iguales (Beyebach, 2014).

En la misma línea Burman y Margolin (1992), indican que los problemas son algo que es ineludible se presente; para algunas parejas los conflictos desempeñan un rol de reconstrucción, sin embargo para otras lo contrario (citados en Mateu, 2015). Así pues, de acuerdo con Campo (2014) existen varios tipos de conflictos en la pareja como: a) desajustes en la organización de la convivencia, se presenta por lo menos en uno de los miembros de la pareja y hace referencia a lo difícil que resulta adaptarse a la organización de algunas prácticas como las tareas del hogar (Campo & Linares, 2002; citados en Mateu, 2015). b) Diferencias en la comunicación y resolución de conflictos, de acuerdo con Gottman (1994), hay tres estilos de resolver los problemas; el convalidante, que utiliza principalmente la comunicación verbal para generar cambios; el explosivo, que utiliza las emociones para expresarse y convencer a su pareja; y el evitativo, que minimiza los problemas esperando que se solucionen solos. Y c) desacuerdos respecto a la definición de la relación, según Gottman y Levenson (1999), el bienestar de la pareja depende de la regulación emocional para solucionar los problemas entre otros factores (citados en Mateu, 2015).

Para complementar todo lo antes mencionado y comprender más a la pareja desde el enfoque sistémico, es relevante comentar que para abordar los problemas que se puedan presentar en la díada este paradigma se apoya de diferentes formas de dar terapia como por ejemplo:

-Terapia narrativa, propuesta por Michael White: se sustenta bajo la idea de que las personas convierten sus experiencias en relatos que les causan afecciones (Brenes y Salazar, 2015). Para Manfrida (2011), es un procedimiento de co-construcción, donde el terapeuta ayuda a la elaboración de una nueva historia, a partir de las historias

dominantes que son consecuencia de experiencias significativas en las personas (citado en Brenes y Salazar, 2015). Dentro de este modelo, se puede utilizar una serie de recursos que impliquen el uso de material ilustrativo o escrito, como las biografías, diarios, cartas, poesía y caracterizaciones de la pérdida, lectura reflexiva, dibujos e imágenes, entrevista de reconstrucción de significado, epitafios, galería de fotografías, huella vital, imágenes metafóricas, objetos de vinculación, etc. (Brenes y Salazar, 2015).

-Terapia Breve Centrada en Soluciones: es una modalidad de terapia cuyo objetivo principal es crear y establecer una serie de soluciones al problema que se requiere cambiar (Tarragona, 2006), centrándose más en los medios que tienen las personas para solucionar eso que les afecta (Hudson y Weiner-Davids, 2002). Algunas de las técnicas que se manejan en este modelo son la pregunta milagro, que consiste en realizar una pregunta al paciente, imaginando que pasaría diferente si su problema fuera solucionado; otra de las técnicas son las escalas de avance, son escalas subjetivas en donde los pacientes califican del 1 al 10 diversos aspectos ligados a la pareja como que tan grave es el problema que les aqueja, o que tan satisfechos están con su relación. Además, se utilizan otros procedimientos como la retroalimentación, metáforas, reencuadres o las excepciones (citados en Brenes y Salazar, 2015).

Dentro de los modelos existen dos propuestas teóricas importantes que sirven para abordar los problemas desde este paradigma, como el estructural propuesto por Salvador Minuchin; en donde se piensa que la familia “es un sistema abierto, con patrones de interacción (estructura familiar) que determinan las relaciones funcionales entre sus miembros. Desde esta perspectiva el origen de los problemas psicológicos se encuentra

en el ámbito familiar y su análisis y tratamiento se realizan a nivel familiar, no individual” (Soria, 2010, p. 87). El otro modelo es el estratégico propuesto por Jay Haley (1991), “plantea que la terapia denominada estratégica no se refiere a un solo enfoque, sino que abarca a todos aquellos en los que el terapeuta sea activo en influir directamente en el sistema consultante, a través de iniciar lo que ocurre en la terapia y de diseñar un enfoque particular para cada problema” (citado en Zlachevsky y Pena, p. 1).

Por otra parte, un aspecto relevante de comentar es que el diagnóstico que se realiza desde esta perspectiva es muy diferente al de otros enfoques; el diagnóstico se enfoca en el sistema y no solamente en uno de sus miembros, es decir en la estructura de las relaciones de sus integrantes; el diagnóstico y la terapia se realizan de forma conjunta, van entrelazados; y considera la influencia mutua del sistema del terapeuta con el del sistema de la familia (Cinabal, 2018).

Para concluir, desde el enfoque sistémico, la pareja conforma un sistema estructurado, autorregulado, dinámico, abierto y homeostático (Iturralde, 1991). Bajo esta perspectiva, este sistema forma una entidad nueva y cualitativamente diferente, no es la suma de dos diferentes personalidades (Sager, 1967) (citados en (Rodríguez, s/f).

Paradigma psicoanalítico

Para entender como se ve a la pareja desde el paradigma psicoanalítico, en primera instancia es necesario mencionar que sin importar el contexto o la modalidad de terapia el propósito principal de un tratamiento psicoanalítico es lograr el insight, cambiar los

problemas inconscientes y dinámicas relacionales que provocan sufrimiento. Las tareas psicoanalíticas consisten en investigar, dilucidar e interpretar fantasías, temores, deseos, defensas y otros aspectos que afectan la relación de uno mismo hacia los demás (Pérez et al, 2009). En consecuencia, la vida interior de la pareja esta formada por sus deseos, esperanzas, desilusiones y miedos que interactúan con los mismos aspectos del otro miembro de la pareja (Balint, 1962; citado en Aznar-Martínez et al; 2016).

El principio fundamental y de mayor relevancia en cualquier planteamiento analítico en terapia de pareja, es que la conducta esta determinada por estímulos conscientes e inconscientes; siendo las motivaciones inconscientes las que hay que estudiar y comprender con la finalidad de contribuir a que la pareja alcance equilibrio (Crawley y Grant, 2010). En opinión de gallegos (2012), el inconsciente es el aspecto mental de la persona, a la que no tiene acceso de manera directa, es la contraparte de la consciencia. En esta modalidad de terapia, también la contratransferencia (reacción emocional del analista a los estímulos por parte del paciente) desempeña un papel importante, debido a que contribuye a un mejor entendimiento de la dinámica relacional entre la pareja, así como también la relación con el analista (transferencia) (Pérez et al, 2009).

En primer lugar, es necesario recalcar que desde el psicoanálisis la teoría de las relaciones objetales es la que mejor ha interpretado a las relaciones de pareja (Rodríguez, s/f). Según Kernber (1979), estas relaciones “representan el estudio psicoanalítico de la naturaleza y el origen de la estructura intrapsíquica que deriva de las relaciones internalizadas del pasado, fijándolas, modificándolas y reactivándolas con otras en el contexto de las relaciones interpersonales presentes” (citado en Rodríguez, s/f, p. 5). Es decir el modelo relacional instaurado entre los miembros de la pareja actual

y con el terapeuta es consecuencia de las relaciones internalizadas de la pareja parental primaria y de sus cambios subsiguientes durante el desarrollo (Velasco, 1996; citado en Rodríguez, s/f).

Considerando lo antes mencionado, la forma de entender las relaciones objetales se subdivide en tres, la primera línea es la de la escuela británica, desde su perspectiva se propone que el ser humano tiene como propósito principal instaurar un vínculo significativo hacia los demás, en donde la experiencia y la personalidad están estructuradas en torno a esas relaciones (Pérez et al, 2009); la segunda línea corresponde a la escuela norteamericana, desde esta visión, las interacciones durante los primeros años de vida ayudan o dificultan el poder distinguir lo interno de lo externo (Siegel, s/f; citado en Pérez et al, 2009), con esta perspectiva la relación de pareja contribuye a analizar como se esta trabajando lo interno o ayuda de forma negativa a mantener fenómenos de discontinuidad y disociación del self y la exigencia de externar lo que no ha sido creado por los individuos (Santona y Zavattini, 2005; Orbach, 2007; citados en Pérez et al, 2009); y en la última línea, la relación de pareja es una la relación mutua donde no existe diferencia entre un miembro y el otro (Pérez et al, 2009). El objetivo principal desde este enfoque en terapia es contribuir a que las parejas sean más conscientes de sus propias imágenes en conflicto, reduciendo la proyección en la otra persona (Crawley y Grant, 2010).

Otra forma de explicar a la pareja desde este paradigma es la teoría del apego, en ella son los diferentes tipos de apego que las personas utilizan y su interacción, los que ayudan a interpretar como es que se relaciona la pareja (Crawley y Grant, 2010). El apego es la manera en como se entiende la inclinación de las personas a crear sólidos

lazos afectivos hacia otras personas (Becerril y Álvarez, 2012), esta teoría tiene en consideración “los procesos inconscientes, los mecanismos de defensa, la formación de un mundo interno de relaciones de objeto y la influencia mutua entre todo ello y el ambiente social del individuo” (Clulow, 2003, citado en Pérez et al, 2009, p. 2000). El apego es uno de los sistemas conductuales innatos que juegan un papel importante para la relación de pareja, los otros sistemas son la sexualidad y la aptitud para cuidar y apoyar al otro. El apego se conforma a partir de las vivencias que cada persona ha tenido con su familia de procedencia, en especial de los padres (figuras de apego) y se activa al percibirse una amenaza, la capacidad para regular el afecto al relacionarse hacia los demás, es un factor clave en esta teoría (Pérez et al, 2009).

Dicho lo anterior, Hazan y Shaver (1987) fueron los primeros que definieron la relación de pareja como una relación de apego, según ellos existen tres tipos de apego; el apego seguro, que se caracteriza por tener confianza hacia el otro integrante de la pareja, buena comunicación y cooperación; el apego ambivalente, que básicamente se presenta cuando un integrante de la pareja se mantiene cauteloso y requiere ratificar constantemente la relación como consecuencia del temor de perder a la otra persona; y por último el apego evitativo, propio de las personas que desconfían y eluden la necesidad de relacionarse (citados en Pérez et al, 2009). Para Clulow (2009), los problemas en la pareja son síntomas de una complicación para poder relacionarse, hay una pareja triste o desconfiada, más no un individuo triste o desconfiado (citado en Pérez et al, 2009).

Entonces, desde una visión analítica la terapia de pareja se enfocará en la colaboración de cada integrante de la pareja y el funcionamiento de la relación entre

ambos, destacando la diferencia entre la realidad externa y la percepción inconsciente de esa realidad que cada miembro tiene, además de incitar el pensamiento reflexivo; como consecuencia ambos miembros contribuyen a crear una relación que poseerá una personalidad propia (Pérez et al, 2009). De acuerdo con Dicks (1970), esta personalidad se crea gracias a la complementariedad inconsciente entre los integrantes de la pareja (citado en Pérez et al, 2009).

Continuando con este razonamiento, Scharff y Scharff (2008), refieren que los objetivos principales de la terapia son:

- Reconocer y elaborar las identificaciones proyectivas e introyectivas mutuas de la pareja.
- Mejorar la capacidad de la pareja para proporcionarse mutuamente apego y autonomía, así como la capacidad de progreso.
- Recuperar la capacidad de comunicación inconsciente, que permitirá el desarrollo de la empatía, la intimidad y la sexualidad.
- Promover la individuación y la diferenciación entre los miembros de la pareja.
- Facilitar que la pareja recobre la confianza en sus posibilidades de crecimiento (citados en Pérez et al, 2009).

En definitiva, desde este paradigma se acentúa la relevancia de diagnosticar de forma correcta los problemas, así como la comprensión de los patrones relacionales inconscientes que comúnmente se presentan en la pareja. La finalidad del tratamiento de pareja es la comprensión acerca de si mismos y su relación, siendo necesario precisar los temas que directamente afectan a la pareja, intentando evitar los temas que sólo

afecten a uno de los miembros de la pareja y si se presenta así, cambiar la estrategia de manera que puedan participar ambos. Un tratamiento exitoso desde esta perspectiva puede concluir mejorando la relación o con la desunión de común acuerdo por ambos integrantes de la pareja. Tanto el diagnóstico como el tratamiento de los problemas de pareja, están enfocados en patrones problemáticos de la relación que se caracterizan por mecanismos de defensa como la disociación y la identificación proyectiva (Pérez et al, 2009); el analista hace “un diagnóstico en el que ubicará los funcionamientos individuales y vinculares en juego y, fundamentalmente, ubicará a los funcionamientos vinculares o intersubjetivos involucrados en la crisis” (Nocetti y Spivakow, 2011); en palabras de Spivakow (2011), es esencial hacer un doble diagnóstico, el primero con la finalidad de describir como es y como se mantiene el problema en la relación y el segundo tiene como objetivo descifrar los motivos del mismo.

Continuando con el tema, desde esta perspectiva, el terapeuta desempeña un papel activo y su principal instrumento de trabajo es su capacidad interpretativa, interpretando el aquí y el ahora de lo que pasa en la sesión; el punto focal interpretativo no es ninguno de los miembros de la díada, más bien son los dos juntos, su relación y colusión. Una de las técnicas que son básicas desde este modelo es la directriz, la cual consiste en replantear el planteamiento inicial, cambiando los objetivos individuales por los de la pareja como conjunto para de esta forma asimilar la terapia como “nuestra terapia” (Aznar-Martínez et al; 2016). En la misma línea, según Torres (2013), la única técnica real psicoanalítica es la asociación libre, la cual consiste en poner al paciente a comentar todo lo que se le ocurra; según Freud (2016), se le invita al paciente a adoptar un papel de autoobservador, señalando lo que se presenta en la superficie de su conciencia, siendo honesto sin omitir cosas que le resulten desagradables. Para Nocetti y Spivakow

(2011), en terapia de pareja la asociación libre se enfoca en analizar el vínculo, sugiriendo a la pareja realizar un trabajo focalizado.

Paradigma cognitivo conductual

La terapia de pareja cognitivo-conductual es la consecuencia de mezclar técnicas cognitivas que fueron creadas para tratar la psicopatología individual con modelos de terapia marital conductual (Caballo, 2008). De acuerdo con Minici, Rivadeneira y Dahab (s/f), la terapia cognitivo conductual se sustenta principalmente de cuatro principios teóricos básicos: aprendizaje clásico, aprendizaje operante, aprendizaje social y aprendizaje cognitivo.

Sin embargo, “los modelos cognitivo-conductuales del funcionamiento marital y de la terapia de parejas se basan en la teoría del intercambio social (Stuart, 1980). Dentro de esta teoría, las relaciones interpersonales, incluyendo las de pareja, se consideran como conjuntos de procesos de negociación en los que se intercambian elementos materiales y no materiales” (Thibaut y Kelley, 1959; citados en Caballo, 2008, p. 554).

Desde esta perspectiva “la relación de pareja estaría definida como un vínculo entre dos individuos, caracterizado por afecto, emociones, cogniciones y valores, que cumplen una función adaptativa, sexual, de compromiso y seguridad, en el que se encuentran implícitos y explícitos roles y reglas que tienen funciones de reciprocidad y reconocimiento del otro miembro” (Cáceres & González, 2014; citados en González, 2016, p. 4). Siendo uno de sus principales rasgos distintivos, el compromiso emocional que comprende sentimientos de apego y de permanecer en la relación a largo plazo (Wallerstein y Blakeslee, 1995; Rusbult, 1980, 1983; y Rusbult y Buunk, 1993; citados

en González, 2016). Es decir, la “pareja se caracteriza por la unión de la organización cognoscitiva, compuesta de elementos afectivos que crean unos códigos subjetivos de reacción, percepción e interpretación, los cuales son reflejados a través de la conducta y emocionalidad de la persona” (Rivera, & Diaz-Loving, 2005; citados en González, 2016, p. 21).

Así pues, el establecimiento de la relación de pareja es consecuencia de que tan satisfechos estén los miembros de la díada (Sánchez, 2014); entendiéndose esta satisfacción, como la actitud que tomen los miembros de la pareja en relación a su vínculo, comprendiendo aspectos como viabilidad, intimidad, cuidado, pasión, satisfacción y apoyo (Reifman & Pearson, 2004; Nieto, 2009; citados en Sánchez, 2014). La satisfacción marital es el principal elemento del buen funcionamiento de la pareja, esta satisfacción es el intercambio de refuerzos placenteros, así como desagradables que se presentan al interior de la pareja (O’Leary & Woodin, 2009; citados en González, 2016).

Desde este paradigma el centro de análisis son los problemas de la vida diaria que pueden ocasionar la separación de la pareja (Christensen et al., 2004; citados en Sánchez, 2014). Según Baucom y Epstein (1990), los problemas son la consecuencia de patrones disfuncionales de pensamientos y conductas (citados en Caballo, 2008). El problema en la pareja es el desacuerdo o la discordancia entre los integrantes al presentarse motivaciones opuestas relacionadas a aspectos cognitivos o comportamentales disfuncionales, causantes de la insatisfacción (Vargas & Ibañez, 2007; citados en González, 2016).

Siguiendo este razonamiento, en cualquier tratamiento cognitivo conductual de terapia para pareja es necesario reconocer los pensamientos automáticos, las percepciones equivocadas y las distorsiones cognitivas generados a partir de la interacción con el medio; en este tipo de terapia tienen gran relevancia aspectos como la comunicación, aceptación, las tácticas para solucionar los problemas y el aumento de conductas positivas (Córdova & Scott, 2001; Goldenberg & Goldenberg, 2008; Nichols & Schwartz, 2001; Dattilio, 2000; Sevier et al, 2008; citados en Sánchez, 2014). Por lo tanto, con esta visión, la terapia de pareja tiene como objetivo desarrollar habilidades enfocadas hacia el cambio de comportamiento con la finalidad de recuperar la equidad y en consecuencia la satisfacción marital; a través de un análisis ambiental que implica el poder descubrir cómo se están manteniendo y reforzando las conductas disfuncionales, la competencia para expresar sus necesidades y la capacidad para crear y realizar convenios acerca del cambio (Caballo, 2008).

Según Caballo (2008) la terapia de pareja cognitivo conductual, se integra por varios aspectos enfocados a aprender habilidades como:

- El entrenamiento en habilidades de comunicación, componente conductual que contribuye a solucionar problemas, otorgar mutuo apoyo e intimidad, a través de una comunicación clara y precisa, incluyendo la escucha y el habla.

- Entrenamiento en solución de problemas, se enfoca en aprender técnicas que ayuden a la pareja a solucionar sus problemas (situación que trata de ser resuelta a través de conductas disfuncionales) y suprimir conductas negativas, dichas técnicas son

aplicables a diversas situaciones como crisis maritales, depresi3n, estr3s o ansiedad en alguno de los miembros de la d3ada.

-Contrato conductual, se trata de ense1ar a la pareja a realizar cambios conductuales espec3ficos que alguno de los miembros ha indicado como indeseables. Hay dos tipos de contratos; quid pro quo (una cosa por otra), el cual consiste en si tu haces algo yo hago algo; y el otro es el contrato de buena fe o paralelo, el cual se define como yo hago lo que se desea sin importar si tu lo haces, pero por eso tengo una recompensa.

-Intervenciones cognitivas, se ense1a a observar y modificar las cogniciones para con ello cambiar las emociones y conductas.

Es importante mencionar que existen muchas m3s habilidades, ya que el enfoque es muy vasto, como por ejemplo el manejo de contingencias. De acuerdo con L3pez-Nu1ez y sus colaboradores (2016), estas incluyen t3cnicas que tienen como finalidad controlar las conductas, manipulando sus consecuencias.

Entonces, se entiende que la terapia cognitivo conductual de pareja sirve para ayudar a las parejas a mitigar el sufrimiento en la relaci3n, abordando tambi3n los problemas individuales en dicho vinculo, considerando tres aspectos; el bienestar de ambos socios como individuos, la pareja como unidad y el entorno de la pareja en el que existen; bajo estos dominios, los comportamientos, cogniciones y emociones est3n interrelacionadas y son igual de importantes para el funcionamiento de la relaci3n (Epstein y Baucom, 2002; citados en Fischer et al; 2016). Un plan de tratamiento eficaz tiene que considerar

estos puntos y utilizar intervenciones cognitivas, emocionales y conductuales de acuerdo a los problemas a tratar (Fischer et al; 2016).

Por otro lado, en opinión de García (2002), la evaluación desde esta perspectiva está enfocada a encontrar cuales son las áreas de conflicto; para después hacer una análisis funcional y establecer como es que aparecen y se mantienen. Caballo (2008) refiere que es necesario primero entrevistar a ambos miembros de la pareja para conocer la perspectiva de cada uno del problema y posteriormente se realiza ya una evaluación de la pareja en conjunto.

A causa de lo anterior, se sabe que los procedimientos utilizados desde este paradigma, son específicos y están enfocados a cambiar las relaciones sociales emocionales (Dahab, Rivadeneira y Minici, 2010), como ejemplo:

-Modelado, con esta técnica se observa cierto comportamiento para poder imitarlo (Dahab et al; 2010).

-Extinción, se trata de dejar de reforzar algún comportamiento para que de esta forma reduzca o se deje de presentar (Dahab et al; 2010).

-Reestructuración cognitiva, consiste en que se identifique el porque de ciertos pensamientos para después cambiarlos por unos más apropiados (Bados y García, 2010).

“Capítulo 3. Alianza terapéutica en terapia de pareja, descripción de algunas investigaciones”

La investigación acerca de la alianza terapéutica y la terapia de pareja continúa siendo muy poca (Peirano, 2009). A pesar de que la importancia de la alianza en la terapia de pareja y familiar (CFT, por sus siglas en inglés) fue admitida hace más de 20 años, se han investigado poco los aspectos teóricos y empíricos en comparación con la alianza en psicoterapia individual (Friedlander, Escudero, Heatherington y Diamond, 2011). Es importante comentar que el desarrollo de la investigación para esta parte del proyecto, provocó utilizar como respaldo teórico el paradigma sistémico, debido a que con base en la literatura es el que mejor explica el fenómeno de estudio en terapia de pareja, es decir lo describe de manera más detallada y porque de acuerdo con Friedlander (2018), una de las características principales de la terapia de pareja es el sistema.

El conocimiento del tema refiere que las definiciones y concepciones de la alianza varían desde los diferentes paradigmas psicológicos ((Johnson and Wright, 2002; citados en Glebova et al; 2010). Tomando como sustento la escuela sistémica, Pinsof y Catherall (1986) hacen la primera definición de la alianza terapéutica aplicada a la terapia de pareja y de familia, a través del Modelo de Alianza de Psicoterapia Integrativa (Pinsof, Zinbarg y Knobloch-Fedders, 2008; citados en Peirano, 2009).

Este modelo se compone de dos dimensiones, la de contenido y la interpersonal. La primera, es decir de contenido, toma como base las ideas de Bordin (1979), refiriendo

que se compone de tres partes, las tareas, objetivos y vínculo; siendo este último la calidad afectiva de la alianza entre el sistema terapéutico y el sistema del cliente (citado en Peirano, 2009). Estas tres dimensiones son interdependientes (Baillargeon, Pinsof y Leduc, 2005; citados en Peirano, 2009). Y la segunda dimensión, llamada interpersonal, incluye los siguientes cuatro dominios: a) individual, se presenta sólo con algún miembro de la pareja; b) subsistema, se establece con un subgrupo familiar, por ejemplo, en una familia solo con los padres; c) global, es la alianza del terapeuta con todo la familia en su conjunto; d) y dentro del sistema, se refiere a la alianza establecida entre los miembros de la pareja, o también la alianza entre el terapeuta y su grupo de trabajo (Mateu, 2015). Desde el modelo sistémico, la alianza terapéutica en terapia de pareja es la interrelación, entre el sistema del paciente (miembros de la pareja) y el sistema del terapeuta (supervisor y equipo terapéutico) (Mateu et al, 2014).

Así que, la alianza se presenta con base a las interacciones y esta constituye una propiedad por encima de los individuos, al mismo tiempo que, contextualiza las conductas de comunicación grupal (Baillargeon, Pinsof, y Leduc, 2005; Hervé, Paradis, Legras y Visier, 2006; Knobloch-Fedders, Pinsof, Mann, 2004; Pinsof, Zinbarg y Knobloch-Fedders, 2008; citados en Peirano, 2009). El tipo de comunicación que se establezca entre el terapeuta y los pacientes va a depender de la comunicación que tenga la pareja entre sí, así como también va a ser influenciada por el nivel de confianza y el tipo de apego; a las personas con apego seguro se les es más fácil participar en relaciones íntimas. Por lo tanto, es muy importante tener en cuenta estos aspectos, ya que pueden influir en la construcción de la alianza (Bartholomew & Horowitz, 1991; Johnson, Ketring, Rohacs, & Brewer, 2006; citados en Mateu, 2015).

En terapia de pareja, es indispensable tener en cuenta que el paciente va a expresar su sentir, frente al otro miembro de la pareja (Pinsof et al., 2008; citados en Mateu, 2015); por lo tanto, el vínculo tiene que ser bueno con cada miembro de la pareja, (Pinsof & Wynne, 2000; citados en Mateu, 2015), ya que lo que ocurra en cada sesión va a tener consecuencias en el diario vivir de la pareja (Friedlander & Tuason, 2000; citados en Mateu, 2015). Entonces, es necesario mantener diferentes niveles de alianza al mismo tiempo, con personas que probablemente presenten diferentes niveles de motivación y desarrollo; por ello, la alianza es un elemento complejo de sistemas multipersonales y multigeneracionales (Beck, Friedlander y Escudero; 2006; citados en Peirano, 2009), así como un proceso dinámico que va cambiando conforme la terapia avance, existiendo la posibilidad de presentarse una crisis que la incremente o destruya la alianza (Baillargeon, Pinsof y Leduc, 2004; citado en Peirano, 2009). De modo que, desde una posición sistémica la alianza terapéutica se entiende como un fenómeno plural y multidimensional (Escudero, 2016).

Por estas razones, la alianza es un fenómeno más amplio y complejo, en lugar de una simple homologación de la alianza terapéutica en terapia individual (Peirano, 2009). Según, Rait (2000), la diferencia cualitativa entre la terapia individual y la de pareja o de familia, radica en que en la segunda se deben instaurar múltiples alianzas (citado en Mateu, 2015). Al respecto, Pinsof y Wynne (2000), refieren que el abordar la alianza desde la terapia de pareja, no es lo mismo que en la terapia individual, ya que la primera abarca un escenario más vasto y complicado, porque aparte de tenerse que establecer una alianza con cada uno de los miembros de la pareja o familia, también se tiene que considerar la influencia de otros integrantes de la familia que no acuden a terapia (citado en Mateu et al; 2014). Como se mencionaba, se piensa es más difícil de establecer la

alianza terapéutica en terapia de pareja, debido a que esta implica tanto una asociación del terapeuta con cada uno de los integrantes de la pareja, así como la pareja, entendida esta última como un solo ente (Pinsof, 1994; y Pinsof y Catherall, 1986; citados en Bermúdez y Navia, 2013).

Definitivamente, para crear la alianza es necesario establecer un sólido vínculo emocional, llegar a un acuerdo con los objetivos y de las metas del tratamiento, y propiciar un contexto seguro y de unidad entre los miembros de la pareja (Friedlander et al., 2011; citados en Mateu et al; 2014). Por ende, es esencial que en esta modalidad de terapia las metas individuales se integren de una forma que puedan ajustarse a los objetivos de la pareja como unidad (Friedlander et al; 2009; citados en Mateu et al; 2014) y mantener una alianza equilibrada con cada uno de los miembros de la pareja (Anderson & Johnson, 2010; Escudero, Boogmans, Loots, & Friedlander, 2012; Friedlander et al., 2006; Mamodhoussen et al., 2005; Muñiz, et al., 2009; citados en Mateu, 2015).

Llegado a este punto, según Friedlander, Escudero, Heatherington y Diamond, (2011), refieren que los principales mediadores de la alianza en terapia de pareja son la frecuencia con que se presenta división o desequilibrio en la alianza, la relevancia de garantizar la seguridad y la obligación de promover el sentido acerca de los propósitos, metas y la importancia de la terapia en conjunto.

De modo que, una característica solamente presente en terapia de pareja, es que puede haber desacuerdos en la alianza y entre los miembros del sistema (Bartle-Haring, Glebova, Gangamma, Gafsky y Delaney, 2012), que van cambiando con el tiempo

(Knobloch-Fedders et al., 2007; Muniz de la Peña et al., 2009; citados en Bartle-Haring, Glebova, Gangamma, Graftsky y Delaney, 2012), como consecuencia de las diferencias relacionadas a los puntos de vista y nivel de motivación de cada individuo de la pareja; por ello se entiende lo complejo que puede ser establecer una buena alianza y lo necesario de que el terapeuta desarrolle una fuerte alianza, pero al mismo tiempo que también sea flexible, atrayendo a ambos individuos de la pareja para llevar de la mejor manera el tratamiento terapéutico (Symonds y Horvath, 2004; citados en Peirano, 2009). En opinión de Karam, Sprenkle y Davis, (2014), cuando hay desacuerdo en cualquiera de las dimensiones (tareas, objetivos y vínculos) disminuye la alianza, siendo necesario intervenir para restablecerla; por el contrario, cuando hay acuerdo en las dimensiones, las alianzas serán fuertes.

Entonces, en esta modalidad de terapia, el terapeuta puede como mínimo presenciar cuatro alianzas (terapeuta con esposo, terapeuta con esposa, terapeuta con esposo y esposa juntos, esposo y esposa juntos sin terapeuta), de modo que es necesario identificar y abordar los subsistemas que se presentan para evitar alianzas divididas o mantenerlas equilibradas (Pinsof, 1995; citado en Karam, Sprenkle y Davis, 2014). La alianza dividida consiste en que uno de los miembros de la pareja tenga una buena relación con el terapeuta y el otro no de la misma forma (Heatherington y Friedlander, 1990; Pinsof y Catherall, 1986; Pinsof, 1995; citados en Aznar et al; 2014, p. 26). Es decir, ocurre cuando los sentimientos de los miembros de la pareja hacía el terapeuta son diferentes (Muñiz, Friedlander, & Escudero, 2009; citados en Mateu, 2015).

Se sabe que las alianzas divididas o desequilibradas, están asociadas a resultados negativos en el tratamiento (Jurek, Janusz, Chwal, y de Barbaro, 2014; Muniz de la

Peña, Friedlander y Escudero, 2009; Robbins, Turner, Alexander y Perez, 2003; citados en Anderson et al: 2019). Cuando las alianzas están "divididas" (Heatherington y Friedlander, 1990; Pinsof y Catherall, 1986) o "desequilibradas" (Robbins, Turner, Alexander, Pérez, 2003), es resultado de que un miembro de la familia ha establecido una relación más fuerte que el otro miembro de la familia con el profesional (citados en Friedlander, Escudero, Heatherington y Diamond, 2011). En terapia de pareja y familia, las alianzas divididas se presentan frecuentemente y pueden variar en su intensidad (Mamodhousen, Wright, Tremblay y Poitras-Wright, 2005; citados en Vilaregut, Artigas, Mateu y Feixas , 2018).

Así pues, es indispensable el hecho de que el terapeuta pueda detectar los momentos cuando se empieza a romper o fracturar la alianza terapéutica y hacer los ajustes correspondientes, porque si no lo hace las consecuencias pueden ser la terminación del tratamiento de forma anticipada o sin éxito con base a los objetivos planteados (Balint, 1968; Winnicot, 1965; citados en Aznar et al; 2014). En opinión de Glebova y sus colaboradores (2010), cuando no se aborda las rupturas en la alianza o las alianzas divididas, existe más abandono y la terapia es menos efectiva (citados en Jonson et al; 2018). En contraparte, se sabe que cuando se atienden las rupturas en la alianza, se puede generar mayor confianza y seguridad con los pacientes (Safran, 1993; Safran y Muran, 1996; citados en Jonson et al; 2018).

De manera que es importante conocer la distinción entre la ruptura de la alianza o cuando está solamente dividida. Una ruptura en la alianza ocurre cuando es evidente que existe una alianza dividida o cuando un paciente contesta al terapeuta u otro miembro de la pareja con conductas de confrontación o abstención; inversamente, la reparación de

la alianza es cuando en un miembro de la pareja se observan comportamientos positivos con la alianza, el terapeuta u otro paciente abordando la ruptura de forma directa o indirectamente, y colaborando de forma productiva con los objetivos y tareas del tratamiento (Escudero, Boogmans, Loots y Friedlander, 2012; citados Friedlander, 2018).

Continuando, con la finalidad de llevar a cabo un mejor tratamiento, el terapeuta en esta modalidad de terapia tiene que atender las necesidades de cada miembro de la pareja, relacionándolas de forma que tengan sentido para ambos, para ello el profesional tiene que crear un ambiente seguro y resaltar los valores en común (Escudero, Friedlander, Varela y Abascal, 2008; citados en citados en Vilaregut, Artigas, Mateu y Feixas, 2018). Por estos motivos, hay dos características únicas en esta modalidad de terapia, la primera es el nivel de seguridad entre los miembros de la pareja y la segunda una colaboración exitosa entre sí (Friedlander et al., 2006; citados en Vilaregut, Artigas, Mateu y Feixas, 2018).

Como se mencionaba, una de las características esenciales en esta modalidad de terapia es la formación de un contexto seguro (Friedlander, Lehman, McKee, Field, & Cutting, 2000; citados en Mateu, 2015). Para ello, se tiene que llegar a un acuerdo entre la pareja acerca de los objetivos y la importancia de la terapia, considerando que se pueden tocar problemas dolorosos, que necesitan ser abordados sin temor a tener reprimantas cuando la sesión concluya (Friedlander et al., 2006; citados en Mateu, 2015); si los pacientes se sienten amenazados por el material que va saliendo en el tratamiento, esto puede ser motivo para que se rompan las alianzas, siendo necesario

que se equilibren o se restablezcan (Beck, Friedlander y Escudero, 2006; citados en Friedlander, Escudero, Heatherington y Diamond, 2011).

De modo que, se entiende que el establecimiento de un contexto seguro es de suma importancia para el buen desenvolvimiento del tratamiento (Escudero, Friedlander, Varela y Abascal, 2008; citados en Mateu et al; 2014). De acuerdo con Carpenter, Escudero, & Rivett, (2008), para lograrlo, es necesario que el profesional este capacitado desde la teoría, así como la practica para construir un ambiente seguro (citados en Mateu, 2015); apoyando cuando uno de los miembros de la díada se sienta incómodo (Mateu et al; 2014). Ya que, en primera instancia, el objetivo primordial por parte del terapeuta es garantizar la seguridad del paciente en el tratamiento (Friedlander et al., 2006^a, citados en Aznar et al; 2014).

Por consiguiente, en terapia de pareja, el crear un ambiente seguro es difícil por la naturaleza del tratamiento (Friedlander et al; 2011). Friedlander, Escudero y Heatherington (2006), plantean la posibilidad de que en caso de ser necesario apoyarse de sesiones individuales con la finalidad de atender cualquier presión sentida en el tratamiento o desconfianza con el terapeuta y con ello establecer un ambiente seguro para todos los participantes (citados en Anderson et al: 2019).

Por otra parte, dentro de las alianzas que se forman está la llamada alianza dentro de la familia (Pinsof, 1994), o también llamada sentido compartido de propósito (Friedlander et al., 2006); está se refiere a los pensamientos, sentimientos y comportamientos entre los miembros de la familia, es decir al vinculo emocional entre ellos, además de la voluntad de colaborar con el tratamiento (citados en Friedlander,

Escudero, Heatherington y Diamond, 2011). Esta alianza representa un gran reto debido a la presencia de diversas alianzas que interactúan al mismo tiempo, además de que son grandemente influenciadas por interacciones familiares del pasado (Friedlander, Escudero, Heatherington y Diamond, 2011). Para la realización de un tratamiento eficiente es indispensable que el terapeuta ponga atención a todas las necesidades del sistema, enlazándolas de manera que tengan sentido para todos; cubriendo las necesidades de la familia en general (es decir, hasta de personas que no acuden a terapia, pero influyen en la misma) (Coulehan, Friedlander, & Heatherington, 1998; Pittman, 2006; citados en Mateu, 2015).

Al respecto algunos autores como Anderson y Johnson, (2010); Beck y sus colaboradores, (2006); o Friedlander, Lambert, y Muñiz, (2008), piensan que la importancia de este sentido compartido, radica en que la alianza entre los miembros de la pareja es el objetivo y el medio de cambio, por lo cual, desempeña un papel más valioso que la alianza entre los miembros de la díada con el terapeuta (citados en Mateu, 2015). Cuando no se pone cuidado en las necesidades de la pareja como conjunto, ambos pueden sentir de forma incorrecta que no se les escucha lo necesario, por ello, es indispensable que la alianza ayude a que tanto la pareja, así como el terapeuta sientan que tienen un objetivo común (Goldfarb et al., 2007; Kuhlman et al., 2013; Rautiainen y Aaltonen, 2010; citados en Vilaregut, Artigas, Mateu y Feixas, 2018).

En consecuencia, “el desarrollo de una relación de este tipo, puede dar esperanzas a las parejas...ya que pueden dar el primer paso hacia la resolución de sus dificultades como una unidad" (Anderson & Johnson, 2010; Thompson, Bender, Lantry, & Flynn, 2007; citados en Mateu, 2015, p. 47); Por lo tanto, se entiende que en relación a este

sentido compartido, el profesional debe hacer que los objetivos individuales se conviertan en los de la pareja, para que así las mismas metas para el tratamiento tengan valor para todos (Friedlander, Escudero y Heatheringto, 2009; citados en Mateu et al; 2014).

Por otro lado, a pesar de que existe poco material acerca del tema, existen pruebas que exponen como algunas características personales y conductas de los pacientes, influyen en el establecimiento de relaciones de trabajo fuertes en terapia de pareja (Friedlander et al; 2011). Aspectos como su apertura para trabajar, cambiar y constancia en el tratamiento apoyan a la construcción de la alianza terapéutica (Bermúdez y Navia, 2013), también se sabe que el género normalmente tiene consecuencias significativas en los resultados de los diversos estudios (Friedlander, 2018).

Ejemplo de lo anterior, son algunos estudios como el de Symonds y Horvath (2004), donde han demostrado que el género influye en los resultados de la terapia de pareja, afectando más la alianza entre el hombre y el terapeuta; esto se debe a diversos factores como la resistencia por parte del hombre a participar en el proceso, así como también el control que puede ejercer en la pareja y el más grande empeño demostrado por parte de la mujer, además de su competencia de esta última para lograr resultados favorables, independientemente de su relación con el terapeuta (citados en Friedlander et al; 2011).

Por lo general, cuando la alianza con el hombre de la pareja es más fuerte suele relacionarse como un mejor predictor del resultado, esto se debe a que esta documentado que los hombres presentan mayor resistencia con el tratamiento, además de su posición de poder que pueden tener en algunas parejas (Symonds y Horvath,

2004; citado en Friedlander, Escudero, Heatherington y Diamond, 2011). Al respecto, Peirano (2009) indica que las relaciones de poder están presentes en cualquier interacción humana, y por ende se tiene un contrato, ya sea explícito o implícito.

En relación a las diferencias de género se conoce que los hombres normalmente tienden a ser más independientes y autosuficientes (Kaplan, 1987; Mahalik et al., 2003; Ogrodniczuk, 2006); mientras que las mujeres suelen fomentar más las relaciones y ser emocionalmente más expresivas (Ogrodniczuk, 2006); en consecuencia, los hombres suelen buscar menos ayuda que las mujeres y piensan que la terapia es más difícil de afrontar que las mujeres (Mansfield et al., 2003; Robertson y Fitzgerald, 1992; Vogel et al., 2006, 2009); también se ha encontrado que las mujeres en comparación con los hombres, suelen iniciar el tratamiento en terapia de pareja (Doss et al., 2003); (citados en Halford, 2016). Por lo tanto, los hombres suelen ser más precavidos para acudir a terapia y participar menos en el tratamiento en comparación con las mujeres en terapia de pareja, lo que puede derivar en inconvenientes para crear alianzas (Halford, 2016).

Por otra parte, de acuerdo con Johnson y Talitman, (1997), es más probable que las parejas establezcan alianzas fuertes cuando las parejas refieren tener buena confianza; y según Knerr y sus colaboradores, (2011); Knobloch-Fedders, Pinsof y Mann (2004), mayor satisfacción con su relación (citados en Anderson et al: 2019). En parejas con poca comunicación y confianza entre ellos, los acuerdos pueden ser menos en comparación con parejas con buen diálogo y seguridad; como consecuencia, en estos escenarios el implementar una buena alianza es muy necesario para la mejora en el tratamiento (Johnson, Ketring, Rohacs y Brewer, 2006; Mateu et al., 2014; citados en citados en Vilaregut, Artigas, Mateu y Feixas, 2018).

Ejemplo de lo anterior son algunos estudios donde se comprobó que con mayor confianza en la relación de pareja (Johnson & Talitman, 1997) y menos angustia matrimonial (Johnson y Talitman, 1997; Knobloch-Fedders et al., 2004), son predictores de alianzas positivas; en este último estudio los resultados variaron entre hombres y mujeres, para los hombres el recordar experiencias positivas en su familia de origen contribuyó a la formación de alianzas y por el contrario la angustia en el matrimonio influyó de forma negativa; para las mujeres la insatisfacción sexual influyó de forma negativa en la alianza y la angustia de la familia de origen contribuyó a la alianza dividida. En relación al comportamiento durante las sesiones en terapia, el estudio de Thomas, Werner-Wilson, y Murphy (2005), comprobó que cuando las esposas hacen comentarios negativos de sus esposos con el terapeuta, resulta ser menos probable que los hombres se pongan de acuerdo con el terapeuta en los objetivos del tratamiento; por otra parte, cuando las mujeres son retadas por sus parejas, ven de forma más negativa la terapia. También, se encontró que tanto para hombres y mujeres se presentaba una alianza más fuerte con el terapeuta, cuando su pareja se había revelado y se sentían más apartados con el terapeuta cuando su pareja había realizado comentarios negativos acerca de ellos o los habían cuestionado (citados en Friedlander, Escudero, Heatherington y Diamond, 2011).

En la misma línea, de acuerdo con Friedlander, (2018), recomienda también poner atención a otros factores como el nivel de apego, de angustia personal y relacional, como es la pareja, es decir su nivel de satisfacción como individuos con su relación de pareja; así mismo Symonds y Horvath (2004), refieren que la alianza con el terapeuta va a estar influida por la lealtad que tenga la pareja histórica (es decir, la lealtad presentada en el pasado) y actualmente (citados en Mateu, Vilaregut, Campo, Artigas y Escudero,

2014); o de la misma manera, Escudero y sus colaboradores (2012), indican que incremento en las conexiones emocionales con los pacientes puede ayudar cuando se presentan rupturas en las alianzas (citados en Balestra, 2017).

Por otra parte, en relación al terapeuta, factores como su grado de estudios, su experiencia y aptitud técnica, el nivel de seguridad que tiene en si mismo y la confianza que transmite a los pacientes van a influir en la alianza (Ackerman et al., 2001; citados en Bermúdez y Navia, 2013). En opinión de Ackerman & Hilsenroth, (2003), el que el terapeuta transmita confianza, sea relajado, flexible, se comuniquen con claridad y se muestre interesado en la terapia; son aspectos que pueden contribuir a establecer una alianza positiva (citado en Mateu, 2015).

En la misma línea, Hynes y sus colaboradores (2014), indican que algunos de los comportamientos que se asocian a la ruptura de la alianza por parte del terapeuta son: permitir que un miembro de la pareja interrumpa cuando el otro estaba hablando, no establecer reglas básicas, hablar de su relación de pareja antes de la separación (en parejas separadas), permitir que los conflictos incrementen en su intensidad, no abordar las emociones, tomar partido por uno de los miembros de la díada, hablar acerca del historial de salud mental y ser pasivo (citados en Hynes, 2015).

Del mismo modo, Karam, Sprenkle y Davis (2014), refieren que existen varios escenarios que pueden conminar la alianza por parte del terapeuta como:

-La falta de confianza al establecer vínculos. En opinión de Ackerman y Hilsenroth (2003), el establecimiento de vínculos fuertes se asocia de forma positiva a características del terapeuta como la calidez, flexibilidad e interpretación correcta.

-La falta de gusto o vínculo con alguno de los individuos o la pareja como conjunto. Al respecto Pinsof (1995), refiere que es necesario indicar verbalmente que la alianza es con todo el sistema y no solamente el individuo (citado en Karam, Sprenkle y Davis, 2014).

-Falta de retroalimentación. Lambert, Hansen, y Finch (2001), concluyeron que los resultados en terapia mejoran cuando el terapeuta recibe retroalimentación por parte de los pacientes acerca de problemas relacionados con la alianza y en general del tratamiento (citados en Karam, Sprenkle y Davis, 2014). La falta de una forma correcta de medir la alianza o la evolución del tratamiento puede ser un problema al ir por el camino deseado, debido a que muchas de las veces el paciente no percibe la alianza de la misma manera que el terapeuta (Karam, Sprenkle y Davis, 2014). Esta confirmado que el cliente tiene puntuaciones más precisas al medir la alianza una vez que avanza el tratamiento (Bachiller, 1995; Horvath, 1994; citados en Karam, Sprenkle y Davis, 2014). Safran y Muran (1996) “sostienen que si los terapeutas están dispuestos a aceptar las críticas y tomar responsabilidad por sus acciones, entonces compartir los sentimientos negativos del cliente puede conducir a un aumento alianza y resultados positivos” (citados en Karam, Sprenkle y Davis, 2014, p. 395).

-Falta de conocimiento de los modelos en terapia marital. Se refiere a que se caiga en el error de pensar que el establecer una buena alianza es suficiente para tener buenos

resultados, más no el modelo utilizado (Karam, Sprenkle y Davis, 2014). Los modelos otorgan un plan de trabajo (Sprenkle et al., 2009), además de que entienden la alianza de forma diferente (Karam y Sprenkle, 2010) (citados en Karam, Sprenkle y Davis, 2014).

-Mala gestión al detectar un problema en la alianza. Pinsof (1995), expone que una alianza mal trabajada en esta modalidad de terapia puede provocar alianza dividida, que a su vez puede ocasionar una ruptura en la alianza (citado en Karam, Sprenkle y Davis, 2014).

-Falta de especificad en objetivos y consenso. Es necesario que el terapeuta guíe a los pacientes el acuerdo con los objetivos y operalización de los mismos (Karam, Sprenkle y Davis, 2014), así como también a abordarlos y modificarlos si fuera necesario a través de un dialogo continuo (Friedlander et al; 2006; citados en Karam, Sprenkle y Davis, 2014).

-Falta de claridad en las tareas de terapia. Normalmente es responsabilidad del terapeuta desarrollar las tareas adecuadas para el tratamiento, especificando de forma explicita lo que se tiene que realizar con cada una de ellas (Karam, Sprenkle y Davis, 2014).

-Falta de apoyo de sistemas indirectos. Es relevante que el terapeuta aborde y entienda que los pacientes pueden necesitar la ayuda de amigos o familiares para mejores resultados (Karam, Sprenkle y Davis, 2014).

En conclusión, es importante saber que el instaurar y conservar la alianza terapéutica puede ser un procedimiento difícil en terapia de pareja o familia, debido a la

interacción de varias relaciones personales, independientemente de la relación entre paciente y terapeuta. Esto se debe a que cada participante del tratamiento puede tener diferentes conflictos, metas y motivaciones al participar en el tratamiento (Glebova et al; 2010). Además de que la alianza en terapia de pareja puede ser diferente para cada participante, dependiendo del género (Bourgeois et a., 1990; Knobloch - Fedders et al., 2007; Symonds y Horvath, 2004; Thomas et al., 2005; Werner-Wilson, 1997; citados en Glebova et al; 2010). En opinión de Bediet y sus colaboradores (2005), la alianza terapéutica y los resultados que se van dando, pueden concebirse de forma diferente por cada uno de los participantes de la terapia, incluyendo al terapeuta (citados en Glebova et al; 2010).

Método

Para la recolección de la información se utilizó la revisión narrativa, debido a que es la que mejor se apega a las características de esta investigación. Según Meléndez (2010), “es un tipo de artículo científico que sin ser original recopila la información más relevante sobre un tema específico. Su propósito es examinar la bibliografía publicada y situarla en cierta perspectiva. La revisión se puede conocer como un estudio en sí mismo, en cual el revisor tiene un interrogante, recoge datos (en forma de artículos previos), analiza y extrae una conclusión” (p. 22). En específico, los objetivos de este método son “compactar y sintetizar los conocimientos fragmentados, actualizar e informar sobre el estado de un tema, transmitir nuevos conocimientos, informar y evaluar la literatura publicada, comparar la información de diferentes fuentes, sustituir los documentos primarios, conocer la tendencia de las investigaciones entre otras” (Brugueras, Díaz, Díaz y Valdés, 1996; citados en Fortich, 2013, p. 2). Esto se hace con base al criterio del revisor (Fortich, 2013), pero teniendo en cuenta varios factores desde un punto de vista teórico y/o de contexto (Zilmer y Díaz, 2018).

Entonces, se realizó la búsqueda de artículos científicos en las principales bases de datos relacionadas a la psicología disponibles en internet como: PsycINFO, PSICODOC, Biblioteca Virtual en Salud - Psicología (BVS-Psi), MEDLINE, ERIC, Scopus, Web of Science (ISI), Scielo, Redalyc, DIALNET, IMBIOMED, DOAJ, Directory of Open Access Journals, Red de Bibliotecas Virtuales de CLACSO, Biblioteca Virtual del CELS, Latindex y Wiley Online Library; escribiendo la frase “alianza terapéutica en terapia de pareja” o en idioma inglés “therapeutic alliance in couples therapy” , se probó también cambiando el termino alianza terapéutica por

alianza de trabajo y alianza de ayuda, utilizando de la misma forma los términos en inglés en conjunto con terapia de pareja.

Como ya se había realizado una aproximación al tema y se observó escasez de material donde realmente se aborden las dos variables al mismo tiempo, se decidió la realización de la revisión narrativa para así seleccionar los artículos que hablen de las dos variables estudiadas, considerando los siguientes criterios:

-De inclusión, solamente artículos de revistas científicas publicadas del año 2009 a la fecha (2019) y artículos que aborden la alianza terapéutica en terapia de pareja.

-De exclusión, artículos del año 2008 hacia atrás y artículos que abordan la alianza, pero en terapia de familia (abarcando problemas generalizados de la familia y no sólo de la pareja) o individual.

“ESTUDIO 1-Construcción de la Alianza Terapéutica en Terapia de Pareja para la Depresión”

Investigación realizada por Vilaregut y sus colaboradores (2018). La finalidad de este estudio fue evaluar cómo la pareja establecía la alianza terapéutica con el terapeuta y, por el otro, como el terapeuta construyó la alianza terapéutica con la pareja en el proceso de terapia, durante la primera, sexta y última sesión del tratamiento.

Método

Utilizando un enfoque sistémico, el tratamiento se dividió en dos etapas. En la primera la finalidad fue la consulta y la evaluación llevándose a cabo durante las primeras tres sesiones; en la primera sesión se indagó el motivo de consulta, sus áreas de conflicto y el procedimiento a seguir fue detallado por el terapeuta; en la segunda sesión se recabó información acerca de las familias de origen de las parejas; en la tercera sesión los miembros de la díada contaron la historia de su relación. Esta primera etapa tuvo como finalidad, destacar la importancia a los comportamientos sintomáticos de los pacientes. La segunda etapa tuvo como finalidad reafirmar un contexto con interacciones positivas y una comunicación más funcional, además de nuevas formas de solucionar sus problemas.

Participantes

Se seleccionaron dos casos en donde la mujer fue diagnosticada con trastorno depresivo mayor a largo plazo, al término de la terapia la pareja 1 mostró cambios

significativos, mientras que la 2 no; en el caso 1, ambos tenían 60 años, con 28 años de casados, para este caso los síntomas estaban relacionados con la familia de origen de ella; en el caso 2, ambos tenían 62 años de edad y 34 de casados; en ambos casos acudieron a terapia por los síntomas depresivos de la mujer y sus problemas en la comunicación y solución de conflictos, entendiendo de forma diferente el significado de formar una pareja. En ambos casos el equipo terapéutico fue conformado por dos coterapeutas y un supervisor, siendo el coterapeuta principal hombre con 4 años de experiencia clínica, el otro coterapeuta fue mujer con poca experiencia.

Instrumentos

El instrumento utilizado para medir la alianza fue el Sistema de Observación de Alianzas de Terapia Familiar (SOFTAo) de Escudero y Friedlander (2003), este instrumento es aplicado por evaluadores externos, teniendo como finalidad conocer como la pareja establece la alianza con el terapeuta y como el terapeuta contribuye a la alianza con los pacientes. El instrumento para medir la depresión fue el Inventario de Depresión de Beck, segunda edición (BDI-II; Beck, Steer y Brown, 1996; adaptación al español por Sanz y Vázquez, 2011).

Procedimiento

Las calificaciones fueron realizadas por tres observadores, teniendo como promedio de confiabilidad de .81 para la dimensión de compromiso, .97 para conexión emocional, .97 para seguridad y .97 para sentido de propósito compartido. La alianza fue evaluada

en la primera, sexta y última sesión de 17 y 18 sesiones; las sesiones fueron filmadas, luego observadas y transcritas para un mejor análisis.

Resultados

Al inicio del tratamiento ambas parejas mostraron síntomas de gravedad significativa en el BDI-II, mientras que al final, el caso 1 mostró cambios clínicamente significativos, mientras que el caso 2 empeoró su sintomatología. Los resultados para la alianza en el caso 1 fueron estables y siempre positivos hacia el tratamiento, sin embargo al comparar las sesiones; durante la primera se estableció una buena alianza terapéutica, las más grandes diferencias se presentaron en la dimensión de seguridad, teniendo mayores puntajes la mujer que el hombre; para la dimensión de sentido de propósito la pareja mostró puntajes positivos, incrementándose conforme avanzaron las sesiones. Para el caso 2 los puntajes fueron más variables, teniendo puntajes más altos la mujer en comparación con el hombre, las puntuaciones más positivas para establecer la alianza se presentaron en la sesión final, mientras que en la sexta sesión fue cuando fue más difícil establecer la alianza, es importante mencionar que en esta sesión se abordaron áreas de conflicto, teniendo como consecuencia resentimiento y culpa entre los cónyuges, en todas las sesiones los puntajes más positivos fueron en la dimensión de compromiso, las mayores diferencias se presentaron en la dimensión de la conexión emocional, la mujer presentó mayores indicadores que su marido relacionados al sentimiento entendido y aceptado por el terapeuta, por lo tanto la mujer tenía un vínculo más fuerte con el terapeuta en comparación con el hombre, entonces se deduce que esto puede ser un indicador de una alianza dividida; para la dimensión de sentido de seguridad la pareja obtuvo resultados moderadamente positivos, mientras que para la

dimensión de sentido de propósito compartido fue donde hubo más problemas, se presentaron indicadores acerca de la dificultad para trabajar en equipo. La diferencia más notable entre ambos casos se dio en la dimensión de sentido compartido de propósito, mientras que en el caso 1 los puntajes fueron positivos, para el caso 2 fueron negativos, evidenciando la falta de compromiso para resolver sus problemas en conjunto.

La evolución de la alianza por parte de los terapeutas tuvo los siguientes resultados. En ambos casos los terapeutas obtuvieron resultados neutrales o positivos durante el proceso terapéutico, siendo la dimensión de compromiso la que obtuvo resultados más positivos; por otra parte, los resultados para el caso 2 tuvieron mayor variación en comparación con las del caso 1, en este último caso el terapeuta obtuvo puntajes positivos para la dimensión compromiso en todas las sesiones, además de calificaciones positivas en la dimensión de conexión emocional.

**“ESTUDIO 2-Construcción de la Alianza Terapéutica en la terapia de pareja:
estudio de un caso con dificultades de manejo terapéutico”**

Estudio realizado por Mateu y sus colaboradores (2014). El objetivo de este estudio fue evaluar como se construye y modula la alianza en un caso que presentaba desde el inicio del tratamiento dificultades para el manejo en terapia.

Método

El estudio se abordó desde un enfoque sistémico, el cual se dividió en 2 etapas. La primera fue para realizar una valoración durante las 3 primeras sesiones; en la primera se realizó un acercamiento al problema y las principales áreas de conflicto, así como explicar de forma detallada el procedimiento a seguir; para la segunda sesión se realizó una revisión profunda de la familia de origen de cada miembro de la pareja; y para la tercera cada integrante de la pareja indicó desde su perspectiva la formación de la pareja. La segunda etapa se enfocó en aumentar el número de interacciones positivas entre los cónyuges a través de prescripciones conductuales, el reconocimiento de las necesidades individuales, así como el aprendizaje de habilidades de comunicación y resolución de conflictos.

Participantes

Una pareja formada por un hombre de 39 años y una mujer de 40, los cuales fueron derivados a esta modalidad de terapia, debido a un problema de adicciones del hombre, teniendo casados 16 años; la pareja presentó desde el principio problemas de ajuste, asociándose esto a los problemas con el alcohol por parte del hombre. En relación a la familia de origen el hombre recuerda maltrato físico y psicológico en su infancia. La terapeuta fue una especialista con 30 años de experiencia en terapia familiar.

Instrumento

Se utilizó el Sistema para la Observación de la Alianza Terapéutica en Intervención Familiar (SOATIF).

Procedimiento

El instrumento fue administrado por tres terapeutas femeninas en la sesión primera, tercera y sexta, las observadoras vieron las grabaciones más de una vez, además de que las sesiones fueron transcritas para obtener resultados más precisos. Haciendo el análisis, tanto de los datos de la pareja, así como los del terapeuta.

Tratamiento

El procedimiento tuvo una duración de 18 sesiones, detectándose desde el principio poca motivación y conflicto conyugal no resuelto por falta de acuerdo en el manejo de poder en la dinámica de la pareja. El tratamiento concluyó con cambios positivos en el marido para relacionarse con su familia, en relación a la pareja, se quitó el bloqueo que existía y se llegó al acuerdo de separarse como consecuencia de su incompatibilidad y lo irreversible de la situación.

Resultados

Para la primera sesión, tanto el hombre como la mujer obtuvieron puntajes totales positivos de (PT=2) en la dimensión de enganche y de (PT=1) en la dimensión de conexión emocional con el terapeuta. En contraparte, el hombre en la dimensión de seguridad obtuvo un puntaje negativo de (PT=-1), mientras que la mujer un puntaje positivo de (PT=1); por otro lado, obtuvieron un puntaje positivo de (PT=1) en la dimensión de compartir el propósito. Para el terapeuta los puntajes fueron positivos en

todas las dimensiones, para enganche (PT=2), conexión emocional (PT=1), seguridad en el contexto terapéutico (PT=2) y para compartir el propósito (PT=2).

Ya en la tercera sesión los resultados fueron variados, en la dimensión de enganche el hombre obtuvo (PT=2) y la mujer (PT=1), en la conexión emocional con el terapeuta el hombre puntuó (PT=1), mientras que la mujer (PT=2), para la dimensión de seguridad ambos obtuvieron (PT=1) y en la dimensión de compartir el propósito obtuvieron un puntaje negativo de (PT=-1). Para el terapeuta todos los puntajes fueron positivos, para la dimensión de enganche (PT=3), conexión emocional (PT=2), seguridad (PT=1) y compartir el propósito (PT=1).

En la sexta sesión, disminuyeron los puntajes en casi todas las dimensiones, en enganche ambos obtuvieron (PT=1), en conexión emocional el hombre puntuó (PT=1) y la mujer (PT=0), en la dimensión seguridad los resultados para el hombre fueron (PT=1) y en la mujer (PT=-1) y para la dimensión compartir el propósito el puntaje fue (PT=-1). El terapeuta consiguió puntajes de (PT=2) en la dimensión de enganche, conexión emocional (PT=1), seguridad (PT=0) y compartir el propósito (PT=1).

En conclusión, la pareja tuvo niveles bajos de alianza terapéutica, en un inicio los resultados fueron buenos, pero conforme avanzó el proceso los resultados fueron disminuyendo a pesar de que el terapeuta hacía su mayor esfuerzo para establecer un contexto adecuado; se observó que la pareja no trabajó hacia un mismo fin.

“ESTUDIO 3-Ajuste de la relación previa a la terapia, género y la alianza en terapia de pareja”.

Estudio realizado por Halford y sus colaboradores (2016), con el objetivo de examinar las diferencias de género en las alianzas de la primera sesión y en la trayectoria de la alianza en el transcurso de la terapia de pareja. Así como, examinar la asociación entre hombres y el ajuste y alianza de la relación preterapia de las mujeres en la sesión uno y durante el curso de la terapia.

Se examinó las asociaciones entre el ajuste de la relación previa a la terapia de hombres y mujeres en sus propios puntajes de alianza (es decir, el efecto de actor) así como los puntajes de alianza de su compañero (es decir, el efecto de compañero). En este estudio, el término, los efectos del actor se refieren a la asociación entre el ajuste de la relación de preterapia de un individuo y su propio puntaje de alianza, por ejemplo, el ajuste de la relación previa a la terapia de los hombres puede afectar sus propias calificaciones de alianza y, de la misma manera, la preterapia de las mujeres El ajuste de la relación puede afectar sus propias calificaciones, esto ha sido el medio más común para analizar datos en terapia de pareja, pero ignora los posibles efectos de la pareja. En este estudio, el término socio efectos se refiere a la asociación entre el ajuste de la relación previa a la terapia de los individuos y el puntaje de alianza de su pareja. Por ejemplo, el ajuste de la relación previa a la terapia de los hombres puede estar asociado con las calificaciones de alianza de sus socios (o viceversa).

Participantes

La muestra estuvo conformada por 316 parejas heterosexuales que buscaban terapia de pareja, con edad promedio de 38.54 años. Los terapeutas fueron 20, que indicaron

utilizar diferentes orientaciones teóricas como las centradas en la solución, narrativas, cognitivas conductuales, humanistas y sistémicas, aunque todos referían ser eclécticos, y ninguno se adhería a una sola orientación todo el tiempo. Su promedio de experiencia trabajando con parejas fue de 6.7 años.

Instrumentos

Prueba de ajuste marital de Locke-Wallace (MAT) de Locke y Wallace (1959), escala diseñada para evaluar los niveles de ajuste en las relaciones románticas, las puntuaciones mas altas indican un mejor ajuste en la relación.

Escala de calificación de sesión (SRS) de Duncan (2012), fue administrada para medir la alianza al final de cada sesión. El SRS se basa en el concepto de Bordin (1979) de la alianza de trabajo. Esta medida de evaluación sólo mide la alianza entre el individuo con el terapeuta y no entre la pareja.

Procedimiento

Fue un estudio naturalista, con 4 sesiones de promedio de terapia.

Resultados

Para probar las hipótesis planteadas se utilizó un modelo multinivel de tres niveles, además que para el análisis de los resultados se ocupó el programa estadístico jerárquico lineal modelado, versión 6 (Raudenbush et al., 2004; citados en Halford, 2016). Los

resultados demostraron que la alianza fue significativamente menor en hombres que para mujeres en la primera sesión. Aunque los resultados fueron poco significativos, los hombres tuvieron una tasa de cambio mayor en comparación con las mujeres.

Se encontró que si hubo una relación positiva entre los puntajes de ajuste de la relación preterapia con sus propias calificaciones de alianza en la sesión 1 y durante todo el transcurso del tratamiento.

El ajuste de la relación previa a la terapia de los hombres mostró positivamente se relacionan con la alianza de la sesión 1 de sus parejas, pero no con la trayectoria de la alianza de sus parejas. Se demostró que el ajuste de la relación preterapia de las mujeres no tenía asociación estadísticamente significativa con la alianza: ya sea su propia alianza o la alianza de su pareja, tanto en la sesión 1 como durante el curso de la terapia. Además, se encontró que el ajuste de la relación previa a la terapia de los hombres se asoció positivamente con su propia trayectoria en la alianza. Sin embargo, el ajuste de la relación preterapia de las mujeres no estaba estadísticamente asociado con su propia alianza o la de los hombres.

“ESTUDIO 4-Alianza terapéutica y progreso terapia de pareja: múltiples perspectivas”

El estudio fue realizado por Glegova y sus colaboradores (2011). Se utilizó un modelo estructural de ecuaciones para explorar las relaciones entre los cambios en la alianza y en progreso desde la perspectiva de los clientes y terapeutas. Como cambia la alianza y la satisfacción de la pareja sesión por sesión desde las perspectivas de la pareja y el terapeuta.

Participantes

Fueron 195 parejas heterosexuales con un promedio de 32 años, la mayoría de ellos reportó problemas de naturaleza relacional. Los terapeutas fueron estudiantes en busca de su doctorado.

Procedimiento

Todo el tratamiento se proporcionó dentro de un marco de sistemas familiares utilizando los siguientes enfoques: terapia contextual (32,6 por ciento de las sesiones), terapia de sistemas familiares de Bowen (15.7 por ciento), estructural (6.7 por ciento), centrado en la solución (16.9%), experiencial (7.9%), estratégico (1.1 por ciento), emocionalmente enfocado (2.2 por ciento), narrativo (3.4 por ciento), cognitivo conductual (2.2 por ciento) y otros modelos (10,1 por ciento). Los pacientes y terapeutas contestaron los cuestionarios después de cada una de las primeras seis sesiones. La alianza autoevaluada se midió después de las sesiones 2 a la 4 con el Inventario de la Alianza de Trabajo. Y las preguntas de investigación fueron: ¿La alianza terapéutica se mantiene estable o cambia en el período inicial de la terapia de pareja? ¿Hacer diferentes percepciones de la alianza terapéutica tiene un impacto diferencial en el progreso?

Instrumento

Inventario de la Alianza de Trabajo - Versión Acortada (WAI-S) (Tracey y Kokotovic, 1989). El WAI fue diseñado para evaluar la alianza de trabajo en la terapia individual, la elección del instrumento se debió a la reducción del tiempo que con lleva este instrumento en comparación con otros, esto se debe a que los instrumentos se aplicaron al final de las sesiones y se pretendía reducir la carga de trabajo para los participantes del tratamiento. El WAI-S en su versión corta se compone de tres subescalas: desarrollo de vínculos (vínculo emocional de confianza y apego entre cliente y terapeuta), acuerdo sobre objetivos y acuerdo sobre tareas. Los puntajes más altos son el reflejo de calificaciones positivas en la alianza de trabajo. Los pacientes contestan el instrumento haciendo referencia a su persona con el terapeuta, mientras que los terapeutas con el caso.

Análisis de datos

En este proyecto usaron un método diádico de análisis de datos que permite que la pareja sea la unidad de análisis, cuando se usa la perspectiva de los clientes y la tríada y cuando se usa al terapeuta y perspectivas de pareja. El análisis de los resultados utilizó los puntajes totales de la alianza terapéutica para la perspectiva de los clientes, y la escala de vínculo y las subescalas de tarea y objetivos combinadas (rebautizadas como "trabajo") para la perspectiva de los terapeutas. La percepción de los clientes sobre la satisfacción de la relación se usó para monitorear progreso o cambio durante el tratamiento de pareja.

Los datos analizados provienen de las sesiones dos, tres y cuatro para la satisfacción de la relación, y de sesiones dos, tres y cuatro para alianza terapéutica. Entonces se hizo

un análisis utilizando un modelo estructural de ecuaciones. Para representar el cambio en el tiempo en modelos de ecuaciones estructurales, se utilizó un modelo autorregresivo de retardo. En este modelo, la estabilidad tanto en la alianza terapéutica como en la satisfacción se tiene en cuenta. Luego, la alianza terapéutica de una sesión anterior se establece en la "causa" lo que queda en la variable de satisfacción en la próxima sesión después de tener en cuenta la estabilidad (es decir, el cambio). Ambos puntajes de esposos y esposas se incluyen en este modelo. Se realizaron estos análisis en dos conjuntos, primero se examinaron las relaciones entre los cambios en la alianza terapéutica y cambios en la satisfacción de la relación desde la perspectiva de las parejas; segundo, se examinó el mismo conjunto de relaciones utilizando las perspectivas de los terapeutas sobre el vínculo terapéutico y el trabajo terapéutico como construcciones separadas y la perspectiva de las parejas sobre la relación satisfacción.

Resultados

La pregunta principal del proyecto fue acerca de la relación entre informes tempranos del progreso de una pareja (es decir, cambio en la relación satisfacción) y el cambio en la alianza terapéutica de ambos miembros de la pareja y el terapeuta.

En una serie de pruebas t, no se encontró diferencias en ninguno de los puntajes de alianza terapéutica (desde la perspectiva de pareja o terapeuta), y la satisfacción entre los que abandonaron el tratamiento antes la sesión seis y aquellos que terminaron exitosamente el tratamiento. Tanto la alianza como la satisfacción de la relación mostraron estabilidad sobre el tiempo para esposos y esposas. Sin embargo, también se demostró una tendencia hacia la importancia en las relaciones entre la alianza de los esposos en la sesión tres y su satisfacción en la sesión cuatro.

La satisfacción de la relación parece aumentar con el tiempo para ambos, esposos y esposas, con la excepción de que parece nivelarse en la sesión cuatro. Para los esposos, la satisfacción en la ingesta predijo alianza en la sesión dos después de considerar la estabilidad en la satisfacción, también hubo una tendencia hacia la importancia en las relaciones entre la alianza de los esposos en la sesión tres y su satisfacción en la sesión cuatro. Para las esposas, ninguno de los caminos de la alianza a la satisfacción, o la satisfacción hacia la alianza fue significativa. Por lo tanto, hubo estabilidad, pero también cambio en los puntajes de alianza y satisfacción de las esposas a lo largo del tiempo, pero no parecían ser predictivos el uno del otro.

La relación entre la satisfacción de los esposos en la sesión uno y su alianza en la segunda sesión siguió siendo significativa. Sin embargo, la relación entre alianza de los esposos en la sesión dos y la satisfacción en la sesión tres fue significativa y positiva. Lo común entre las relaciones significativas en el modelo sugiere que cuando los esposos perciben una mayor alianza con el terapeuta en la sesión dos, ambos socios informan un cambio en la satisfacción en la sesión tres controlando la estabilidad en la satisfacción. Así, los puntajes de la alianza de los esposos en la sesión dos, fueron influenciados por su satisfacción al comienzo de terapia, esto explica el cambio en la satisfacción en la sesión tres para ambos socios. Para las esposas, sin embargo, parecía haber una tendencia donde la percepción de una mayor alianza en la sesión dos predijo menos cambio en su propia satisfacción en la sesión tres después de controlar la estabilidad en la satisfacción. También apareció ese cambio de satisfacción en la sesión tres para las esposas y fueron influenciadas por la percepción de los maridos de la

alianza con una magnitud mayor que la propia percepción de la alianza por parte de las esposas.

Desde la perspectiva del terapeuta: la satisfacción de la relación parece aumentar con el tiempo para ambos, esposos y esposas, con la excepción de que parece nivelarse en la sesión cuatro. La alianza terapéutica de los esposos es bastante estable, mientras que las probabilidades de las esposas aumentan aproximadamente un punto por sesión. Estas tendencias generales indican que la dirección de cambio encontrado para ser significativo en el modelo.

Hubo evidencia de una estabilidad significativa tanto en la alianza como en la satisfacción en las primeras cuatro sesiones de terapia. La percepción de los terapeutas sobre el acuerdo sobre el trabajo que había que hacer en la terapia en la sesión dos fue predictiva del cambio de satisfacción de los esposos en la sesión tres, pero no para las esposas. Hubo una estabilidad significativa para la alianza y satisfacción. Sin embargo, en términos de efectos rezagados, la percepción de los terapeutas sobre el vínculo entre ellos y sus clientes fue predictivo para hombres y mujeres.

En conclusión, se presentó muy poco cambio en la alianza durante las primeras sesiones de terapia, y los cambios en la alianza no siempre tuvieron en cuenta los cambios en la satisfacción de la relación. Las percepciones de satisfacción y alianza de los esposos parecen jugar un papel importante en la dinámica del proceso terapéutico. Existe una relación recíproca entre percepciones de alianza y progreso en la terapia al combinar las percepciones de los terapeutas y la pareja clientela.

DISCUSIÓN

La investigación actual está estudiando cuales son los factores que influyen en la creación y el recorrido de la alianza durante el tratamiento terapéutico (Horvath y Bedi, 2002; Knerr et al., 2011; Knobloch-Fedders et al., 2004; Mamodhoussen et al., 2005; citados en Halford, 2016). Sin embargo, está claro que todavía falta mucho por investigar, debido a que aún se tiene resultados mixtos para varios aspectos relacionados al fenómeno de estudio o se desconocen.

Por ejemplo, en relación al progreso, se sabe que existen algunos estudios que indican estabilidad en el tiempo (Horvath y Symonds, 1991; Knobloch-Fedders, Pinsky y Mann, 2004), mientras que otros muestran cambios (Friedlander et al., 2011) en la alianza durante el tratamiento (citados en Jonson et al; 2018). Empero, la mayoría de los estudios revisados, como el primero, segundo y el cuarto que se describió en el trabajo, concluyen que la alianza es algo que cambia a lo largo del tratamiento (Falkenström et al., 2013; Tasca y Lampard, 2012; citados en Vilaregut et al; 2018). Esto significa que la alianza evoluciona durante todo el proceso terapéutico, dependiendo de cómo se vaya desarrollando este último y de la motivación por parte de los pacientes.

Entonces, se entiende que es necesario hacer más investigaciones relacionadas al proceso aparte del resultado, debido a que esta más que corroborado su influencia en los resultados del tratamiento; la sugerencia es que estas investigaciones deberían considerar a otras poblaciones, como por ejemplo, no heterosexuales, ya que en la mayoría de las investigaciones no se habla de este tipo de poblaciones; además de

abordar a mayor profundidad las características personales del terapeuta y no tanto de los pacientes, porque comúnmente la investigación se centra más en el paciente.

Por otro lado, en la actualidad dos aspectos a los cuales se les ha otorgado importancia es el inicio del tratamiento y el integrar las perspectivas de todos los participantes del tratamiento. De acuerdo con Sexton y sus colaboradores (2005), las alianzas se forman principalmente en la primera sesión, pero la mitad de los pacientes perciben la alianza de forma diferente conforme transcurre el tratamiento (citados en Halford, 2016). Esto quiere decir que es indispensable establecer la alianza desde el comienzo del proceso terapéutico, además de considerar, que existe la posibilidad de ser vista de forma distinta por cada participante del tratamiento, con base a como se desarrolle este último.

En relación a la relevancia de establecer la alianza al principio del tratamiento. Algunos investigadores coinciden en que el poder establecer la alianza desde el principio del tratamiento es esencial, porque la creación de la alianza terapéutica es uno de los primeros quehaceres en el tratamiento (Knobloch-Fedders et al; citados en Mateu et al; 2014), debido a que la alianza contribuye a establecer una fuerte relación a lo largo del tratamiento (Halford, 2016). La sesión inicial es importante, ya que en ese momento es que se establece una perspectiva del conflicto (Friedlander y sus colaboradores, 2009; citados en Mateu, 2015). Desde la perspectiva de los clientes la alianza se establece desde el principio de la terapia. Por lo tanto, la primera sesión es importantísima para establecer una buena relación de trabajo (Glegova, 2011).

A pesar de que se sabe que la creación de la alianza al inicio del tratamiento suele dar resultados positivos, aún falta saber de forma concisa como es que mantiene; por

ello, es muy necesario realizar una medición del constructo durante todo el tratamiento; pero aparte de esto, sería fundamental hacerlo con instrumentos diseñados para evaluarla en terapia de pareja y desde todas las perspectivas, dado que por ejemplo el tercer estudio descrito en el trabajo, realizado por Halford y sus colaboradores (2016) y el cuarto realizado por Glegova y sus colaboradores (2011), utilizaron un instrumento diseñado para medir la alianza de forma individual y no contemplan la medición de la pareja como un solo ente, pudiendo ser esto un factor que afecte.

Con respecto a la forma en que sienten y perciben la alianza todos los participantes del tratamiento. Se conoce que la forma de concebir la alianza es diferente para todos, incluyendo el terapeuta (Glegova, 2011). Al evaluarla es necesario integrar todas las perspectivas de los participantes en el tratamiento, las del terapeuta, la pareja y observadores externos; debido a que la alianza es el resultado de la reciprocidad entre pacientes y terapeuta (Friedlander, 2018). Retomando un poco el punto anterior, aparte de incorporar todas las perspectivas de los involucrados en el tratamiento, en opinión de Jonson, (2018), es muy necesaria una medición exacta y confiable de la alianza terapéutica en terapia de pareja debido a la influencia que tiene en los resultados del tratamiento.

Por otro lado, el género normalmente tiene consecuencias significativas en los resultados de los diversos estudios (Friedlander, 2018). La percepción de la alianza por parte de los hombres al inicio del tratamiento, juega un papel fundamental en el desarrollo del tratamiento (Glegova, 2011) y por consecuencia con los resultados (Heatherington y Friedlander, 1990; citados en Friedlander, 2018). Acerca de estas ideas, Halford y sus colaboradores (2016) concluyen que: los hombres en la sesión uno, presentan una menor alianza en comparación con las mujeres (Knobloch-Fedders et al.,

2004; citados en Halford, 2016); los terapeutas se entienden mejor con la mujer en terapia de pareja (Mahalik et al; 2012; citados en Halford, 2016); y el que el hombre presente niveles más bajos en el ajuste de la relación, esto parece indicar que el hombre requiera una mayor conexión, apoyo o comprensión (Halford, 2016).

Como todos los casos son diferentes, es conveniente que el profesional tenga presente poder identificar cuál miembro de la pareja es quién pone las pautas en la relación o muestra mayor disposición para establecer la alianza, para con ello, en los casos que sea necesario ayudar un poco más a quién tenga dificultades con la alianza. Por lo tanto, se debería dar especial énfasis a establecer la alianza al inicio del tratamiento con ese miembro de la díada, pero sin descuidar la alianza con el otro; intentando mantener en cierta forma equilibrio, explicando al participante que colabora más el porque se estaría otorgando un poco de mayor apoyo o atención con su pareja, refiriendo que la última finalidad de eso, sería dar mejores resultados como pareja.

También, es fundamental tener en cuenta diversos factores que influyen en la alianza, para poder detectarlos e intervenir con la finalidad de establecer una mejor alianza. Se conoce poco acerca de cuáles son los factores que influyen al predecir exitosamente la alianza en terapia de pareja (Anderson et al: 2019), por ende, es indispensable estudiar aspectos concretos de ella; prueba de esto, es que los instrumentos que se utilizan hoy en día se enfocan en la fortaleza de la alianza (Jonson et al; 2018).

Con respecto a lo anterior, Anderson y sus colaboradores (2019), refieren que la forma en cómo se comportan y perciben los comportamientos de la pareja, va a estar

influenciada por lo que pasa en terapia, características personales y vivencias pasadas de los individuos; así como también por cómo la pareja se relaciona con el terapeuta y la colaboración con el tratamiento. Por estas razones, se debe poner atención a otros factores como el nivel de apego, de angustia personal y relacional, como es la pareja; es decir su nivel de satisfacción como individuos con su relación de pareja (Friedlander, 2018).

Lo valioso de los aspectos antes mencionados radica en que, por ejemplo, se conoce que muchos de los modelos que más se utilizan en terapia de pareja, integran algunos elementos de la teoría del apego (Johnson, 2010; citado en Jonson et al; 2018). La teoría de Bordin se enfoca en cómo se otorgan servicios de forma profesional que se disponen para el paciente, sin embargo, le falta mencionar qué es lo que el cliente aporta al tratamiento; el evaluar los problemas de apego es indispensable para conocer qué es lo que se necesita para tener un mejor vínculo con el terapeuta, ya que, de acuerdo con la literatura el apego inseguro es el nivel de incomodidad en una relación (Jonson et al; 2018). Derivado de lo anterior, siempre el terapeuta debe en trabajar en definir la relación, es decir, identificar cuál es el objetivo de la terapia para cada miembro de la pareja, si continuar o terminar.

Por otro lado, las parejas que presentan dificultades para hacer ajustes en su relación previo a tomar el tratamiento pueden tener mayores dificultades para crear la alianza entre ellos y con el terapeuta como consecuencia del problema que conlleva llegar a un acuerdo en las tareas y objetivos para el tratamiento (Owen et al; 2012; citados en Halford, 2016). Esto se debe a que las parejas con un bajo nivel de ajuste en sus relaciones se les complica llegar a acuerdos acerca de aspectos de su relación (Locke y

Wallace, 1959; Spanier, 1976), además de tener problemas para comunicarse, (Markman et al., 2010) y expresar emociones más negativas (Gottman et al., 1998); (citados en Halford, 2016).

En correspondencia a lo antes mencionado, el explorar nuevas ideas o supuestos relacionados al tema, va a provocar que se tenga un mejor conocimiento y por consecuencia lograr mejores resultados con base a los objetivos de cada miembro de la pareja como individuo y de la pareja como un único ente.

Por último, es necesario trabajar en una definición integrativa, que se pueda adaptar a cualquier modalidad de tratamiento o escuela psicológica, Por ejemplo, en opinión de Bartle-Haring y sus colaboradores (2012), aún falta llegar a un acuerdo sobre cómo se define y operacionaliza una alianza dividida (citados en Friedlander, 2018). Es decir, definir estrictamente cuáles son las variables que se relacionan con el constructo, pudiendo ser este motivo la variedad de los resultados mixtos.

Llegado a este punto es que se sugiere la siguiente definición con la finalidad de poderse utilizar en cualquier contexto terapéutico, siendo este uno de los objetivos de la investigación.

La alianza terapéutica: “es la relación interpersonal y recíproca presente, con la que se colabora en un tratamiento; esta implica, la integración de todas las perspectivas de los participantes y estar de acuerdo en las tareas, objetivos y establecer un vínculo”

CONCLUSIONES

Para concluir, se entiende que la alianza terapéutica en terapia de pareja, es un fenómeno difícil de abordar; esto se debe a que se tienen que establecer varias alianzas al mismo tiempo con todos los participantes del tratamiento, tanto para los individuos, así como en la pareja como conjunto, siendo necesario mantener un equilibrio en las alianzas. Por lo tanto, el conocer cuáles son los factores que influyen en la misma y cómo trabajarla, es importante para poder realizar un mejor tratamiento.

La relevancia del tema radica en que es una condición imprescindible en cualquier tratamiento terapéutico y su influencia generalizada en el procedimiento, sin importar la modalidad de terapia o respaldo teórico que se utilice. Por lo tanto, para entenderla de mejor manera es necesario apoyarse de diferentes paradigmas, además de considerarla en todo momento de la terapia.

Es importante mencionar que se cumple con el objetivo principal del trabajo, es decir, se concluye que la configuración de la alianza terapéutica en terapia de pareja, es decir como se forma, implica la integración de todas las características, circunstancias y perspectivas en que se presenta el fenómeno de estudio; empero no basta con establecerla para tener los resultados deseados. En esta modalidad de terapia, es más difícil de establecer, debido a la necesidad de crearla y mantenerla a lo largo de todo el tratamiento con todos los participantes, incluyendo a la pareja como una sola entidad; siendo muy necesario tener en cuenta dos aspectos, crear un sentido compartido de propósito y un ambiente seguro para todos.

Muchas de las ideas plasmadas en la investigación pueden adaptarse a cualquier escuela psicológica, sin embargo, aún no se tiene una total comprensión de la misma, ya que, en esta modalidad de terapia, la investigación y por lo tanto el material disponible es escaso cuando se intenta explicar desde otros paradigmas psicológicos diferentes al sistémico.

Hoy en día su estudio, implica ir más allá de poder describirla, conlleva a proponer prácticas especializadas que ayuden a construirla y sostenerla; para con esto último, contribuir a un mejor conocimiento de la misma y por consecuencia, a la realización de un mejor tratamiento y resultados.

La alianza terapéutica en terapia de pareja es un fenómeno que se presenta forzosamente en cualquier tratamiento al interactuar los diferentes participantes del mismo. Aunque ya se tiene una teoría establecida de forma generalizada que ayuda a explicarla, aún falta incluirle algunos otros constructos o variables asociados a la misma, que ayuden a un mejor entendimiento de la misma, por ejemplo, el apego.

En los siguientes estudios, sería importante, investigar el fenómeno con poblaciones a las que no se mencionan en la mayoría de las investigaciones, además de explorar y profundizar cómo es que se atiende en otros paradigmas diferentes al sistémico en esta modalidad de terapia, y también la utilización de algunos procedimientos especializados en específico que contribuyan al mejoramiento de la misma.

Referencias:

- Anderson, S. R; Banford Witting, A., Tambling, R. R; Ketring, S. A. y Johnson, L. N. (2019). Presurre to attend therapy, dyadic adjustment, and adverse childhood experiences: direct and indirect effects on the therapeutic alliance in couples therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*. doi: 10.1111 / jmft.12394
- Aznar, B; Pérez, C; Davins, M; Araburu, I. y Salamero, M. (2014). La Alianza Terapéutica en Tratamiento conjunto de parejas: Evaluación de la Alianza y Análisis de los Factores Influyentes en el Triángulo Terapéutico. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 18 (1), 17-52. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/3396/339631789001.pdf>
- Aznar-Martínez, B., Pérez-Testor, C., Davins, M. y Aramburu, I. (2016). Couple psychoanalytic psychotherapy as the treatment of choice: indications, challenges and benefits. *Psychoanalytic Psychology*, 33 (1), 1-20. doi: 10.1037 / a0038503
- Bados, A. y García, E. (2010). *La técnica de la reestructuración cognitiva*. Recuperado de: <https://psicopedia.org/wp-content/uploads/2013/06/Reestructuracion-Cognitiva-paso-a-apso.pdf>
- Balestra, F. (2017). Analysing the relational components of systemic family therapy through the lenses of self positions and therapeutic alliance: an exploratory study. *Journal of Family Therapy*, 39 (3), 310–328. doi: 10.1111 / 1467-6427.12175

Bartle-Haring, S., Glebova, T., Gangamma, R., Grafsky, E. y Delaney, R. O. (2012). Alliance and termination status in couple therapy: A comparison of methods for assessing discrepancies. *Psychotherapy Research*, 22 (5), 502-514. doi: 10.1080 / 10503307.2012.676985

Becerril, E. y Álvarez, L. (2012). *La teoría del apego en las diferentes etapas de la vida* (tesis pregrado). Universidad de Cantabria, España.

Bermúdez, C. y Navia, C. E. (2013). Factores que Favorecen y se Interponen en el Establecimiento de la Alianza Terapéutica en Terapia de Familia y Pareja. *Revista Colombiana de Psicología*, 22 (2), 333-343. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80429824008>

Bernales, S. (2012). *Clínica de la pareja*. Recuperado de: https://www.academia.edu/3605316/clinica_de_la_pareja_.pdf

Brenes, M. y Salazar, M. A, (2015). *Intervención Psicoterapéutica con Parejas desde el Enfoque Sistémico. Una Integración de la Terapia Narrativa y la Terapia Breve Centrada en Soluciones* (Tesis de pregrado). Recuperado de <http://repositorio.sibdi.ucr.ac.cr:8080/jspui/bitstream/123456789/2741/1/37996.pdf>

Beyebach, M. (2014). *La Terapia Familiar Breve Centrada en Soluciones*. En Moreno Fernández, Ed. Manual de terapia sistémica. Principios y herramientas de intervención (pp. 449-480). Bilbao: Desclée de Brouwer

Caballo, V. E. (2008). *Manual para el tratamiento cognitivo conductual de los trastornos psicológicos*. Vol: 2 formulación clínica, medicina conductual y trastornos de la relación. Edición 2. Siglo XXI editores. España.

Cinabal, L. (2018). *Introducción a la sistémica y la terapia familiar*. Diagnóstico familiar. Recuperado de: http://www.aniorte-nic.net/apunt_terap_famili_11.htm

Crawley, J. y Grant, J. (2010). *Terapia de pareja: el yo en la relación*. Ediciones Morata. Madrid, España.

Dahab, J; Rivadeneira, C. y Minici, A. (2010). Técnicas Cognitivo-Conductuales para el abordaje de pareja y familia. *Revista de terapia cognitivo conductual*. Recuperado de: http://www.conductitlan.org.mx/15_conflictosdepareja/Materiales/tecnicas-cognitivo-conductuales-para-problemas-de-pareja-y-familia.pdf

Dahab, J; Rivadeneira, C. y Minici, A. (s/). *¿Qué es la terapia cognitivo-conductual?* Recuperado de: <http://www.cognitivoconductual.org/content.php?a=7>

Del Valle, A. y Medina, A. (2015) *La vida hasta el último minuto. Aportes desde la Psicoterapia Sistémica con Adultos Mayores: Tres estudios de caso* (tesis de maestría). Pontificia Universidad Javeriana. Recuperado de: <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/19058/PerezCardenasAlejandraDelValle2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Diccionario etimológico-de Chile. (2019). Recuperado de: <http://etimologias.dechile.net>

Duran, J. M. (2014). The working alliance: Where have we been, where are we going? *Psychotherapy Research*, 26 (2),146-163. doi: 10.1080/10503307.2014.954153

Escudero, V. (2009). La creación de la alianza terapéutica en la Terapia Familiar. *Apuntes de Psicología*, 27, 247-259. Recuperado de: <http://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/145/147>

Escudero, V. (2016). Guest editorial: the therapeutic alliance from a systemic perspective. *Journal of Family Therapy*, 38 (1), 1–4. doi: 10.1111 / 1467-6427.12110

Espinal, I; Gimeno, A. y González, F. (s/f). *El Enfoque Sistémico en los Estudios Sobre la Familia*. Recuperado de: <https://www.uv.es/jugar2/Enfoque%20Sistemico.pdf>

Estrada, L. (Edi.2). (2015). *El ciclo vital de la familia*. México, CDMX. Penguin Random House Grupo Editorial.

Feixas, G; Muñoz, D; Compañ, V. y Montesano, A. (2016). *El Modelo Sistémico en la Terapia Familiar*. Universidad de Barcelona. Recuperado de: http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/31584/6/Modelo_Sistemico_Enero2016.pdf

Fischer, M. S; Baucom, D. H. y Cohen; M.J. (2016). Cognitive-Behavioral Couple Therapies: Review of the Evidence for the Treatment of Relationship Distress, Psychopathology, and Chronic Health Conditions. *Family Process*, 55 (3), 423–442. doi: 10.1111 / fampr.12227

Fortich, N. (2013). ¿Revisión sistemática o revisión narrativa? *Ciencia y salud virtual*, 5 (1). doi: 10.22519 / 21455333.372

Freud, S. (2016). *Psicoanálisis y la teoría de la libido*. NoBooks.

Friedlander, M. L; Escudero, V; Welmers-van de Poll Windesheim, M. J. y Heatherington, L. (2018). Meta-Analysis of the Alliance–Outcome Relation in Couple and Family Therapy. *Psychotherapy*, 55 (4), 356 –371. doi: 10.1037/pst0000161

Friedlander, M. L; Escudero, V., Heatherington, L. y Diamond, G. M. (2011). Alliance in Couple and Family Therapy. *Psychotherapy*, 48 (1), 25–33. doi: 10.1037 / a0022060

Gallegos, M. (2012) La noción de inconsciente en Freud: antecedentes históricos y elaboraciones teóricas *Revista Latinoamericana de Psicopatología Fundamental*, 15 (4), 891- 907. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/2330/233025245010.pdf>

García, J. A. (2002). La estructura de la pareja: implicaciones para la terapia cognitivo conductual. *Clínica y Salud*, 13 (1), 89-125. Recuperado de: [redalyc.org/pdf/1806/180618083004.pdf](https://www.redalyc.org/pdf/1806/180618083004.pdf)

Glebova,T; Bartle-Haring, S; Gangamma, R; Knerr, M; Ostrom, R; Meyer, K; McDowell, T; Adkins, K. y Grafsk. E. (2011). Therapeutic alliance and progress in coupletherapy: multiple perspective. *Journal of Family Therapy*, 33: 42–65. doi: 10.1111/j.1467-6427.2010.00503.x

González, D. (2016). *Guía de tratamiento psicológico para la regulación emocional y habilidades de afrontamiento para parejas con violencia doméstica* (tesis de maestría). Universidad Católica de Colombia. Recuperado de: <https://repository.ucatolica.edu.co/bitstream/10983/3129/4/DALILA%20GONZALEZ%20ORTIZ.pdf>

Halford, TC, Owen, J., Duncan, BL, Anker, MG y Sparks, JA (2016). Pre-therapy relationship adjustment, gender and the alliance in couple therapy. *Journal of Family Therapy*, 38 (1), 18–35. doi: 10.1111 / 1467-6427.12035

Helmich, N; Giusti, S. D; y Putrino, N. I. (2010). *Alianza Terapéutica, sus Estudios Actuales, y Desarrollo en el Contexto Local*. Recuperado de: https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/070_psicoterapias1/material/alianza_terapeutica.pdf

Hynes, K. C. (2015). *Threats to the Therapeutic Alliance in First Sessions with High Conflict Couples*. Master's Theses. 756. Recuperado de: https://opencommons.uconn.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1829&context=gs_theses

Johnson, LN, Ketring, SA y Espino, J. (2018). Using attachment to better understand the therapy alliance: the attachment based alliance questionnaire. *Journal of Marital and Family Therapy*. doi: 10.1111 / jmft.12324

Karam, E. A; Sprenkle, D. H. y Davis, S. D. (2014). Targeting Threats to the Therapeutic Alliance: A primer for Marriage and Family Therapy Training. *Journal of Marital and Family Therapy*, 41 (4), 389–400. doi: 10.1111 / jmft.12097

Kuhlman, I., Tolvanen, A., y Seikkula, J. (2012). The Therapeutic Alliance in Couple Therapy for Depression: Predicting Therapy Progress and Outcome from Assessments of the Alliance by the Patient, the Spouse, and the Therapists. *Contemp Fam Ther*, 35 (1), 1-13. doi: 10.1007/s10591-012-9215-5

López-Núñez, C.; Martínez-Loredo, V.; Weidberg, S.; Pericot-Valverde, I. y Secades-Villa, R. (2016). Voucher-based contingency management and in-treatment behaviors in smoking cessation treatment. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 16, 30-38.

Mateu, C; Vilaregut, A; Campo, C; Artigas, L. y Escudero, V. (2014). Construcción de la Alianza Terapéutica en la terapia de pareja: estudio de un caso con dificultades de manejo terapéutico. *Anuario de Psicología*, 44 (1), 95-115. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/970/97032346008.pdf>

Mateu, C. (2015). *Construcción de la Alianza Terapéutica en Terapia de Pareja con Trastorno Depresivo Mayor*. Universidad Ramon Llull. Barcelona, España.

Meléndez, M. (2010). *Revisión narrativa sobre la infección de helicobacter pylori y la anemia ferropénica en niños de 1 a 17 años* (Tesis pregrado). Recuperado de: <https://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/ciencias/tesis562.pdf>

Nocetti, J. C. y Spivakow, M. (2011). Cómo trabaja con... parejas. *Revista Topía*. Recuperado de: <https://www.topia.com.ar/articulos/terapia-psicoanal%C3%ADtica-pareja-su-utilidad-y-referencias-te%C3%B3ricas>

Ojeda, M. E. (2010). Origen y Evolución de la Alianza Terapéutica. *GPU*, 6 (3), 284-295. Recuperado de: [http://revistagpu.cl/2010/Septiembre/GPU%202010-3%20\(PDF\)/REV%20Origen%20y%20evo.pdf](http://revistagpu.cl/2010/Septiembre/GPU%202010-3%20(PDF)/REV%20Origen%20y%20evo.pdf)

Ortega, S. Y. (2016). *Importancia de la Entrevista Inicial en el Establecimiento de la Alianza Terapéutica* (Tesis de pregrado). Universidad Latina, México.

Peirano, C. (2009). *Alianza terapéutica en terapia de pareja: una revisión bibliométrica*. (Tesis pregrado). Recuperado de: <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/106196/Alianza-terapeutica.pdf?sequence=3&isAllowed=y>

Pérez, C; Castillo, J. P, y Davins. M (2009) Psicoterapia psicoanalítica de pareja: teoría y práctica clínica. *Apuntes de Psicología*, 27 (2-3), 197-217. Recuperado de: <http://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/142/144>

Ríos, D. L. (2015). Acompañamiento psicosocial en el proceso de transmisión del nido vacío (tesis pregrado). Universidad Pontificia Bolivariana. Recuperado de: http://biblioteca.upbbga.edu.co/docs/digital_31295.pdf

Rodríguez, E. (s/f). *La pareja y su información*. Recuperado de:
http://www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/compendio/Tercero/III_EMF_89-95.pdf

Sánchez, L. (2014). *Eficacia Terapéutica de una Guía de Intervención Cognitivo-Conductual para Parejas de la Ciudad de Ibagué* (tesis de maestría). Universidad Católica de Colombia. Recuperado de:
https://repository.ucatolica.edu.co/bitstream/10983/2092/1/TESIS%20MAESTRIA_%20LILIANA%20SANCHEZ%20R%20%281%29.pdf

Soria, R. (2010). Tratamiento Sistémico en Problemas familiares. Análisis de caso. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 13 (3), 87-104. Recuperado de:
<http://www.revistas.unam.mx/index.php/rep/article/view/22593>

Spivacow, M. A. (2011) *La pareja en conflicto: aportes psicoanalíticos*. Buenos Aires: Paidós

Torres, D, (2013). *Técnica psicoanalítica*. Recuperado de :
<https://www.youtube.com/watch?v=DzEeWiLiT5s&t=151s>

Vidal, D. J. y Chamblás, I. (2014). Alianza terapéutica y adherencia a tratamientos de drogodependencia: un estudio en usuarios de centros de atención de la intercomuna Concepción–Talcahuano. *Revista Perspectivas*. 25, 143-166.
doi.org/10.29344/07171714.25.422

Vilaregut, A; Artigas, L; Mateu, C. y Feixas, G. (2018). The construction of the therapeutic alliance in couple therapy in two contrasting cases with depresión. *Anuario de Psicología*, 48, 64---74. doi: <https://doi.org/10.1016/j.anpsic.2018.09.001>

Zilmer, J.C. y Díaz, B. C. (2018). Revisión Narrativa: elementos que la constituyen y sus potencialidades. *Journal of nursing and health*, 8 (1). doi: 10.15210/jonah.v8i1.13654

ZlachevskY, A. M. y Pena, L. (s/f). *Terapia Sistémica: Modelo Centrado en el Problema (o Modelo Interaccional)*. Recuperdo de: [https://www.academia.edu/23100666/TERAPIA_SIST% C3% 89MICA_MODELO_ES TRAT% C3% 89GICO_CENTRADO_EN_EL_PROBLEMA_O_MODELO_INTERACIONAL](https://www.academia.edu/23100666/TERAPIA_SIST% C3% 89MICA_MODELO_ES_TRAT% C3% 89GICO_CENTRADO_EN_EL_PROBLEMA_O_MODELO_INTERACIONAL)