

EVOLUCIÓN DE LA ALIANZA TERAPÉUTICA Y REDUCCIÓN SINTOMÁTICA EN LAS OCHO PRIMERAS SESIONES DE PSICOTERAPIA: UN ESTUDIO DE CASO

Gerard Segarra Gutiérrez

Centro: Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport, Blanquerna
Universitat Ramon Llull. C/ Císter 34, CP.08022. Barcelona (Barcelona).
gerardsg@blanquerna.url.edu

The present study represents an archetypical case of a man who experiences difficulties in his intimate and social relationships.

This paper exemplifies how by means of the plan of select treatment, based on an integration perspective, the client is confronting the above mentioned difficulties, promoting changes in his style of relation, improving his safety and selfesteem and restructuring the significance that has of the emotions and the persons. The results show the evolution of the therapeutic alliance and symptomatic level along the first eight clinical sessions.

Keywords: Therapeutic alliance, outcome, process, integrative therapy, constructivist therapy.

INTRODUCCIÓN

El establecimiento de una relación entre cliente y terapeuta es vital para la concepción de una relación terapéutica. La calidad de dicha relación, basada en la comunicación, parece ser un factor determinante para la eficacia del mismo proceso psicoterapéutico según Corbella y Botella (2003). Es indudable la importancia de la alianza terapéutica tanto en el desarrollo de un proceso terapéutico como en su eficacia. Por dicha razón, numerosas escuelas psicológicas han reconocido y prestado atención al papel de la calidad de la relación entre paciente y psicoterapeuta. Según la literatura se trata de uno de los conceptos más estudiados en la investigación de procesos, al ofrecer idoneidad para la comprensión de la relación psicoterapéutica (Andrade, 2005; Corbella y Botella, 2003, 2004; Novick, 2000; Evans-Schaeffer, 1998).

Nos proponemos a continuación estudiar la evolución de la relación terapéutica a lo largo de las ocho primeras sesiones de una psicoterapia y su relación con la reducción sintomática.

MÉTODO

Sujeto

Juan, un joven empresario de 31 años experimenta dificultades relacionales en el ámbito social de su vida. El cliente efectúa una demanda de psicoterapia por sentirse insatisfecho en diferentes ámbitos relacionales de su vida, generalmente referido a lo social, y más concretamente, en las relaciones íntimas con el sexo opuesto. No obstante el ámbito profesional se desenvuelve sin dificultades en las relaciones sociales dentro del marco laboral.

Motivo de consulta e historia clínica

El cliente presenta dificultades para relacionarse afectivamente en sus relaciones personales y abrirse a los demás, especialmente con las personas más cercanas, de su misma edad y sexo opuesto. Siente un temor a ser rechazado y/o decepcionar al otro, razón por la cual reconoce evitar muchas de sus relaciones sociales con el fin de protegerse.

En lo que refiere a las relaciones familiares existen similitudes entre el patrón relacional caracterizado por un déficit emocional que hay en el núcleo familiar actual de Juan con el resto de los miembros del sistema familiar. Su padre murió cuando Juan tenía 17 años y desde entonces vive con su madre, con la quien mantiene una relación fría, distante y con faltas de afectividad.

Evaluación e instrumentos

Se llevaron a cabo 8 entrevistas clínicas con el cliente por dos terapeutas con el respaldo constante de un equipo terapéutico, éste seguía directamente el caso mediante la grabación de las sesiones por un circuito de TV cerrado y un espejo unidireccional. Para la recogida de datos se le administró el Cuestionario de Evaluación de Resultados *CORE Outcome Measure* (Core System Group, 1998) y la versión reducida del *Working Alliance Inventory* (Tracey y Kokotovic, 1989).

Procedimiento y desarrollo del proceso psicoterapéutico.

En la primera y segunda entrevista Juan nos explica que acude porque tiene problemas de autoconfianza, explica que “ya desde pequeño tenía problemas de integración con mis amigos de la escuela, hoy en día estoy con gente pero no puedo crear vínculos fuertes con ellos... por eso creo que es un problema de autoconfianza. Yo necesito mucho tiempo para poder confiar en la gente”. El paciente manifiesta mucha más dificultad en relacionarse con gente joven y, especialmente, con las personas del sexo opuesto. Por este motivo el equipo de psicoterapeutas considera

que la relación terapéutica con dos mujeres jóvenes podría tratarse de una tarea terapéutica en sí misma.

Entre la tercera y cuarta sesión Juan nos confiesa que desde que murió su padre, hace 10 años por una enfermedad cardiovascular, se quedó y sintió muy solo con su madre, con la que convive todavía, aunque mantienen una relación fría y distante, el paciente piensa que *esto me condiciona mucho y hace que no te conllevés igual con los demás, ni con mi madre, pues desde entonces te vuelves más frío y ya no esperas nada de nadie....* Las terapeutas ofrecieron una actitud muy cálida y empática en este momento, lo que fomentó y reforzó al paciente para que pudiera seguir hablando de temas tan significativos y, a su vez, dolorosos para él. Entonces admite que *con mi padre me compenetraba mucho más que con mi madre, ella es una persona que se relaciona con los demás, incluido yo mismo, con una actitud caracterizada por el pasotismo y el descuido*. La rabia se percibe en la comunicación no verbal del paciente mientras nos explica alguna anécdota para ilustrar la despreocupación de su madre cómo por ejemplo el hecho que no recuerda ni el año en que ha nacido Juan. Se trabajó el control de la rabia, teniendo en cuenta que jamás la había expresado pues sus valores le hacen pensar que *está mal visto por la sociedad hablar así de tu propia madre*, el propio hecho de escribir en papel algunos de sus pensamientos reales hacia su madre le permitieron sentirse más liberado, con el objetivo de reducir su ansiedad y malestar por dicha causa y poder así reconducir estas cogniciones más asertivamente (Lazarus, 1989).

Entre la cuarta y quinta sesión, el cliente aceptó la invitación de un amigo para acompañarle en un concierto con otras personas que no conocía. La alianza terapéutica y motivación para el cambio del paciente propició que se le pidiera desde un buen principio que procurara hacer exposiciones. Nos confiesa que *sin la tarea para casa hubiese ido al evento pero seguramente allí me hubiese mantenido más al margen de los demás, no hubiese hablado con chicas y ahora me siento bien por haberlo hecho*. El refuerzo positivo del equipo y las terapeutas por su actitud y cumplimiento ante la tarea de exposición, motivaron a Juan para seguir trabajando en esta dirección. El registro de pensamientos y emociones revelan un temor inicial, a no ser aceptado por la falta de autoconfianza, que se evade hasta conseguir relacionarse sin una excesiva dificultad. Con el fin de facilitar dichas exposiciones se le explica que detener los pensamientos puede ayudarle a vencer las dudas y preocupaciones constantes y, de esta manera, poder reducir así sus temores y ansiedades. Mediante la técnica de detención del pensamiento se lograron los objetivos descritos anteriormente. A partir de los registros mencionados anteriormente, conocemos las dificultades del cliente para expresarse a nivel emocional, lo que nos plantea trabajar con él las emociones y habilidades sociales.

Las últimas tres sesiones se trabajaron las emociones a partir de la relación del paciente con su madre. Juan comentó que creía que lo más importante era trabajar hacia dicha dirección, pues lo consideraba cómo la base del problema, además se

propuso hacer un esfuerzo para estar más atento y cordial con su madre. Exploramos más profundamente la relación del paciente con su madre, se le pidió al cliente que elaborara un texto en formato de carta, el cuál se le clarificó que no tendría que entregarla a su madre, pero sí poder expresar cómo se siente hacia ella. Mediante dicha técnica Juan liberó unos pensamientos reprimidos en él, pues creía que no era correcto sentir emociones negativas hacia una madre; jamás había explicado a nadie lo que sentía hacia ella, pues la relación basada en el rencor le impide sentir más allá de la rabia, lo que fomenta en él experimentar una intensa culpabilidad .

En la octava sesión se le pidió que trajera algunas fotografías de su familia para facilitar el discurso acerca del sistema familiar del cliente. Mediante este ejercicio el cliente atribuyó una relación entre sus dificultades para relacionarse afectivamente con los demás y su historia personal, especialmente dichos patrones familiares descritos.

Resultados

Para la monitorización del resultado y proceso de cambio terapéutico se administraban al cliente periódicamente los cuestionarios descritos anteriormente (*CORE Outcome Measure* en la primera, cuarta y octava sesión y de alianza terapéutica y *Working Alliance Inventory* en cada una de las ocho primeras sesiones). La razón por la cual se evaluó con dicha periodicidad se deriva de los estudios sobre el ritmo de cambio en psicoterapia (Howard, Kopta, Krause y Orlinsky, 1986, citado en Corbella y Botella, 2004) que indican que entre un 30% y un 40% de pacientes experimentan cambios importantes ya durante el período comprendido entre la 1ª y la 3ª sesión, y que en el período comprendido entre la 4ª y la 7ª sesión ese porcentaje alcanza entre un 50% y un 60%.

A continuación en la Tabla 1 se muestran los resultados obtenidos por los cuestionarios descritos anteriormente.

A lo largo de las ocho sesiones descritas en este estudio, Juan ha modificado algunos de sus patrones de conducta, tales como la evitación a las relaciones sociales por miedo al rechazo, algunos cambios en su modo de entender su problemática relacionada con la demanda inicial y, también, en su modo de afrontar la misma. Mediante ejercicios de exposición y autoregistros de cogniciones y emociones el paciente percibió un bienestar ante el cumplimiento de las tareas fruto de la relación con los demás, fomentando al mismo tiempo su capacidad de insight, atribuyendo el desinterés de los demás a los obstáculos que él mismo pone para que ellos se acerquen. Por último, a nivel emocional propició que pudiera expresar la rabia sentida hacia su madre, sintiéndose menos culpable a medida que iba reconstruyendo un nuevo sentido de su propia experiencia y de sus patrones de relación familiar. (Ver Figura 1)

Los niveles de gravedad sintomática del cliente descritos en la Tabla 1 fueron significativamente inferiores a los de otros estudios de validación del *CORE-OM*

Tabla 1
Puntuaciones para cada una de las dimensiones del CORE Outcome Measure (resultado de la terapia).

Dimensión	Sesión 1	Sesión 4	Sesión 8
Bienestar subjetivo	0,25	0,25	0
Problemas/síntomas	0,5	0,17	0,17
Funcionamiento general	0,25	0,25	0,5
Riesgo	0,17	0,17	0,17
Todos los ítems excepto los de riesgo	0,32	0,21	0,26
Todos los ítems	0,36	0,21	0,29

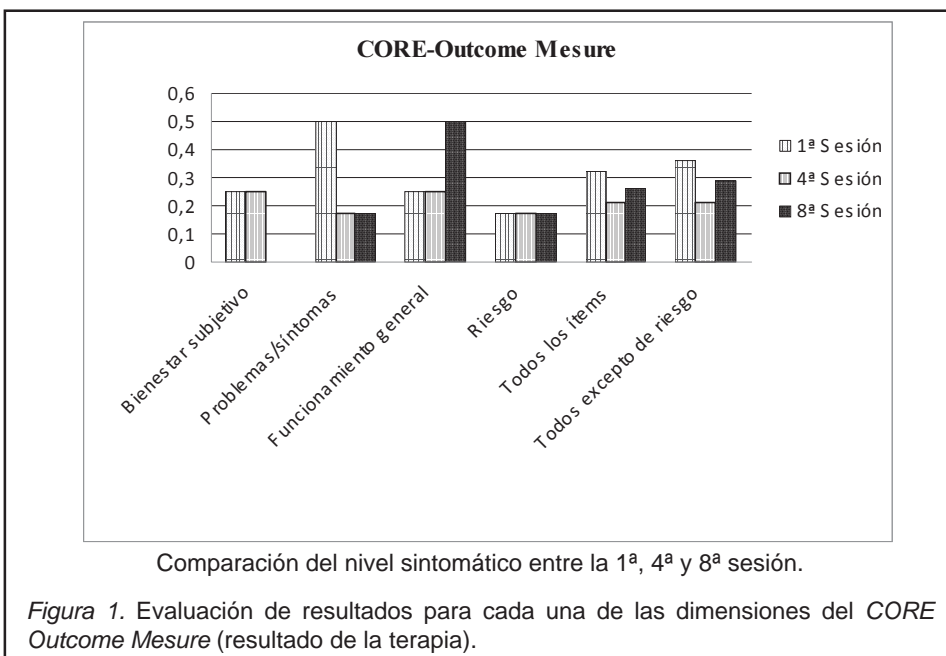
Puntuaciones para cada una de las dimensiones del Working Alliance Inventory sesión por sesión (nivel de alianza terapéutica).

Dimensión	Sesión 1	Sesión 2	Sesión 3	Sesión 4	Sesión 5	Sesión 6	Sesión 7	Sesión 8
T	23	24	22	22	23	25	25	25
V	23	25	26	20	25	25	25	26
M	12	15	14	13	14	16	14	15
Total	58	64	62	55	62	66	64	66

T= Acuerdo en los objetivos de la terapia

V= Acuerdo en las tareas de la terapia.

M= Vínculo emocional entre terapeuta y paciente



en todas las dimensiones del instrumento respecto la muestra clínica tanto de la prueba de Kolmogorov-Smirnoff como la de Shapiro-Wilk que confirman que responde a una curva normal, con una media $M=1,59$ y una desviación típica $SD=0,66$ (Botella y cols., 2008). (Ver Tablas 2 y 3)

Tabla 2 Comparación de la diferencia de medias pre- y post-terapia para cada una de las dimensiones del CORE-OM (resultado de la terapia) (Botella y cols., 2008).

Dimensión	M y SD		Valor absoluto de la diferencia de medias pre-post
	Pre-	Post-	
Bienestar subjetivo	M=2,31S D=0,93	M=1,37 SD=1,02	0,94**
Problemas/síntomas	M=2,12 SD=0,86	M=1,25 SD=0,94	0,88**
Funcionamiento general	M=1,40 SD=0,72	M=0,95 SD=0,68	0,45**
Riesgo	M=0,44 SD=0,60	M=0,23 SD=0,44	0,21**
Todos los ítems excepto los de riesgo	M=1,84 SD=0,73	M=1,14 SD=0,79	0,70**
Todos los ítems	M=1,59 SD=0,67	M=0,98 SD=0,70	0,61**

**Diferencias significativas con una $p<0,001$ bilateral

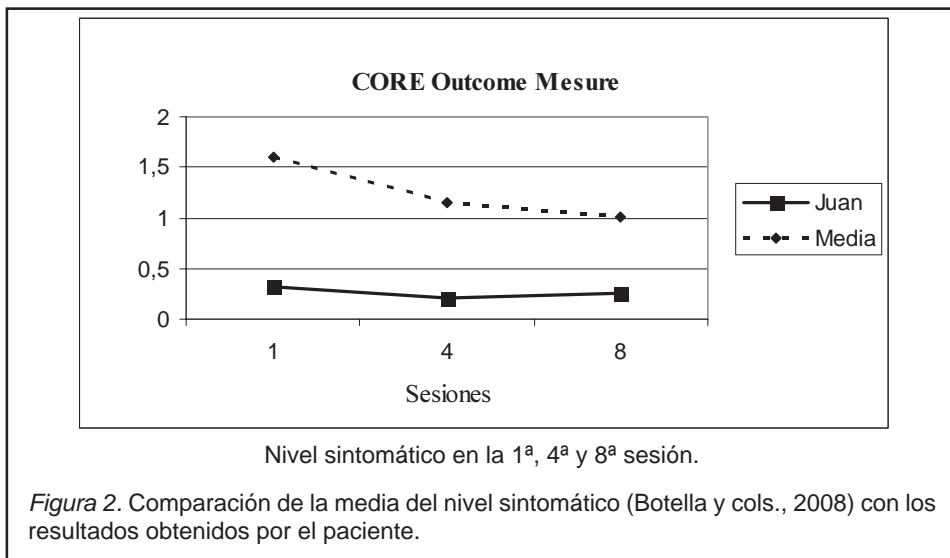
Tabla 3 Correlaciones entre el estado sintomático y la fuerza de la alianza terapéutica sesión por sesión. (Botella y cols., 2008).

Sesión	r	n
3: CORE-OM3/WAI3	-0,346***	133
4: CORE-OM4/WAI4	-0,302***	168
8: CORE-OM8/WAI8	-0,432***	119

* $p<0,05$	** $p<0,01$	*** $p<0,001$
------------	-------------	---------------

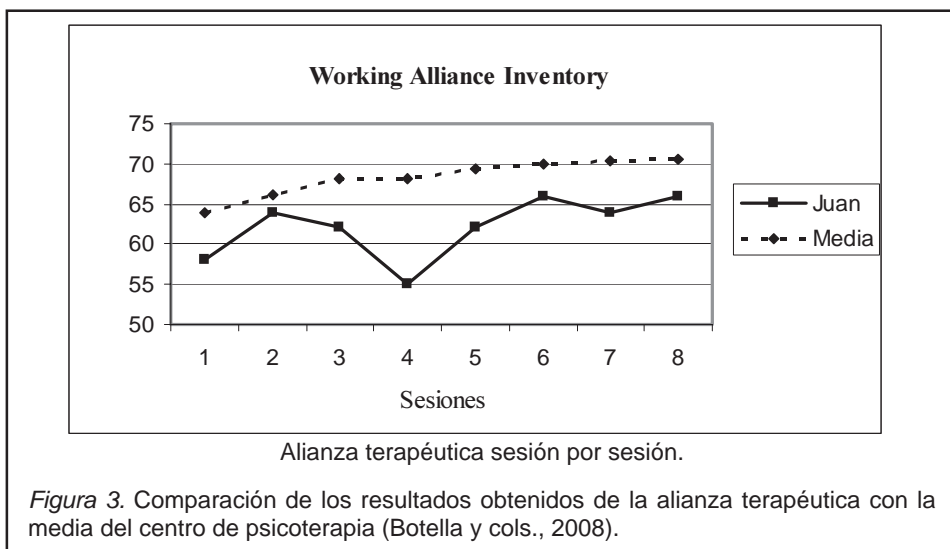
Se comparan a continuación dichos resultados con las medias de los niveles de de reducción sintomática (ver Figura 2) y de la fuerza de la alianza terapéutica (ver Figura 3) de 239 pacientes; 191 mujeres (79,9%) y 48 hombres (20,1%) que recibieron tratamiento psicoterapéutico en el mismo servicio universitario de psicoterapia de Barcelona (Botella y cols., 2008).

Se observa una disminución en los valores obtenidos por el CORE-OM, tanto en los de Juan cómo en los de la muestra ($n=239$), que indican una disminución del nivel sintomático producido en el periodo de las ocho primeras sesiones de psicoterapia. Las puntuaciones obtenidas por nuestro cliente son siempre inferiores en todas las evaluaciones que se han realizado, por lo que consideramos que, según



el presente instrumento, se refleja un nivel sintomático inferior en Juan respecto a la media de la población comparada.

Finalmente comparamos los resultados obtenidos por Juan en el WAI-S con la media de la muestra descrita anteriormente. (Ver Figura 3).



La puntuación final del WAI-S puede oscilar entre 12 y 84 puntos, indicando a mayor puntuación, mayor fuerza de la alianza terapéutica. Los resultados

obtenidos por Juan en la 8ª evaluación, muestran un incremento de la alianza respecto a la evaluación inicial. Al comparar los resultados del paciente con los de la media (n=239), percibimos que los resultados de Juan son ligeramente inferiores, y ambos muestran un incremento en el periodo de las ocho primeras sesiones de psicoterapia que abarca el presente estudio. (Ver Figura 3).

DISCUSIÓN

La alianza terapéutica, como indicador del proceso terapéutico, y la mejoría sintomática, como indicador del resultado de la psicoterapia, mantienen una relación significativa entre ambas. En dicho sentido una alianza positiva actúa cómo facilitador del proceso del cambio terapéutico (a mayor fuerza de la alianza mayor nivel de mejoría sintomática) según Botella y cols. (2008).

Los análisis de los datos del cliente muestran que tras las primeras ocho primeras sesiones de psicoterapia se producen cambios positivos en términos de reducción sintomática y se ha observado un incremento de los niveles de alianza terapéutica final respecto la inicial. Según la extensa y contrastada literatura, dichos resultados son indicadores de buen pronóstico del mismo proceso psicoterapéutico atendiendo la importancia del papel fundamental de la alianza terapéutica por lo que respecta al resultado de la terapia (Botella y cols., 2008; Corbella y Botella, 2003, 2004; Horvath y Symonds, 1991).

Cómo síntesis general, nuestros datos muestran una evolución positiva en términos de reducción sintomática y alianza terapéutica en las ocho primeras sesiones de psicoterapia.

El presente estudio representa un caso prototípico de una persona que experimenta dificultades relacionales íntimas y sociales. Este trabajo ejemplifica cómo mediante el plan de tratamiento escogido, basado en una perspectiva integradora, el cliente va afrontando dichas dificultades, promocionando cambios en su estilo de relación, mejorando su seguridad y autoestima y reestructurando la significación que tiene de las emociones y personas. Los resultados muestran la evolución de la alianza terapéutica y nivel sintomático a lo largo de las ocho primeras sesiones.

Palabras clave: Alianza terapéutica, resultado, proceso, psicoterapia integradora, psicoterapia constructivista.

Notas del autor

- 1.- Agradezco al Dr. Lluís Botella la orientación y revisión de este trabajo en sus versiones previas.
- 2.- Parte de este trabajo ha sido presentado en el III Congreso Nacional de Psicoterapias Cognitivas, Palma de Mallorca, 6-8 de Noviembre de 2008.

Referencias bibliográficas

- ANDRADE, N. (2005) La alianza terapéutica. *Clínica y salud*, 16,(1), 9-29.
- BOTELLA, L., Corbella, S., Belles, L., Pacheco, M., Gómez, A. M, Herrero, O., Ribas, E. y Pedro, M. (2008) Predictors on therapeutic outcome and process. *Psychotherapy Research*, 18,(5), 535-542.
- CORBELLA, S. y Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: *Historia, investigación y evaluación. Anales de Psicología*, 19,(2), 205-221.
- CORBELLA, S. y Botella, L. (2004). *Investigación en psicoterapia: Proceso, resultado y factores comunes*. Madrid: Vision Net.
- CORE SYSTEM GROUP (1998) *The CORE System (Information Management) Handbook*. Leeds: Core System Group.
- EVANS-SCHAEFFER, H. (1998). The supervisory working alliance and the therapeutic working alliance: Similarity in supervisee's perceptions of each relationship. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Science and Engineering*, 59,(6-B), 30-55.
- HORVATH, A.O., y Symonds, B.D. (1991). Relation between alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38,139-149.
- LAZARUS, A. (1989). *The practice of multimodal therapy: Systematic, comprehensive and effective psychotherapy*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- NOVICK, J. (2000) La motivación terapéutica negativa y la alianza terapéutica negativa. *Revista de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica de Madrid*, 33, 35-54.
- TRACEY, T. y Kokotovic, A. (1989). Factor structure of the Working Alliance Inventory. *Psychological Assessment*, 1,(3), 207-210.