

La Alianza Terapéutica en el tratamiento de los Trastornos de Ansiedad

The therapeutic alliance in the treatment of anxiety disorders

Claudia Bregman

Lic. en Psicología Clínica - Fundación Aiglé
fundación@aigle.org.ar

Resumen: la propuesta de este trabajo es enfocar en un aspecto central de los procesos psicoterapéuticos, la relación terapéutica, muchas veces relegada a un segundo plano en el campo de las terapias cognitivas a favor del protagonismo de los procedimientos técnicos.

Se documenta la importancia de dicha relación y su vinculación con los resultados de los procesos psicoterapéuticos según los datos de investigación.

Se considera que la alianza terapéutica no puede considerarse un elemento al margen de la técnica, sino que es constitutiva de ella y determina el grado de eficacia de las intervenciones más específicas.

Palabras clave: Trastornos de Ansiedad - Relación Terapéutica - Alianza Terapéutica - Terapeuta

Abstract: *the purpose of this paper is to focus on one core aspect of the psychotherapeutic process, the therapeutic relationship, often relegated to second place in the field of cognitive therapy for the role of technical procedures.*

The importance of this relationship and its linkage with the results of the psychotherapeutic process is documented according to research data.

It is suggested that the therapeutic alliance can't be considered an element outside of the art, but it is found and determined the effectiveness of specific interventions.

Keywords: *Anxiety Disorders, Therapeutic Relationship, Therapeutic Alliance, Therapist*

-No querías ir a terapia porque te iban a enfrentar. ¿En qué sentido?

-Fantasías de que me lo iban a mostrar o que iba a ver algo o que...eso me daba miedo, me tiraba para atrás.

-Bueno, si la terapia ayudara a que pudieras enfrentarlo y a no sentir esas sensaciones estaría bueno.

-Sería lo mejor.

-Ideal, ¿no es cierto? Que pudieras estar frente a un sapo y que no te produjera ninguna reacción.

(Diálogo entre el Admisor y Gabriela, de 32 años, al promediar el final de la primera entrevista).

Este es un ejemplo de la clínica y tiene el valor de ser testimonio del eje de este trabajo. Es una de las tantas situaciones que nos presentan desafíos en nuestra práctica. ¿Cómo ayudar a Gabriela a recorrer el camino que le permitirá dejar de sentirse tan amenazada?

La propuesta es enfocar un aspecto central de los procesos psicoterapéuticos, la relación terapéutica, muchas veces relegado a un segundo plano en el campo de las terapias cognitivas a favor del protagonismo de los procedimientos técnicos. Una de las controversias actuales más significativas en el campo de la psicoterapia es cómo ponderar los diferentes factores que intervienen en el cambio del paciente, es decir, los aspectos técnicos y la calidad de la alianza terapéutica.

Adentrándonos en los factores interpersonales, específicamente en la alianza terapéutica, ¿es dicha alianza una pre-condición para el cambio, es una variable mediadora del cambio o es un agente de cambio en sí misma?

ACERCA DE LA ALIANZA TERAPÉUTICA

La importancia de la relación entre paciente y terapeuta está ampliamente reconocida y los datos de la investigación en psicoterapia la han identificado como un aspecto de gran importancia y presente en las distintas modalidades y formatos terapéuticos, siendo considerada el factor común por excelencia.

Si bien hay diferencias entre distintas conceptualizaciones acerca de la alianza terapéutica, la mayoría de las definiciones da cuenta de tres componentes (11):

- a) la naturaleza colaborativa de la relación entre paciente y terapeuta.
- b) el vínculo afectivo entre paciente y terapeuta.
- c) el acuerdo entre los integrantes del proceso respecto de las metas y tareas del tratamiento. Es decir, de la metodología a seguir para la consecución de dichos objetivos.

Este constructo ha concentrado la atención de los investigadores debido a la consistencia que se encuentra en la relación entre la alianza terapéutica y los resultados de la psicoterapia. El meta-análisis de Martin, Graskie y Davis (11) concluye que la alianza está moderadamente relacionada con los resultados y que se cuenta con evidencia de que la fortaleza de la alianza es predictora de resultados, cualquiera sea el mecanismo que subyace a la relación.

Constantino y Castonguay (4) sintetizan los aspectos centrales de los estudios empíricos sobre alianza terapéutica, apoyados por la División 29 de la American Psychological Association (APA):

- 1- La calidad de la alianza correlaciona consistente y positivamente con la mejoría del paciente.
- 2- Ciertos factores del paciente, como la apertura, correlacionan positivamente mientras que otros, como los *problemas interpersonales y perfeccionismo*, correlacionan de modo negativo con la calidad de la alianza.
- 3- Ciertos factores del terapeuta se asocian positivamente (calidez, flexibilidad) o negativamente (rigidez, hostilidad) con la calidad de la alianza.
- 4- La alianza temprana es particularmente predictora de buenos resultados en tanto que una pobre alianza predice interrupción temprana del proceso terapéutico.
- 5- La alianza no puede ser vista como una variable inespecífica, sino que contamos con instrumentos para medirla [California Psychotherapy Alliance Scales (CALPAS) (7), Helping Alliance Questionnaire (10), Working Alliance Inventory (8)].

Una derivación a destacar, con relación al punto 3, es que la estricta adherencia al protocolo del tratamiento puede interferir con el proceso psicoterapéutico y sus resultados (17, 18).

Como dice Natalia, contadora, de 38 años, quien consulta por un estado permanente de ansiedad que padece desde hace ya más de diez y por el cual realizó diferentes tipos de tratamientos, a los treinta minutos aproximadamente de la primera entrevista de admisión:

- *Fui a un terapeuta cognitivo porque un médico de mucha confianza de la familia me dijo que ésa era la*

modalidad para mí... Trabajaba intensamente entre las sesiones. Iba una vez por semana... Y me ayudó.

- *¿Por qué no volviste a verlo?*

- *No me terminó de... Era una terapia, para mi modo de ver, o de sentir... yo creo que estaba muy capacitado con los trastornos de ansiedad y la terapia era muy estructurada. Me daba cuadritos que me hacía llenar, que llenar éste, que llenar este otro. ¿Qué es lo que te produce ansiedad? Que una cosa, que tal otra. Todo era muy desmenuzado, o sea, era como un cuadro analítico. Pero en definitiva yo lo que me digo es que lo que me está pasando es que estoy sola y punto. Y eso mismo es lo que me produce ansiedad. Ese es mi tema, mi soledad. Entonces yo digo tanto cuadrito, tanto cuadrito. Yo no voy a pretender que un terapeuta me solucione mi vida afectiva... (...) Yo lo que busco es una contención, un espacio mío donde me pueda descargar y recibir ayuda.*

Según Roth y Fonagy (13) el entrenamiento de terapeutas debe atender no solamente a la adquisición de la competencia en técnicas específicas sino también a la habilidad para detectar el momento en que es deseable o necesario desviarse de la prescripción inicial.

ACERCA DE LA ALIANZA TERAPÉUTICA EN LOS TRATAMIENTOS COGNITIVOS DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Numerosos son los esfuerzos, en el campo de la investigación de la psicoterapia, tendientes a determinar cuáles son los factores, tanto del paciente como del terapeuta, que favorecen una mejor alianza, en contraste con la poca bibliografía sobre los factores de la relación terapéutica específica para los trastornos de ansiedad.

No obstante, es de destacar la labor realizada por ESR Task Force (Grupo de Trabajo de los Tratamientos Empíricamente Validados de la División 12 de APA), que enuncia principios de fuerte validación empírica sobre aspectos y condiciones de la relación terapéutica (16). Refieren que el cambio terapéutico es más probable cuando los terapeutas:

- 1- Se esfuerzan y mantienen una fuerte alianza terapéutica con los pacientes con trastornos de ansiedad.
- 2- Son empáticos con los pacientes con trastornos de ansiedad y capaces de comunicar su empatía.
- 3- Negocian el acuerdo de los objetivos y las expectativas respecto de la psicoterapia y monitorean y mantienen la mutua sensación de estar involucrados en la empresa terapéutica.

Los siguientes principios, propuestos por este grupo de trabajo, son tentativos, pues si bien la

evidencia empírica no es tan fuerte como en el caso de los anteriores, de todos modos cumplen con suficiente sustento como para ser considerados. Favorece el cambio terapéutico que los terapeutas:

- 1- Se esfuercen en apreciar y valorar a sus pacientes ansiosos y sean congruentes y genuinos en sus interacciones con ellos.
- 2- Dominen y empleen habilidades para reconocer y reparar las rupturas de la alianza y reconozcan y manejan sus propias reacciones contratransferenciales con estos pacientes.
- 3- Busquen optimizar los niveles de auto-revelación (self-disclosure) con los pacientes con trastornos de ansiedad y ofrezcan feedback, teniendo en cuenta las características particulares del paciente y del contexto, incluyendo la modalidad y estructura del tratamiento.

Adentrándonos en la terapia cognitiva, en términos generales, se describe la relación terapéutica positiva como un ingrediente necesario pero no suficiente de una terapia exitosa, que requiere del paciente una participación activa y concreta. El empirismo colaborativo es el contexto relacional dentro del cual el terapeuta intenta favorecer esta participación, sin la cual resulta imposible desarrollar el proceso terapéutico.

Ya en 1979 Beck (1) planteó que el paciente y el terapeuta deberían ponerse de acuerdo sobre el problema a tratar, sobre la finalidad de la terapia y sobre el modo de alcanzarlo. Si bien históricamente es escaso el desarrollo de este tema en comparación con la atención que ha despertado el estudio de las intervenciones específicas, encontramos algunos indicadores de cambio en el seno mismo de las terapias cognitivas estándares, como las consideraciones presentadas en la última publicación de Judith Beck (2), en las cuales dicha autora considera que el vínculo terapéutico puede ser un potente agente de cambio.

Por su parte los pacientes, a diferencia de los terapeutas y de los observadores, tienden a considerar a la alianza terapéutica de manera consistente a lo largo del tratamiento. Consecuentemente, los pacientes tienen mayor probabilidad de ver a la alianza como positiva al finalizar el tratamiento si su evaluación al inicio del proceso fue positiva. Por lo tanto, los terapeutas deberían ser efectivos en establecer alianzas positivas con sus pacientes en las fases tempranas del proceso terapéutico (11).

Se puede tomar este dato como una advertencia dirigida a intensificar los esfuerzos para alcanzar mejores resultados. Podríamos acordar que den-

tro del campo de las terapias cognitivas y terapias comportamentales-cognitivas las primeras intervenciones deberían ser psicoeducativas. Si bien la psicoeducación cumple una función informativa, su principal valor radica en la capacidad para establecer un nexo entre la lógica del paciente y la lógica del terapeuta (6). Por lo tanto en el inicio de un proceso psicoterapéutico la psicoeducación puede ser considerada parte de una estrategia terapéutica destinada a favorecer y/o fortalecer el establecimiento del proceso psicoterapéutico. Las intervenciones apuntan a propiciar un encuentro entre las creencias que sostiene el paciente acerca de su padecimiento y las del terapeuta. Es decir, las intervenciones psicoeducativas deberían estar dirigidas a compartir información sobre cómo opera la mente, cuál es la lógica que subyace para obtener lo que necesitan los pacientes, o cómo seguir adelante con sus planes y metas. Del mismo modo, debieran estar dirigidas también a explicitar la lógica que sostiene el proceso psicoterapéutico y el modo de implementar el mismo, en la medida que muestre el sentido y los medios para producir el cambio (3). Uno de los aspectos centrales de esta intervención tiene como objetivo fomentar desde los inicios una alianza terapéutica, es decir que el vínculo terapéutico se desarrolle no en forma independiente sino al servicio de la técnica (12).

Asimismo, indagar acerca de las expectativas tempranas del tratamiento ayuda en la elección de las intervenciones específicas en pacientes con expectativas bajas, que por lo tanto tienden a establecer alianzas terapéuticas pobres.

Muchas veces los terapeutas se focalizan en los procedimientos técnicos y el proceso fluye entramando un vínculo de acuerdo y colaboración, pero es necesario tener en cuenta a la relación terapéutica cada vez que, durante el transcurso de la psicoterapia, surjan obstáculos, trabas o dificultades en el proceso de cambio. Safran y Muran (14) consideran que los procesos negativos y de ruptura en la alianza son inevitables, y una de las habilidades terapéuticas más importantes consiste en lidiar con este tipo de procesos negativos y reparar las rupturas de la alianza terapéutica.

Según Semerari (15) el significado profundo del empirismo colaborativo consiste en regular la marcha de la terapia de forma tal que asegure que el paciente comparta la conceptualización del problema y considere sensatas y razonables las técnicas propuestas. Si esto no sucede, el terapeuta deberá reconsiderar, en función de los motivos del paciente, la conceptualización del caso y adaptar la intervención técnica en consecuencia.

La relación terapéutica no puede considerarse un elemento al margen de la técnica, sino que es constitutiva de ella y determina el grado de eficacia de las intervenciones más específicas.

CONCLUSIONES

La alianza terapéutica es un constructo donde confluyen los factores técnicos y los factores interpersonales que definen la efectividad de la psicoterapia, se influyen dialécticamente entre sí y se subsumen en términos más amplios en el logro de un trabajo efectivo. Para fomentar una alianza positiva, prestar atención al objetivo del paciente es un paso. Otro paso es considerar las percepciones que el paciente tiene sobre el tratamiento, sobre el terapeuta y sobre la relación que el terapeuta le ofrece.

Las intervenciones terapéuticas no pueden ser separadas del objetivo del paciente o de la relación en la que se instrumentan. No tienen significado o poder por sí mismas o separadas de la alianza (9). Ese particular encuentro entre terapeuta y paciente es un fenómeno dialéctico que resulta de síntesis permanentes entre las intervenciones, la alianza y los resultados que se van alcanzando. La alianza formatea las intervenciones para alcanzar determinados resultados y, a su vez, estos impactan en la alianza. Dicho proceso es monitoreado por ambos participantes, el terapeuta y el paciente, en función del objetivo que los convoca. La evaluación que cada una de las partes realice respecto del mismo determinará la valencia que le otorgue al mismo. Este complejo proceso podría sintetizarse de la siguiente manera: las intervenciones técnicas son la puesta en acción de la alianza terapéutica.

...la psicoterapia es una práctica ligada con el núcleo de la realidad humana, hecho de dolor, de preguntas y de esperanza. La psicoterapia ha sido y sigue siendo un reducto que testimonia nuestra voluntad para continuar luchando por defender el ejercicio de la libertad personal. Por esta razón no es esperable ni deseable que las técnicas intenten eliminar la importancia del vínculo terapéutico, haciendo de la práctica un terreno que favorezca el incremento de la manipulación y robotización de los seres humanos (5).

BIBLIOGRAFÍA

1. Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., Emery, G. Cognitive Therapy and the Emotional Disorders. New York, New American Library, 1979.
2. Beck, J. S. Cognitive Therapy for Challenging Problems: What to Do When the Basics Don't Work. New York: Guilford Press; 2005; p. 76-101.
3. Bregman, C. Psicoeducación de los Trastornos de Ansiedad. Revista Argentina de Clínica Psicológica 2006; XV (2), 135-139
4. Constantino, M. y Castonguay, L. The Working Alliance: What Do We Know and How Should We Apply It?; 2006. Disponible en: <http://www.divisionofpsychotherapy.org/PsychotherapyENews/NewsUCanUse/NUCU1.pdf>
5. Fernández-Alvarez, H. Fundamentos de un Modelo Integrativo de Psicoterapia. Buenos Aires: Paidós, 1992, p. 324.
6. Fernández-Alvarez, H. Curso intensivo de posgrado: Actualizaciones clínicas en terapia cognitiva. Fundación AIGLÉ, 2006. Material no publicado.
7. Gaston, L. Reliability and criterion-related validity of the California Psychotherapy Alliance Scales-Patient version. Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1991; 3, 68-74.
8. Horvath AO, Greenberg L: Development and validation of the Working Alliance Inventory. Journal of Counseling Psychology 1989; 36:223-233
9. Hubble, M., Duncan, B., Miller, S. The Heart & Soul of Change: What Works in Therapy. Washington: American Psychological Association; 1999; p. 407-447.
10. Luborsky, L., Barber, J. P., Siqueland, L., Johnson, S., et al. (1996). The revised Helping Alliance questionnaire (HAQ-II): Psychometric properties. Journal of Psychotherapy Practice and Research, 5(3), 281-287.
11. Martin, D; Graske, J. y Davis, K. Relation of the Therapeutic Alliance with Outcome and Other Variables: A Meta-Analytic Review. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 2000; 68 (3): 438-450.
12. Pagés, S. y Bregman, C. Crisis de angustia. La fragilidad frente a la amenaza. En: Fernández-Álvarez, H. Integración y Salud Mental. Proyecto Aiglé 1997-2008. Bilbao: Descleé de Brouwe; 2008. p.305-37.
13. Roth, A. y Fonagy, P. What Works for Whom? Second Edition: A Critical Review of Psychotherapy Research. New York: Guilford Press; 2004; p. 447-478
14. Safran, J. y Muran J. Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide. New York: Guilford Press; 2000.
15. Semerari, A. Historia, teorías y técnicas de la psicoterapia cognitiva. Paidós Iberica; 2002.; p. 249-264.
16. Stiles, W.; Wolfe, B. Relationship Factors in Treating Anxiety Disorders. En: Louis Castonguay y Larry Beutler (Eds): Principles of Therapeutic Change that Work. New York: Oxford; 2006; p. 155-166.
17. Watson, J. Geller, Sh. The relation among the relationship conditions, working alliance, and outcome in both process-experiential and cognitive-behavioral psychotherapy. Psychotherapy Research 2005; 15 (1 y 2): 25-33.
18. Wampold, B. Establishing Specificity in Psychotherapy Scientifically: Design and Evidence Issues. Clinical Psychology: Science and Practice 2005; 12(2): 194-97.