

FORMACION DE LA ALIANZA TERAPEUTICA EN PACIENTES QUE HAN SUFRIDO CARENCIAS EMOCIONALES TEMPRANAS

Carmen Solís Manrique¹

En el presente trabajo se hace una revisión de los más importantes aspectos implicados en la formación de la alianza terapéutica, de manera especial en pacientes con privación afectiva o carencias emocionales tempranas. Se pone énfasis en la temprana relación madre-hijo como el sustrato del desarrollo de una confianza básica y de un apego seguro. Finalmente se esbozan algunas ideas para fomentar la alianza terapéutica en pacientes que no han desarrollado una confianza básica.

Palabras Clave: *Alianza Terapéutica, Carencias Emocionales Tempranas*

This is a revision of the most important aspects of therapeutic alliance's formation, especially in patients with affective deprivation or early emotional deficiency. We emphasize early mother-child relationship as the substratum of the development of basic confidence and sure attachment. Finally, we give some ideas to foment therapeutic alliance in patients lacking basic confidence.

Key Words: *Therapeutic Alliance, Early Emotional Needs*

¹ Psicóloga Clínica, Dirección de Investigación y Proyectos, ONG Vía Libre.
e-mail:ps_carmensolis@yahoo.com

La psicoterapia es una relación interpersonal entre paciente y terapeuta que no puede concebirse fuera de esta díada. En ese sentido, el establecimiento de la alianza terapéutica es sumamente importante en un trabajo terapéutico, si se tiene como objetivo que el análisis tenga éxito. Sandler (1993) define la alianza terapéutica como el pacto que debe ocurrir entre el paciente y el analista. Se basa, según el autor, en el deseo del analizado de cooperar y en su disposición para aceptar la ayuda del terapeuta.

Los estudios dedicados a buscar la relación existente entre la alianza terapéutica y la eficacia de la psicoterapia conforman un cuerpo creciente de publicaciones (Horvath & Symonds, 1991; Orlinsky, 1994, en Catty, 2004). La relación terapéutica, y específicamente la alianza, ha demostrado ser un factor importante en diferentes orientaciones teóricas como la psicodinámica, cognitiva, interpersonal, gestáltica, conductual, etc. y en diferentes formatos de terapia tales como las terapias individuales, grupales y familiares (Corbella y Botella, 1998; Catty, 2004).

Así, en la mayoría de estudios se encuentra una relación significativa entre la alianza y el resultado final de la psicoterapia; por lo tanto, resulta fundamental determinar de entrada si el paciente es capaz de establecer una alianza terapéutica y si podrá tener la motivación suficiente para crear durante el análisis esa alianza que le permita sobrellevar las tensiones y los momentos difíciles que el tratamiento le impone. (Sandler, 1993).

Wenstein y Michelle, encontraron que la Alianza Terapéutica en relación a la adherencia al tratamiento depende más de características del paciente que del terapeuta. Dentro de estas variables, las que las autoras hallaron como las más significativas son: vínculo, compromiso y consenso en la estrategia de trabajo.

Siguiendo esto, en el presente trabajo, se tomará en cuenta el concepto eriksoniano de confianza básica y la teoría del apego de Bowlby como una base importante para la formación de la alianza terapéutica en los pacientes y se intentará obtener algunas conclusiones en relación a cómo reestablecer los vínculos de confianza del paciente para que se convierta en un colaborador eficaz para el proceso terapéutico.

Este tema es relevante en la medida que frecuentemente asistirán a consulta pacientes que por su historia de pérdidas emocionales y carencias afectivas se muestren muy resistentes a confiar en un extraño como es el terapeuta. Su experiencia les ha enseñado que todas las personas en quienes han depositado su confianza les han fallado y en consecuencia son resistentes a firmar este «contrato» con el analista. Tener nociones de cómo enfrentar a este tipo de personas es un punto muy importante a considerar, ya que al margen de la patología que puedan o no presentar, esta característica individual los convierte en «pacientes difíciles»

Algunos Aportes en Torno a la Alianza Terapéutica

Siguiendo el desarrollo del concepto de Alianza Terapéutica, es posible distinguir cómo distintas teorías e investigaciones se van sucediendo en pos de una definición más rigurosa. Es así como, en un comienzo, Freud (1913) se refiere a la relación entre analista y paciente describiéndola como una forma de transferencia positiva. Luego, Sterba (1934) introduce el concepto de Alianza Terapéutica, explicándola como una disociación del yo en la que se distingue una parte vuelta hacia la realidad que colabora con el analista; y otra parte que se opone, que es la instintiva y la defensiva. Por su parte, Zetzel (1958) la define como un modo

de cooperación real y estable de la relación analítica que protege contra la regresión excesiva y moviliza partes del yo (en Hausner, 2000)

Para Greenson (1965) es un fenómeno de transferencia relativamente racional, desexualizado y desagresivizado que depende del paciente, del analista y del encuadre. Complementando esto, Sandler (1969) menciona que la alianza terapéutica se basa en el deseo consciente o inconsciente del paciente de cooperar y en su disposición para aceptar la ayuda del terapeuta para superar sus dificultades internas (en Sandler, 1993).

Bordin (1979) formuló el concepto de alianza terapéutica destacando que una buena alianza era el pre-requisito para el cambio en todas las formas de psicoterapia. La fuerza de la alianza depende del acuerdo entre el paciente y el terapeuta sobre las tareas y las metas de la terapia, y de la modalidad del vínculo entre ellos. La tarea de la terapia, según este autor, son las actividades específicas con las que se debe comprometer el paciente para beneficiarse del tratamiento. Los fines de la terapia son los objetivos generales del tratamiento, y el vínculo es la cualidad afectiva de la relación terapeuta-paciente, y hasta qué punto éste se encuentra entendido, respaldado y valorado (en Engelbrecht, 1994).

Correa-Donoso (2003) agrega que la alianza parece ser un predictor significativo del éxito terapéutico. En las primeras fases de la intervención, la percepción de los pacientes sobre la alianza terapéutica predice su evolución a mediano y largo plazo. Refiere el autor que serían factores importantes la actitud de acogida del analista así como la participación de los pacientes en alcanzar consensos sobre estrategias de trabajo.

En la actualidad nos manejamos con la concepción que si existe alianza terapéutica, el paciente aceptará la necesidad de abordar sus problemas internos y tratará de llevar adelante el trabajo analítico a pesar de las resistencias internas o externas (Sandler, 1993).

En este sentido, resulta fundamental determinar si el paciente es capaz de establecer una alianza terapéutica y si podrá tener la motivación suficiente para crear durante el análisis ese contrato que le permita sobrellevar las tensiones y los momentos difíciles que la terapia impone. Sandler continúa explicando que si bien el tratamiento puede iniciarse aunque no exista una alianza terapéutica intensa, por lo general, debe existir alguna clase de pacto desde el principio.

Cabe resaltar que la alianza terapéutica no permanece invariable a lo largo de todo el proceso, lo ideal es que vaya incrementándose y eso no es sólo función del paciente si no que también depende del papel que desempeña el analista en la terapia. Ambos, paciente y terapeuta, son socios activos en el proceso relacional y constituyen la esencia de la situación analítica.

Weinstein y Michelle en un trabajo de investigación realizado para la Universidad de Chile con una muestra de 24 adultos hallaron que el rendimiento en las variables Compromiso del Paciente, Consenso en la Estrategia de Trabajo y especialmente el Vínculo, aumentan en forma progresiva a medida que el proceso terapéutico avanza. Ellas observaron que esta última tiene una influencia clara en la adherencia del paciente a la terapia. En esta línea, Hausner (2000) menciona que la calidad de la relación madre-hijo que se desarrolla durante los primeros años es crucial para la formación de esta alianza terapéutica y Sandler (1993) señala la importancia del establecimiento de la confianza básica que

menciona Erikson como una base para la formación de la alianza terapéutica.

Confianza Básica: La Temprana Relación Madre- Niño

Erikson (1973) habla de crisis que en la medida que son resueltas determinan la formación del sí mismo. En la primera, que ocurre desde el nacimiento hasta los 12 ó 18 meses, el conflicto se centra en la lucha de la confianza vs. la desconfianza. La creación de la confianza básica se produce a través del cuidado sensitivo de las necesidades físicas y emocionales, ésta es para el niño el fundamento de su identidad posterior (Papalia, 1990).

La relación madre- niño es un determinante primordial del sentido de confianza, siendo la calidad de la misma más importante que su cantidad. Papalia (1990) explica que el alimento que el niño recibe alivia en él una sensación generalizada de malestar, le proporciona su propia satisfacción sensual, establece su primer contacto con el mundo exterior y tiene cierta regularidad y consistencia. Al respecto, Mahler deja en claro que la persona que cuida al bebé hace llegar hasta él el mundo social. El medio ambiente se expresa a través del seno materno o del biberón; el amor y el placer de la dependencia se le transmiten por el abrazo de la madre, su calor confortante, su sonrisa y la forma en que ella le habla (en Papalia, 1990).

Erikson (1973), por su parte, menciona que la cantidad de confianza derivada de la más temprana experiencia infantil depende de la calidad de la relación materna. Las madres crean en sus hijos un sentimiento de confianza mediante este tipo de manejo que combina el cuidado sensible de las necesidades individuales del menor y un firme sentido de confiabilidad

personal dentro del marco seguro del estilo de vida de su cultura. La primacía de las relaciones interpersonales y el reconocimiento de la relación con la madre como la primera relación importante y duradera han conducido los estudios sobre el apego.

Bowlby definió al apego como el vínculo emocional que une al niño, motivado por el hecho de sentir seguridad, con una figura significativa. El mantener la cercanía con el cuidador minimiza el riesgo de daño físico al niño (Liebert, 2000). Para que el apego sea adecuado el cuidador tiene que estar disponible y ser confiable, esto significa que más que hallarse cerca en el sentido físico, tiene que ser receptivo a las necesidades de bienestar y protección de la criatura.

Los niños que han tenido un cuidado inicial errático o áspero pueden desarrollar una gran desconfianza o inseguridad, la resolución de esta primera etapa debería afectar la calidad de las relaciones del niño con otras personas en etapas futuras (Bee, 1989), la disponibilidad y accesibilidad del cuidador influye en la conducta del menor. Por ejemplo, un niño que logra una vinculación básica segura debería llevarse mejor con los otros niños, con los profesores y al final entablar relaciones íntimas más satisfactorias con los demás al llegar a su vida adulta. Se ha investigado el apego temprano como prototipo de futuras relaciones demostrando que los adultos que tuvieron un apego seguro en la infancia son capaces de utilizar a su entorno como base segura lo cual no sucede con adultos que no tuvieron este tipo de apego cuando eran niños. En la investigación longitudinal realizada por Waters en 1995 se estableció que el 80% de los infantes identificados con apego seguro a los 12 meses mantuvo esta categoría a los 21 años de edad (Liebert, 2000).

Alianza Terapéutica en Pacientes que no han Desarrollado Confianza Básica

Los componentes de la situación analítica constituyen para estos pacientes, carentes de respuestas emocionales tempranas, la mejor manera para reeditar el *holding* de base que no encontraron con su cuidador en la primera infancia (Anzieu, 1996).

Al respecto, la autora apunta que es necesario dejar al paciente instalarse en la mirada del analista y darle un tiempo para construir una envoltura que recree lo que Winnicott describe como el primer momento del *holding*. Instalar la imagen especular continente que faltó en la organización precoz de su sí mismo es pues el primer paso.

En estas personas que han tenido historias tempranas de pérdidas emocionales el amor por el objeto puede haberse transformado en su contrario (Nicolini, 1990). La arrogancia de carácter, como la llama la autora, resulta una alternativa defensiva destinada a desestimar la ofensa padecida y la dependencia amorosa, la misma que se opone al enamoramiento y a la idealización del objeto que se cree efímero. Ella advier-

te que mientras menos experiencia posea el terapeuta corre el riesgo de responder contra-transferencialmente a esta actitud del analizado respondiendo a su hostilidad o actuando su ansiedad; sin embargo recomienda no permitir que la vulnerabilidad, justificada por la incertidumbre de la continuidad o no del paciente en terapia, sea mayor (Nicolini, 1990).

Dofman y col. (1992) señalan que el proceso terapéutico es un proceso que implica un largo camino y su columna vertebral es la alianza terapéutica. Durante este periodo ocurre una identificación parcial y temporal del paciente con la actitud y el modelo de trabajo del analista que posibilita la cooperación del analizado en un clima racional desexualizado y exento de agresividad. Para que esto ocurra, en palabras de los autores, dos condiciones son necesarias: la confianza y la esperanza.

El paciente debe admitir de buena fe la posibilidad de ser ayudado por su terapeuta y éste tiene que ser capaz de transmitir esa sensación. Al mismo tiempo, el analizado deberá tener la plena convicción que existe la posibilidad de cambio, sólo de esta manera se podrán ver variantes significativas en la sintomatología del analizado.

REFERENCIAS

- Anzieu, D (1996). La madre ausente: Reconstrucción de la madre deprimida en el curso de la cura de mujeres adultas. *En: Psicoanálisis con Niños y Adolescentes*. 9. México: Paidós.
- Bee, H (1987). El desarrollo de la persona en todas las etapas de su vida. México: Harla.
- Catty, J. (2004) The vehicle of success. Theoretical and empirical perspectives on the therapeutic alliance in psychotherapy and psychiatry. *En: Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 77 (1).
- Corbella, A. y Botella, L (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *En: Anales de Psicología*, 19 (2). Murcia: Fondo Editorial de la Universidad de Murcia.
- Correa, C y Donoso, L. (2003) Mantener y cuidar una alianza terapéutica. *Revista Latinoamericana de Psiquiatría*, 3 (2).
- Dofman y col. (1992). Estrategias técnicas para el tratamiento de pacientes borderline. *Revista de Psicoanálisis de Argentina*, 49 (3/4).
- Engelbrecht, H. (1994). Las preguntas estúpidas. *Revista de Psicoanálisis de Argentina*, 55 (3).
- Erikson, E. (1973). *Infancia y Sociedad*. Buenos Aires: Paidós.
- Hausner, L. (2000). The Therapeutic and Working Alliance. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 48(1).
- Liebert, R. (2000) *Personalidad*: México: Internacional Thomson Editores.
- Nicolini, E. y Schust, J (1990). La arrogancia como rasgo de carácter. *Revista de Psicoanálisis de Argentina*, 47 (3). Buenos Aires.
- Papalia, D (1990). *Desarrollo Humano*. México: Mc Graw Hill.
- Sandler, J (1993). *El paciente y el analista*. Barcelona: Paidós.
- Wenstein, L. y Michelle, F. *Variables del paciente que influyen en la Alianza Terapéutica*. En red: csociales.uchile.cl/publicaciones/thesis/02/docs/aliater.html - 9k - Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Psicología, Universidad de Chile