

# *La creación de la alianza terapéutica en la Terapia Familiar*

**Valentín ESCUDERO CARRANZA**  
*Universidad de A Coruña*

## *Resumen*

Este artículo trata de las dificultades y estrategias específicas que se dan en el contexto de la terapia familiar para la creación de colaboración entre terapeuta y clientes. A partir de la revisión del concepto de alianza terapéutica en psicoterapia, tanto desde la perspectiva teórica como desde el plano de la investigación, se analiza cómo pueden integrarse los conocimientos derivados de la psicoterapia individual en el marco particular de la terapia familiar. Se describe además un modelo específico (SOATIF) para la evaluación de la calidad de la alianza terapéutica, durante el proceso de la terapia familiar, que se compone de cuatro dimensiones que configuran en conjunto la alianza terapéutica: *Enganche en el proceso terapéutico, Conexión emocional con el terapeuta, Seguridad dentro del sistema terapéutico y Sentido de compartir el propósito en la familia.*

*Palabras clave:* alianza terapéutica, investigación de proceso, factores comunes.

## *Abstract*

The specific difficulties and strategies to create collaboration between therapist and clients in the context family therapy are analyzed. A review of the research and theoretical literature on the concept of therapeutic alliance is used to analyze how the knowledge from the individual psychotherapy can be applied to the particular context of conjoint family therapy. Additionally, a specific model for the evaluation of the quality of the therapeutic alliance (SOATIF) in the process of family therapy is described. The four dimensions that compound the SOATIF model are: Engagement in the therapeutic process, Emotional connection with the therapist, Safety within the therapeutic system, and Shared Sense of Purpose within the Family.

*Key words:* Therapeutic Alliance, Process Research, Common Factors.

### **La relación terapéutica en el trabajo con familias: un sistema complejo y dinámico**

El trabajo terapéutico con una pareja o familia parte de una complejidad inicial que lo hace diferente de otros tipos de terapias individuales: la creación de la relación terapéutica implica múltiples niveles de relación que el terapeuta tiene que considerar y manejar adecuadamente. La familia G. es un ejemplo típico: acuden a un terapeuta familiar por “prescripción” del colegio al que acude su hijo adolescente después de meses de mucha conflictividad en todos los frentes, dos expulsiones del colegio, una fuga de su casa después de una violenta discusión entre el adolescente y su padre, amenazas por parte del hijo y de los padres de acudir a realizar una denuncia en el servicio de protección de menores. Su situación ha movilizadado a algunos familiares pero también ha traspasado el ámbito familiar y ya el colegio “recomienda” acudir a un servicio público para el tratamiento familiar al tiempo que hace ver a la familia que *“desde el colegio no queremos cursar ningún tipo de denuncia sino simplemente ayudar a que la familia reciba ayuda para que el chico se estabilice...”*. Hay muchos otros perfiles, algunos menos extremos pero otros incluso más conflictivos y de mayor crisis, de entrada de una familia en la terapia, pero es muy común que el inicio tenga este tipo de características: la relación entre los miembros de la familia es conflictiva y hay un clima emocional negativo, hay miembros de la familia que ven en la terapia una posibilidad valiosa de ayuda pero otros vienen sin ganas o incluso sintiéndose obligados y “acusados” de algo.

En este tipo de situaciones es común que concurren motivos en conflicto (Beck, Friedlander y Escudero, 2006) y el terapeuta

se enfrenta a la complicada y ardua labor de establecer un contexto de colaboración con el grupo de personas que asisten a la sesión, para lo cual tiene que establecer una alianza con cada individuo y con el conjunto de todos ellos. Incluso en ocasiones en las que los motivos para buscar ayuda pueden parecer a primera vista similares o por lo menos congruentes (una pareja en la que ambos desean fortalecer su matrimonio en crisis después de años de convivencia armoniosa, una madre y un hijo adolescente que acuden al terapeuta preocupados por el régimen de visitas al padre establecido por el juez, una pareja preocupada por los comportamientos disfuncionales que no saben cómo manejar en su hija recientemente adoptada, etc.), no es infrecuente que el terapeuta se encuentre en las primeras sesiones con situaciones o motivaciones muy contrapuestas cuando no conflictivas (la mujer no lo sabía pero el marido tuvo una aventura, el hijo en realidad prefiere pasar más tiempo con su padre, uno de los padres adoptivos tuvo siempre dudas sobre la adopción y está muy inseguro). Tanto la investigación como la experiencia clínica reflejan que el establecimiento de la alianza terapéutica en la terapia de familia representa un reto no solo por el número de personas involucradas, sino también por la complejidad y diversidad (a veces contradicción) de las motivaciones y expectativas sobre la terapia.

El conflicto en los motivos y expectativas de la terapia no son tampoco algo circunscrito a la propia familia, hay ocasiones en las que el contexto de derivación es vivido por la familia como una intrusión, por ejemplo por parte de los Servicios de protección a la infancia, o de los Juzgados de Familia, o del sistema escolar. Las condiciones para la creación de una buena relación terapéutica pueden estar dañadas de antemano por una situación de

coerción que la familia va a proyectar en su relación inicial con el terapeuta.

Dentro de la complejidad de la dinámica de relaciones iniciales que afectan a la creación de una buena relación terapéutica con la familia hay dos aspectos de gran relevancia: (1) la estructura de poder de la familia, que puede hacer vulnerables a determinados miembros de la familia (con mucha frecuencia los menores, y también las mujeres respecto a los hombres), y esta vulnerabilidad puede en ser extrema si aquellos que hacen uso de ese poder son abusivos; (2) el conflicto en crisis, expresado en el hecho de que muy a menudo las familias buscan –o son remitidas– la terapia cuando hay un conflicto agudo entre sus miembros.

Es obvio que en la terapia de formato y enfoque individual también el conflicto está presente, el cliente individual puede acudir a terapia por un conflicto en relación con personas significativas para él, por ejemplo con miembros de su familia. Pero en ese caso es el cliente quién decide cómo revelar la naturaleza y el alcance de ese conflicto y la dinámica del conflicto no tiene por qué contaminar la relación inicial con el terapeuta. En la terapia familiar conjunta, al acudir el cliente a la terapia con las personas que mantienen el conflicto, lo que sucede en la sesión no sólo puede estar contaminado del conflicto en sí, sino que lo que acontece en la sesión tiene consecuencias en la vida cotidiana (Friedlander, 2000).

Otro corolario del conflicto es que en muchas ocasiones los secretos van unidos al conflicto (Imber-Black, 1993). Y los secretos también tienen una influencia diferenciada en la terapia familiar conjunta, con consecuencias particulares en el establecimiento de un clima de colaboración y alianza de trabajo con el terapeuta. En la terapia individual el cliente elige qué va a revelar y qué no; sin em-

bargo, en la terapia familiar, cada miembro de la familia no puede controlar lo que otros decidan decir y cada uno de los participantes está expuesto a lo que otros decidan desvelar. Al igual que los miembros de la familia no puede esquivar un secreto vergonzoso cuando alguno de ellos decide destaparlo, el terapeuta tampoco puede controlar totalmente que esto se produzca y tenga efectos no deseados sobre el clima más adecuado para la colaboración de todos. Ese clima está determinado por la creación de Seguridad, una de las características esenciales de la alianza terapéutica (que definimos más abajo). Sin duda la necesidad de seguridad dentro del entorno terapéutico es una característica necesaria del tratamiento con familias (Friedlander, Escudero y Heatherington, 2009). Aunque el cliente de la terapia individual también necesita sentirse seguro, él y el terapeuta tienen más control de lo que se dice y de la oportunidad y ritmos para ir tratando aspectos que resultan difíciles para el cliente o que pueden perturbar la relación terapéutica.

En definitiva, la situación, frecuente en la terapia familiar, de que los miembros de la familia tengan motivos contrapuestos o en conflicto para querer (o, en algunos miembros, rechazar) la terapia, requiere de la creación de un contexto seguro para todos. Esta es por lo tanto una tarea esencial y primaria del proceso de terapia que algunos autores consideran incluso una precondition para un posterior desarrollo adecuado de la terapia (Escudero, Friedlander, Varela y Abascal, 2008).

La comunicación entre terapeuta y familia está enmarcada a su vez en el tipo de comunicación que tienen los miembros de la familia entre ellos. Podemos afirmar que, al igual que pasa en una terapia individual, es esencial la forma en la que el terapeuta construye la historia y la definición del problema,

a partir de las quejas y demandas de ayuda de los clientes. Sin embargo, no es infrecuente que en la terapia familiar algunos miembros de la familia comiencen la terapia menos interesados en el punto de vista del terapeuta que en cómo van a definir el problema los otros miembros de la familia. En aquellas familias en las que hay poca comunicación (por un clima emocional distante y frío, o bien muy conflictivo y cargado de agresividad) lo más común es que un cliente no tenga una idea correcta de cómo le ve su pareja, o sus hijos, o sus padres o hermanos. La ansiedad está presente en la relación terapéutica como una consecuencia de la relación familiar. El terapeuta tiene que estar preparado (desde un punto de vista teórico y también en su formación práctica) para afrontar esta ansiedad adecuadamente y crear un clima seguro y de alianza terapéutica (Carpenter, Escudero y Rivett, 2008; Friedlander, Escudero y Heatherington, 2009). La preparación del terapeuta tiene que servir para que sea capaz de mostrar receptividad a las preocupaciones de todos los miembros de la familia, ya que esa receptividad puede determinar la motivación de éstos para comprometerse con el tratamiento más allá de la primera sesión (Shapiro, 1974). La complejidad del tratamiento conjunto de una familia reside en que cada miembro no sólo le expresa (verbal y no verbalmente) al terapeuta sus sentimientos y reacciones, sino que expresa también en cierta manera (generalmente indirecta) los sentimientos y reacciones de todos los demás que están en la sala (Pinsolf y Catherall, 1986; Rait, 1988). Un estudio (Quinn, Dotson y Jordan, 1997) sobre terapia conjunta reflejó bien esta idea al apuntar que las mujeres tendían a ser más sensibles a la percepción que tenían los demás del terapeuta, especialmente sus maridos, que a su propia percepción del terapeuta.

El vínculo que establece el terapeuta con el cliente tiene un foco claro en el caso de la terapia individual, pero es multifocal y complejo en el caso del tratamiento de una familia. Ese vínculo tiene que ser fuerte con todos los miembros de la familia, no únicamente con los que acuden a todas las sesiones, sino también con miembros de la familia que tienen un rol más indirecto en el sistema terapéutico (Pinsolf, 1995), por ejemplo, un padre que acude de vez en cuando pero que tiene una gran influencia en las decisiones, o una abuela que apenas conoce personalmente el terapeuta pero que se ocupa muchas horas del cuidado de un niño.

Un fenómeno característico únicamente de la terapia de familia es la “alianza dividida” (Muñiz de la Peña, Friedlander y Escudero, 2009). Ese patrón en la relación terapéutica se da cuando uno de los miembros de la familia se siente mucho más vinculado emocionalmente al terapeuta que otro. Una forma de alianza dividida es aquella situación en la que algunos miembros de la familia son neutrales en relación con el terapeuta (no muestran ninguna señal verbal o no verbal de buena conexión con el terapeuta, pero tampoco hay indicios de mala relación) y en cambio otros son claramente positivos. Sin embargo, la alianza dividida de tipo “severo” (Muñiz de la Peña, Friedlander y Escudero, 2009) es la más perniciosa para el proceso de terapia ya que predice el abandono del tratamiento; este tipo de alianza dividida se da cuando los sentimientos positivos de alguno de los clientes hacia el terapeuta (buena conexión emocional) se contraponen al claro y patente antagonismo hacia el terapeuta por parte de otros miembros de la familia.

En cierto nivel, la dificultad para establecer una relación de alianza de trabajo con todo el sistema familiar es endémica al tratamiento familiar conjunto, ya que hay

factores relacionados con la propia naturaleza y dinámica del sistema familiar que explican que resulte más fácil (o más espontánea) la relación del terapeuta con algunas partes de la familia que con otras. Por ejemplo, el terapeuta es un adulto, y por ello los niños y especialmente los adolescentes tienden a percibirle inicialmente como un aliado de sus padres. Si se trabaja con una pareja heterosexual, el género del terapeuta es el mismo que el de uno de los dos clientes y opuesto al del otro.

El trabajo del terapeuta familiar para crear un sistema terapéutico caracterizado por las alianzas debe sustentarse en aspectos tanto técnicos como teóricos (Carpenter, Escudero y Rivett, 2008). Es importante que el terapeuta entienda bien el concepto de alianza terapéutica y que tenga un modelo claro de qué aspectos o dimensiones esenciales configuran la alianza terapéutica en el tratamiento conjunto de parejas o familias (Friedlander, Escudero y Heatherington, 2006). Desde el plano técnico hay una orientación básica: el terapeuta tiene que prestar atención simultánea a las necesidades del sistema, entrelazándolas de una forma que tenga sentido para todos mediante el “re-encuadre” del problema. Dicho re-encuadre suele incluir señalar las buenas intenciones de todos (Pittman, 1987), así como enfatizar los valores comunes y las fortalezas del conjunto (Coulehan, Friedlander y Heatherington, 1998). El trabajo de re-encuadre inicial del problema es básico porque la creación de una buena alianza con el sistema familiar en su conjunto y entre los miembros de la familia exige muchas veces transformar las metas individuales en metas del grupo, de forma que la terapia sea experimentada por cada miembro de la familia como “nuestra terapia” y no como “tenemos que venir a la terapia de nuestro hijo”.

### **La alianza terapéutica: definición e investigación**

El uso del término *alianza* en psicoterapia ha tenido una larga y significativa historia. Fue originalmente planteado por Freud (1912-1959) diferenciando la ‘alianza’ de la ‘transferencia’: en contraste con los sentimientos «reales» del paciente hacia el analista, la transferencia se refiere al desplazamiento hacia el analista de los sentimientos, impulsos y necesidades del paciente relacionados con otras personas significativas para él. La alianza de trabajo estaría relacionada en esta visión psicoanalítica con la transferencia «no objetable» o «positiva» (Freud, 1940), entendida como el afecto y la confianza del paciente en relación con el terapeuta, es decir, aspectos que no son objeto del análisis, y que proporcionan la base y la motivación para el trabajo terapéutico (Muran y Safran, 1998).

Entre la conceptualización psicoanalítica y la actual definición de la alianza terapéutica ha habido muchas aportaciones valiosas (puede verse una revisión completa en Corbella y Botella, 2003; y también Friedlander, Escudero y Heatherington, 2006, cap. 1). Entre ellas, de Bibring (1973) y Sterba (1934), psicólogos del Yo (*Ego Psychology*) que argumentaron y fundamentaron objeciones al principio de las relaciones objetales, por el cual *todo* lo que un cliente siente en relación con el terapeuta es una reacción transferencial. Estos autores aportaron una perspectiva nueva centrando su atención en la adaptación del paciente a la realidad y en los aspectos positivos y no transferenciales de la relación terapéutica. Aparece así un reconocimiento nuevo del rol que juega la persona del terapeuta, más allá de una conceptualización rígida en la que el terapeuta era únicamente un lienzo en blanco donde se

plasmaban las distorsiones (transferencia) del paciente. Muran y Safran (1998) consideran que el reconocimiento de que la alianza de trabajo era tan importante como el trabajo sobre la transferencia hizo posible que algunos terapeutas psicodinámicos iniciaran intervenciones distintas de la interpretación de la transferencia y se planteasen adoptar una posición terapéutica que no fuera la de la estricta neutralidad.

En 1973 H. Strupp hizo una contribución muy importante al fundamentar la idea de que la alianza terapéutica es decisiva no solamente en el contexto de la psicoterapia psicoanalítica, sino en todos los modelos de terapia. Strupp describe la alianza como un constructo que traspasa diferentes modelos teóricos y que influye en la eficacia de cualquier terapeuta aunque use técnicas diferentes (analíticas, de modificación de conducta, Gestálticas, etc.). Durante todo el desarrollo teórico del concepto de alianza terapéutica, desde su aparición en la literatura sobre psicoterapia en 1930, se han definido muchos aspectos que influyen en la creación de la alianza (por ejemplo, la capacidad del cliente para conectar con el terapeuta, o las características personales del terapeuta, el compromiso del cliente con los objetivos del tratamiento, etc.), pero fue E. S. Bordin al final de los años 70 el autor que consiguió una definición global que incorporaba las contribuciones teóricas previas. La conceptualización de la alianza hecha por Bordin (1979) es el modelo de alianza más heurístico, el que ha tenido mayor influencia en la psicoterapia individual. Bordin definió la alianza de trabajo sobre la base de tres componentes: (1) el acuerdo entre el terapeuta y el cliente acerca de las metas del tratamiento, (2) el acuerdo de ambos sobre las tareas necesarias para conseguir esos objetivos, y (3) los lazos afectivos necesarios entre ellos para sostener

el a veces arduo trabajo que representa el cambio terapéutico. De manera que a partir de esa conceptualización, la alianza terapéutica representa la cualidad y la fortaleza de la relación de colaboración entre el cliente y el terapeuta incluyendo “*los lazos afectivos entre ambos, tales como la confianza mutua, el consenso en el respeto y el interés..., un compromiso activo con las metas de la terapia y con los medios para alcanzarlas..., y un sentido de asociación*” (Horvath y Bedi, 2002, pág. 41).

Actualmente el reconocimiento de la importancia de la relación terapéutica y su relación con la eficacia del tratamiento es muy general en todos los modelos de psicoterapia, incluso en aquellos tradicionalmente más interesados en los mecanismos específicos del cambio que en la propia relación terapéutica. Por ejemplo, puede argumentarse que las terapias cognitivo-conductuales, aunque no hayan integrado de forma explícita el concepto de alianza terapéutica en su argumentario teórico, son intrínseca y explícitamente terapias de colaboración. Forma parte de los protocolos de intervención cognitivo-conductual el proporcionar a los clientes una razón convincente acerca de las metas del tratamiento y de las tareas que requerirá alcanzar tales objetivos.

La alianza terapéutica es una variable del proceso de la terapia. Y la investigación de proceso-resultado, es decir, la investigación orientada a estudiar que aspectos del proceso de terapia predicen un buen resultado de los tratamientos ha sido muy consistente sobre la importancia de la alianza terapéutica: la alianza es predictiva del resultado para una variedad de enfoques terapéuticos (individuales) cuando se mide al principio del tratamiento, y especialmente cuando se mide desde la perspectiva del cliente -es decir, en base a los auto-informes del cliente- (Caston-

guay, Constantino y Holtforth, 2006; Horvath y Symonds, 1991). Vamos de forma muy resumida algunos de los principales resultados de la investigación.

En 1996, una revisión amplia de la investigación sobre Depresión del NIMH en Estados Unidos (*National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program*) arrojó sorprendentes resultados sobre la importancia de la alianza en relación con el resultado del tratamiento, en una comparación a gran escala de diversos tipos de terapia: interpersonal, terapia cognitivo-conductual y farmacoterapia (Krupnick, Stosky, Simmons, Moyer, Elkin, Watkins y Pilkonis, 1996). Se vio que aproximadamente el 21% de la varianza en el éxito de la terapia era atribuible a la percepción que el cliente tiene de la alianza con el terapeuta, sin importar demasiado el enfoque o modelo de tratamiento.

La investigación mediante técnicas de meta-análisis también ha confirmado la importancia de la relación entre la alianza terapéutica en el proceso y el resultado final del tratamiento. Un meta-análisis (Horvath y Symonds, 1991) que incluyó 20 estudios diferentes (con terapeutas experimentados de formación principalmente psicodinámica, experiencial y cognitivo-conductual) mostró una medida de efecto combinada de 0.26, «moderada, pero fiable» (Horvath y Symonds, 1991, pág. 139). Un meta-análisis todavía más amplio que analizó 79 estudios con mayor amplitud en cuanto al tipo de terapia, tipologías de pacientes y de problemas clínicos (Martin, Garske y Davis, 2000), encontró una medida de efecto ligeramente más baja pero todavía significativa de 0.22. No obstante, en una revisión actualizada de Horvath y Bedi (2002) incluyendo estudios de terapias para el tratamiento de drogadicción, volvió a encontrar una medida de efecto de 0.25. Uno

de los aspectos irresueltos de la investigación es conocer *cómo* es la asociación entre la alianza terapéutica y el resultado de la terapia, algo que requiere diseños de investigación que despejen la duda de que la percepción de los clientes (y de los terapeutas) sobre la alianza en fases intermedias o avanzadas del tratamiento se hallen influenciadas por los beneficios ya experimentados en el tratamiento. Es decir, despejar la duda de que sea el resultado de la terapia el que esté influyendo en la percepción de la alianza y no al revés. De hecho, algunos autores (DeRubeis y Feeley, 1990; Feeley, DeRubeis y Gelf, 1999) han advertido que no se debe afirmar que una alianza terapéutica fuerte *causa* la mejora del cliente a menos que la investigación evalúe claramente los beneficios de la terapia en un punto temporal muy posterior a la evaluación de la alianza y controle otros aspectos del progreso terapéutico.

Como hemos argumentado al inicio de este artículo, la alianza terapéutica tiene características diferenciales cuando hablamos de la terapia familiar, y esas características hacen necesaria una ampliación de la definición de este constructo y también marcan unas diferencias en los diseños de investigación. En la tradición de la terapia familiar sistémica el tratamiento y la importancia otorgada a la alianza terapéutica es muy dispar. Rait (1988) describió un continuo de posturas teóricas sobre la relación terapéutica organizado en dos polos extremos. En un extremo se sitúan las terapias experienciales (por ejemplo, Satir), donde destaca la persona del terapeuta, y donde la calidez, el apoyo y la colaboración mutua son características fundamentales. En el otro extremo del espectro están las terapias multigeneracionales que tienen una influencia psicodinámica (por ejemplo, Bowen), donde el terapeuta se mantiene a distancia de la transferencia para así permanecer objetivo

y diferenciado. También hacía ese extremo puede situarse el modelo de Milán (Selvini, Palazzoli, Boscoso, Cecchin y Prata, 1978), donde la estricta neutralidad y las intervenciones prescriptivas de tipo paradójico no contemplan la importancia del vínculo con el terapeuta.

Sin duda W. Pinsof ha sido un autor clave en la conceptualización sistémica y en la investigación de la alianza terapéutica en el marco de la terapia de pareja y familia (1994, 1995; Pinsof y Catherall, 1986). Este autor fue el primero en describir la causalidad recíproca en la alianza, haciendo ver que la simple operación de sumar la relación de cada cliente con el terapeuta no sirve para valorar la alianza «en su conjunto»; muy al contrario, las alianzas de cada miembro de la familia con el terapeuta, y las del terapeuta con cada subsistema familiar (por ejemplo, su alianza con los padres diferenciada de su alianza con los hijos) y la alianza global del terapeuta con todo el grupo familiar, afectan a todos entre sí y generan un complejo sistema de influencias recíprocas. Otra de las aportaciones relevantes de Pinsof (1994, 1995) es la definición de una nueva dimensión interpersonal de la relación terapéutica: la *alianza intra-sistema*, que se refiere a las alianzas en el seno de la familia (entro todos los miembros y subsistemas, al margen del terapeuta) y también a las alianzas intra-sistema del terapeuta (alianzas dentro del entorno profesional al margen de la familia: terapeuta y co-terapeuta, terapeuta y supervisor, o terapeuta y otros profesionales que trabajan con la familia).

### **SOFTA-SOATIF: un modelo para la evaluación y mejora de la relación terapéutica**

Sobre la base de los fundamentos teóricos y de la relevancia que la investigación ha

dado al concepto de alianza terapéutica, un grupo de trabajo compuesto por investigadores de España y Estados Unidos iniciamos el desarrollo de un modelo de evaluación de la alianza terapéutica que incluyese específicamente las características diferenciales de la terapia sistémica con parejas y familias pero integrando también las características comunes a cualquier modalidad de psicoterapia (colaboración del cliente y lazos afectivos entre éste y el terapeuta) que fueron claramente definidas por Bordin (1979). Dicho modelo y los instrumentos de evaluación que lo componen (Friedlander, Escudero y Heatherington, 2006, 2009) se han desarrollado simultáneamente en español -SOATIF- (Sistema de Observación de la Alianza Terapéutica en Intervención Familiar) y en inglés -SOFTA- (*System for Observing Family Therapy Alliances*).<sup>1</sup>

Las tres directrices que guiaron la creación del SOATIF fueron: (1) la aplicabilidad trans-teórica de la alianza, de forma que el modelo y los instrumentos de evaluación reflejasen la alianza como factor común de la psicoterapia y no un enfoque terapéutico particular; (2) la importancia de las conductas del cliente, dando protagonismo a los indicadores conductuales que en transcurso de una sesión de terapia reflejan aspectos positivos y negativos de la alianza, especialmente en lo concerniente a las alianzas intra-familia reflejadas en interacciones entre los miembros de la familia presentes en la sesión; y (3) la superposición conceptual y empírica entre metas y tareas de la terapia que se había encontrado en la investigación previa (Horvath y Bedi, 2002), de manera que una sola

---

1. Toda la documentación y los instrumentos de observación, autoinformes, y formatos de entrenamiento y supervisión clínica, están disponibles de forma gratuita en [www.softa-soatif.net](http://www.softa-soatif.net)



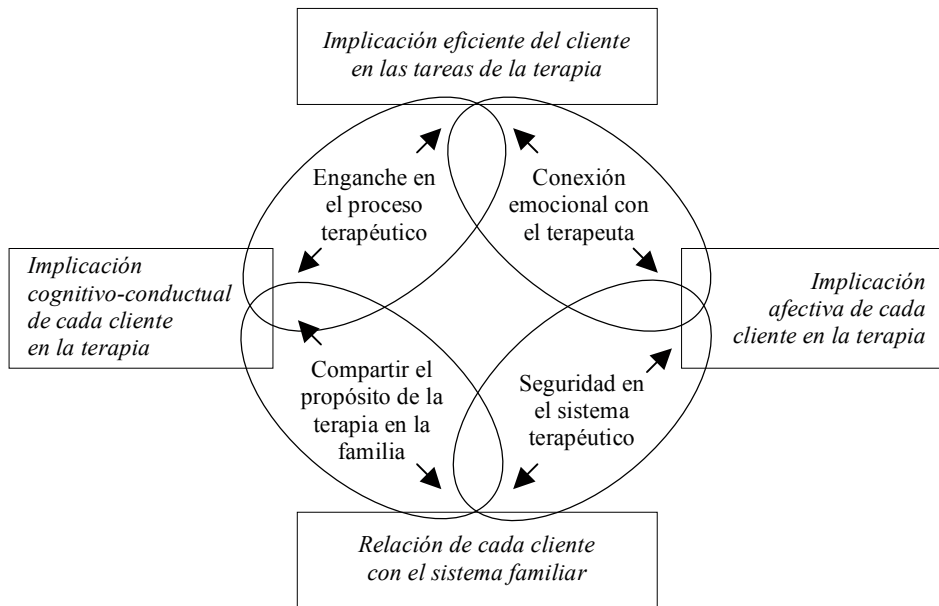


Figura 1. Representación del modelo SOATIF.

dimensión integre aspectos relacionados con las tareas y las metas de la terapia.

El proceso empírico de desarrollo y validación del SOATIF (Friedlander, Escudero *et al.*, 1996) concluyó en un modelo de cuatro dimensiones que configuran en conjunto la alianza terapéutica (Figura 1): *Enganche en el proceso terapéutico*, *Conexión emocional con el terapeuta*, *Seguridad dentro del sistema terapéutico* y *Sentido de compartir el propósito en la familia*.

La primera de esas cuatro dimensiones refleja aspectos relativos a la colaboración en la definición de objetivos y metas de la terapia entre terapeuta y clientes. La segunda dimensión refleja un componente clásico en la literatura sobre la alianza, el vínculo personal entre cliente y terapeuta, pero estudiado en el contexto de la terapia familiar. Las otras dos dimensiones (Seguridad, y Sentido de

compartir el propósito en la familia) son más diferenciales de la terapia de pareja y familia; la tercera tiene que ver con la necesaria creación de un contexto seguro para la apertura emocional y psicológica de cada miembro de la familia en presencia de los otros; y la cuarta dimensión se refiere específicamente a lo que Pinsof (1995) definió como alianza intra-sistema, en este caso la alianza dentro de la familia en relación con acudir y utilizar de manera conjunta la terapia.

El SOATIF incluye dos instrumentos de evaluación de cada una de las cuatro dimensiones de la alianza: un sistema de observación, SOATIF-o, aplicable durante las sesiones de terapia o a sesiones grabadas en video, y un autoinforme, SOATIF-s, (para todos los participantes en una sesión, incluido el terapeuta) aplicable al término de una sesión de terapia. El manual de uso

del SOATIF-o proporciona directrices para realizar inferencias acerca de la fortaleza de las cuatro dimensiones subyacentes, a partir de las observaciones de las conductas del cliente y del terapeuta. Cada dimensión, basada en el tipo, frecuencia, e intensidad de los indicadores observados en una sesión determinada, se puntúa en una escala ordinal de 7 puntos que va desde -3 (muy problemática) a +3 (muy fuerte). La puntuación central de las escalas dimensionales (0 = no reseñable/ neutra) indica que o bien no hay conductas en esa sesión que sugieran que el enganche, la conexión emocional, la seguridad o el sentido de compartir el propósito sean excepcionalmente fuertes o débiles; o bien la frecuencia y la naturaleza de la conducta del cliente, tanto positiva como negativa, se compensan, con el resultado de una puntuación neutra. En cuanto al cuestionario de auto-informe (SOATIF-s) se derivan directamente del instrumento observacional y se compone de 16 ítems de fácil aplicación con clientes mayores de 13 años.

El SOATIF ha sido utilizado con fiabilidad en la investigación de procesos en la terapia familiar conjunta (Beck, Friedlander y Escudero, 2006; Escudero, Friedlander, Varela y Abascal, 2008; Friedlander, Lambert, Escudero y Cragun, 2008; Muñiz de la Peña, Friedlander y Escudero, 2009), también ha mostrado utilidad para el entrenamiento y la supervisión de terapeutas familiares en sus comienzos profesionales (Carpenter, Escudero y Rivett, 2008). La forma de uso del instrumento puede variar dependiendo del objetivo particular del usuario: un terapeuta o un supervisor puede analizar la fortaleza de la alianza terapéutica en una sesión determinada o a lo largo de todas las sesiones, centrando el análisis en una, varias, o las cuatro dimensiones de la alianza, focalizando la observación en un miembro de la familia, o en la familia como grupo.

## Conclusión

Si bien la complejidad de los múltiples niveles de motivación y expectativas sobre la terapia hace que la creación de una buena alianza terapéutica sea una tarea delicada y a veces ardua en el tratamiento psicoterapéutico de familias y parejas, las contribuciones teóricas procedentes de la psicoterapia individual y la propia investigación emergente en el contexto de la terapia familiar aportan ideas de gran utilidad clínica. En un momento en que las diferentes modalidades de psicoterapia, incluida por supuesto la terapia familiar, se ven ante la presión de ser validadas mediante ensayos clínicos con grupo de control que demuestren su eficacia (para entrar en la lista de tratamientos conocidos como *tratamientos con apoyo empírico TAE*), hay voces que, con criterios muy razonables, advierten de que, en contraste con el mundo real de la práctica clínica, estos ensayos se llevan a cabo con controles muy estrictos, criterios de exclusión imposibles en el marco clínico, y dentro de esquemas temporales estandarizados, y por ello no pueden proporcionar un criterio estricto e inequívoco de efectividad y eficacia. Otro argumento crítico de gran calado entre los clínicos afecta directamente al estudio de la alianza terapéutica: puesto que los ensayos para demostrar eficacia se centran en la técnica, se corre el riesgo de perder de vista la importancia de la relación terapéutica. De hecho, las listas de los TAE y la mayor parte de las guías para la práctica terapéutica dan preponderancia a las técnicas que se han de aplicar y por lo tanto describen terapeutas impersonales que aplican procedimientos de forma escrupulosa.

Todo lo que se ha revisado en este artículo acerca de la importancia de la alianza terapéutica -tanto en el tratamiento familiar como individual- está ausente de ese

modo tradicional para demostrar eficacia: la persona del terapeuta es secundaria en el tratamiento, y las características individuales del paciente no son tan relevantes como los síntomas y el diagnóstico. Sin embargo, tal y como hemos intentado demostrar en la revisión de la literatura sobre la alianza como factor común, la importancia predictiva de la alianza terapéutica está claramente respaldada por la investigación empírica. Factores comunes como la instalación de esperanza, aceptación y consideración positiva, catarsis, exploración de aspectos emocionales, participación y colaboración del cliente... aparecen como variables de peso en la investigación de proceso-resultado.

En prácticamente cualquier relación de factores comunes la alianza terapéutica ocupa un lugar fundamental. Una característica esencial, aunque no la única, de una buena terapia *de cualquier orientación*, es la fortaleza de la alianza, que predice el éxito del tratamiento y explica su fracaso. Con las limitaciones lógicas de espacio para este artículo, hemos querido presentar un modelo transteórico de alianza terapéutica aplicable en formatos de terapia individual y familiar: Como modelo, el SOATIF es el resultado de un proceso de investigación para desarrollar y validar un conjunto de instrumentos, algunos observacionales (SOATIF-o) y otros de autoinforme (SOATIF-s), que permitan incluir la medición de la calidad terapéutica en la valoración de los factores que hacen de una terapia un tratamiento con eficacia demostrada.

## Referencias

- Beck, M., Friedlander, M. L. y Escudero, V. (2006). Three perspectives of Clients' experiences of the therapeutic alliance: A discovery-oriented investigation. *Journal of Marital and Family Therapy*, 32, 355-368.
- Bibring, E. (1937). Therapeutic results of psychoanalysis, *International Journal of Psychoanalysis*, 18, 170-189.
- Bordin, E.S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance, *Psychotherapy*, 16, 252-260.
- Capenter, J., Escudero, V. y Rivett, M. (2008). Training family therapy students in conceptual and observation skills relating to the therapeutic alliance: an evaluation. *Journal of Family Therapy*, 30, 411-424.
- Castonguay, L.G., Constantino, M.J. y Holtforth, M.G. (2006). The working Alliance: Where are we and where should we go? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43, 271-279.
- Corbella, S. y Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de Psicología*, 19, 205-221.
- Coulehan, R., Friedlander, M. L. y Heatherington, L. (1998). Transforming narratives: A change event in constructivist family therapy. *Family Process*, 37, 17-33.
- De Rubeis, R.J. y Feeley, M. (1990). Determinants of change in cognitive therapy for depression. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 469-482.
- Escudero, V., Friedlander, M.L., Varela, N. y Abascal, A. (2008). Observing the therapeutic alliance in family therapy: associations with participants' perceptions and therapeutic outcomes. *Journal of Family Therapy*, 30, 194-214.
- Feeley, M., DeRubeis, R.J. y Gelf, L.A. (1999). The temporal relation of adherence and alliance to symptom change in cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 578-582.

- Freud, S. (1940). The dynamics of transference. En J. Strachey (Comp.y Trad.), *Standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud, Vol. 12* (págs. 122-144). Londres: Hogarth Press (Trabajo original publicado en 1912).
- Freud, S. (1959). Future prospects of psychoanalytic psychotherapy. En J. Strachey (Comp. y Trad.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud, Vol. 20* (págs. 87-172). Londres: Hogarth Press (Trabajo original publicado en 1910).
- Friedlander, M.L., (2000). Observational coding of family therapy processes: State of the art. En A.P. Beck y C.M. Lewis (Comps.), *The process of group psychotherapy: Systems for analyzing change* (págs. 67-84). Washington, DC: American Psychological Association.
- Friedlander, M., Escudero, V., y Heatherington, L. (2009) *La Alianza terapéutica. En la terapia familiar y de pareja*. Barcelona: Paidós.
- Friedlander, M.L., Escudero, V. y Heatherington, L. (2006). *Therapeutic Alliances in Couple and Family Therapy: An Empirically Informed Guide to Practice*. Washington, DC: APA Books.
- Friedlander, M.L., Escudero, V. Horvath, S., Heatherington, L., Cabero, A. y Martens, M. (2006). System for Observing Family Therapy Alliances: A tool for research and practice. *Journal of Counseling Psychology*, 53, 214-225.
- Friedlander, M.L., Lambert, J., Escudero, V. y Cragun, C. (2008). How do therapists enhance family alliances? Sequential analyses of therapist-client behavior in two contrasting cases. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 45, 75-87.
- Horvath, A.O. y Bedi, R.P. (2002). The alliance. En J.C. Norcross (Comp.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (págs. 37-69). Nueva Cork: Oxford University Press.
- Horvath, A.O. y Symonds, B.D. (1991). Relation between the working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 139-149.
- Imber-Black, E. (1993). Secrets in families and family therapy: An overview. En E. Imber-Black (Comp.), *Secrets in families and family therapy* (págs. 3-28). Nueva Cork: W. W. Norton.
- Krupnick. J.L., Sotsky, S.M., Simmens, A., Moyer, J., Elkin, I., Watkins, J. y Pilkonis, P.A. (1996). The role of alliance in psychotherapy and pharmacotherapy outcome: Findings in the National Institute of Mental Health treatment of depression collaborative research program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 532-539.
- Martin, D.J., Garske, J.P. y Davis, M.K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 438-450.
- Muñiz de la Peña, C., Friedlander, M.L. y Escudero, V. (2009). Frequency, severity, and evolution of split family alliances: How observable are they? *Psychotherapy Research*, 19, 133-142.
- Muran, J.C. y Safran, J.D. (1998). Negotiating the therapeutic alliance in brief psychotherapy: An introduction. En J.D. Safran y J.C. Muran (Eds.), *The therapeutic alliance in brief psychotherapy* (págs. 3-14). Washington, DC: American Psychological Association.
- Pinsof, W.B. (1994). An integrative systems perspective on the therapeutic alliance.

- ce: Theoretical, clinical, and research implications. en A.O. Horvath y L.S. Greenberg (Comps.), *The working alliance: Theory, research, and practice* (págs. 173-195). Nueva York: Wiley & Sons.
- Pinsof, W.B. (1995). *Integrative problem-centered therapy*. Nueva York: Basic Books.
- Pinsof, W.B. y Catherall, D. (1986). The integrative psychotherapy alliance: Family, couple, and individual therapy scales. *Journal of Marital and Family Therapy*, 12, 137-151.
- Pittman, F. (1987). *Turning points: Treating families in transition and crisis*. Nueva York: Norton.
- Quinn, W.H., Dotson, D. y Jordan, K. (1997). Dimensions of therapeutic alliance and their associations with outcome in family therapy. *Psychotherapy Research*, 7, 429-438.
- Rait, D.S. (1998). Perspectives on the therapeutic alliance in brief couples and family therapy. En J.D. Safran y J.C. Muran (Comps.), *The therapeutic alliance in brief psychotherapy* (págs. 171-191). Washington, DC: American Psychological Association,
- Selvini-Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G. y Prata, G. (1978). *Paradox and counterparadox*. Nueva York: Jason Aronson.
- Shapiro, R.J. (1974). Therapists' attitudes and premature termination in family and individual therapy. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 159, 101-107.
- Sterba, R. (1934). The fate of the ego in analytic therapy. *International Journal of Psychoanalysis*, 15, 117-125.
- Strupp, H.H. (1973). The interpersonal relationship as a vehicle for therapeutic learning. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 41, 13-15.