



FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

# **ALIANZA TERAPÉUTICA EN PSICOTERAPIA INFANTIL**

Propuesta de una escala de evaluación

Autor: Laura Herrero Royo  
Director: Ciro Caro García

Madrid  
2018

## ÍNDICE

<b>1. Introducción.....</b>	
1.1. Principales modelos actuales de Alianza Terapéutica	
1.1.1 Modelo general de Alianza Terapéutica: Safran y Muran	
1.1.2 Conceptualización de la Alianza Terapéutica en la Terapia Focalizada en la Emoción	
1.2. Evaluación de la AT.	
1.3. Investigaciones de la Alianza Terapéutica.	
1.4. Aplicación de la Alianza Terapéutica Infantil.	
<b>2. Investigación y conceptualización de la Alianza Terapéutica en psicoterapia infantil.....</b>	
2.1. Teorías del desarrollo infantil	
2.2. Desarrollo evolutivo del niño	
2.3. Psicoterapia infantil y Alianza Terapéutica infantil.	
<b>3. Medidas de evaluación de Alianza Terapéutica infantil.....</b>	
3.1. Estado actual.	
3.2. Descripción de las medidas disponibles.	
3.3. Críticas.	
<b>4. Propuesta de una escala de Alianza Terapéutica infantil.....</b>	
4.1. Propuesta de cambio	
<b>5. Conclusión.....</b>	
<b>6. Referencias.....</b>	

## 1. INTRODUCCIÓN

El constructo de Alianza Terapéutica (AT) se empezó a desarrollar a lo largo del siglo XX con el psicoanálisis. Según Freud, es indispensable una actitud empática y comprensiva por parte del terapeuta como primer paso a la hora de establecer una buena relación con el cliente. De este modo, si se fomenta que el paciente se sienta comprendido y escuchado durante las sesiones habrá una mejora en su bienestar psicológico.

Este afecto del paciente hacia el terapeuta es una forma positiva de transferencia que llenará de credibilidad y compromiso la terapia, de tal manera que la unión entre un apego beneficioso y el establecimiento de una transferencia operativa que no distorsione la relación, constituyen el origen de la Alianza Terapéutica (Freud,1913).

Posteriormente, muchos autores han ido aportando nuevas ideas y opiniones en base a este constructo. La principal discusión dentro del marco psicodinámico en torno a la relación cliente-terapeuta, ha sido si realmente podemos incluir la Alianza Terapéutica en el fenómeno de transferencia, ya que si no lo hacemos distorsionaremos la interpretación de la transferencia y ésta es considerada un elemento fundamental para el buen funcionamiento de la terapia (Gelso y Carter, 1985) o si tenemos que verlo como conceptos independientes.

En ésta línea cabe la posibilidad de definir la Alianza Terapéutica como la parte no neurótica que se genera entre terapeuta y paciente dando lugar a la aparición del *insight* e interpretaciones por parte del terapeuta que le permita distinguir de manera eficaz su historia relacional pasada y la relación actual real con el terapeuta (Zeitzel,1956). Por tanto, la AT dentro del marco psicodinámico facilita o dificulta la transferencia durante la terapia (Corbella y Botella, 2003).

El movimiento humanista prestó especial atención al papel de la Alianza en el proceso terapéutico. Según (Rogers 1951,1957) las principales características del terapeuta deben ser empatía, congruencia y aceptación incondicional del cliente para establecer una relación terapéutica efectiva. Éstas actitudes generan seguridad y el contacto psicológico necesario para que la persona acceda a un proceso experiencial

sin restricciones. A su vez, desde la filosofía del encuentro y la autenticidad postulados por esta corriente, se consideró que la AT era esencialmente el resultado de una relación de persona a persona.

Posteriormente se realizaron investigaciones sobre otras posibles características del terapeuta que puedan influir en la efectividad de la terapia, tales como la visión por parte del cliente de su terapeuta como experto, creíble y atractivo (LaCrosse, 1980). Sin embargo estudios posteriores mostraron que existía poca relación entre variables de influencia social y los resultados de la psicoterapia. (Horvard y Luborsky, 1993).

Por otro lado, la Modificación de Conducta Clásica plantea como elemento esencial la calidad técnica de las intervenciones del terapeuta como clave del cambio. Si bien, aun en este marco se ha ido valorando el logro de una adecuada AT como medio para que los pacientes se adhieran efectivamente a las propuestas técnicas del terapeuta (Kuyken, 2018). Cuestión para la cual, en este marco se han desarrollado visiones propias sobre el papel de la empatía en el logro de una relación productiva o *rapport* (Carrasco, 2002)

Por último la orientación cognitiva, concretamente, las perspectivas constructivistas consideran la Alianza Terapéutica un aspecto central del aspecto terapéutico, rescatando muchos de los elementos de la conceptualización originada en el marco humanista-experiencial. (Arnkoff,1995; Goldfried y Davidson, 1994; Newman, 1998; Safran,1998).

Estas afirmaciones guiaron la investigación sobre los factores comunes a todas las orientaciones psicoterapéuticas siendo uno de los más importantes la Alianza Terapéutica de modo que ésta se identifica a día de hoy como un constructo diferenciado y un elemento muy importante a la hora de determinar la eficacia de una terapia.

A pesar de ser un aspecto común en todas las orientaciones psicológicas, existen diferentes definiciones que nos permiten entender en qué consiste. Por ejemplo, la Alianza Terapéutica es el vínculo que se establece entre terapeuta y paciente,

favorecido por tres componentes esenciales que deben darse durante la terapia: el acuerdo en las tareas, un vínculo positivo y un acuerdo en los objetivos.

A pesar de la importancia que se le otorga a la AT, es considerada un elemento importante pero no imprescindible a la hora de determinar la efectividad de una terapia (Bordin, 1976).

Por otro lado, podemos observar que la AT puede sufrir cambios durante la terapia y por ello es importante diferenciar entre: la alianza de tipo 1, que es el sentimiento de apoyo que tiene el paciente sobre el terapeuta y se da al inicio de la terapia, y la alianza de tipo 2, que se da cuando ambos integrantes de la terapia, experimentan la sensación de estar llevando a cabo de manera eficaz los objetivos propuestos (Luborsky, 1976).

### 1.1. Principales modelos actuales de Alianza Terapéutica:

Existen varios modelos que indican en la importancia de este constructo:

1.1.1. El Modelo general de Alianza Terapéutica (Safran y Muran, 1996), es uno de los más importantes. Hace referencia a la escasa prioridad que se le da al constructo de AT en el modelo psicoanalítico tradicional, ya que está fundamentalmente basado en la transferencia – contra transferencia ligada únicamente a las fantasías inconscientes. También, hacen una crítica a los modelos cognitivos conductuales aunque por otro lado, afirman que progresivamente han ido incluyendo ciertos aspectos de la importancia de la relación terapéutica centrados en la emoción, y no sólo en la cognición. Por ello, a partir de este modelo muchas orientaciones han podido ir incorporando la relación terapeuta – paciente como una de las variables más importantes de la terapia.

Por tanto, se trata de una psicología bipersonal, caracterizada por los procesos intersubjetivos de la relación que se establece en la terapia y buscan romper con el terapeuta neutral que no se mueve por sus emociones, que es totalmente racional.

Ésta idea de AT, tarde o temprano, según Safran y Muran, va a caer por su propio peso produciéndose a sí el concepto de ruptura en la alianza.

(Safran y Muran, 2006) definen este concepto como un desacuerdo en ciertos aspectos del proceso terapéutico, como objetivos y ausencia en la colaboración de ciertas tareas.

A pesar de ello, éstas rupturas no las consideran impedimentos en la relación, sino ocasiones positivas para profundizar aun más en el problema del paciente, y su resolución fomentaría el restablecimiento de una buena alianza entre ambos, es decir, los autores afirman que las rupturas de alianza son el resultado de la relación paciente terapeuta y que en algunos casos, dependiendo de su frecuencia, intensidad y duración fomentará la relación (Safran, Crocker, McMain, Murray, 1990).

Por tanto, la existencia de la ruptura terapéutica es en cierto modo beneficiosa para el proceso terapéutico por todo lo explicado en el apartado anterior, pero (Safran et al, 2011) conceptualizan ésta ruptura como algo no beneficioso principalmente en tres ocasiones: cuando existen desacuerdos a la hora de establecer objetivos, cuando existen a la hora de realizar las tareas que exige el terapeuta, o cuando existe algún tipo de tensión en la relación por cualquier motivo.

Además, afirman la clara existencia de dos tipos de rupturas (Safran y Muran, 2000)

- Rupturas por distanciamiento: por algún motivo el paciente se distancia parcialmente del terapeuta, porque no encuentra el momento de expresar sus problemas o preocupaciones o bien, porque no es capaz de mostrar sus intereses y asume todo lo que dice el terapeuta.
- Rupturas por confrontación: el paciente expresa enfado, rabia o ira hacia su terapeuta o bien siente que la relación entre ellos (paciente y terapeuta) no le es suficiente o agradable.

Safran (1990) cuando habla de la resolución o reparación de las rupturas, propone que lo mas importante, reside en no participar en la problemática del paciente, de manera que si una persona siente que el mundo es un lugar peligroso, y el terapeuta responde a sus inquietudes con ciertas características de que algunas cosas son peligrosas, se podría afirmar que el mundo es un lugar peligroso y por ello no se solucionaría nada.

Safran (2011) afirma que existen una serie de intervenciones para resolver ciertas rupturas, aunque cada caso es diferente. Algunas de ellas son:

- Revisar los objetivos propuestos por otros nuevos.
- Revisar las tareas ejercidas hasta el momento por otras nuevas.
- Resolver, mediante la verbalización, problemas que se hayan podido dar entre paciente – terapeuta.
- Relacionar problemas de la vida del paciente con aspectos comunes a la ruptura que se ha dado en la relación terapéutica.
- Dar a conocer, de manera común, las causas que puedan estar incidiendo en la relación.

#### 1.1.2 Conceptualización de la Alianza Terapéutica en la Terapia Focalizada en la Emoción:

Es otro de los modelos más importantes sobre la AT. (Greenberg, Rice y Elliott,1993) Sostiene que la emoción en sí favorece y ayuda a los pacientes a transformar ciertas emociones que causan dolor en otras mas beneficiosas, de tal manera que los pacientes se convierten en personas más eficaces a la hora de explorar sentimientos a cerca de ellos y como consecuencia un estilo de vida más adaptativo al entorno en el que se encuentran.

El papel del terapeuta es ayudarles a experimentar este cambio a través de este proceso emocional, de manera que el paciente sea capaz de dar sentido a sus propias emociones, tomando conciencia y reflexionado a cerca de ellas. Por tanto, la escucha empática por parte del terapeuta según (Greenberg et al., 1993; Elliott, Greenberg y Lietaer, 2004) es fundamental a la hora de establecer la Alianza Terapéutica.

Así mismo, la TFE implica otros aspectos no menos importantes: el papel del terapeuta como guía en este proceso de transformación de la emoción, así como un terapeuta totalmente respetuoso, presente en todo momento y receptivo a todo lo que el paciente experimente en cada momento.

La AT, según la Terapia Focalizada en la Emoción, debe ser una relación segura, presente y segura por parte del terapeuta. Además, son necesarios tres principios básicos para la construcción de ésta: empatía, compromiso con las metas tanto por parte del cliente como del terapeuta y presencia con la experiencia y el desarrollo del cliente.

## 1.2. Evaluación de la Alianza Terapéutica:

Green (2009) afirma que la AT, como cualquier otro concepto, puede y debe ser evaluada a lo largo del proceso psicoterapéutico. A su vez, este mismo autor considera que la AT no sólo se trata de un constructo importante y medible en psicoterapia, sino que también abarca otras áreas de la salud como la medicina. En un estudio realizado por López Viña (2005), se consideró muy importante la Alianza Terapéutica en el tratamiento del asma.

Existen muchas medidas de evaluación, pero las más utilizadas según Hortvath y Bedi (2002) en investigación empírica son:

- *Las Escalas de Alianza Terapéutica de California (CALPAS)*: formada por 31 ítems para que el paciente pueda evaluar la AT y 5 ítems para paciente y observador. Mide sobre todo comprensión por parte del terapeuta, trabajo y compromiso del cliente, y acuerdo en el establecimiento de las estrategias de trabajo (Marmar, Gaston, Thompson y Gallagher, 1989).
- *Las Escalas de Penn*, recogen toda la teoría del autor mencionada anteriormente sobre la Alianza tipo I y tipo II. (Alexander y Luborsky, 1986).
- *Escala De Alianza Terapéutica de Vanderbilt (VTAS)*: es utilizada únicamente en psicoterapias dinámicas (Suh, Strupp y O'Malley, 1986)
- Unas de las más utilizadas en la actualidad, y con mucha fiabilidad son: *Escala de Alianza Psicoterapéutica Integradora (EAIP)*; Pinsof y Catherall, 1986) y el *Working Alliance Inventory (WAI)*; Horvath, 1981; Horvath, 1982; Horvath y Greenberg, 1986 y Horvath y Greenberg, 1989). El *WAI* pasa por dos fases y tiene varias modalidades. La primera fase está basada en la teoría de Bordin

(1979) ya que muchos ítems tienen que ver con ello. La segunda fase ya se va centrando más en la visión del terapeuta y del paciente (WAI –P y WAI – T) a través de varios estudios clínicos que arrojan muy buenos resultados. Gracias a la buena validez predictiva, de contenido y de constructo que resultaron de los estudios y revisiones de Horvath (1981) y de Greenberg y Webster (1982), quedaron constituidas por 36 ítems que miden las tres dimensiones de Bordin (1979) vínculo, objetivos y tareas, valoradas por el terapeuta y el paciente a través de una escala tipo Likert de 1 a 7 puntos.

Se desarrolló posteriormente una versión abreviada (WAI-Short-P y WAI-Short-T), disponibles también en Español (Bietman y Yue, 2004) compuestas por 12 ítems.

### 1.3 Investigaciones en Alianza Terapéutica

Existen numerosas investigaciones a cerca de este constructo. Actualmente, la mayoría de ellas están dirigidas a estudiar todos aquellos aspectos que pertenecen a la colaboración y al carácter interactivo de la AT en psicoterapia (Lambert y Barley, 2002). En muchos estudios se ha comprobado que existe una relación significativa entre la AT y un resultado final muy positivo en diferentes modalidades psicoterapéuticas (Corbella y Botella, 2003).

En base a la relación alianza – resultados nos encontramos con numerosos estudios ya revisados por Horvath y Symonds (1991), entre ellos:

- El estudio de Greenberg y Webster (1998) consistió en la aplicación de un tipo de psicoterapia basada en los principios de la Gestalt por medio de 6 terapeutas a un grupo de personas con dificultades a la hora de tomar decisiones, concretamente 31 pacientes. Con el fin de conocer previamente los resultados del tratamiento psicoterapéutico, durante la segunda sesión de la terapia, se aplicaron dos instrumentos no relacionados con la AT y la subescala de tareas del WAI – P mencionado en el apartado anterior. Al analizar los resultados, se obtuvo una relación estadísticamente significativa entre las puntuaciones del WAI – P y los resultados del tratamiento, concluyendo la importancia de la AT.

- A través de la Escala AE, ya mencionada en el apartado anterior, existe otro estudio basado en una muestra de 143 pacientes con diferentes grados y tipos de esquizofrenia. A algunos de los pacientes se les medicó a través de antipsicóticos y psicoterapias basadas en el insight y en el ajuste a la realidad. Los resultados obtenidos, muestran que los pacientes que establecieron una buena alianza con su terapeuta durante los primeros 6 meses, lograron mejores resultados a largo plazo durante la terapia. (Frank y Gunderson, 1990).
  
- Un estudio realizado por Gallop, Kennedy y Stern (1994) en la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria, trató de revelar la importancia del papel que tenía la AT a través de una muestra de 31 pacientes diagnosticadas con diferentes trastornos alimenticios. A través del WAI – P y WAI-T ya mencionados anteriormente, los resultados reflejaron que aquellos pacientes que abandonaron antes la terapia tenían puntuaciones menores en alianza terapéutica, por lo que podemos concluir que la AT es un constructo crucial a la hora de hacer terapia.

Considero importante también, resaltar algunas de las investigaciones que deberían de realizarse en un futuro sobre la AT:

- Es muy importante que podamos disponer de más variedad de escalas que midan el constructo de Alianza Terapéutica, y no sólo eso, sino que existan instrumentos que puedan utilizarse desde diferentes puntos de vista: terapeuta, paciente y observador (Caro, 1993).
- Hacer más hincapié en investigaciones que ayuden a reducir poco a poco el uso de la psicofarmacología, y poder combinarlo con la psicoterapia para tratar a ciertos pacientes (Asiel y Fernandez-Liria, 2000).
- Estudiar más a fondo las peculiaridades del constructo de Alianza Terapéutica cuando se trabaja con niños en el proceso terapéutico. (Andrade, 2005).

Como ya hemos visto y comprobado a lo largo del primer apartado en el presente trabajo, la alianza terapéutica es un constructo indispensable para la mayoría de modalidades psicológicas que existen en la actualidad. Aprovechando el último apartado que habla sobre la importancia que tiene en un futuro revisar y explorar todas aquellas peculiaridades que inciden en la psicoterapia infantil, dedicaré el resto del trabajo a revisar lo ya existente en el constructo de Alianza Terapéutica infantil (ATi).

## **2. INVESTIGACIÓN Y CONCEPTUALIZACIÓN DE LA ALIANZA TERAPÉUTICA EN PSICOTERAPIA INFANTIL**

*“La psicología evolutiva de la infancia es la rama del conocimiento que se preocupa por la naturaleza y la regulación de los cambios significativos de tipo estructural-funcional y de conducta que ocurren en los niños a medida que progresan en edad y madurez”* (Knobel, 1964).

Para poder hacer referencia al ámbito psicoterapéutico infantil, considero imprescindible el papel de la psicología evolutiva. Ésta se puede entender de varias maneras; en primer lugar, hace referencia a describir detalladamente cada una de las conductas comportamentales que se dan en las diferentes edades. En segundo lugar, y también llamado psicología del desarrollo, se refiere a las leyes que subyacen este comportamiento evolutivo y todas aquellas teorías que son herramientas fundamentales para explicar conceptos del desarrollo evolutivo, en este caso, el infantil. (Coll, 1979).

### 2.1. Teorías del desarrollo evolutivo infantil

Existen varias teorías que explican de distintas maneras el desarrollo evolutivo. Las más destacadas, teniendo en cuenta que nos encontramos en una franja de edad de los 0 – 6 años son:

- **Teorías psicoanalíticas (Freud)**

Según este autor, las personas adultas traen consigo una serie de conflictos que surgen en la infancia, por ello, considera que si las experiencias son positivas, el

adulto va a ser capaz de resolver muchas situaciones o conflictos de la vida, y si por el contrario las experiencias vividas son negativas en la infancia, la capacidad de resolver situaciones o conflictos se verá afectada.

Freud, establece una serie de etapas que determinan el desarrollo evolutivo:

- Fase oral: el niño experimenta y busca placer con todo lo relacionado con la boca. Etapa de lactancia. ( 0- 2 años)
- Fase anal: control y autocontrol de esfínteres. El niño comienza a adquirir cierta autonomía. ( 3 años )
- Fase fálica: el placer se establece en el falo. Los niños experimentan orgullo por tenerlo y las niñas lo envidia. Aparece el super Yo. ( 3-6 años)

Dentro de este mismo marco teórico, es imprescindible nombrar las aportaciones de Melanie Klein ya que son las principales propulsoras de las principales teorías y técnicas de Psicoanálisis infantil. Respecto al constructo de AT (Klein, 1988) sostiene que la AT es imprescindible en terapia infantil y se alcanza de una única manera: analizar la transferencia positiva y negativa, de manera que la negativa refuerce la positiva. La transferencia se realiza mediante una proyección hacia el terapeuta de las figuras que tiene el paciente internalizadas en su pasado, basadas en las experiencias y fantasías que se adquieren durante la infancia.

- **Teoría psicosocial (Erikson):** el desarrollo evolutivo del ser humano se forma por etapas pero además es imprescindible el ambiente del que se rodea. Según Erikson, existen *crisis de madurez* en cada etapa del desarrollo, y dependerá de la interacción del niño y el ambiente que sea capaz de superarlas o no.
  - I. Etapa confianza Vs desconfianza: es primera dificultad que el niño tiene que pasar y consiste en confiar en el adulto, en que éste cubra sus necesidades más básicas para poder sobrevivir. Si por el contrario el niño no afronta y supera bien esta etapa, Erikson dice que desarrollará síntomas neuróticos (0-1 año)
  - II. Etapa autonomía Vs vergüenza y duda: exploración del mundo por parte del niño. En esta etapa pueden ocurrir dos cosas: si se supera la crisis el

niño será autosuficiente y si por el contrario no se supera, aprenderá a tener miedo y dudar de sus propias capacidades. (1 – 3 años)

III. Etapa iniciativa Vs culpabilidad : en esta etapa entra en juego el papel de los padres de una manera mas directa, ya que dependiendo de si los padres tienen características caóticos o autoritarias, el niño la superará la etapa o no. (3-6 años).

- **Teoría del aprendizaje** : en éstas teorías la psicología evolutiva ha ocupado un papel muy secundario ya que son de carácter mecanicista.

- I. Paradigma conductista (Watson): se basa en aquellas conductas que podemos observar y medir. El conductismo hace referencia a cómo las personas aprendemos conductas específicas, aplicando leyes generales independientemente de la edad o posición.

- II. Aprendizaje social de Bandura: comúnmente llamado aprendizaje por observación mediante la atención que presta al niño al modelo que le interesa, la retención que tiene el niño para almacenar la información en su memoria (estrategias para almacenar y recuperar la información), la producción hace referencia a la fidelidad con la que el niño reproduce su conducta y por último, la motivación que tiene para llevar a cabo la conducta.

- **Teorías cognitivistas (Piaget):** a partir de varias investigaciones, Piaget se da cuenta que los niños de la misma edad, cometen los mismos errores al intentar resolver determinados problemas, y es por eso que establece una *secuencia evolutiva* en el proceso cognitivo:

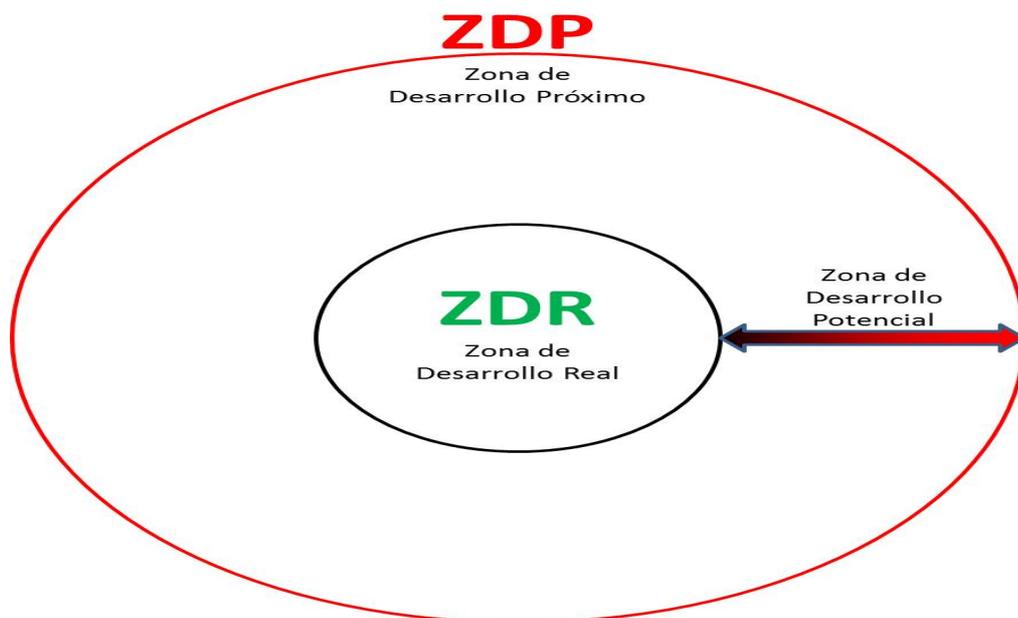
- I. Periodo sensorio motor: el niño va descubriendo a partir de sentidos y capacidades motoras los objetos que va descubriendo en el mundo, es lo que llama “permanencia del objeto” (0-2 años)

II. Periodo pre operacional: el niño va desarrollando el pensamiento simbólico, empezando a utilizar los signos para conocer el mundo. (2 – 6 años).

- **Vygotsky: enfoque sociocultural.**

Considero muy importante mencionar este autor, ya que sus aportaciones a la Psicología Evolutiva han sido numerosas. La más importante y significativa en relación a este trabajo, ha sido su aportación sobre la interacción entre aprendizaje y desarrollo. (Vygotsky,1979) señala que los niños antes de comenzar la etapa escolar, ya han pasado por varias experiencias y por ello desarrollo y aprendizaje están muy relacionados entre sí.

Según este autor, existe por un lado el nivel evolutivo real (actividades que los niños realizan por sí solos) o el nivel de desarrollo potencial (actividades que los niños realizan siendo ayudados por un adulto). A su vez, nos encontramos con la Zona de Desarrollo Próximo define todas las funciones que todavía no han madurado, es decir, la distancia entre el nivel real del desarrollo determinado por la capacidad del niño para resolver un problema de manera individual , y el nivel de desarrollo potencial explicado anteriormente.



En relación al trabajo psicoterapéutico con niños, es importante resaltar dos ideas básicas según este autor:

- Desarrollo psicológico visto de manera prospectiva: es importante no sólo evaluar lo que el niño ya domina o conoce durante la terapia, sino todas aquellas carencias del niño que el terapeuta observe durante la terapia
- Los procesos de aprendizaje ponen en marcha los procesos de desarrollo: la escuela es muy importante y juega un papel esencial en el niño, por tanto el terapeuta infantil debe conocer bien todos los aspectos relacionados con ésta.

Como hemos podido observar, desde que el niño nace poco a poco va estableciendo su ser a través del constante desarrollo de sus capacidades y de su interacción con el medio. Es imprescindible conocer las características más destacadas de cada una de las etapas del desarrollo normal del niño, para poder así prevenir o intervenir lo antes posible mediante la psicoterapia infantil y así ajustar los aspectos relacionales de la intervención, de modo que se favorezca una adecuada AT.

## 2.2. Desarrollo evolutivo del niño:

Para comprender los motivos por los cuales un niño puede acudir a terapia en un momento determinado, es importante conocer el desarrollo normal del niño. En base a las teorías del apartado anterior, podemos concluir que el Desarrollo psicológico infantil, consta por un lado de un desarrollo afectivo emocional, y por otro cognitivo / biológico. El desarrollo afectivo emocional va a influir en el cognitivo /biológico, y viceversa, es un proceso basado en crisis, periodos de evolución y regresión particulares de cada niño.

Aunque generalmente, existen 4 aspectos que influyen en el desarrollo psicológico y que son comunes a todos :

- El ambiente
- La familia
- La cultura
- Aspectos biológicos.

DESARROLLO DEL NIÑO DE 0 A 6 AÑOS.

	De 0 a 6 meses	De 6 a 12 meses	De 12 a 24 meses	De 2 a 4 años	De 4 a 6 años
<b>Desarrollo Emocional</b>	Etapa de plena dependencia, necesita ser cuidado.	Comienza a explorar, y es fundamental fomentar su independencia.	Etapa de rabietas y celos. No acepta normas y límites.	Interactúan con sus iguales. Es fundamental relacionarse y bien.	Expresan sus pensamientos, buscan a los demás niños. Juego colectivo.
<b>Desarrollo Cognitivo</b>	Atiende a estímulos visuales y sonoros.	Aumenta su independencia y curiosidad.	Muestra mas interés por los libros.	Presta mas interés al dibujo.	Gana en autonomía.
<b>Desarrollo Social</b>	Dependencia total de las personas próximas.	Muestra mas interés por los grupos.	Va perdiendo el apego con sus padres.	Comienza la época de las rabietas.	Disfruta con los juegos en grupo.

A partir de aquí y una vez entendiendo un poco más las características que definen el desarrollo evolutivo normal en un niño, me gustaría resaltar las principales causas por las que un niño acude a psicoterapia:

- Problemas escolares.
- Agresividad.
- Problemas fisiológicos.
- Inseguridad o retraimiento.

- Miedos y angustia
- Conflictos internos con los padres.
- Abuso sexual infantil
- Bajo rendimiento escolar.

Es importante resaltar, que dentro de cada uno de estos factores no tienen por qué desarrollarse en terapia de la misma manera, más adelante veremos métodos de evaluación necesarios para llevar a cabo una buena terapia.

Por otro lado, muchos estudios han contrastado lo importante que son las habilidades socioemocionales en el niño. Éste tipo de desarrollo, en la actualidad es uno de los temas más investigados en ámbito social y en el clínico. (Gotzens, Badia, Genovard y Dezcallar, 2010; López de Dicastillo, Iriarte y González-Torres, 2008; Merrell y Harlecher, 2008; Monjas, 1994).

Por tanto, me parece esencial prevenir/tratar todos los problemas mencionados anteriormente mediante la psicoterapia infantil.

### 2.3. Psicoterapia infantil y Alianza Terapéutica Infantil (ATi)

La psicoterapia infantil hace referencia a dos cuestiones principales: ¿Qué es psicoterapia y qué es necesario para trabajar con niños?

Así, la psicoterapia puede ser definida como “el conjunto de conocimientos, actitudes, valores, habilidades y recursos terapéuticos empleados de manera sistemática e intencional, en el marco de una relación profesional de ayuda psicológica, en el tratamiento de los problemas y trastornos de la personalidad” (Zaldívar, 2013, p.3).

O también “todas aquellas acciones, técnicas y métodos que utiliza el especialista para ejercer una influencia en el sujeto, que le permita establecer un equilibrio psicológico con el entorno, en el cual los mecanismos que ha asumido ese sujeto no le provoquen dis-placer-daño, o violen las normas sociales provocando dificultades en la comunicación con los otros” (García, 2013, p.48).

No obstante, como afirma Roca, M. (1998), la psicoterapia infantil, es completamente distinta a lo que se entiende como psicoterapia ya que existen retos y requiere elementos muy difíciles y específicos para la consecución del éxito terapéutico.

Por ello, podemos considerar a partir de ahora la problemática infantil como una especialidad, de ninguna manera parecida al ámbito adulto / adolescente con abordajes, métodos, instrumentos y características particulares y propias. Dicho de otro modo, podemos afirmar que la ATi es muy diferente y son necesarias muchas condiciones (Cortés y Benavente, 2007)

Entre ellas:

- Conocimiento preciso y comprensión del desarrollo evolutivo.
- Manejo adecuado y actual de las técnicas e instrumentos acordes con la etapa evolutiva infantil.
- Habilidades y “vocación” por el mundo de los niños.
- Valorar y saber tratar con las figuras de apego de éstos: padres..etc.

Por otro lado, cabe destacar el constante cambio de personalidad que se da a medida que los niños van creciendo, y por ello según García (20013) esto supone avisos de una continua desviación del desarrollo buscando cierta estabilidad en un ambiente percibido como hostil.

Existen diferencias significativas a la hora de establecer el constructo de ATi respecto a la terapia con adultos:

- La primera diferencia que todo terapeuta infantil debe tener en cuenta, es la ausencia de motivación con la que el niño acude a terapia, a diferencia del adulto, el niño siente cierto temor y rechazo hacia el terapeuta, ya que no entiende el motivo por el que está ahí, y por ello, es algo que puede ser un impedimento a la hora de establecer la ATi.
- La segunda diferencia tiene relación con los objetivos que se acuerdan en terapia, el adulto es partícipe de ellos y se pone de acuerdo con el terapeuta, en cambio en la terapia infantil, debido a la ausencia de conocimientos y corta

experiencia, no comprende el fin del tratamiento, por lo que a la hora de establecer una buena Alianza Terapéutica infantil, es necesario que el terapeuta encuentre la manera de hacer partícipe al niño de éstos objetivos.

- La tercera diferencia es la ausencia de repertorio verbal por parte del niño, a diferencia del adulto, éste no sabe comunicarse de manera verbal. Por ello, el terapeuta debe conocer la manera en la que los niños expresan sus emociones y sentimientos por medios no verbales.
- La cuarta diferencia, es una de las más importantes. La ATi no sólo depende del niño, sino que, al no ser una persona independiente y al no estar en plenas capacidades de decisión, hay que recurrir a los padres la mayoría de ocasiones, por tanto, en cierto modo, va a depender del adulto, es decir, hay un acceso mediatizado por el adulto.
- Por último, como afirma Slavson (1952) en el niño existe una confusión continua entre fantasía y realidad, por ello, como ya hemos dicho antes, la terapia en niños tiende a menos consistente.

Como hemos podido comprobar, la ATi es un constructo diferenciado y no menos importante que la AT. Para su buen establecimiento, es necesaria la especialización del terapeuta en el ámbito infantil y la adquisición de unos conocimientos específicos.

Se establece de manera muy diferente a la AT y por ello me parece relevante revisar algunas de los procedimientos más adecuados que existen en la actualidad para trabajar con los niños en terapia y conseguir así una buena ATi:

- El juego es una experiencia creadora, una forma de vida básica (Winnicott,1972). Según Bunge, Gomar y Mandil (2009), el juego no es simplemente una manera de hacer que los niños se sientan más cómodos en terapia, sino que por sí mismo es terapéutico. Además, tiene muchos beneficios, entre otros: desarrollo de la capacidad de imaginación, capacidad de imitar y desarrollar la empatía mediante la representación de personajes o roles de la vida cotidiana, ayuda a muchos niños a establecer los límites y las reglas impuestos por la sociedad.
- Otra manera muy efectiva de trabajar con niños en terapia según afirman Rivas, González y Arredondo (2006) son los cuentos, ya que complementan

eficazmente la terapia y ayudan que el niño desarrolle su imaginación, fomenta el vínculo, capta el interés del niño..

- Por último, el trabajo en grupo también es una manera de facilitar la ATi en el niño ya que ayuda el desarrollo social del niño, a controlar su impulsividad y a ser capaz de ir empalizando con sus iguales (Moreno y Cubrero, 1991)

### 3. MEDIDAS DE EVALUACION DE ALIANZA TERAPÉUTICA INFANTIL

Dentro de las medidas de evaluación de la ATi me gustaría resaltar la Escala para Niños YCORS (Barry L. Duncan, Scott D. Miller, Andy Huggins, and Jacqueline A. Sparks , 2005) la cual recoge el feedback del niño sobre la terapia. Se presenta el siguiente párrafo “ *“Escoge una cara que refleje como han ido las cosas para ti, o si quieres también puedes dibujarla abajo”*”.

A continuación se presenta un ejemplo :

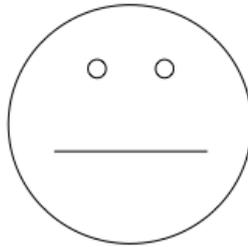
Escala de Resultado para Niños (YCORS)

Nombre _____	Edad (Años): _____
Género: _____	
Sesión # _____	Fecha: _____

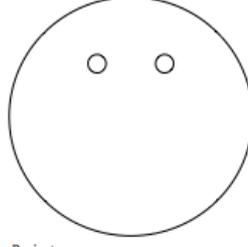
---

Escoge una de las caras que nos diga cómo van las cosas para ti. O si quieres, abajo puedes dibujar una cara que indique mejor cómo te ha ido.









Heart and Soul of Change Project  
<https://heartandsoulofchange.com>

#### **4. PROPUESTA DE UNA ESCALA DE ALIANZA TERAPEUTICA INFANTIL**

Dada la escasez de instrumentos que evalúan la Alianza Terapéutica infantil, he desarrollado una escala que me gustaría poner en práctica.

##### 4.1. Descripción

La propuesta de mejora consiste en una renovación de la principal escala de evaluación de la ATi.

El objetivo principal sería utilizar como método de respuesta una serie de dibujos animados actualizados que representan las respuestas SI/NO y BIEN/MAL.

Con ello, y realizando preguntas parecidas a la Escala YCORS, conseguir una de las escalas que nos proporcionen el mejor feedback posible del niño.

#### **5. CONCLUSIONES**

El objetivo del presente trabajo ha sido resaltar la importancia de la alianza terapéutica en los diferentes procesos psicoterapéuticos. Para ello se han revisado las diferentes corrientes que existen actualmente, con el objetivo de demostrar la importancia de la AT en cada una de ellas.

Se llega a la conclusión de que la AT es importante en cada una de las diferentes corrientes, y se realizan así numerosas investigaciones a cerca de este constructo llegando a la conclusión de que existe una relación muy significativa entre la alianza que se genera entre terapeuta y paciente y el resultado final que se obtiene en la terapia. De esta manera, se podría afirmar que independientemente de las técnicas empleadas en cada corriente o la manera de abordar la psicoterapia, si la alianza terapéutica generada es positiva, el resultado de la terapia será efectiva.

Posteriormente, para poder hacer referencia al ámbito psicoterapéutico infantil considero de gran importancia hablar del papel de la psicología evolutiva. Como ya he comentado anteriormente, la psicología evolutiva puede hacer referencia a las conductas

comportamentales que se dan en las diferentes edades y a las leyes que subyacen este comportamiento evolutivo.

En este aspecto, se ha realizado una revisión de la relación existente que diferencia las etapas evolutivas esperadas que se desarrollan en un niño de 0 a 6 años, así como las principales causas por las que los niños en esa misma franja de edad acuden a terapia.

En este trabajo se comprueba cómo la Alianza Terapéutica Infantil es igual de importante e incluso requiere un mayor grado de especialización por parte del terapeuta, que la Alianza Terapéutica en adultos.

Por último, me gustaría destacar la existencia de numerosas técnicas o formas de trabajar en terapia con niños:

- El juego
- El cuento

Sin embargo, considero relevante la falta de información acerca de los métodos de evaluación de la Alianza Terapéutica infantil, por tanto, ¿No debería ser de igual importancia el uso de diferentes técnicas que métodos de evaluación de la Alianza Terapéutica infantil? .

Por ello, propongo una mejora de la escala YCORS con el objetivo de facilitar el feedback que pueden dar los niños a sus respectivos terapeutas y a la terapia.

## **6. REFERENCIAS**

- Alexander, L.B. y Luborsky, L. (1986). The Penn Helping Alliance Scales. En: L.S. Greenberg y W.M. Pinsof (eds.), *The psychotherapeutic process: A research handbook*. (pp. 325-366). New York: Guilford Press
- Andrade González, N. (2005). La alianza terapéutica. *Clínica y Salud*, 16(1), 9.

- Arnkoff, D. B. (1995). Two examples of strains in the therapeutic alliance in an integrative cognitive therapy. In *Session-Psychotherapy in Practice*, 1(1),33-46
- Asiel, A. y Fernández-Liria A. (2000). Psi- coterapia y fármacos: ¿Por fin juntos? Nue- vos datos sobre la combinación. *Psiquiatría Pública*, 12(3), 285-288.
- Beitman, B.D. y Yue, D. (2004). *Psicote- rapia. Programa de Formación*. Barcelona: Masson.
- Bordin, E. S. (1976). The generalization of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Reseach and Practice*, 16, 252-260.
- Bunge E., Gomar M. y Mandil J. (2009). *Terapia cognitiva con niños y adolescentes. Aportes técnicos*. Buenos Aires: Acadia.
- Carrasco, M.J. (2002). La empatía en la terapia cognitivo conductual. *Revista de Teología y Ciencias Humanas*,60(117), 435-445
- Caro, I. (1993). La identidad de la psico- terapia. En I. Caro (comp.), *Psicoterapia e Investigación de procesos*. (pp.17-39). Valencia: Promolibro.
- Coll, C. (1979) El concepto de desarrollo en Psicología Evolutiva: aspectos epistemológicos. *Infancia y Aprendizaje*.7, 61-73
- Corbella, S. Y Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de Psicología*, 19(2), 205-221.
- Cortés, J. y Benavente, M. (2007). *Manual de pico - diagnóstico y psicoterapia infantil*. Santiago de Chile: CL RIL editores.
- Elliott R , Greenberg, L. Lietaer, G.( 2004). Research on Experiential Psychotherapy. In M.Lambert ( Ed.) *Bergin & Garfield's Handbook of Psychotherapy & Behavior Change*. ( pp 493-539) N.Y. Wiley
- Frank, A.F. y Gunderson, J.G. (1990). The ole of the therapeutic alliance in the treat- ment of schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 47, 228-236.
- Freud, S.(1913). Las dinámicas de la Transferencia. *Obras Completas*. Amorrortu. V. 12

- Gallop, R., Kennedy, S.H. y Stern D. (1994). Therapeutic alliance on an inpatient unit for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 16(4) 405-410.
- García A. (2013a). *Psicoterapia Infantil*. La Habana: Facultad de Psicología (inédito).
- Gelso, C. J. y Carter, J. A. (1985). The Relationship in counseling and psychotherapy: Components, consequences and theoretical antecedents. *The Counseling Psychologist*, 13, 155-244.
- Goldfried, M. R. y Davison, G. C. (1994). *Clinical behavior therapy* (exp. ed.). New York, NY: John Wiley and Sons
- Gotzens, C., Badia, M<sup>a</sup>., Genovard, C. y Dezcallar, T. (2010). Estudio comparativo de la gravedad atribuida a las conductas disruptiva en el aula. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 20, 8(1), 33-58.
- Green, J. (2009). The therapeutic alliance, *Child: care, health and development*, *Journal Compilation*, 35, 3, 298 – 301
- Greenberg, L. S., Rice, L. N., & Elliott, R. K. (1993). *Facilitating emotional change: The moment-by-moment process*. New York, NY, US: Guilford Press.
- Greenberg, L.S. y Webster, M.C. (1982). Resolving decisional conflict by Gestalt two chair dialogue: Relating process to outcome. *Journal of Counseling Psychology*, 29, 468-477.
- Horvath, A.O. (1981). *An exploratory study of the working alliance: Its measurement and relationship to therapy outcome*. U. British Columbia, Vancouver, Canadá.
- Horvath, A.O. (1982). *Working Alliance Inventory (Revised)*. Unpublished manuscript No 82.1 Simon Fraser University, Burnaby, British Columbia, Canadá.
- Horvath, A.O. y Bedi, R.P. (2002). The alliance. En J.C. Norcross (ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapists contributions and responsiveness to patients* (pp. 39-64). New York: Oxford University Press.

- Horvath, A.O. y Greenberg L.S. (1986). The development of the Working Alliance Inventory. En: L.S. Greenberg y W.M. Pinsof (eds.), *The psychotherapeutic process: A research handbook*. (pp. 529-556). New York: Guilford Press.
- Horvath, A.O. y Greenberg L.S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36(2), 223-233
- Horvath, A. O. y Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(4), 561-573
- Horvath, A.O. y Symonds, B.D. (1991). Relation between working alliance and out- come in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38(2) 139-149.
- Klein, M. (1988). *Envidia y gratitud y otros trabajos*. Volumen 3
- Knobel, M. (1964). El desarrollo de la maduración en psicología evolutiva. *Revista de Psicología* 1, (p.73-77)
- LaCrosse, M. B. (1980). Perceived counselor social influence and counseling outcomes: Validity of the counselor Rating Form. *Journal of Counseling Psychology*, 27,320-327
- Lambert, M.J. y Barley, D.E. (2002). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. En J.C. Norcross (ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapists contributions and responsiveness to patients* (pp. 17-31). New York: Oxford University Press.
- López de Dicastillo, N., Iriarte, C. y González Torres, M.C. (2008). *Competencia social y educación cívica. Concepto, evaluación y programas de intervención*. Madrid: Editorial Síntesis, S.A
- López Viña, A. (2005). Actitudes para fomentar el cumplimiento terapéutico en el asma. *Archivos de Bronconeumología*. Vol. 41, no 6, pp. 334 - 340.
- Luborsky, L. (1976). Helping alliances in psychotherapy. En J. L. Cleghorn (Ed.), *Successful psychotherapy* (pp. 92-116). New York: Brunner/Mazel.

- Marmar, C.R., Gaston, L., Thompson, L.W. y Gallagher, D. (1989). Alliance and outcome in late-life depression. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 177, 464- 472
- Merrell, K.W. y Harlecher, J.E. (2008). Behavior rating scales. En R.P. Archer y S.R. Smith (Eds.). *Personality Assessment*. New York: Routledge/Taylor y Francis.
- Monjas, I. (1994). Evaluación de la competencia social y las habilidades sociales en la edad escolar. En M.A. Verdugo (Dir.). *Evaluación curricular. Una guía para la intervención psicopedagógica*. Madrid: Siglo XXI
- Moreno C. y Cubrero R. (1991). Relaciones sociales: familia, escuela compañeros. Años preescolares, en Cruz L. (2006). *Psicología del desarrollo. Selección de lecturas*. La Habana: Félix Varela (354-370).
- Newman, C. F. (1998). The therapeutic alliance in brief psychotherapy (pp. 95-122), Washington: American Psychiatric Association
- Piaget, J. (1070): “Seis estudios de Psicología”. Bacelona: Ed. Seix Barral.
- Pinsof, W.M. y Catherall, D.R. (1986). The integrative psychotherapy alliance: Family, couple and individual therapy scales. *Journal of Marital and Family Therapy*, 12(2), 137-151.
- Rivas R., González S. y Arredondo V. (2006). Antídoto contra monstruos, el uso de historias terapéuticas con niños. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 9, 12-23.
- Roca, M. (1998). *Elementos básicos de Psicoterapia Infantil*. La Habana: Academia.
- Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy*. Cambridge. MA: Riverside Press.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95-103
- Safran, J. D. (1990). Towards a reinement of cognitive therapy in light of interpersonal theory: I. Theory. *Clinical Psychology Review*, 10, 87-105. doi:10.1016/0272-7358(90)90108-M.
- Safran, J. D. (1998). *Widening the scope of cognitive therapy*. New Jersey: Jason Aronson Inc

- Safran, J.D.; Crocker, P.; McMain, S.; Murray, P. (1990). Therapeutic alliance rupture as a therapy event for empirical investigation. *Psychotherapy*, 27, 2, 154-165.
- Safran, J.D.; Muran, J.C. (1996). The resolution of ruptures in the therapeutic alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 3, 447- 458.
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. New York: Guilford Press.
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2006). Has the concept of the alliance outlived its usefulness? *Psychotherapy*, 43, 286-291.
- Safran, J.D, Muran, J.C., & Eubanks-Carter, C. (2011). *Repairing Alliance Ruptures*. *Psychotherapy*, 48(1), 80-87.
- Suh, C.S., Strupp, H.H. y O'Malley, S.S. (1986). The Vanderbilt Process Measures: The Psychotherapy Process Scale (VPPS) and the Negative Indicators Scale (VNIS). En: L.S. Greenberg y W.M. Pinsof (eds.), *The psychotherapeutic process: A research handbook*. (pp. 285-323). New York: Guilford Press.
- Zaldívar, D. (2013). *Práctica psicoterapéutica*. La Habana: Félix Varela.
- Zetzel, E. R. (1956). Current concepts of transference. *International Journal of Psycho-Analysis*, 37, 369-375.
- Winnicott, D. (1972). *Realidad y juego*. Buenos Aires: Gedisa.