



FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

# **EL PAPEL DE LAS DIFERENCIAS CULTURALES Y DE LA COMPETENCIA INTERCULTURAL EN EL ESTABLECIMIENTO DE LA ALIANZA TERAPÉUTICA**

Autor: Patricia Balbás Yusta  
Director: Cristina Ruiz de Arana Marone

Madrid  
Mayo 2015



# **EL PAPEL DE LAS DIFERENCIAS CULTURALES Y DE LA COMPETENCIA INTERCULTURAL EN EL ESTABLECIMIENTO DE LA ALIANZA TERAPÉUTICA**

Patricia  
Balbás  
Yusta

## **Resumen**

El gran aumento de la población inmigrante en los últimos años en España, supone un reto a nivel asistencial para la salud mental. Cada vez acceden con mayor asiduidad a dispositivos especializados, sin embargo, la competencia intercultural de instituciones y profesionales, es aun escasa para responder a sus necesidades.

Ofrecer atención culturalmente competente, en muchos aspectos (institucionales y estructurales), excede del dominio de los profesionales de la salud mental. A su alcance está, el establecimiento de una alianza terapéutica sólida que facilite un tratamiento intercultural de calidad.

El primer objetivo de la presente investigación, es estudiar el impacto de las diferencias culturales entre psicoterapeutas y pacientes, en el establecimiento de la alianza terapéutica. El segundo objetivo, es indagar acerca del posible papel amortiguador de la competencia intercultural de los psicoterapeutas en dicho impacto.

Para llevarlos a cabo, contamos con la colaboración de 22 pacientes (12 españoles y 10 inmigrantes) y de 13 psicoterapeutas.

Medimos la alianza terapéutica, con el cuestionario SOATIF-s (Friedlander, Escudero y Heatherington, 2009) en su versión para pacientes, y la competencia intercultural de los psicoterapeutas, con un cuestionario construido ad hoc para la presente investigación.

Los resultados, no mostraron relación entre alianza terapéutica y diferencias culturales. Tampoco entre competencia intercultural y alianza terapéutica. Aun así, consideramos pertinente, debido a las limitaciones metodológicas de la investigación, continuar investigando en esta línea y potenciar la formación en materia intercultural de los psicoterapeutas.

Palabras clave: diferencias culturales, alianza terapéutica, competencia intercultural.

## **Abstract**

The large increase in the immigrant population in recent years in Spain, is a challenge to care for mental health level. Increasingly more frequently they access to specialized devices, however, intercultural competence of institutions and professionals, is still insufficient to meet their needs.

Provide culturally competent care in many aspects (institutional and structural), exceeds the domain of mental health professionals. The establishment of a solid therapeutic alliance to reach intercultural quality treatment its in their scope.

The first objective of this research, is to study the impact of cultural differences between psychotherapists and patients in establishing the therapeutic alliance. The second objective, is to investigate the potential buffer role of intercultural competence of psychotherapists in that impact.

To carry them out, we have the cooperation of 22 patients (12 Spanish and 10 immigrants) and 13 psychotherapists.

We measure the therapeutic alliance with the questionnaire SOATIF-s (Friedlander, Escudero and Heatherington, 2009) in its version for patients, and intercultural competence of psychotherapists with a built ad hoc questionnaire made for this research

The results showed no relationship between therapeutic alliance and cultural differences. Nor between intercultural competence and therapeutic alliance. Still, we consider relevant, due to the methodological limitations of the research, to continue this way and increase training in intercultural matter of psychotherapists.

Key words: cultural differences, therapeutic alliance, intercultural competence.

Migración, es un proceso mediante el cual las personas se trasladan geográficamente. Este traslado, suele ser a un lugar lo suficientemente distinto y distante del de origen. La estancia en el nuevo destino, ha de ser lo bastante prolongada como para que implique desarrollar en él la vida cotidiana. Además, este proceso requiere de un importante ajuste psicosocial de la persona que emigra (Grinberg y Grinberg, 1984).

Las migraciones, son tan antiguas como la especie humana. Son un proceso continuo, permanente e inacabado. Este proceso, se ha sucedido conformando pueblos, etnias y culturas que componen nuestro mundo actual. Así, la especie humana, se ha expandido desde sus orígenes africanos, hasta adaptarse a todos los ecosistemas del planeta que han permitido su subsistencia (Lacomba, 2009).

Cuando hablamos de inmigrante, nos referimos a toda persona extranjera que entra en el territorio nacional, con el propósito de dejar atrás una situación ocasionada por causas políticas, religiosas, étnicas o económicas y mejorar así, su calidad de vida (Colegio Oficial de Psicólogos [COP] 1994, como se citó en Corral, Salaberría y Sánchez, 2009).

Aunque los fenómenos migratorios han existido a lo largo de toda la historia de la humanidad, en la actualidad, las cifras superan a las de cualquier otro periodo histórico. En el año 2006, Naciones Unidas estima que una de cada treinta y cinco personas reside en un país diferente al de su origen. En este año, se cifra en 190.000.000 el cómputo internacional de inmigrantes (Fondo de Población de Naciones Unidas, 2006, como se citó en Pérez, 2011).

Los factores que desencadenan los movimientos migratorios actuales, son de carácter económico, laboral, político y ecológico (Arango, 2002, como se citó en Pérez, 2011). Una gran peculiaridad de estos movimientos respecto a los del pasado, son las grandes diferencias existentes entre los países de origen y los receptores. Una de las diferencias más destacables es la cultural. Esto, supone un movimiento contrario a la tendencia histórica de migrar a países o áreas culturales similares (Pérez, 2011).

A lo largo del siglo XX, ha habido tres importantes periodos migratorios coincidentes con las dos guerras mundiales, la caída de los regímenes comunistas y la guerra de los Balcanes (Sendra-Gutiérrez, de Francisco Beltrán, Iribarren, y Vargas Aragón, 2012). En este tiempo, España ha vivido la transición de una sociedad emigrante a una inmigrante. Desde finales del siglo XIX y a lo largo del siglo XX, muchos españoles emigraron a otros países. Estos movimientos, se producían por la situación económica y política por la que atravesaba el país. Sin embargo, desde los años 80 del siglo XX, el patrón migratorio se invierte y la inmigración comienza a crecer de manera exponencial (Lacomba, 2009).

Mientras que en el año 1998, el número total de inmigrantes ascendía a 637.085 (1,6% de la población total), en el año 2013, había aumentado hasta llegar al total de 5.546.238 (11,77% de la población total) A esta cifra, hay que añadir un número importante de personas que no figuran en los registros de empadronamiento (Instituto Nacional de Estadística [INE], 2013).

Bien es verdad, que desde el comienzo de la crisis económica en el año 2008, el flujo se ha ralentizado. Aun así, sólo es en 2013 cuando la cifra de población inmigrante desciende levemente (Moreno y Figueiredo, 2013).

El crecimiento de la inmigración en las últimas décadas, es un factor de impacto social, económico, cultural y sanitario. Este impacto, plantea gran cantidad de desafíos. Entre ellos, en salud mental (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011).

Una de las principales preocupaciones de los profesionales, ha sido estudiar la relación existente entre migración y desarrollo posterior de psicopatología (Collazos, Qureshi, Antolín y Tomás-Sábado, 2008). En la actualidad y tras mucha controversia, se admite que la inmigración por sí

misma no produce patología psiquiátrica. Sin embargo, es indudable que todo proceso migratorio lleva implícito cierto estrés “aculturaltivo”. Éste, no es fruto ni de la distancia geográfica, ni de la distancia cultural, ni del contacto cultural en sí. Es fruto de la experiencia estresante derivada de este contacto (Sendra-Gutiérrez et al., 2012).

No podemos olvidar, que quien emigra experimenta un duelo por la pérdida de elementos significativos que configuraban su anterior vida (familia, identidad, estatus, idioma, cultura, etc.). Además, a esta situación compleja, ha de añadirse la dificultad que supone adaptarse a un nuevo país, a un nuevo ambiente sociocultural (Hovey y Magaña, 2000; Mena, Padilla y Maldonado, 1987 y Sandhu y Asrabadi, 1994, como se citaron en Collazos, Qureshi, Antolín y Tomás-Sábado, 2008).

Achotegui (2004), habla de un empeoramiento de los estresores asociados a las migraciones actuales. Afirma que, mientras antes se emigraba en condiciones difíciles, ahora se hace en condiciones extremas. La separación forzada de los seres queridos, el sentimiento de desesperanza por el fracaso del proyecto migratorio, la ausencia de oportunidades, la lucha por la supervivencia y el miedo o la indefensión por carecer de derechos, son los principales estresores que destaca. Estos estresores, se ven agravados por las características de las migraciones de hoy: ruptura familiar, exclusión social y criminalización del inmigrante. Cuando estos estresores, superan la capacidad de adaptación de las personas, se convierten en firmes candidatas a padecer un síndrome que denomina “síndrome de estrés crónico y múltiple” o “síndrome de Ulises”. Este síndrome, cursa con sintomatología ansioso-depresiva junto con somatizaciones y alteraciones de la conciencia.

Campayo y Carrillo en el año 2002, esgrimieron algunos factores que condicionan el proceso de adaptación de quien emigra. La semejanza entre la cultura de origen y la de destino, es uno de ellos. Esta semejanza, facilita la adaptación al minimizar el choque cultural. En el caso de España, el choque cultural será menor para inmigrantes de culturas occidentales y latinoamericanas y mayor, para inmigrantes asiáticos y africanos.

La receptividad de la cultura anfitriona, la personalidad y la edad de quien emigra son el resto de los factores que, según Campayo y Carrillo, condicionan el hecho migratorio.

El incremento de población inmigrante del que venimos hablando, unido al acontecimiento vital estresante que puede suponer una migración, hizo que se planteara la posibilidad de sobredemandas asistenciales y desajustes económicos. Sin embargo, los datos señalan una marcada infrautilización de los servicios de salud mental por parte de esta población (Sendra-Gutiérrez et al., 2012).

Un estudio llevado a cabo en un centro de salud mental de Segovia, compara la demanda de asistencia entre los años 2001 y 2008. Este estudio, concluye que aunque se aprecia un incremento de la población inmigrante en consulta, este incremento no se corresponde con el esperado si tenemos en cuenta el aumento de la población inmigrante entre los años en los que se lleva a cabo el estudio (Sendra-Gutiérrez et al., 2012). A la luz de estos resultados, González-Juárez (2004), señala las diferencias culturales como una de las principales dificultades para el acceso a los dispositivos de salud mental (Jáñez, Ben- Bouchta, del Olmo, 2013).

Esta situación, no se da de manera aislada en nuestro país. En otros países como Estados Unidos, encontramos publicaciones que denuncian la diferencia entre nativos e inmigrantes a la hora de acceder a los servicios de salud en general y más concretamente de salud mental (Candib y Ferguson, 2002; Qureshi y Collazos, 2006 y Sue, Zane, Nagayama Hall y Bergem, 2009).

El Ministerio de Política Social e Igualdad en el año 2011, responde ante las barreras en el acceso al sistema sanitario, tratando de incorporar la competencia intercultural a los criterios de calidad de los dispositivos asistenciales. Su propósito: caminar hacia la equidad en la salud.

En este intento, publica un instrumento para valorar la competencia intercultural en la atención en salud mental. En él, cuestiona dicha competencia en instituciones y profesionales sanitarios españoles, en relación a los estándares de países con larga tradición en la recepción de inmigrantes.

El modelo que planteamos en esta investigación, elaborado por la Asociación de Neuropsiquiatría a petición del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad en el año 2011, sustituye el término competencia cultural por el de competencia intercultural. Este matiz, tiene como objetivo subrayar dos principios fundamentales: el primero, es que no existen individuos aculturales. Por tanto, los profesionales, no son una excepción a esta regla. El segundo, se refiere a la habilidad requerida en encuentros terapéuticos. Esta, es la capacidad del profesional de acercarse con curiosidad y respeto a universos de significados diversos.

Este modelo, al igual que la mayoría de modelos de competencia cultural, no requiere de un conocimiento, por otro lado imposible, de todas las culturas. Requiere de conocimientos, habilidades y de un marco actitudinal y ético apropiado (Melero, 2010).

Con la adquisición de conocimientos, nos referimos a la interiorización de como la inmigración, la cultura, la etnia, etc. juegan un papel determinante en la existencia humana (Melero, 2010).

Los trastornos mentales, pueden ser fenomenológicamente universales, pero su expresión clínica está primariamente determinada por factores culturales (Martínez y Martínez, 2006). La cultura, puede estar involucrada en la etiología, en la percepción e identificación del malestar, en el curso, en el pronóstico y en el tratamiento. Por eso, los profesionales han de concienciarse acerca de las múltiples formas en que la cultura, la pertenencia a un grupo étnico, o la condición de inmigrante, pueden impactar en el desarrollo psicosocial, en la psicopatología y en la interacción entre paciente y terapeuta (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011). La noción de conocimiento cultural, es delicada y ha de estar gobernada por la autoconciencia. Debemos saber que lo que creemos ver, ha pasado previamente por nuestro propio filtro cultural. Filtro subjetivo, elaborado a partir de nuestra propia experiencia cultural (Melero, 2010).

Las habilidades, hacen referencia a la manera de plasmar, en la práctica clínica, los conocimientos adquiridos. Dos son los elementos fundamentales: por una parte, el trabajo personal. Explorar el autoconcepto, la identidad cultural y los prejuicios. Por otra parte, la habilidad para trabajar en psicoterapia teniendo en cuenta al otro, en este caso, culturalmente diferente (Melero, 2010).

Las actitudes, probablemente suponen el mayor reto para todo profesional de la interculturalidad. La APA (American Psychological Association) en el año 2003, hace hincapié en que los psicólogos, como seres culturales, pueden tener actitudes y creencias que les perjudiquen en su percepción o interacción con individuos étnica y racialmente diferentes. Así, pone énfasis en la actitud hacia la diferencia y hacia la voluntad de implicación en los aspectos personales e interpersonales de esta diferencia (Melero, 2010; Qureshi y Collazos, 2006). Por tanto, conllevan el compromiso de implicación con uno mismo, primando la autoexploración y la consciencia acerca de nuestra identidad cultural, nuestro autoconcepto y nuestros prejuicios. Enfrentarse a estos aspectos, puede resultar amenazante y requiere de gran valentía (Melero, 2010).

Como profesionales, tenemos que tener en cuenta la variabilidad cultural de los encuentros interculturales, sin obviar la riqueza de la variabilidad individual. Así, el conocimiento intercultural, no debe ser excesivamente aplicado, de manera que caigamos en estereotipos y reduzcamos las diferencias individuales a la mínima expresión (Qureshi y Collazos, 2006).

Tenemos que contemplar también, que el dominio total de las competencias interculturales, es realmente complicado, por no decir imposible. Marie Tervalon (1998), introduce el término humildad cultural, para recordar a los profesionales que su competencia tiene límites y para

animarlos a continuar cuestionándose y supervisándose (Qureshi y Collazos, 2006 y Qureshi, Collazos, Ramos y Casas, 2008).

La investigación relacionada con la competencia intercultural, está aún dando sus primeros pasos. Sin embargo, cada vez hay más evidencia de su influencia en aspectos claves del tratamiento (Qureshi, Collazos, Ramos y Casas, 2008; Griner y Smith, 2006, como se citó en Sue, Nolan, Nagayama Hall y Berger, 2009), como la satisfacción del paciente, el logro de metas terapéuticas (Cole, Piercy, Wolfe y West, 2014) y la disminución de abandonos del tratamiento (Miranda, Duan, Sherbourne, Schoenbaum, Lagomasino, 2003, como se citó en Sue, Nolan, Nagayama Hall y Berger, 2009). Además, parece contribuir también al desarrollo de una fuerte alianza terapéutica intercultural (Qureshi y Collazos, 2006). Por otra parte, Constantine y Fuertes (2002) y Brobst (2002), relacionan la insensibilidad cultural del psicoterapeuta, con una experiencia terapéutica negativa y con una alianza terapéutica desfavorable (Chang y Berk, 2009).

A pesar de que la atención culturalmente competente, requiere de muchas adaptaciones que están fuera del alcance de los profesionales, la alianza terapéutica (factor clave de la relación terapéutica y por tanto, de la psicoterapia), es abordable en la intimidad de un encuentro terapéutico y puede facilitar un tratamiento intercultural de calidad (Qureshi y Collazos, 2011).

La psicoterapia no se podría concebir sin el establecimiento de una relación entre paciente y terapeuta (Corbella y Botella, 2004). Esta relación, es considerada elemento esencial en todo proceso terapéutico (Aznar-Martínez, Pérez-Testor, Davins-Pujols, Aramburu, Salamero, 2014 y Martin, Garske y Davis, 2000) por ser única en la vida de una persona, más sincera, genuina e implicada que otras incluso en el ámbito de la amistad, de la familia y de la intimidad (Pérez, 2013). Tal es la importancia de esta relación, que parece ser el único punto en el que todas las corrientes de psicoterapia están de acuerdo (Aznar-Marínez et al., 2014 y Pérez, 2013).

Sigmund Freud (1913) en su obra “Sobre la iniciación del tratamiento”, ya se refirió a la importancia de mantener una relación entre paciente y analista que permitiera un apego positivo entre ambos. La primera meta de todo análisis y el primer propósito de todo analista, habrían de ser el logro de esta relación de allegamiento (Arredondo y Salinas, 2005 y Ojeda, 2010).

En el año 1912, en “Las dinámicas de la transferencia”, Freud, incorpora la idea de una relación entre paciente y analista no reprimida (matiz que la diferencia de la transferencia). Esta relación, está constituida por los sentimientos amistosos que el paciente experimenta hacia el analista. A este componente, susceptible de la conciencia, lo llamó “transferencia no chocante” y lo

describió como “vehículo del éxito” (Escudero, 2009; Ojeda, 2010 y Safran y Muran, 2000). Esta aportación, constituye el origen de lo que posteriormente será la “alianza terapéutica” (Ojeda, 2010).

El concepto parte del marco psicoanalítico. Su posterior desarrollo, trae consigo algunos cuestionamientos. Entre ellos, a la visión psicoanalítica tradicional de transferencia (Zetzel, 1956, como se citó en Corbella y Botella 2003 y 2004) y a la neutralidad y abstinencia del terapeuta (Ferinczi, 1932, como se citó en Escudero, 2009; Mitchell, 1997, como se citó en Corbella y Botella, 2003 y 2004 y Safran y Muran, 2000). Estos cuestionamientos, permitieron el avance hacia las concepciones más recientes de alianza (Corbella y Botella, 2003; Escudero, 2009 y Safran y Muran, 2000).

Strupp en el año 1973, fundamenta que la alianza terapéutica no sólo es decisiva en el contexto psicoanalítico, sino que lo es en todos los enfoques terapéuticos (Escudero, 2009). Gracias a esta aportación y a la reformulación transteórica del constructo llevada a cabo por Luborsky y Bordin en el año 1979 (Safran y Muran, 2000; Santibáñez, 2003), la alianza terapéutica se desarrolla e incorpora, a lo largo del siglo XX, a la mayoría de escuelas psicoterapéuticas (Corbella y Botella, 2003 y 2004).

Para Bordin (1979), la alianza es una relación consciente que implica acuerdos y colaboración entre paciente y terapeuta. Con esta definición, deja clara la brecha entre alianza y neurosis de transferencia, alejándose de las concepciones psicoanalíticas más ortodoxas (Corbella y Botella, 2003 y Santibáñez, 2003). Sugirió que una buena alianza, es el prerrequisito para el cambio en todas las formas de psicoterapia (Safran y Muran, 2000 y Hovarth y Symonds, 1991, como se citó en Elvins y Green, 2008) y la descompuso en tres factores independientes: tareas, objetivos y vínculo. La fuerza de la alianza, dependerá por tanto del acuerdo en objetivos y tareas y de la calidad del vínculo (Altimir, 2010, Arreondo y Salinas, 2005; Corbella y Botella, 2003; Escudero, 2009 y Ojeda, 2010).

Las tareas de la terapia, son las actividades adecuadas para conseguir los objetivos propuestos. En una buena alianza entre paciente y terapeuta, ambos perciben estas tareas como relevantes y eficaces. Además, deben comprometerse a desempeñarlas. Los objetivos, son las metas generales hacia las que se dirige el tratamiento. Si la alianza es sólida, terapeuta y paciente respaldan y valoran dichos objetivos. El vínculo, es la calidad afectiva de la relación entre paciente y terapeuta. Se refiere a la compleja red de conexiones entre ambos que incluyen confianza y aceptación. Los tres componentes, influyen entre sí continuamente (Elvins y Green, 2008; Escudero, 2009 y Safran y Muran, 2000).

A pesar del impacto que puede tener la alianza en el tratamiento psicoterapéutico, Bordin (1980) afirmó que una alianza positiva no es curativa por sí misma, sino que es un ingrediente que hace posible la aceptación y el seguimiento del trabajo terapéutico (como se citó en Horvath y Luborsky, 1993).

Friedlander, Escudero y Heatherington (2009), proponen un modelo de alianza terapéutica basado en el modelo de Bordin, ampliándolo desde una óptica sistémica. Mantienen las tres dimensiones en las que Bordin sustenta la alianza (acuerdo en tareas, objetivos y vínculo terapéutico), denominándolas “enganche en el proceso terapéutico” y “conexión emocional con el terapeuta”. Además, añaden “seguridad dentro del sistema” y “sentido de compartir el propósito dentro de la familia”.

La investigación en torno a este concepto, ha sido prolífera. Muchos estudios, han tratado de correlacionar la calidad de la alianza con los resultados del tratamiento. Los datos apuntan a que la alianza, resulta ser un buen predictor de los resultados obtenidos en diferentes modalidades terapéuticas (Horvath y Luborsky, 1993; Horvath y Symond, 1991, como se citó en Escudero, 2009; Martin, Grasko y Davis, 2000; Norcross, 2011, como se citó en Pérez, 2013; Safran y Muran, 2000; Shirk y Karver, 2003 y Taber, Leibert y Agaskar, 2011). Es decir, que ningún enfoque concreto obtiene mejores resultados en el tratamiento frente al resto (Norcross, 2011, como se citó en Pérez, 2013).

Estos resultados, han dirigido la atención de la comunidad científica hacia los denominados factores comunes o inespecíficos. Estos factores son aspectos del paciente, del terapeuta y de la relación entre ambos, presentes en cualquier proceso psicoterapéutico independientemente del marco teórico en que se desarrolle (Carrasco y Liria, 1992; Omer, 1989, citados en Santibáñez, 2003).

Lambert (1992) y Lambert y Barley (2002), establecen en un 15% la proporción de mejoría del paciente explicada por las técnicas empleadas y en un 30% la proporción explicada por el factor común “alianza terapéutica” (Corbella y Botella, 2003; Kerver, Handelsman, Fields y Bickman, 2005) Por este motivo, la alianza terapéutica es de todos los factores comunes, el que ha despertado más interés en la investigación y el que ha recibido más apoyo empírico como variable predictiva del resultado terapéutico (Altimir, 2009; Bermúdez y Navia, 2013; Corbella y Botella, 2003, 2004 y 2011 y Pérez, 2013).

Algunas publicaciones, cuestionan la relación entre alianza y resultados del proceso terapéutico, planteando la posibilidad de que la alianza se encuentre contaminada por los resultados del

mismo (DeRubeis y Feelye, 1990; Feeley, Derubeis y Gelf, 1999, como se citaron en Escudero, 2011). Esto implica que si la terapia resulta útil, la percepción de la alianza será positiva mientras que si no, será negativa.

El planteamiento anterior, conduce a la idea de que el momento óptimo de medición de la alianza (momento en que mejor se predican resultados del tratamiento), son las primeras sesiones de la psicoterapia. En momentos tan tempranos del proceso, los autores asumen que no se producen resultados notorios que la puedan contaminar (Friedlander, Escudero y Heatherington, 2009 y Martin, Graske y Davis, 2000).

Esta hipótesis, es refutada por una idea de alianza como cualidad intrínseca de la relación. Cualidad que contribuye al éxito de la terapia por encima de las ganancias terapéuticas alcanzadas en el momento (Gaston, Marmar, Thompson y Gallagher, 1991; Lambert y Bergin, 1994; Weerasekera et al., 2001, como se citaron en Corbella y Botella, 2011). Roth y Fonagy (2005), plantean que la alianza no se modula en función de las mejoras sintomáticas, si no al revés. La mejoría temprana de la sintomatología, puede deberse a la percepción positiva que el paciente tiene de la terapia y de su terapeuta (Arratia, 2007).

La medición de la alianza, también ha sido objeto de controversia. Para Hovarth y Symond (1991), puede ser medida por pacientes, terapeutas y observadores externos, siendo la medida del paciente la más fiable (Friedlander, Escudero y Heatherington, 2009). Esta afirmación, coincide con numerosas publicaciones que concluyen que la percepción de la alianza del paciente, predice mejor el resultado de la psicoterapia (Friedlander, Escudero y Heatherington, 2009 y Johansson y Eklund, 2003, como se citó en Elvins y Green, 2008). Sin embargo, en otras investigaciones, no se ha hallado tal relación (Corbella y Botella, 2004).

Toda relación terapéutica, es producto del encuentro entre paciente y terapeuta. Ambos, tienen una manera única de pensar, sentir y comportarse. Por tanto su subjetividad, influye en el proceso terapéutico e irremediamente en la alianza (Hovarth y Luborsky, 1991 y Taber, Leibert y Agaskar, 2011).

VARIABLES vinculadas al terapeuta como formación, experiencia, habilidad autopercebida, etc. fueron estudiadas por Hersoug, Hoglend, Monsen y Havik en el año 2001. Ninguna de ellas se relacionó positivamente con el establecimiento de la alianza terapéutica percibida por los pacientes (Arratia, 2007). Otros aspectos como el bienestar emocional, los valores, las creencias, las representaciones internas de relaciones pasadas, el estilo personal, el locus de

control, la orientación teórica y algunas variables sociodemográficas como edad, sexo y cultura, han recibido también cierta atención (Hersoug et al., 2001 y Corbella y Botella, 2004).

Tras realizar una revisión exhaustiva de las investigaciones sobre variables del terapeuta, Corbella y Botella (2004) concluyen que los resultados han de tomarse con cautela. Argumentan que hay multitud de variables influyentes en el proceso terapéutico difíciles de controlar. Por tanto, desechan la idea de que exista un terapeuta eficaz para todos los pacientes y apuestan por la existencia de múltiples combinaciones de eficacia y eficiencia relativas.

Corbella y Botella (2004), llevan a cabo un análisis, pormenorizado también, de las variables del paciente que se encuentran implicadas en el establecimiento de la alianza terapéutica. Algunos de los aspectos del paciente más estudiados, han sido los sociodemográficos. Edad, género, nivel socioeconómico y cultura han sido objeto de múltiples estudios sin obtener resultados consistentes.

La cultura del paciente, de manera aislada, no parece tener efectos significativos en el proceso terapéutico. Sin embargo, cobra importancia si nos centramos en factores contextuales que interactúan con ella. Factores como la pertenencia a un grupo étnico minoritario, la inmigración y la cultura de su terapeuta (Calhoun y Atkeson, 1991 y Sue, Sue, Fujino, Takeuchi y Zane, 1991, como se citaron en Corbella y Botella, 2004).

Hovart en el año 1991, lleva a cabo una revisión de once estudios sobre el impacto de variables del paciente en el establecimiento de la alianza terapéutica. Agrupa las variables en tres bloques: habilidades interpersonales, dinámicas intrapersonales y diagnóstico y severidad de los síntomas. Entre las habilidades interpersonales, Hovart incluye calidad de las relaciones sociales, de las relaciones familiares y estresores de la vida diaria. Entre las intrapersonales, habla de motivación, expectativas y actitudes hacia la terapia, estado psicológico y calidad de las relaciones de objeto pasadas. Los hallazgos de esta revisión, apuntan a que tanto las habilidades interpersonales como las intrapersonales, influyen en el establecimiento de la alianza terapéutica. Para la tercera variable, diagnóstico y severidad de los síntomas, no encontró resultados concluyentes (Hovarth y Luborsky, 1994 y Corbella y Botella, 2004).

La similitud entre variables de paciente y terapeuta, ha recibido cierta atención. Al-Darmaki y Kivlighan (1993), Gelso y Carter (1985) y Lupini (2001), mostraron la existencia de una relación positiva entre similitud y establecimiento de alianza terapéutica (Corbella y Botella, 2003). Otras investigaciones, apuntan a que el éxito no estaría tan vinculado a un engranaje

perfecto entre terapeuta y paciente, sino más bien a la complementariedad entre ambos (Horvath y Luborsky, 1993 y Altimir, 2010).

Similitudes y diferencias culturales de paciente y terapeuta, pueden influir en aspectos fundamentales del proceso terapéutico como la alianza terapéutica (Altimir, 2010; Bermúdez y Navia, 2013; Carter, 2006, como se citó en Vasquez, 2007; Ferguson y Candib, 2002; Guregard y Seikkula, 2014; Kung, 2001 y Shonfeld, 2001), el curso y el pronóstico (Jáñez, Ben-Bouchta, y del Olmo, 2013).

El emparejamiento cultural de pacientes y terapeutas, ha sido promovido por algunos autores para proporcionar una atención intercultural competente (Campbell y Alexander, 2002; Sue et al., 1991, como se citaron en Wintersteen, 2005 y Chao, Steffen, Heiby, 2011) con resultados contradictorios.

Algunos estudios, han puesto de manifiesto como este emparejamiento, ha reforzado la alianza terapéutica (Chao et al., 2011, Ricker, Nystul y Waldo, 1999; Thompson y Alexander, 2000; Shin, Chow, Camacho-Gonsalves, Levy, Allen y Leff, 2005, como se citaron en Ruglas, Hien, Hu, Campbell, Caldeira, Miele y Chang, 2013). Otros, no han obtenido tales resultados (Erdor, 2003, como se citó en Ruglas et al., 2013; Maramba y Nagayama Hall, 2002, como se citó en Chao et al., 2011 y Wintersteen, 2005), por lo que postulan que la calidad de la relación y la conexión entre ambos, reemplaza rápidamente las diferencias culturales.

Horst, Mendez, Culver-Turner, Amanor-Boadu, Minner, Cook, Stith y McCollum (2012) y Wintersteen (2005) concluyen, en dos estudios distintos sobre emparejamiento cultural, que los terapeutas le dan más importancia a este emparejamiento que los pacientes. En el estudio de Winterstenn, los terapeutas emparejados culturalmente, percibieron la alianza terapéutica de manera más positiva que sus pacientes. En el de Horst et al., los terapeutas no emparejados culturalmente, tenían una percepción más negativa acerca de la eficacia del tratamiento que los pacientes.

Recapitulando lo planteado hasta el momento, varios motivos nos alientan a llevar a cabo esta investigación:

- Según los datos publicados por el Instituto Nacional de Estadística en el año 2013, la población inmigrante en España, ha aumentado entre el año 1998 y el 2013 de 637.085 (1,6% de la población) a 5.546.238 (11,77% de la población).

- El crecimiento de la inmigración en las últimas décadas, es un factor de impacto para la asistencia en salud mental (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011). Hace que los recursos sanitarios sean utilizados, cada vez más, por pacientes culturalmente diferentes. Sin embargo, este incremento, en proporción con el aumento del saldo migratorio, no se corresponde con el esperado (Sendra-Gutiérrez et al., 2012). Una de las dificultades señaladas para el acceso a dispositivos de salud mental de pacientes inmigrantes, ha sido las diferencias culturales (González-Juárez, 2004, como se citó en Jáñez, Ben- Bouchta y del Olmo, 2013).
- En respuesta a esta situación, el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad en el año 2011, propone la dotación de competencia intercultural a instituciones y profesionales de la salud mental.
- La competencia intercultural de las instituciones y profesionales sanitarios españoles, pese a relacionarse con factores claves del tratamiento (Qureshi, Collazos, Ramos y Casas, 2008), es aún escasa para responder a las necesidades actuales del país (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011).
- Profesionales especializados, consideran esencial el establecimiento de una buena alianza terapéutica en el trabajo intercultural. Sin embargo, es un campo que ha recibido poco interés en la literatura científica española (Qureshi y Collazos, 2011).

Por tanto, los objetivos de la presente investigación son los siguientes:

- Estudiar si las diferencias culturales entre pacientes españoles e inmigrantes, influyen en el establecimiento de la alianza terapéutica.

Hipótesis: Las diferencias culturales entre pacientes españoles e inmigrantes, influyen en el establecimiento de la alianza terapéutica.

La media de las puntuaciones en alianza terapéutica de los pacientes españoles en terapia con un terapeuta español, será superior a la media de las puntuaciones en alianza terapéutica de los pacientes inmigrantes en terapia con terapeuta español.

- Estudiar si existe relación entre la competencia intercultural de los terapeutas españoles y el establecimiento de la alianza terapéutica con sus pacientes inmigrantes.

Hipótesis: La competencia intercultural de los terapeutas, se relaciona con el establecimiento de la alianza terapéutica con sus pacientes inmigrantes, amortiguando su impacto.

Las puntuaciones en alianza terapéutica de los pacientes inmigrantes, será más alta si sus terapeutas puntúan alto en competencia intercultural que si puntúan bajo.

## **METODO**

### **Participantes**

La muestra de la presente investigación, se compuso de 22 pacientes (inmersos, en el momento de realización del estudio, en un proceso terapéutico) y 13 psicoterapeutas.

De los 22 pacientes, 12 fueron españoles (54,5%) y 10 inmigrantes (45,5%).

De los 12 pacientes españoles, 10 fueron mujeres (83,33%) y 2 hombres (16,67%). Sus edades oscilaron entre 15 y 67 años, siendo la media 37,75 y la desviación típica 17,67.

El número de sesiones que los pacientes españoles llevaban inmersos en su proceso terapéutico, osciló entre 4 y 38, siendo su media 20,25 y su desviación típica 13. Sus expectativas respecto al mismo, evaluadas a través de una escala tipo Likert (1 = nada; 2 = poco; 3 = algo, 4 = bastante, 5 = mucho), oscilaron entre 4 y 5, obteniendo una puntuación media de 4,50 y una desviación típica de 0,51.

De los 10 pacientes inmigrantes, 7 fueron mujeres (70%) y 3 hombres (30%). Sus edades oscilaron entre 19 y 49, siendo la media 32,90 y la desviación típica 8,74.

El número de sesiones que los pacientes inmigrantes llevaban inmersos en su proceso terapéutico, osciló entre 4 y 48, siendo su media 14,88 y su desviación típica 14,89. Sus expectativas respecto al mismo, evaluadas a través de una escala tipo Likert (1 = nada; 2 = poco; 3 = algo, 4 = bastante, 5 = mucho), oscilaron entre 4 y 5, obteniendo una puntuación media de 4,50 y una desviación típica de 0,52.

De los 10 pacientes inmigrantes, 9 (90%) procedían de América Latina (2 de Venezuela, 2 de la República Dominicana, 1 de Panamá, 1 de Perú, 1 de El Salvador, 1 de Argentina, 1 de

Colombia) y 1 paciente (10%) procedía de un país Europeo (Hungría). Se recogió información sobre el tiempo en años que llevan residiendo en España. Esta variable osciló entre 1,5 y 13 años con una media de 5,68 y una desviación típica de 4,36.

Los 13 psicoterapeutas fueron españoles. 10 de ellos mujeres y 3 hombres. Su edad osciló entre 27 y 59 años, con una media de 39 y una desviación típica de 11,75.

## **Instrumentos**

### *Cuestionario sociodemográfico para pacientes*

Cuestionario construido ad hoc para la presente investigación.

Recoge información sobre el sexo, la edad y las expectativas que tuvieran los participantes respecto a su proceso terapéutico.

En caso de que los participantes fueran inmigrantes, se recogía el país de procedencia y el tiempo que llevaban viviendo en España.

### *Cuestionario sociodemográfico para psicoterapeutas*

Cuestionario construido ad hoc para la presente investigación.

Recoge información sobre el sexo y la edad del terapeuta.

Además, los psicoterapeutas anotaron el número de la sesión en que se efectuó la medición de la alianza terapéutica.

*Cuestionario de Alianza Terapéutica SOATIF-s* (Friedlander, Escudero y Heatherington, 2006,2009).

El proyecto SOATIF-SOFTA, nació de la colaboración entre investigadores españoles y norteamericanos. Como resultado de esta colaboración, se elaboraron simultáneamente instrumentos para medir la alianza terapéutica en español (SOATIF) y en inglés (SOFTA) (Escudero, 2009).

Los estudios de validación llevados a cabo tanto en Estados Unidos como en España, mostraron una elevada congruencia. A partir de estos procesos de validación, podemos describir los instrumentos como: apropiados biculturalmente, transteóricos, observables, interpersonales y multidimensionales (Friedlander, Escudero y Heatherington, 2009).

El SOATIF (Sistema de observación de la alianza terapéutica en intervención familiar), es un modelo de evaluación de alianza terapéutica que consta de instrumentos observacionales (SOATIF-o) y de autoinforme (SOATIF-s). Lo constituyen cuatro dimensiones. Dos de ellas (enganche en el proceso y conexión emocional con el terapeuta), estrechamente relacionadas con la conceptualización de alianza terapéutica que planteó Bordin en el año 1979 (vínculo emocional y acuerdo en objetivos y tareas). Las otras dos dimensiones son: seguridad dentro del contexto terapéutico y sentido de compartir el propósito dentro de la familia. Esta última, íntimamente ligada a la terapia sistémica (Escudero, 2009).

En la presente investigación, utilizamos el autoinforme (SOATIF-s). Este instrumento, tiene cuatro versiones: paciente, terapeuta de paciente, familia y terapeuta de familia (Escudero, 2009). Escogimos la versión del paciente y nos centramos en la medición de alianza en una sola sesión. Por tanto, las dimensiones estudiadas fueron: enganche en el proceso terapéutico, conexión emocional con el terapeuta y seguridad dentro del sistema terapéutico, quedando excluida la cuarta dimensión específica para terapias de pareja o familia.

El autoinforme, consta de doce ítems. Los participantes, han de responder a los ítems según una escala de tipo Likert (1 = nada; 2 = poco; 3 = algo, 4 = bastante, 5 = mucho). Además, ofrece una puntuación en alianza terapéutica total que oscila entre 12 y 60 y una puntuación para cada dimensión independiente (Escudero, 2009).

La fiabilidad del SOATIF-s en su versión para pacientes, es medida a través del alpha de Cronbach. El valor del estadístico que obtuvieron los autores del cuestionario (0,83), es mayor del que obtuvimos nosotros (0,68). Esta disminución de la fiabilidad, puede deberse a la diferencia entre su tamaño muestral en la validación del instrumento (n=193) y el nuestro (n=22).

SOATIF, ha mostrado ser válido en la investigación en terapia familiar y en el entrenamiento y la supervisión de terapeutas familiares en sus comienzos profesionales (Escudero, 2009). Más recientemente, ha sido utilizado en un estudio llevado a cabo en Bristol sobre alianza terapéutica y diferencias culturales (Pandya y Herlihy, 2009).

Es un instrumento novedoso en la medición de alianza terapéutica y por tanto, necesita del interés de investigadores para su validación en diversos contextos y poblaciones. Esta fue una de las razones que nos llevó a elegirlo para la presente investigación. Además, es breve y de fácil aplicación para los pacientes, como pudimos comprobar tras utilizarlo en la Unidad de Intervención Psicosocial (UNINPSI) de la Universidad Pontificia de Comillas en el año 2014.

### Cuestionario de Competencia intercultural

Cuestionario construido ad hoc para la presente investigación.

Recoge información sobre la percepción de los psicoterapeutas acerca de su competencia intercultural, a través de los siguientes ítems:

- 1) ¿Cómo diría que es su grado de conciencia sobre su propia subjetividad cultural?
- 2) ¿Cómo cree que es usted de habilidoso para aproximarse a un paciente/cliente culturalmente diferente (a sus hábitos, costumbres, formas de entender la salud, la enfermedad, etc.)?
- 3) ¿Cómo diría usted que es su voluntad para indagar, cuestionar y convivir con las limitaciones que podemos encontrarnos en un proceso terapéutico con un paciente/cliente culturalmente diferente?

Para la elaboración de los ítems, nos basamos en la definición de competencia intercultural que utiliza el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad en el año 2011. Esta competencia, se entiende cómo una compleja combinación de conocimientos, habilidades y actitudes que interactúan entre sí.

El cuestionario es autoaplicado y consta de tres ítems. Los participantes han de contestar a los ítems, según una escala de tipo Likert (1 = nada; 2 = poco; 3 = algo; 4 = bastante; 5 = mucho). La puntuación total, oscila entre 4 y 20.

La fiabilidad del cuestionario, medida a través de alpha de Cronbach, fue de 0,60.

### **Procedimiento**

Nos pusimos en contacto con centros y con profesionales, que ofrecen atención psicológica a españoles e inmigrantes. Los que accedieron a participar, de manera voluntaria y anónima, fueron los siguientes:

#### Psicólogos sin Fronteras (Madrid)

Esta ONG de Cooperación al Desarrollo, nace en 1990 en el País Vasco con el objetivo de proporcionar asistencia psicosocial a población vulnerable. Con el tiempo, este proyecto se ha extendido a muchas capitales de provincia españolas. Entre ellas, Madrid.

Actualmente, en Psicólogos sin Fronteras Madrid, se ofrece terapia psicológica, gratuita o a bajo coste, a pacientes españoles e inmigrantes.

*APLA (amigos de las personas inmigrantes, Madrid)*

Asociación civil y humanitaria con sede en Madrid y Fuenlabrada. El foco de actuación de esta asociación sin ánimo de lucro, se centra en personas inmigrantes de países extracomunitarios. Su finalidad es promover la acogida, la inserción social y laboral y la defensa de los derechos humanos de las personas inmigrantes.

Esta organización, está constituida exclusivamente por personal voluntario. Los psicoterapeutas que colaboran en este proyecto, atienden a personas inmigrantes contando con el apoyo y la supervisión del Instituto de Interacción y Dinámica Personal (Madrid).

*Aprende Viendo Terapia (Madrid):* Servicio de formación y de atención psicoterapéutica para personas con bajos recursos.

*Psicoterapeutas que, de forma independiente al centro en el que desarrollan su actividad profesional, colaboraron con esta investigación*

Después del contacto inicial y tras conseguir los consentimientos precisos, nos desplazamos a los centros para llevar en mano los cuestionarios.

A los terapeutas, se les informó de cómo debían proceder. La consigna fue la siguiente:

- Recoja de entre sus pacientes/clientes **españoles** (si los tiene), un mínimo de un cuestionario de alianza terapéutica y un máximo de tres.
- De igual manera, recoja de entre sus pacientes/clientes **inmigrantes** (si los tiene), un mínimo de un cuestionario de alianza terapéutica y un máximo de tres.
- Ha de contestar a un cuestionario por cada uno de sus pacientes/clientes interesados en colaborar con la investigación.
- Asegúrese de emparejar su cuestionario con el de su paciente/cliente y de introducirlos juntos en el sobre que se adjunta. Lo ideal es, que responda usted (terapeuta) a su cuestionario antes de la sesión y lo introduzca en el sobre. Después, en el momento que

considere de la sesión, que lo conteste su paciente/cliente y cierre él mismo el sobre. El objetivo, es que el paciente/cliente no sesgue sus respuestas al pensar que usted pueda leerlas.

- En el caso de que haya más de un paciente/cliente dispuesto a colaborar en la investigación (dos o tres) **del mismo terapeuta**, emparéjense todos los sobres que correspondan al mismo terapeuta grapándolos.

### **Análisis de datos**

Tras recoger de los centros los sobres con los cuestionarios, se procedió a realizar el correspondiente análisis estadístico con el programa SPSS.

Se utilizó alpha de Cronbach, para medir la fiabilidad de los cuestionarios de alianza terapéutica y competencia intercultural.

Con la prueba de Shapiro Wilk, se comprobó si las puntuaciones en alianza terapéutica se distribuían según la curva normal.

Con la prueba de Levene, se comprobó la homogeneidad de varianzas de las puntuaciones en alianza terapéutica en los dos grupos (pacientes españoles e inmigrantes).

El estadístico de contraste t de Student, se utilizó para comparar el grupo de pacientes españoles y el de pacientes inmigrantes, en sus puntuaciones en alianza terapéutica.

El coeficiente de correlación de Pearson, se utilizó para estudiar la relación entre las variables alianza terapéutica y competencia intercultural.

El nivel de significación estadística con el que llevamos a cabo las pruebas estadísticas fue del 95%.

### **RESULTADOS**

En la tabla 1, aparecen las variables continuas de la investigación. Todas ellas, fueron descritas en el subapartado participantes del apartado método, exceptuando alianza terapéutica y competencia intercultural.

Atendiendo a los dos subgrupos de nuestro estudio, la media de las puntuaciones en alianza terapéutica de los pacientes españoles fue 50,25 y la desviación típica, 4,95. En el caso de los pacientes inmigrantes, la media fue 51,40 y la desviación típica 4,29.

La media de las puntuaciones en competencia intercultural de los terapeutas de pacientes inmigrantes, fue 15,30 y la desviación típica, 1,05.

Las variables categóricas de la investigación, quedaron descritas en el subapartado participantes del apartado método.

**Tabla 1** Descripción variables cuantitativas del estudio

	N	Media	Desviación Típica	Mínimo	Máximo
Edad T	13	39,00	11,75	27,00	39,99
Edad PE	12	37,75	17,67	15,00	67,00
Edad PI	10	32,90	8,64	19,00	49,00
Expectativas PE	12	4,50	0,52	4,00	5,00
Expectativas PI	10	4,50	0,52	4,00	5,00
Nº ss PE	12	20,25	13,00	4,00	38,00
Nº ss PI	10	51,40	4,29	43,00	60,00
Años en España PI	10	5,68	4,36	1,50	13,00
Puntuación total AT PE	12	50,25	4,95	42,00	57,00
Puntuación total AT PI	10	51,40	4,29	43,00	60,00
Puntuación total CI	10	15,30	1,05	14,00	18,00

T: terapeuta; PE: paciente español; PI: paciente inmigrante; N°ss: número de sesión; AT: alianza terapéutica; CI: competencia intercultural.

### **Comprobación de supuestos para la variable alianza terapéutica**

Comprobamos el supuesto de normalidad con la prueba de Shapiro-Wilk al ser nuestro tamaño muestral menor de 30. El valor del estadístico con 10 grados de libertad, fue 0,93 y su probabilidad asociada, 0,30. Por tanto, afirmamos que las puntuaciones en alianza terapéutica se distribuyeron según la curva normal.

Comprobamos el supuesto de homogeneidad de varianzas con la prueba de Levene. El valor del estadístico de contraste F, fue 0,78 y su probabilidad asociada, 0,39. Por tanto, afirmamos que las varianzas de las puntuaciones en alianza terapéutica de los dos grupos (pacientes españoles y pacientes inmigrantes), resultaron homogéneas.

## Contraste de hipótesis

### *Alianza terapéutica y diferencias culturales*

Según los resultados de la tabla 2, podemos afirmar que no hallamos diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones en alianza terapéutica entre el grupo de pacientes españoles y el grupo de pacientes inmigrantes (t-Student,  $t(20) = -0,57$ ;  $p = 0,57$ ).

Fue pertinente, teniendo en cuenta el pequeño tamaño muestral y la baja significación estadística, calcular el tamaño del efecto a través del estadístico *d* de Cohen. El resultado del tamaño del efecto fue 0,3 (tamaño del efecto bajo).

**Tabla 2** Prueba t-Student para muestras independientes

N	PE		PI		t-Student			
	Media	DT	Media	DT	t	gl	p	d
AT	50,25	4,96	51,40	4,23	-0,57	20	0,57	0,3

AT: alianza terapéutica; PE: paciente español; PI: paciente inmigrante.

### *Alianza terapéutica y competencia intercultural*

Como se observa en los resultados de la tabla 3, el valor del coeficiente de correlación de Pearson con una *n* igual a 10, fue -0,13 y su probabilidad asociada, 0,73. Por tanto, podemos afirmar que no hallamos relación estadísticamente significativa entre las puntuaciones en alianza terapéutica y las puntuaciones en competencia intercultural (Pearson,  $n = 10$ ;  $r = -0,13$ ;  $p = 0,73$ ).

**Tabla 3** Coeficiente de correlación de Pearson

		CI
	n	10
AT	r	-0,13
	p	0,73

AT: alianza terapéutica; CI: competencia intercultural.

## DISCUSIÓN

El aumento exponencial de la población inmigrante en los últimos años en España, supone un reto a nivel asistencial para la salud mental (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011). Cada vez son más los inmigrantes que acceden a estos dispositivos (Sendra-Gutiérrez et al., 2012) y sin embargo, la competencia intercultural de instituciones y profesionales, es aun escasa para responder a sus necesidades (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011).

Sabemos que la alianza terapéutica es imprescindible en cualquier proceso terapéutico (Horvath y Luborsky, 1993; Horvath y Symond, 1991, como se citó en Escudero, 2009; Martin, Graskie y Davis, 2000; Norcross, 2011, como se citó en Pérez, 2013; Safran y Muran, 2000; Shirk y Karver, 2003 y Taber, Leibert y Agaskar, 2011) y especialmente, en los encuentros interculturales (Qureshi y Collazos, 2011). Aunque la evidencia es menos esclarecedora, confiamos también en la importancia de la competencia intercultural de los profesionales dedicados a la salud mental (Qureshi, Collazos, Ramos y Casas, 2008). Sin embargo, ambos aspectos, han carecido del interés de las publicaciones científicas españolas.

Planteamos por tanto, la necesidad de estudiar la relación entre alianza terapéutica y diferencias culturales, y alianza terapéutica y competencia intercultural en el actual contexto nacional.

En contra de nuestro pronóstico, hallamos que la alianza terapéutica establecida entre psicoterapeutas españoles y pacientes españoles, no fue mayor que la establecida entre psicoterapeutas españoles y pacientes inmigrantes.

Algunos estudios de emparejamiento cultural (psicoterapeutas-pacientes) para la medición de alianza terapéutica son acordes a estos resultados, al concluir que la calidad de la relación y la conexión entre ambos reemplazan rápidamente al efecto producido por las diferencias culturales (Erdor, 2003, como se citó en Ruglas et al., 2013; Maramba y Nagayama Hall, 2002, como se citó en Chao et al., 2011 y Wintersteen, 2005).

Tal vez la aportación de Campayo y Carrillo en el año 2002, nos ayude a entender este resultado. Ambos autores plantean, que la semejanza entre la cultura de origen y la de destino, condiciona el proceso de adaptación de los inmigrantes. Consideran, que el choque cultural para latinoamericanos y occidentales tras su llegada a España, será menor que para inmigrantes que procedan del continente asiático o africano.

Puede que esto explique por qué, aunque la mayoría de inmigrantes que residen en España, proceden de Marruecos, Ecuador y Rumanía (INE, 2013), son los latinoamericanos los que acuden más al sistema sanitario por causas relacionadas con la salud mental (Sendra-Gutiérrez et al., 2012).

Tal vez, el hecho de que el 100% de nuestra muestra fuera de procedencia latina u occidental, haya incidido en este resultado al minimizarse las diferencias culturales entre psicoterapeutas y pacientes.

Intentamos tener en cuenta también, el nivel de aculturación de los pacientes inmigrantes, pensando que podría amortiguar el impacto de las diferencias culturales en el establecimiento de la alianza terapéutica (Chao, Steffen, Heiby, 2011), pero el reducido tamaño muestral, lo ha imposibilitado.

Tampoco encontramos que la competencia intercultural de los psicoterapeutas españoles, estuviese relacionada con la alianza terapéutica que establecían con sus pacientes inmigrantes.

Hemos de ser cautelosos al interpretar este resultado ya que, la fiabilidad del cuestionario de competencia intercultural, construido ad hoc para la presente investigación, resultó relativamente baja (0,6).

Además, debemos tener en consideración que los modelos de competencia cultural nacen en Estados Unidos y por tanto, son específicamente diseñados para su contexto demográfico y migratorio. Estos modelos, proporcionan un punto de partida útil para países como España, con menos tradición migratoria, pero necesitan ser adaptados (Qureshi y Collazos 2005). Aunque la Asociación de Neuropsiquiatría (a petición del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad en el año 2011), ha llevado a cabo este intento de adaptación al contexto multicultural español, no podemos negar la existencia de cierta influencia norteamericana. Puede que este aspecto, haya influido en los resultados ya que nuestro cuestionario ha sido construido en base a la noción del citado ministerio.

Puede tener relevancia, el hecho de haber desarrollado la noción de competencia intercultural, como si de una competencia diferente y aislada de la competencia general se tratara. Algunos autores ponen en duda esta cuestión, considerando que la competencia intercultural es una dimensión que, junto a otras, da lugar a la competencia general de los profesionales (Sue, Zane, Nagayama Hall y Berger, 2009). Tal vez, si hubiéramos considerado la competencia en términos más amplios, los resultados hubieran sido diferentes.

Nos planteamos también, la posibilidad de que la percepción de los psicoterapeutas acerca de su competencia intercultural, se encuentre sesgada. Tal vez, si quienes acudiesen más a los servicios especializados en salud mental, fuesen pacientes culturalmente más diferentes de los españoles, la percepción de su competencia cambiase.

A nivel metodológico, nos hemos encontrado con algunas dificultades que han podido contaminar los resultados de la investigación. El tamaño de la muestra (22 pacientes y 13 psicoterapeutas) y la poca variabilidad de los pacientes inmigrantes en cuanto a su procedencia (90% procedentes de Latinoamérica y 10% de un país europeo), han sido de los más destacables. Además, los psicoterapeutas han sido seleccionados, en su mayoría, de asociaciones sin ánimo de lucro, orientadas al trabajo con pacientes procedentes de diferentes culturas. Por tanto, los resultados no son generalizables a la población de psicoterapeutas general.

A pesar de los resultados obtenidos, seguimos apostando por la competencia intercultural como respuesta a las barreras que dificultan el acceso de los pacientes culturalmente diferentes, a los dispositivos de salud mental.

Esta competencia, resulta aún escasa entre los profesionales españoles y, como apunta el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011), la oferta formativa en programas de grado y postgrado también lo es.

En futuras investigaciones, sería interesante continuar indagando acerca de las diferencias culturales y el establecimiento de la alianza terapéutica en condiciones metodológicas más favorables. Se podría considerar la inclusión de técnicas cualitativas, con el fin de recoger información más sutil acerca de variables que pueden incidir en la alianza terapéutica intercultural. Esta información, nos ayudaría a elaborar un modelo de competencia intercultural ajustado al contexto actual español y a partir de él, los instrumentos pertinentes para su medición.

A pesar de las deficiencias de la investigación, el instrumento SOATIF-s ha demostrado ser fiable en la medición de alianza terapéutica de nuestra muestra. Por este motivo, lo recomendamos para posteriores estudios que sigan nuestros pasos.

## Referencias

Achotegui, J. (2004). Estrés límite y salud mental: el síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises). *Norte*, 5(21), 39-53.

Altimir, L. (2010). La influencia de las diferencias culturales entre terapeuta y paciente en la alianza terapéutica. *De Familias y Terapias*, 19(28), 73-82.

Arratia, M. (2007). La efectividad del proceso terapéutico en relación a la retroalimentación y a la alianza terapéutica. *Ciencia Psicológica*, 1(2).

Arredondo, M. L. y Salinas, P.A. (2005). *Alianza terapéutica en psicoterapia: concepción e importancia atribuida por psicoterapeutas con distintas orientaciones teóricas que trabajan en el centro de psicología aplicada de Chile*. Tesis doctoral. Universidad de Chile.

Aznar-Martínez, B., Pérez-Testor, C., Davins-Pujols, M., Aramburu, I. y Salamero, M. (2014). La alianza terapéutica en tratamiento conjunto de parejas: evaluación de la alianza y análisis de los factores influyentes en el triángulo terapéutico. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 18(1), 17-52.

Bermúdez, C. y Navia, C. (2013). Factores que favorecen y se interponen en el establecimiento de la alianza terapéutica en terapia de familia y de pareja. *Revista Colombiana de Psicología*, 22(2), 333-343.

Campayo, J. y Carrillo, C. (2001). Salud mental en inmigrantes: el nuevo desafío. *Medicina Clínica*, 118(5), 187-191.

Chang, D.F. y Berk, M.A. (2009). Making cross-racial therapy work: A phenomenological study of clients' experiences of cross-racial therapy. *Journal of Counseling Psychology*, 56(4), 521-536.

Chao, P.J., Steffen, J.J. y Heiby, E.M. (2012). The effects of working alliance and client-clinician ethnic match on recovery status. *Community Mental Health Journal*, 48(1), 91-97.

Cole, E.M., Piercy, F., Wolfe, E.W. y West, J.M. (2014). Development of the multicultural therapy competency inventory-client version. *Contemporary Family Therapy*, 36(4), 462-473.

- Collazos, F., Qureshi, A., Antonín, M. y Tomás-Sábado, J. (2008). Estrés aculturativo y salud mental en la población inmigrante. *Papeles del Psicólogo*, 29 (3), 307-315.
- Corbella, S. y Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de Psicología*, 19(2), 205-221.
- Corbella, S. y Botella, L. (2004). *La investigación en psicoterapia: proceso, resultado y factores comunes*. Vision Net: Madrid.
- Corbella, S. y Botella, L. (2011). Alianza terapéutica evaluada por el paciente y mejora sintomática a lo largo del proceso terapéutico. *Boletín de Psicología*, 101, 21-33.
- Corral, P., Salaberría, K. y Sánchez, A. (2009). Eficacia de un programa psicológico en mujeres inmigrantes. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 14(3), 153-164.
- Elvins, R. y Green, J. (2008). The conceptualization and measurement of therapeutic alliance: an empirical review. *Clinical Psychology Review*, 28(7), 1167-1187.
- Epstein, N.B., Curtis, D.S., Edwards, E., Young, J.L., Zheng, L. (2014). Therapy with families in China: cultural factors influencing the therapeutic alliance and therapy goals. *Contemporary family therapy*, 36(2), 201-212.
- Escudero, V. (2009). La creación de la alianza terapéutica en la terapia familiar. *Apuntes de Psicología*, 25(2-3) 247-259.
- Escudero, V. (2011). *Adolescentes y familias en conflicto. Terapia familiar centrada en la alianza terapéutica. Manual de tratamiento*. Unidad de Investigación en Intervención y Cuidado Familiar de la Universidad de Coruña.
- Ferguson, W. y Candib, L. (2002). Culture, language and the doctor-patient relationship. *Family Medicine and Community Health*, 34(5), 353-361.
- Friedlander, M.L., Escudero, V. y Heatherington, L. (2009). *La alianza terapéutica en la terapia familiar y de pareja*. Paidós: Madrid.
- Grinberg, L. y Grinberg, G. (1984). *Psicoanálisis de la migración y del exilio*. Madrid: Alianza.

Guregard, S. y Seikkula, J. (2014). Establishing therapeutic dialogue with refugee families. *Contemporary Family Therapy*, 36(1), 41-57.

Hersoug, A.G., Hoglend, M.D., Monsen, J.T. y Havik, O.D. (2001). Quality of Working Alliance in Psychotherapy. Therapist Variables and Patient/Therapist Similarity as Predictors. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 10(4), 205-216.

Horst, K., Mendez, M., Culver-Turner, R., Amanor-Boadu, Y., Minner, B., Cook, J., Stith, S., McCollum, E. (2012). The importance of therapist/client ethnic/racial matching in couples treatment for domestic violence. *Contemporary Family Therapy*, 34(1), 57-71.

Horvath, A.O y Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(4), 561-573.

Instituto Nacional de Estadística [INE]. (2013).

Recuperado de: [www.ine.es](http://www.ine.es)

Jáñez Álvarez, M., Ben- Bouchta del Viejo, S., del Olmo Romero-Nieva, F. (2013). Análisis de variables socioculturales en la atención en una unidad hospitalaria de rehabilitación psiquiátrica: a propósito de un caso. *Informaciones Psiquiátricas*, 214 (4), 493-507.

Karver, M.S., Handelsman, J.B., Fields, S. y Bickman, L. (2006). Meta-analysis of therapeutic relationship variables in youth and family therapy: the evidence for different relationship variables in the child and adolescent treatment outcome literature. *Clinical Psychology Review*, 26(1), 50-65.

Kung, W.W. (2001). Consideration of cultural factors in working with chinese american families with a mentally ill patient. *Families in Society*, 82 (1), 97-107.

Lacomba, J. (2009). *Historia de las migraciones internacionales*. Madrid: La catarata.

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(3), 438-450.

Martínez, A. y Martínez, M. (2006). Patología psiquiátrica en el inmigrante. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 29(1), 63-75.

Melero, L. (2010). *La persona más allá de la migración. Manual de intervención psicosocial con personas migrantes*. Fundación CeiMigra: Valencia.

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2011). Instrumento para la valoración de competencia intercultural en la atención en Salud mental.

Moreno, F. J. y Figueiredo, S. (2013). Inmigración, sanidad, crisis económica y politización de la inmigración en España. *Revista Interdisciplinar de Movilidad Humana*, 21(40), 27-47.

Ojeda, M. (2010). Origen y evolución de la alianza terapéutica. *Gaceta de Psiquiatría Universitaria*, 6(3), 284-295.

Pandya, K. y Herlihy, J. (2009). An exploratory study into how a sample of a British South Asian population perceive the therapeutic alliances in family therapy. *Journal of Family Therapy*, 31(4), 384-404.

Pérez, F. (2011). *Las mujeres inmigrantes y su respuesta psicológica en el puerperio inmediato. Diferencias obstétricas y sociodemográficas*. Tesis doctoral. Universidad de Granada.

Pérez, M. (2013). Anatomía de la psicoterapia: el diablo no está en los detalles. *Clínica Contemporánea*, 4(1), 5-28.

Qureshi, A. y Collazos, F. (2005). Cultural competence in the mental health treatment of immigrant and ethnic minority clients. *Diversity in Health and Social Care*, 2(4), 307-317.

Qureshi, A. y Collazos, F. (2006). El modelo americano de competencia cultural psicoterapéutica y su aplicabilidad en nuestro medio. *Revista Forum*, 27(1), 50-57.

Qureshi, A., Collazos, F., Ramos, M. y Casas, M. (2008). Cultural competency training in psychiatry. *European Psychiatry*, 23(1), 49-58.

Qureshi, A. y Collazos, F. (2011). The intercultural and interracial therapeutic relationship: Challenges and recommendations. *Internacional Review of Psychiatry*, 23(1), 10-19.

Ruglass, L.M., Hien, D.A., Hu, M.C., Campbell, A., Cadeira, N.A., Miele, G.M. y Chang, D.F. (2014). Racial/ethnic match and treatment outcomes for women with PTSD and substance use disorders receiving community-based treatment. *Community Mental Health Journal*, 50(7), 811-822.

Safran, J. y Muran, C. (2000). *La alianza terapéutica. Una guía para el tratamiento relacional*. The Guilford Press: New York. USA.

Santibáñez, P. (2003). La alianza terapéutica en psicoterapia: el “inventario de alianza de trabajo” en Chile. *Psyche*, 12(1), 109-118.

Sendra-Gutiérrez, J.M., de Francisco Beltrán, P., Iribarren, M. y Vargas Aragón, M. L. (2012). Asistencia psiquiátrica ambulatoria en la población inmigrante de Segovia (2001-2008): estudio descriptivo. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 5(3), 173-182.

Shirk, S.R. y Karver, M. (2003). Prediction of treatment outcome from relationship variables in child and adolescent therapy: a meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(3), 452-464.

Shonfeld-Ringel, S. (2001). A reconceptualization of the working alliance in cross-cultural practice with non-western clients: integrating relational perspectives and multicultural theories. *Clinical Social Work Journal*, 29(1), 53-63.

Sue, S., Zane, N., Nagayama Hall, G.C. y Berger, L.K. (2009). The case for cultural competency in psychotherapeutic interventions. *Annual Review of Psychology*, 60, 525-548.

Taber, B.J., Leibert, T.W. y Agaskar, V.R. (2011). Relationship among client-therapist personality congruence, working alliance, and therapeutic outcome. *Psychotherapy*, 48(4), 376-380.

Vasquez, M.J. (2007). Cultural difference and the therapeutic alliance: an evidence-based analysis. *American Psychologist*, 62(8), 878-885.

Wintersteen, M.B. (2005). Do gender and racial differences between patient and therapist affect therapeutic alliance and treatment retention in adolescents? *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(4), 400-408.