



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA

Factores asociados con la génesis y desarrollo de momentos de tensión en la Alianza Terapéutica en dos casos que participaron de la primera fase de implementación de la IRBA en Colombia

Nataly Vanessa Jiménez Romero

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Ciencias Humanas, Departamento de Psicología
Bogotá, Colombia
2021

Factores asociados con la génesis y desarrollo de momentos de tensión en la Alianza Terapéutica en dos casos que participaron de la primera fase de implementación de la IRBA en Colombia

Nataly Vanessa Jiménez Romero

Trabajo final presentado como requisito para optar al título de:
Magíster en Psicología

Director (a):
Ps., MA., Carmen Elvira Navia Arroyo

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Ciencias Humanas, Departamento de Psicología
Bogotá, Colombia

2021

Agradecimientos

Quiero agradecer profundamente a mi directora de trabajo final, la profesora Carmen Elvira Navia, quien, a través de su guía, su apoyo, su dedicación, su conocimiento y su compromiso con su labor me guió en este camino con la mejor disposición. También agradezco a la Universidad Nacional de Colombia, por darme la oportunidad de crecer tanto a nivel profesional como personal, y por las valiosas amistades y personas que conocí allí.

De igual manera, agradezco a mi familia, especialmente a mis padres y mis hermanos, cuyo apoyo ha sido incondicional y quienes me han dado la motivación para seguir siempre adelante. Gracias por todo su amor y por su ejemplo de esfuerzo y persistencia. Gracias también a mis amigos de la universidad y a todos mis compañeros de la maestría en profundización en clínica por la compañía y los aprendizajes que me brindó cada uno. Así mismo, quiero agradecer a Dios por todas las oportunidades que me ha brindado en mi etapa académica y profesional.

Resumen

Factores asociados con la génesis y desarrollo de momentos de tensión en la Alianza Terapéutica en dos casos que participaron de la primera fase de implementación de la IRBA en Colombia

Esta investigación tuvo como objetivo caracterizar las tensiones en la alianza terapéutica en la IRBA y determinar los factores relacionados con la génesis y desarrollo de estas tensiones. Para cumplir con este objetivo se empleó una metodología cualitativa y un diseño de estudio de caso múltiple en el que se observó la interacción entre los facilitadores relacionales y las cuidadoras en dos casos analizados. La información y las observaciones acerca de esta interacción se registró en una matriz de observación y el análisis de los datos se realizó a través del análisis de contenido de esta información. Como resultado de la investigación se abordaron temas asociados con la caracterización de las rupturas en función de los temas de conversación abordados en las rupturas, el tipo de rupturas y los componentes de la AT afectados por estas tensiones; así mismo, también se identificaron los factores (o variables) de los facilitadores relacionales, de las cuidadoras y del proceso de intervención relacionados con la génesis y desarrollo de las rupturas en la alianza.

Palabras clave: Intervención Relacional Basada en el Apego (IRBA), alianza terapéutica, rupturas en la alianza terapéutica.

Abstract

Factors associated with the genesis and development of tension moments in the Therapeutic Alliance in two participant cases in the first phase of implementation of the IRBA in Colombia

The purpose of the study was to characterize the tensions in the therapeutic alliance (TA) at ABRI (Attachment Based Relational Intervention) and to determine the factors related to the genesis and development of these tensions. This research was conducted through a qualitative methodology and a multiple case study design, in which the interaction between the relational facilitators and the caregivers was observed in two cases analyzed. The information about the observation of this interaction was recorded in an observation matrix and the data analysis was carried out through a content analysis methodology. As a result of this research, issues associated with the characterization of the ruptures were addressed based on the topics of conversation, the type of ruptures and the TA components affected by these tensions; Likewise, the relational facilitators's factors, the caregivers, the technique and the intervention process related to the genesis and development of ruptures in the alliance were also identified.

Keywords: Attachment-Based Relational Intervention (IRBA), therapeutic alliance, therapeutic alliance ruptures.

Tabla de contenido

Agradecimientos	2
Resumen	3
Abstract	4
Lista de figuras	7
Lista de tablas	8
1. 9	
Vínculo de apego y maltrato infantil	14
Intervención Relacional Basada en el Apego (IRBA)	18
La IRBA adaptada al contexto colombiano	19
Alianza terapéutica	21
2. 28	
Objetivo general	29
Objetivos específicos	29
3. 30	
Diseño	30
Participantes	30
Caso A	31
Caso B	32
Instrumentos	33
Procedimiento	34
Consideraciones éticas	35
4. 36	
4.1. Identificación de los momentos de tensión	36
4.2. Caracterización de los momentos de tensión	36
4.2.1. Parte de la intervención y temas de conversación abordados	36
4.2.2. Tipo de ruptura	52
4.2.3 Componentes de la AT implicados en las rupturas	59
4.3. Factores de los facilitadores relacionales y de las cuidadoras relacionados con las rupturas en la AT	63
4.3.1. Factores de los facilitadores relacionales	63
4.3.2. Factores de las cuidadoras	68
5. 71	

Anexos	77
Anexo A: Consentimiento informado para las familias	77
Anexo B: Diccionario de análisis para los vídeos	79
Referencias	84

Lista de figuras

Figura 1. Genograma familiar caso A	34
Figura 2. Genograma familiar caso B	35
Figura 3. Temas abordados durante los momentos de ruptura en la conversación libre	39
Figura 4. Temas de conversación abordados durante las rupturas en la AT en las cápsulas de discusión	47
Figura 5. Temas abordados durante las rupturas en la vídeo retroalimentación	54
Figura 6. Sub categorías de rupturas por distanciamiento	57
Figura 7. Factores de los facilitadores relacionales asociados con la génesis y desarrollo de rupturas en la AT.	73
Figura 8. Factores de las cuidadoras relacionados con la génesis y desarrollo de momentos de tensión en la AT.	77

Lista de tablas

Tabla 1. Frecuencia de intervalos en cada parte de la intervención	40
Tabla 2. Frecuencia de intervalos en cada tipo de rupturas	58
Tabla 3. Frecuencia de rupturas por distanciamiento	59

1.Introducción

La presente investigación aborda el tema de las rupturas en la alianza terapéutica en la Intervención Relacional Basada en el Apego (IRBA), una terapia que interviene sobre díadas de cuidadores y niños para favorecer la sensibilidad de los primeros con respecto a las necesidades de cuidado y exploración de los niños. Esta intervención, que fue diseñada por un equipo de investigación de la Universidad de Laval (Canadá), fue adaptada al contexto colombiano en el año 2018, momento en el cual se realizó la primera implementación de la IRBA en Colombia con dos díadas cuidador-niño a los que se les realizó la intervención.

Esta investigación se realizó por el interés de profundizar sobre las rupturas en la alianza terapéutica en la IRBA, es decir, sobre los momentos de tensión que se presentan en el trabajo colaborativo entre los cuidadores y los facilitadores relacionales (terapeutas) que participan en la IRBA, teniendo en cuenta que en la literatura acerca de esta intervención no se ha estudiado sobre este tema. La alianza terapéutica, cuando su manejo es adecuado, se relaciona con una mayor adherencia y efectividad en los procesos de intervención, llegando a ser uno de los mayores predictores del cambio terapéutico. Ahora, como en todo proceso relacional, en la alianza terapéutica hay momentos de sintonía y de tensión en la relación cooperativa entre los terapeutas y los consultantes; sin embargo, cuando las rupturas no se abordan de manera adecuada, la calidad de la AT puede disminuir y los resultados del proceso de intervención pueden verse limitados. Por esta razón, identificar los momentos de tensión en la alianza terapéutica en la IRBA y los factores asociados con su génesis y desarrollo puede contribuir con que se puedan prevenir algunas de estas rupturas, o se les pueda dar un manejo adecuado. Así, este estudio también pretende enriquecer el entrenamiento de los facilitadores relacionales con respecto a los factores asociados con la génesis y desarrollo de los momentos de tensión en la AT.

Por lo anterior, la investigadora de este estudio se pregunta acerca de qué caracteriza los momentos de tensión en la IRBA y cuáles son los factores involucrados con su génesis y desarrollo. Esta investigación se plantea como objetivo general caracterizar las rupturas de la AT en la IRBA, a partir de la interacción verbal y no verbal de los terapeutas, y determinar cuáles son los factores asociados con la génesis y el desarrollo de estas rupturas en los dos casos que participaron en la fase inicial de implementación de la IRBA en Bogotá, Colombia. Así, se plantean los siguientes objetivos específicos: a) Identificar los momentos de tensión en la alianza terapéutica en cada uno de los casos analizados; b) Caracterizar los momentos de

tensión en la AT en cada una de las sesiones del proceso de intervención a partir de: los temas abordados en cada parte de la intervención, el tipo de ruptura y los componentes de la AT implicados (tareas, vínculo y objetivos); c) Identificar los factores de los facilitadores relacionales y de las cuidadoras involucrados en los momentos de tensión en la AT; d) Comparar ambos casos a partir de la caracterización de sus rupturas en la AT y de los factores asociados con la génesis y desarrollo de las rupturas identificadas.

Esta investigación fue conducida a través de un enfoque cualitativo con un diseño de caso múltiple en el que, a partir de la perspectiva de observadores externos, se analizó la interacción entre los facilitadores relacionales y las cuidadoras que participaron en la primera fase de implementación de la IRBA en Colombia. La información recolectada con este análisis fue registrada en matrices de observación que indagaron por distintos aspectos relacionados con la descripción de la interacción entre los facilitadores y las cuidadoras en los momentos de tensión en la alianza terapéutica que fueron identificados en cada caso.

En el primer capítulo de esta investigación se presenta la revisión teórica, en la cual se hace un recorrido por las implicaciones y el impacto del maltrato infantil en el desarrollo de los niños, así como sobre las características de este flagelo en Colombia; se aborda también la relación entre el maltrato infantil y el vínculo de apego que desarrollan los niños con sus cuidadores; se presenta la estructura y los objetivos de la Intervención Relacional Basada en el Apego y su adaptación al contexto colombiano; por último, se presenta el tema de alianza terapéutica, sus componentes, las formas de manejo, los tipos de rupturas en la alianza y se realizan algunas consideraciones sobre la AT en la IRBA. En el segundo capítulo se plantea el problema de investigación y se presenta el objetivo general y los objetivos específicos. En el tercer capítulo se describe el método empleado, haciendo referencia al diseño de la investigación, los participantes, los instrumentos, el procedimiento y las consideraciones éticas. El cuarto capítulo presenta los resultados obtenidos con respecto a cada uno de los objetivos planteados, detallando acerca de la caracterización de las rupturas en la AT en cada caso y sobre los factores de las cuidadoras y los facilitadores relacionales asociados con la génesis y el desarrollo de las tensiones en la AT en los casos analizados. Por último, en el capítulo 5, se aborda la discusión presentando las conclusiones de este estudio, sus limitaciones y las recomendaciones para futuras investigaciones sobre el tema.

Maltrato infantil

El maltrato infantil tiene consecuencias devastadoras en el desarrollo cognitivo, emocional, físico y social de los niños que lo padecen (Tarabulsy, Pascuzzo, Moss, St-Laurent, Bernier, Cyr & Dubois-Comtois, 2008; Green, Tzoumakis, McIntyre, Kariuki, Laurens, Dean & Carr, 2017; ICBF, 2013). Se ha encontrado que quienes han sido víctimas de este flagelo son más propensos a presentar problemas de comportamiento externalizantes e internalizantes, conductas de riesgo y abuso de sustancias durante la adolescencia, comportamiento antisocial o delictivo, trastornos psiquiátricos, dificultad para regular las emociones, bajo rendimiento académico y comportamientos agresivos hacia sus pares o con sus parejas en la vida adulta (Moss, Dubois-Comtois, Cyr, Tarabulsy, St-Laurent & Bernier, 2011; Castro, Cortés & Pereira Vasters, 2010; Toth, Cicchetti, Macfie, Rogosch, & Maughan, 2000; Font & Berger, 2015; Fantuzzo, Perlman, & Dobbins, 2011).

En cuanto a la salud física, se ha encontrado que la exposición al maltrato y la violencia en edades tempranas tiene incidencia negativa en la efectividad del sistema inmunológico, haciendo más propenso al organismo a sufrir de enfermedades cardiovasculares, pulmonares o hepáticas e incluso, abortos espontáneos en el caso de las mujeres (Pinheiro, 2006). A nivel cognitivo se ven afectadas de manera negativa capacidades como la concentración, atención y memoria (Mustard, 2002), mientras que a nivel relacional hay una pérdida de la confianza sobre sí mismo y los otros, dificultando el establecimiento de vínculos afectivos seguros y de calidad. Por el contrario, está demostrado que quienes han tenido cuidados de calidad durante sus primeros años tienden a ser más cooperativos y creativos, tienen menor probabilidad de participar en actividades delictivas o incurrir en conductas de riesgo (como autolesiones o consumo de sustancias psicoactivas), una mayor capacidad de regulación de sus estados emocionales y patrones más adaptativos de interacción con su entorno (ICBF, 2013).

De acuerdo con Cicchetti y Valentino (2006), el maltrato infantil genera un ambiente relacional patogénico, lo que para Tarabulsy, Pascuzzo, Moss, St-Laurent, Bernier y Dubois-Comtois (2008) implica una disfunción en la relación entre el niño y sus cuidadores principales que puede manifestarse de diferentes formas. Así lo considera también el Código de Infancia y Adolescencia, que establece las normas para la protección y garantía de los derechos y libertades de la niñez en Colombia, definiendo el maltrato infantil como “toda forma de perjuicio, castigo, humillación o abuso físico o psicológico, descuido, omisión o trato negligente, malos tratos o explotación sexual, incluidos los actos sexuales abusivos y la violación, y en general toda forma

de violencia o agresión sobre el niño, la niña o el adolescente por parte de sus padres, representantes legales o cualquier otra persona” (Código de la Infancia y la Adolescencia, 2006). Entonces, en esta relación disfuncional entre el niño y sus cuidadores principales, pueden identificarse cuatro tipos de maltrato: físico, emocional, negligencia o abandono y abuso sexual, los cuales, con frecuencia, se presentan en conjunto (Bolívar, et al, 2014). Ahora, si bien la forma más visible de maltrato infantil es el físico, dado que implica marcas y huellas visibles, otras formas, como la negligencia o el abandono físico y psicológico, resultan más difíciles de identificar a simple vista (Howe, 2005), pero sus secuelas en el desarrollo del niño son igualmente devastadoras.

Se han encontrado múltiples factores de riesgo psicosocial asociados con las familias que recurren al maltrato infantil, pues varias de ellas se encuentran en situación de pobreza, violencia doméstica, abuso de sustancias por parte los padres y presencia de psicopatología o trastornos psiquiátricos en los cuidadores principales (especialmente con diagnóstico de depresión) (Slack, Berger, DuMont, Yang, Kim, Ehrhard-Dietzel & Holl, 2001; Bolívar, Convers & Moreno, 2014). Para el contexto colombiano, en un estudio realizado por Ochoa, Restrepo, Salas, Zapata, Sierra y Torres de Galvis (2017), se encontró que otros factores, como estructuras familiares monoparentales, madres que han concebido a sus hijos durante la adolescencia, desplazamiento forzado de la familia y la muerte de un ser querido, también se relacionan con una mayor vulnerabilidad para la incidencia de maltrato infantil en las familias. Adicionalmente, se ha encontrado que, en ocasiones, el maltrato hacia los niños también tiene que ver con la propia historia de maltrato infantil de los cuidadores, pues los padres que han sufrido abuso o negligencia por parte de sus figuras parentales en la infancia tienden a repetir estas dinámicas con sus propios hijos, siendo más propensos a incurrir en algún tipo de abuso o negligencia hacia ellos (Egeland, Jacobvitz, & Sroufe, 1988); además, también se ha hallado que estos padres tienen mayor probabilidad de optar por estilos de crianza autoritarios, ejerciendo su rol de poder como cuidadores a través del abuso físico y emocional hacia sus hijos (Bugental & Happaney, 2004).

De acuerdo con el último reporte de Medicina Legal (Forensis, 2018), en Colombia, durante el año 2018 se reportaron 28.645 casos de violencia intrafamiliar, dentro de los cuales 10.794 (37,6%) estuvieron relacionados con maltrato hacia niños, niñas y adolescentes; en el 60,04% de los casos el agresor fue la madre o el padre y en el 73,06% el escenario del maltrato fue el hogar, lo que indica que, en la mayoría de estos casos, los niños colombianos no reciben

cuidado y protección adecuados por parte de sus cuidadores principales en su propio hogar. Ahora, pese a que la cifra es alarmante, se estima que estos reportes son apenas la punta del iceberg, pues la mayoría de los casos no son denunciados debido a aspectos como: a) la inequidad de poder entre los padres y los menores de edad quienes, a su vez, dependen económica y emocionalmente de sus cuidadores; b) otros miembros de la familia, testigos de los hechos, deciden guardar silencio en aras de proteger la estructura y funcionamiento familiar y c) el temor de los niños a sufrir represalias y a que la intervención de las autoridades pueda empeorar la situación. Así, la denuncia termina siendo un mecanismo de acción limitado a la hora de prevenir e intervenir sobre el maltrato infantil, motivo por el que no hay certeza sobre la cantidad de casos y las características reales de este fenómeno en el país (ICBF, 2013; Pinheiro 2006).

Ahora bien, cabe resaltar que el maltrato hacia la población infantil también presenta cifras diferenciales que permiten decir que el grado de vulnerabilidad también varía según la edad. El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF, 2012), argumenta que, en Colombia, el maltrato en menores de 5 años es mayor en relación con el que se presenta entre los niños y niñas de 6 a 11 años de edad, lo que atribuye a que durante la primera infancia el nivel de actividad de los niños y niñas es alto y la capacidad cognitiva se encuentra menos desarrollada, lo que implicaría mayores riesgos a la hora de explorar su entorno y, por tanto, una mayor supervisión, motivo por el cual es más probable que se les enseñe a evitar el peligro y a comportarse bien, lo que en algunas ocasiones deriva en amenazas o castigos físicos cuando los niños se encuentran en un ambiente relacional patogénico. En relación con lo anterior, debido a la plasticidad cerebral del ser humano y al desarrollo de esquemas cognitivo-emocionales durante los primeros años de vida, este grupo etario presenta una mayor vulnerabilidad en cuanto a los efectos del maltrato en su desarrollo; así, cuanto más temprano se presenten los abusos por parte de los cuidadores, más duraderos serán sus efectos, motivo por el cual es necesario intervenir para prevenir y mitigar las consecuencias de este fenómeno. Al respecto, Pinheiro (2006) resalta que dentro de los factores de protección más importantes para prevenir o reducir la probabilidad de maltrato hacia los niños se encuentran el desarrollo de fuertes lazos de apego entre padres e hijos, así como la promoción de relaciones que excluyan la violencia o la humillación dentro de la familia. Este autor afirma que abordar la prevención y mitigación del maltrato infantil desde la perspectiva de la teoría del apego puede dar luces para entender los factores de riesgo y resiliencia implicados en el desarrollo de los niños que

sufren maltrato, pues esta perspectiva permitiría analizar e intervenir con respecto al mejoramiento de la relación entre el niño y sus figuras de cuidado con el fin de promover un vínculo más sano y seguro entre la díada.

Vínculo de apego y maltrato infantil

Desde su nacimiento, los seres humanos dirigen conductas de apego de manera innata hacia los cuidadores principales para garantizar su propia supervivencia. De acuerdo con la teoría del apego, cuando el niño se encuentra en momentos de vulnerabilidad se activa el sistema de apego con el objetivo de asegurar la proximidad con el cuidador y garantizar el cuidado y protección por parte de esta figura. Ahora bien, una vez ha pasado el peligro y el adulto ha atendido las necesidades del niño, aportándole seguridad, se activa el sistema de exploración que es un conjunto de conductas que organizan el comportamiento del niño para explorar su ambiente e interactuar con él, momento en el que el adulto ejerce un rol de base segura para el niño, animándolo a relacionarse con el mundo que lo rodea. Así, a través de múltiples interacciones con el niño, los cuidadores principales van sentando las bases del funcionamiento del sistema de apego y del sistema de exploración en menor. De acuerdo con Cob y Dávila (2009) estos dos sistemas se van organizando en modelos internos de trabajo, que se entienden como representaciones que va formando el niño sobre sí mismo, el mundo y los otros que orientan su relación con las demás personas o el entorno social (Bowlby, 1969).

La cualidad del vínculo que se establece entre el niño y el cuidador, que será determinante en la configuración del sistema de apego y de exploración del primero, depende de la sensibilidad y responsividad del cuidador hacia las necesidades de éste (Bowlby, 1982). Así, un padre, madre o cuidador sensible es capaz de interpretar y responder adecuadamente ante las señales comunicativas del niño, mientras que en el extremo opuesto se encuentra el cuidador que ignora las comunicaciones de su hijo o las interpreta incorrectamente, muchas veces atribuyéndole intencionalidades negativas (como, por ejemplo, el deseo de manipular o molestar al adulto) (Bowlby, 1982). Entonces, en las familias en las que se presenta maltrato infantil las solicitudes innatas de cuidado y protección por parte del niño, que tienen como objetivo incrementar el sentido de seguridad personal (Mikulincer & Shaver, 2007) en momentos de peligro o necesidad, no son atendidas ni acogidas de manera segura por parte de los cuidadores.

En 1969 Ainsworth y Wittig propusieron tres estilos de apego que dan cuenta justamente de la cualidad de la relación entre la díada niño-cuidador: a) apego seguro; b) apego inseguro

evitativo y c) apego inseguro ambivalente. Más adelante, Main y Solomon (1990) describieron un cuarto tipo de apego al que llamaron desorganizado y el cual hallaron que se presenta en niños víctimas de maltrato crónico por parte de sus cuidadores. Entonces, por un lado, el cuidado sensible genera un vínculo de *apego seguro*, que se caracteriza porque el cuidador se muestra sensible y disponible para percibir y atender de manera adecuada las señales de necesidad del niño, favoreciendo el contacto cuando este lo necesita y ejerciendo un rol de base segura para alentar la exploración del niño. Así, los cuidadores sensibles perciben adecuadamente las señales de necesidad y búsqueda de proximidad de sus hijos, brindándoles contención emocional y respuesta a sus demandas de manera oportuna, interacción a partir de la cual el niño desarrollará modelos internos de trabajo basados en la representación de que el mundo es un lugar seguro que podrá explorar y en el que encontrará apoyo en tiempos de necesidad. Además, el cuidado sensible permite que el cuidador pueda identificar de manera más precisa los estados emocionales del niño, establecer relaciones entre estos y sus necesidades y, posteriormente, satisfacer la necesidad o ayudarle al niño a regular la emoción.

Sin embargo, no todos los cuidadores identifican correctamente los estados emocionales o necesidades del niño, por lo cual no logran ayudarlo a regular la emoción o satisfacer sus necesidades, terminan atribuyendo a causas equivocadas el comportamiento del niño y, en algunos casos, acuden al maltrato o negligencia para relacionarse con él y regular su comportamiento y emociones. Así, a partir del cuidado poco sensible el niño desarrolla modelos internos de trabajo basados en la creencia de que sus comunicaciones no son efectivas, o que incluso en ocasiones son contraproducentes (Carbonell, 2009); cuando esto ocurre, se desarrolla un estilo de apego inseguro, el cual puede ser de tipo evitativo o ansioso.

Entonces, por un lado, en un vínculo de *apego evitativo*, el cuidador se muestra insensible ante las señales comunicativas de su hijo y le restringe el acceso al contacto cuando lo necesita; aquí el niño no utiliza al cuidador como una base segura, pues no confía en su disponibilidad en momentos de peligro o necesidad, y no se muestra irritado ante su ausencia. Por otra parte, en un vínculo de *apego ansioso* el adulto es sensible algunas veces a las necesidades del niño, pero se muestra inconsistente en sus respuestas frente a tales demandas, es ambivalente, y a veces contradictorio, con respecto a la posibilidad de que se acerque a él en momentos de necesidad; así, el niño busca la proximidad del adulto, incluso antes de que este se aleje, con el fin asegurar la presencia del cuidador. Entonces, a partir de este tipo de interacciones el niño limitará su exploración del mundo por considerarlo un lugar inseguro en el que no encuentra

apoyo en momentos de vulnerabilidad, o en donde no puede predecir cuándo ese apoyo estará disponible.

Por último, el vínculo de apego desorganizado se caracteriza porque el adulto no solamente no es sensible a las demandas y necesidades del niño, sino que, además, responde a ellas de manera inadecuada, mostrándose asustado, hostil, incoherente y altamente insensible ante las señales comunicativas de su hijo (Lyons-Ruth, Yellin, Melnick & Atwood (2005). Aquí, el cuidador, que debería ser la figura que protege, cuida del niño y alienta la exploración, se convierte en una fuente de temor y confusión (Chamorro, 2012); así, no es de extrañar que en varios de los casos de maltrato infantil los niños exhiban un patrón de apego desorganizado, que se expresa en su indecisión y miedo de acercarse al adulto y en conductas de extrema sumisión y parálisis ante su presencia, o bien de excesiva demanda. A mediano y largo plazo, este patrón de apego suele derivar en comportamientos agresivos, síntomas de depresión y ansiedad y niveles más bajos de desarrollo cognitivo en los niños (Moss, Cyr & Dubois-Comtois, 2004).

Entonces, debido al impacto que tiene el maltrato en los niños, tanto en las diferentes esferas del desarrollo, como en la percepción que tienen sobre los demás, sí mismos y su entorno, y teniendo en cuenta la alta vulnerabilidad de la población infantil, especialmente entre los 0 y los 5 años, se ha visto la necesidad de implementar intervenciones que apunten a prevenir y mitigar la incidencia del maltrato en este grupo etario, redirigiendo el curso del desarrollo hacia rutas más adaptativas (Moss et al, 2014). En esta línea, la Organización de las Naciones Unidas, en su informe sobre las violencias hacia los niños y las niñas (Pinheiro, 2006), recomienda dar prioridad a la prevención del maltrato infantil con base en los factores de riesgo que inciden en la generación de la violencia (los cuales, como ya se ha mencionado en este texto, son múltiples) y en los factores de protección que pueden mitigar o prevenir sus efectos. En Colombia se han propuesto alternativas de acción con este fin como, por ejemplo, la política *De Cero a Siempre*, que se enmarca en la Estrategia Nacional de Atención Integral a la Primera Infancia, la cual tiene como objetivo aunar los esfuerzos desde diversas instituciones públicas y actores, como el sector privado, la cooperación internacional y la sociedad civil, para atender las necesidades específicas de esta población. Esta política presenta los Lineamientos Técnicos para la Atención Integral a la Primera Infancia y para las diferentes Rutas de Atención de acuerdo con cada período de edad, desde la preconcepción hasta los 6 años y, además, enmarca

todas las políticas y programas orientados a brindar atención integral en el cumplimiento con el ejercicio de los derechos de los niños y niñas de cero a cinco años (Ley 1804 de 2016).

Ahora, si bien es cierto que las acciones implementadas deben dirigirse hacia los diferentes factores de riesgo relacionados con el maltrato, cabe resaltar que, de acuerdo con Moss et al (2014), algunas intervenciones que apuntan a intervenir solamente sobre factores parentales que aumentan el riesgo de maltrato hacia los niños (como por ejemplo el estrés o el abuso de sustancias), con la expectativa de que esto automáticamente derivará en mejores prácticas de crianza, no resultan del todo efectivas debido a que no abordan el problema principal del maltrato infantil, es decir, la relación de apego entre padre e hijo, como se mencionó anteriormente. Entonces, si se concibe el maltrato principalmente como una disfunción en el vínculo entre el cuidador y el niño (Tarabulsky et al, 2008), se hace visible la necesidad de implementar programas orientados hacia una intervención enfocada en la promoción de un vínculo de apego más sano y seguro en esta diada, considerando que éste aspecto es un factor protector en el desarrollo infantil al favorecer modelos internos de trabajo que contribuyen al desarrollo de patrones de relación más sanos del niño consigo mismo, los demás y su entorno, lo cual aporta a la prevención y mitigación de los efectos del maltrato infantil pues, como señala González (2015), haber tenido al menos una figura de apego seguro en la infancia es un factor de resiliencia para prevenir psicopatología futura y trauma derivado de experiencias graves de maltrato en la infancia.

De acuerdo con Gómez, Muñoz y Santelices (2008), las intervenciones basadas en apego que se enfocan en cambiar la sensibilidad parental resultan más efectivas que aquellas que se centran en otros factores, o que aquellas que no incluyen a los padres de manera activa en el proceso de intervención (Gómez et al, 2018). Así lo confirman algunos estudios citados por Juffer, Bakermans-Kranenburg & van IJzendoorn, (2005) como, por ejemplo, el de Scholz y Samuels (1992), quienes intervinieron 32 familias primerizas en su hogar mediante masajes al bebé y videos educativos para los padres, demostrando resultados positivos en mejorar la calidez de los cuidadores y la responsividad del niño a ello. También el estudio de Egeland y Erickson (1993) mostró resultados en la misma vía, pues evaluaron un programa de intervención preventiva para madres en condición de alta vulnerabilidad (expuestas a factores de riesgo como la pobreza, falta de educación, estructura familiar monoparental, entre otros), en el cual se realizaron aproximadamente 30 sesiones de visitas domiciliarias y sesiones grupales con otras madres, comenzando durante el embarazo y continuando durante el primer año de vida del bebé.

Dentro de las técnicas empleadas se incluyó la vídeo retroalimentación y psicoeducación sobre desarrollo infantil y sobre técnicas parentales de crianza. A su vez, la intervención implementada por Delucci, Muñoz y Gómez (2009), a través de la *Terapia de Intervención Guiada*, también mostró ser efectiva para incrementar la sensibilidad parental, empleando la vídeo retroalimentación para mejorar su comprensión sobre el niño e identificar sus propias competencias. Estas dos últimas intervenciones tienen en común precisamente la retroalimentación al padre o cuidador a través de la revisión de su interacción con el niño registrada en vídeo, así como las visitas al hogar para realizar la intervención en el contexto en que se desenvuelve el niño en la vida cotidiana (su hogar).

Intervención Relacional Basada en el Apego (IRBA)

Otra estrategia que ha mostrado ser muy efectiva en los últimos años en incrementar la sensibilidad del cuidador, especialmente en contextos familiares en los que se presenta maltrato infantil y que están expuestos a varios factores de riesgo, es la estrategia de *Intervención Relacional Basada en el Apego (IRBA)*, propuesta por Tarabulsky y su equipo de investigación de la Universidad de Laval en Canadá, la cual apunta a incrementar la sensibilidad parental y a promover un vínculo de apego seguro entre la díada cuidador-niño.

De acuerdo con Tarabulsky et al (2008), la IRBA se propone, como objetivo general, mejorar la sensibilidad parental a las señales emocionales y conductuales del niño y plantea tres objetivos específicos: a) mejorar la comprensión de los padres acerca de las emociones y las señales del bebé o niño; b) aprender a brindar la atención adecuada a pesar de las dificultades del pasado y las preocupaciones de los cuidadores y c) proporcionar un entorno interpersonal que fomente el desarrollo del niño a partir de habilidades de regulación emocional y conductual. A través de este tercer objetivo se espera que el padre pueda generar un ambiente interpersonal que el niño perciba como un entorno en el que sus comportamientos y emociones tendrán un impacto en quienes lo rodean (Moss et al, 2014).

El programa de intervención diseñado por Tarabulsky y su equipo consiste en una serie de 8 visitas domiciliarias de aproximadamente 90 minutos cada una, divididos en 4 momentos: 1) 20 minutos de psicoeducación y discusión sobre un tema escogido por el cuidador y el terapeuta, temas que pueden relacionarse con aspectos como las necesidades básicas del desarrollo infantil de 0 a 5 años, regulación emocional entre padre e hijo, disciplina y ecología familiar. El tema es escogido con base en factores como la edad del niño, la situación actual de la familia, dudas

del cuidador o la evaluación que el terapeuta hace con respecto a las necesidades de la díada cuidador-niño. Durante la discusión los padres comentan situaciones recientes con respecto al tema seleccionado, hacen preguntas y desarrollan un nuevo entendimiento sobre las interacciones problemáticas con el niño. Este momento de discusión es importante para el desarrollo de la alianza terapéutica con el padre o la madre ya que facilita el desarrollo de la conversación entre cuidador y terapeuta en la que se van llegando a acuerdos con respecto a las cualidades óptimas que el cuidador debería establecer con el niño en aras de satisfacer de manera sensible sus necesidades. 2) Un período de 10 a 15 minutos de interacción entre la díada, con materiales y juguetes proveídos por el terapeuta, la cual se registra en vídeo. La actividad (Imitación, contacto físico, exploración del niño, etc.) la elige el terapeuta en función de la edad del niño y las necesidades de la díada, con el fin de facilitar la motivación e interés del niño por la tarea y permitir al cuidador principal aprender a ser un facilitador del proceso de desarrollo de su hijo. 3) 20 minutos de vídeo retroalimentación en donde el terapeuta reproduce el vídeo en presencia del cuidador y discute con él acerca de sus sentimientos y observaciones sobre sí mismo y su hijo durante la interacción. Se observan las emociones, comportamientos y señales del niño y las respuestas comportamentales del padre o madre ante las mismas. Durante las primeras sesiones el terapeuta se enfoca en secuencias de interacción positivas entre la díada, señalando momentos en los que el cuidador fue sensible a las señales de su hijo, así como las respuestas y comportamientos positivos del niño. Se espera que después de la cuarta sesión la alianza terapéutica con el cuidador sea más sólida y que haya habido mejoras en la sensibilidad parental, motivo por el cual se espera que el terapeuta pueda introducir ahora una retroalimentación más correctiva, atendiendo también a las dudas e inquietudes manifestadas por el cuidador. 4) Un resumen de aproximadamente 15 minutos en el cual se resalta el progreso y se anima al cuidador a continuar realizando actividades similares con su hijo.

La IRBA adaptada al contexto colombiano

Se ha encontrado que la IRBA ha resultado bastante efectiva en el contexto canadiense para incrementar la sensibilidad parental y promover mayor seguridad en el vínculo de apego entre niños que han sido maltratados y sus cuidadores (Tarabulsy et al, 2008; Moss et al, 2011; Moss et al, 2014), con lo que ha apuntado a disminuir y erradicar las interacciones abusivas e insensibles de las familias con los niños. Sin embargo, no se cuenta hasta el momento con suficiente evidencia empírica sobre su efectividad en países diferentes a Canadá. Con respecto

a Colombia, recientemente se han hecho esfuerzos por adaptar la IRBA al contexto nacional con el propósito de aportar a la mitigación y prevención del maltrato infantil en el país. Así, cuatro universidades colombianas (Universidad Nacional de Colombia, Universidad del Externado, Universidad del Rosario y la Pontificia Universidad Javeriana), en conjunto con el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, han venido trabajando para realizar la adaptación de la IRBA al contexto colombiano. En esta misma línea, y con el propósito de aportar evidencias que permitan reorientar políticas públicas y programas de atención a la primera infancia en el país, la Facultad de Ciencias Humanas de la Universidad Nacional de Colombia planteó el proyecto “*Evaluación de la intervención relacional basada en el apego para la prevención de la violencia intrafamiliar, dirigido a niños, niñas y familias*”. Este proyecto tiene como propósito realizar la evaluación sobre los procesos y resultados de la IRBA en población colombiana a través del análisis tanto del registro audiovisual del proceso de intervención en díadas cuidador-niño, como a través del análisis de los resultados de los instrumentos y cuestionarios de evaluación aplicados en el marco de tales intervenciones.

En la implementación inicial de la IRBA en el país se realizó una fase inicial en la cual participaron dos díadas colombianas. En el marco de la evaluación de esta fase inicial, Paredes (2020) analizó el proceso de intervención en estas dos díadas con base en los registros de vídeo de las sesiones y en los formatos de evaluación diligenciados por los terapeutas y los cuidadores después de cada sesión. Para estos dos primeros casos la intervención fue realizada por cuatro profesionales en psicología que fueron entrenados por George Tarabulsy para la implementación de la IRBA en Colombia; en cada caso, la intervención realizada a la díada fue liderada por terapeutas con título de doctores en psicología, cada uno de los cuales fue apoyado por otro psicólogo profesional, con título de doctor o magíster en psicología.

En implementaciones posteriores de la IRBA en Colombia se han venido proponiendo y ejecutando adaptaciones de la intervención al contexto nacional. Si bien el protocolo original de la IRBA contempla la figura de *facilitador relacional* que, es el psicólogo que realiza la intervención relacional, discutiendo e interviniendo específicamente sobre temas relacionales de la díada con el cuidador, en la adaptación al contexto colombiano se introduce la figura del *Tejedor comunitario* en el proceso de intervención. Este rol es asumido por un trabajador social que se encarga de la identificación de riesgo psicosocial en la familia y de conectarla con redes y servicios de acuerdo con las necesidades que identifica en ella. Adicionalmente, la adaptación colombiana amplía el rango de edad de los niños que pueden beneficiarse de la intervención,

pues apunta a intervenir también en díadas con niños de hasta 12 años. Al respecto, en las díadas con niños mayores de 5 años, el facilitador relacional propone actividades de terapia de juego en los momentos de interacción entre cuidador-niño durante las sesiones, teniendo en cuenta la etapa del desarrollo en la que se encuentre el niño.

Alianza terapéutica

Ahora, ni en la IRBA diseñada por Tarabulsky y su equipo, ni en la implementación de ésta en Colombia se ha ampliado sobre consideraciones con respecto a la alianza terapéutica (AT) que se establece entre el cuidador y el terapeuta durante ese proceso. De manera general, la AT ha sido entendida como una relación de cooperación y empatía entre el terapeuta y el consultante que promueve el cambio terapéutico (Kerbaux, 1999; Shinohara, 2000). Este concepto tiene origen en las terapias psicodinámicas y ha sido definido por varios autores. Por ejemplo, Luborsky (1976) la define como el grado en que un consultante experimenta que la relación con el terapeuta es útil, o potencialmente útil, para lograr los objetivos terapéuticos y la considera como una entidad dinámica que evoluciona con los cambios que va demandando cada fase de la terapia (Luborsky, 1975). Así, el autor propone dos tipos de alianza terapéutica según la fase en la que se encuentre el proceso terapéutico: AT tipo I, que se daría al inicio del tratamiento y estaría caracterizada por la sensación que experimenta el consultante con respecto al apoyo y la ayuda que le brinda el terapeuta, y la AT tipo II, que se daría en posteriores fases de la intervención y consistiría en la sensación de trabajo conjunto entre consultante y terapeuta. Por su parte, Hartley (1985) propone que la alianza terapéutica influye en la relación entre terapeuta y consultante y en la alianza de trabajo, en donde la primera se refiere al vínculo de aceptación y confianza entre ambos, mientras que la segunda alude a la relación de cooperación con respecto a los objetivos previstos. Posteriormente, en 1970 Bordin plantea una definición trans teórica de este concepto que abarca lo mencionado por los anteriores autores, afirmando que la alianza terapéutica es el elemento relacional propio de todas aquellas relaciones que pretenden inducir un cambio; además, establece tres aspectos importantes que la componen: a) el vínculo afectivo que se establece entre el terapeuta y el consultante, b) el acuerdo entre ambos sobre los objetivos del proceso y c) la colaboración y acuerdo con respecto a las estrategias o tareas para lograrlos.

Safran y Murran (2005) plantean conceptualmente estos tres componentes. En cuanto al vínculo, estos autores argumentan que consiste en la cualidad afectiva de la relación entre el

consultante y el terapeuta, considerando que la calidad del vínculo influye en que el paciente y el terapeuta sean capaces de negociar un acuerdo sobre las tareas y objetivos del proceso terapéutico; así, se espera que se desarrolle un vínculo profundo de confianza y apego entre ambos que permita la continuidad y profundidad del trabajo terapéutico. Por su parte, las tareas se dan sobre la base de una relación de colaboración y un encuadre terapéutico, las cuales el paciente debe ejecutar para beneficiarse de la intervención. Estas tareas pueden tener lugar tanto dentro como fuera del lugar en el que se lleva a cabo la psicoterapia. Ahora bien, en cuanto a los objetivos, estos son los focos a los que se dirige el tratamiento, los cuales a su vez se convierten en metas de este.

En la investigación sobre psicoterapia se ha encontrado que la alianza terapéutica tiene una gran influencia en la efectividad de los procesos terapéuticos pues, además de favorecer la adherencia de los consultantes al tratamiento (Horvath & Luborsky, 1993; Ackerman et al 2001; Santibáñez et al, 2008; Santibáñez, Román & Vinet, 2009), ha sido considerada como uno de los factores que explican un mayor porcentaje de cambio terapéutico (Krause, 2001), llegando a explicar un 22% de la varianza del cambio en los consultantes al finalizar el tratamiento y un 29% durante el seguimiento (Anker, Owen, Duncan & Sparks, 2010), motivo por el cual se le considera un factor predictor del éxito de la intervención. La literatura sugiere que la evaluación de la AT puede realizarse desde los primeros momentos del proceso terapéutico, hacia la tercera o cuarta sesión, para obtener una medida predictora del éxito de la psicoterapia (Krause, 2001; Green, 2003; Castro, Lamela y Figueredo, 2009), ya que es desde las primeras sesiones en donde se va construyendo la AT, momento desde el cual el consultante nota si podrá, o no, establecer una relación de ayuda con el terapeuta (Krause, 2001).

Ahora, como proceso relacional la Alianza Terapéutica está influida por variables de distinta naturaleza, por ejemplo, variables del terapeuta, del consultante y de la técnica del terapeuta. En cuanto a aspectos que favorecen la AT, a nivel técnico se encuentran establecer el encuadre terapéutico desde el principio (es decir, fijar los acuerdos y límites de la terapia), la escucha activa, brindar esperanza a los consultantes y explicarles que el cambio ocurre poco a poco y de manera gradual, la validación y comprensión de los sentimientos de quien consulta (Ackerman et al, 2001), así como la empatía (en la medida en que permite congruencia entre el terapeuta y el consultante, o sistema que consulta, con respecto a la problemática) (Corning, Malofeeva & Bucchianeri, 2007; Sheinkman, 2008; Anker et al, 2010). Con respecto al terapeuta, se ha encontrado que su calidez, comportamientos de exploración y valoración,

buenas habilidades sociales, la aceptación que tenga frente a su responsabilidad en las rupturas de alianza y la capacidad de metacomunicarse con el consultante acerca de posibles malentendidos, son variables que contribuyen al establecimiento y fortalecimiento de la AT (Henry & Strupp, 1994; Bachelor & Horvath, 1999; Safran, Murrin & Samstag, 1994); del lado del consultante variables como la motivación, las expectativas de cambio, un apego seguro, el beneficio percibido, la claridad sobre el proceso terapéutico y la percepción que tenga del terapeuta como alguien que escucha y contiene se relacionan con un mejor establecimiento de la alianza terapéutica (Gaston, Marmar, Gallagher y Thompson, 1989; Alcázar, 2007; Rondón, Otálora & Salamanca, 2009; Becker & Benetti, 2014).

Así mismo, se ha encontrado que factores del terapeuta como el ser críticos, moralistas, faltar al respeto al consultante, imponer sus valores y punto de vista, la falta de calidez, así como mostrarse tensos, inseguros, tener una actitud culpabilizadora, mostrarse rígidos, discutidores, distraídos, cansados, aburridos y distantes, pueden desfavorecer la AT (Eaton, Abeles y Gutfreund, 1993; Cody y Marziali, 1994; Price y Jones, 1998; Sexton, Hembre y Kvarme; Sanders, 1999; citados en Ackerman y Hilsenroth, 2001). En cuanto al consultante, la AT se puede ver afectada negativamente por eventos estresantes recientes del consultante, la autocrítica, el perfeccionismo y actitud dominante de éste mismo, así como una percepción sobre el terapeuta como alguien impuntual, arrogante, nervioso, autoritario, distraído o inexperto son factores que afectan de manera negativa la construcción y el fortalecimiento de la AT (Blatt et al, 1998; Corbella & Botella, 2003; Alcázar, 2007; Anker et al, 2010). En cuanto a la técnica, se ha encontrado que el manejo inadecuado del silencio, estructurar rígidamente la terapia, la realización de comentarios personales inapropiados del terapeuta, la interpretación inadecuada de la experiencia del consultante y poner mucho énfasis en la resistencia de este, son factores que impactan de manera negativa la AT.

Ahora bien, debido a que la AT es un proceso dinámico, puede ir variando a lo largo de la terapia. Así, durante la intervención, también puede haber momentos de tensión en la relación colaborativa entre el terapeuta y el consultante, los cuales han sido denominados en la literatura como rupturas en la alianza terapéutica (Safran & Murrin, 2006). Safran y Murrin (1996) entienden estos momentos de tensión como deterioros en la relación entre el consultante y el terapeuta y plantean que estos son oportunidades críticas para explorar y comprender procesos que influyen en el mantenimiento de dinámicas interpersonales desadaptativas en la relación terapéutica. Además, de acuerdo con la perspectiva de estos autores, las rupturas de alianza son

producto de la contribución entre el terapeuta y el consultante; en algunos momentos será mayor la contribución del terapeuta y en otros la del consultante (Safran y Murran 1996). La misma postura sostienen Binder y Strupp (1997), quienes plantean que las rupturas son episodios de comportamiento encubierto o manifiesto en las que se ven involucrados ambos participantes, tanto el consultante como el terapeuta, en interacciones negativas complementarias. También se ha dicho que las rupturas de alianza son puntos de desconexión emocional entre el consultante y el terapeuta, las cuales generan cambios negativos en la calidad de la AT (Aspland, Llewelyn, Ardí, Barkham y Stiles, 2008), por lo cual varios autores coinciden en que las rupturas de alianza incrementan el riesgo de que se presente una terminación prematura del proceso terapéutico (Saketopoulou, 1999; Aspland y colaboradores, 2008).

Estas rupturas pueden variar en intensidad: pueden ser menores, y tanto el terapeuta como el consultante ser vagamente conscientes de ellas, o pueden ser deterioros mayores en la comunicación, entendimiento o cooperación entre ambos (Safran, Muran & Eubanks-Carter, 2011). Safran et al (2011) señalan que la ruptura puede estar referida a tres temas generales que no son mutuamente excluyentes: a) desacuerdo en las tareas de la terapia, b) desacuerdo en los objetivos de la terapia, y c) tensión en el vínculo entre terapeuta y consultante. Ahora, en cuanto al tipo de rupturas, siguiendo a Safran & Murran (2000), se encuentra que estas pueden ser por distanciamiento o por confrontación.

De acuerdo con Murran & Barber, (2010) las rupturas por distanciamiento se dan cuando el consultante se retrae o desconecta parcialmente del terapeuta, de sus propias emociones o de ciertos aspectos del proceso terapéutico. Estas rupturas pueden tomar diferentes formas, por ejemplo, el consultante puede evadir las preguntas del terapeuta, mostrar dificultades para comunicar sus preocupaciones o necesidades al terapeuta con respecto a la relación entre ambos; en otras ocasiones el consultante se adapta o se somete a los deseos del terapeuta, de forma tan sutil que a este último le cuesta identificarlos o advertirlos, o puede mostrarse demasiado cortés o complaciente en la interacción. Por otra parte, en las rupturas por confrontación el consultante expresa enojo, resentimiento o insatisfacción frente al terapeuta con respecto a la relación o a otros aspectos del proceso terapéutico de manera no colaborativa; este tipo de rupturas también pueden evidenciarse cuando el consultante trata de ejercer presión o control hacia el terapeuta; por ejemplo, puede realizar demandas hostiles con respecto al terapeuta o al proceso de intervención. Este tipo de rupturas presentan una mayor probabilidad de deserción o abandono

de la intervención por parte del consultante si el terapeuta no logra gestionarlas de manera adecuada.

Siguiendo con Safran y Murran (2000), las rupturas en la alianza terapéutica pueden ser manejadas de manera directa o indirecta. Así, en las tensiones relacionadas con el desacuerdo sobre las tareas o sobre los objetivos terapéuticos la ruptura puede manejarse de manera directa, acudiendo a la racionalización terapéutica sobre el impase o a la exploración de patrones disfuncionales del consultante; así mismo, también pueden ser abordadas de manera indirecta bien sea reencuadrando el significado y utilidad de los objetivos o tareas, o cambiándolos en mutuo acuerdo con el consultante. Ahora, en cuanto a las rupturas relacionadas con el vínculo terapéutico el tema se puede abordar de manera directa clarificando el malentendido o explorando con el paciente patrones relacionales disfuncionales que puedan estar relacionados con el impase; de otra parte, también pueden ser tratadas de manera indirecta por parte del terapeuta al aliarse con la resistencia del consultante, validando la defensa como adaptativa, o al brindar nuevas experiencias relacionales, desconfirmando las expectativas de respuesta que el consultante tiene sobre él.

Como en toda relación, en la relación terapéutica hay momentos de sintonía y de ruptura, por lo cual es importante identificarlos durante el proceso terapéutico y conocer los factores que influyen en su génesis y desarrollo con el fin de poder darles un manejo adecuado; esto considerando que un buen manejo de la AT, especialmente de los momentos de tensión, puede influir en el desarrollo de una mejor relación terapéutica, en la motivación del consultante hacia el cambio, en su adherencia al tratamiento y en la efectividad del proceso terapéutico. Así mismo, una AT débil o mal manejada pone en riesgo la continuidad de la intervención, pues se ha encontrado que se relaciona con la finalización unilateral del tratamiento por parte del consultante (Corbella y Botella, 2003; Salgado, 2016).

Ahora bien, es importante señalar que en los procesos terapéuticos la AT puede tener cualidades distintas dependiendo de las características de quien consulta; es decir, tiene características, consideraciones, retos y formas de manejo diferentes si se trata de una psicoterapia con adultos, con niños o adolescentes, con familias o con parejas. Por ejemplo, en la psicoterapia con adultos la AT se establece entre el terapeuta y un consultante, mientras que, con familias, parejas, o incluso con niños o adolescentes pueden establecerse alianzas múltiples; es decir, el terapeuta no sólo establece la AT con una sola persona sino con varias, y la cualidad de cada una de esas relaciones puede ser diferente.

Así, por ejemplo, en la psicoterapia con niños y adolescentes se involucra a otros miembros de la familia, usualmente a los cuidadores principales, lo que algunos autores consideran que la hace más compleja de manejar, pues implica gestionar al menos dos relaciones (con el niño y con los cuidadores) y acordar entre todos los implicados los objetivos y tareas del proceso terapéutico (Hawley y Weisz, 2005; Carr, 2006). Por ejemplo, de acuerdo con Gómez (2006), para los padres, o cuidadores, sólo es posible respaldar el tratamiento si las ansiedades que les genera la figura del terapeuta no se hacen insoportables y si pueden manejarlas y no actuarlas, ya que los cuidadores pueden sentirse juzgados y actuar de manera defensiva, abandonando el proceso o retirando al niño del mismo; sin embargo, el control de estas emociones no depende sólo de ellos sino también de la actitud del terapeuta y de la capacidad que éste tenga de contenerlos. Ahora, es importante señalar que el terapeuta no es el único responsable del desarrollo de la AT, sino que ésta es una construcción conjunta entre consultante y terapeuta y, por lo tanto, la visión del otro, las expectativas, opiniones y construcciones sobre el trabajo que ambos están realizando son importantes para la construcción y el desarrollo de la AT (Safran & Murran, 2000).

Por otra parte, en la IRBA, la AT también tiene consideraciones importantes, las cuales no necesariamente son las mismas que se presentan en los procesos de psicoterapia tradicional con niños y adolescentes, en los cuales el terapeuta trabaja de manera directa con el niño gran parte del tiempo e involucra a los cuidadores o a otras figuras cercanas al niño, a través de la solicitud de información sobre el contexto del menor o solicitando su colaboración en algunos momentos del proceso terapéutico (ej: profesores, otros familiares, etc). En cambio, en la IRBA, en tanto participan el cuidador y el niño como sistema, en el marco de una terapia centrada en el apego, el cliente es la relación entre la diada, como lo afirma Pitillas (2018) con respecto a las intervenciones basadas en apego. Ahora, de manera más puntual, en la IRBA el terapeuta interviene en la diada enfocándose en la manera en la que el cuidador se dirige o se relaciona con el niño con el objetivo de mejorar la sensibilidad parental y promover un apego seguro en el menor. En este proceso, si bien el terapeuta se dirige al niño ocasionalmente, la interacción y el trabajo los lleva a cabo principalmente, y de manera activa, con el cuidador, conversando con él sobre los riesgos psicosociales y la relación entre la diada, brindándole retroalimentación sobre su interacción con el menor y, además, orientándolo y guiándolo hacia una relación más sensible con respecto a las necesidades del niño.

Ahora bien, como se ha mencionado previamente, la IRBA resulta altamente beneficiosa y efectiva para la mitigación y prevención del maltrato infantil en las familias, debido a que, al intervenir directamente sobre la manera en la que el cuidador se relaciona con el niño, se promueve una mayor conciencia en él con respecto a la importancia de su rol parental en la potencialización del desarrollo del menor. Al respecto, si bien tanto el cuidador como el niño influyen en la relación, el cuidador tiene un papel más activo como agente en el desarrollo del niño y del vínculo; es la principal fuente relacional que tiene el menor para aprender a conocer el mundo, interactuar con él y satisfacer sus necesidades. Entonces, a partir de la cualidad del vínculo que se establezca entre ambos, el niño irá desarrollando representaciones internas con respecto a sí mismo, a los demás y a su entorno (Gómez, 2006).

La IRBA puede considerarse terapéutica en tanto tiene como propósito inducir un cambio relacional en la díada cuidador niño como sistema, motivo por el cual aquí la AT entre el terapeuta y el cuidador juega un papel importante, ya que puede promover la cooperación y adherencia del cuidador al proceso terapéutico (Bachelor y Salamé, 2000), y al ser un factor predictor de la efectividad del tratamiento, puede influir positivamente en el cambio en la sensibilidad del cuidador hacia las necesidades del niño y, por tanto, en la promoción de un vínculo de apego más seguro entre la díada. Entonces, la AT en la IRBA podría favorecer los resultados del proceso de intervención, pues influye en la relación entre la díada cuidador-niño durante y después del proceso de intervención.

Ahora, si bien no se han encontrado estudios que observen específicamente la AT entre el cuidador y el terapeuta en la IRBA, en procesos de psicoterapia sí se ha estudiado la interacción entre padres y terapeutas en el contexto de la terapia con niños y adolescentes con la premisa de que las cosas que se dicen en consulta, y las palabras que se eligen para hacerlo, influyen en el cambio o en la repetición de los patrones de relación disfuncionales entre la díada cuidador-niño. Un ejemplo de este tipo de estudios es el de Pitillas (2018), en el cual el autor describe el uso de la intervención verbal del terapeuta en intervenciones con díadas cuidador-niño, enfocándose en lo que el profesional le dice al cuidador, principalmente, teniendo en cuenta que es con éste con quien el terapeuta establece interacciones la mayor parte de la sesión en las terapias basadas en apego. Según el autor, en el marco de estas intervenciones, a través de la comunicación verbal, el terapeuta suele enfocarse en cuatro aspectos para facilitar el cambio: a) promover en el cuidador la capacidad de observación de la interacción con su hijo; b) la mentalización parental, entendida como la habilidad de interpretar el comportamiento del

niño atribuyéndole estados mentales, deseos e intenciones; c) suscitar la auto comprensión del cuidador a través de la interpretación; y d) funcionar como un sostén para el cuidador y validar su parentalidad.

Teniendo en cuenta que, como se expuso anteriormente, la AT puede promover el cambio y la adherencia a los procesos terapéuticos y que no hay evidencias con respecto al estudio sobre la AT en la IRBA, ni sobre los factores que pueden influir en ella dentro de este proceso de intervención, resulta de interés investigar diferentes aspectos que influyen en la alianza terapéutica entre el terapeuta y el cuidador en la IRBA.

2. Planteamiento y justificación del problema

Se ha dicho que los efectos de los programas de visitas domiciliarias basados en vídeo retroalimentación, como es el caso de la IRBA, varían, precisamente, en función de la calidad de la relación que se establece entre el cliente y el terapeuta (Dozier y Bates, 2004) y también se ha encontrado que una buena alianza terapéutica entre ellos favorece la apertura del cuidador para preguntar y comentar acerca de las dificultades que tenga con respecto a las emociones y el comportamiento del niño (Cooper, Hoffman, Powell y Marvin, 2005). Por su parte, el mismo Tarabulsky y sus colaboradores refieren que, en la IRBA, al trabajar con poblaciones en riesgo de vulnerabilidad, es importante construir una buena relación con el cuidador, ya que esta serviría como una fuente de soporte para el estrés parental y para la negociación de comportamientos del cuidador que resulten beneficiosos para el desarrollo de un vínculo afectivo seguro en la díada (Tarabulsky, et al, 2008).

En el proceso de Intervención Relacional Basada en el Apego, el facilitador relacional y el cuidador van estableciendo una relación de confianza y cooperación en donde se conversan y se trabajan temas asociados con la relación entre la díada y con los riesgos psicosociales que impactan sobre esa relación. Ahora, dado que la alianza terapéutica da cuenta de esa relación de confianza y cooperación entre el facilitador relacional y el cuidador, y teniendo en cuenta que, cuando su manejo es adecuado, la AT favorece la adherencia al proceso de intervención y el cambio en el sistema que consulta (Horvath & Luborsky, 1993; Bachelor y Salamé, 2000; Ackerman et al 2001; Krause, 2001; Green, 2003; Santibáñez et al, 2008), es importante identificar y prestar atención a los factores relacionados con la génesis y desarrollo de

momentos de tensión o ruptura en la alianza terapéutica en la IRBA, con el fin de atenderlos y darles un manejo que beneficie la AT y por tanto, el desarrollo del proceso de intervención.

Si bien la IRBA es una intervención protocolizada, y se le han realizado adaptaciones para implementarla en el contexto colombiano, hasta el momento no se cuenta con evidencias de análisis sobre los factores relacionados con la génesis y desarrollo de los momentos de tensión o ruptura en la AT entre el facilitador relacional y el cuidador, motivo por el cual esta investigación pretende realizar un aporte con respecto al tema. Por lo anterior, si bien los terapeutas que realizan la IRBA pasan por una fase previa de entrenamiento en habilidades clínicas y de observación, analizando horas de vídeo de interacción entre díadas de cuidadores y niños, se observa que este entrenamiento no contempla explícitamente la identificación de aspectos o factores que pueden debilitar o limitar la construcción de la AT. Así, se pretende que esta investigación también pueda enriquecer el entrenamiento de los facilitadores relacionales colombianos sobre la identificación de los factores del consultante, del terapeuta y del proceso que influyen en la génesis y desarrollo de momentos de tensión en la AT en la IRBA, considerando que, como lo afirman Olds, Sadler y Kitzman (2007) y Goodson, Layzer, St-Pierre, Bernstein & López (2000), un pobre entrenamiento puede exacerbar las dificultades de la población en la que se interviene.

De acuerdo con lo anterior, es de interés en esta investigación caracterizar los momentos de tensión en la AT en la IRBA y determinar cuáles son los factores del consultante y del terapeuta relacionados con la génesis y el desarrollo de los momentos de tensión en la alianza terapéutica en los casos analizados.

Objetivo general

Caracterizar las rupturas en la AT, a partir de la interacción verbal y no verbal entre los facilitadores relacionales y los cuidadores, y determinar cuáles son los factores de las cuidadoras y de los facilitadores relacionales asociados con la génesis y desarrollo de los momentos de tensión en la alianza terapéutica en dos casos que participaron en la fase inicial de la implementación de la IRBA en Bogotá, Colombia.

Objetivos específicos

- Identificar los momentos de tensión en la alianza terapéutica en cada uno de los casos analizados.

- Caracterizar los momentos de tensión en la AT en cada una de las sesiones del proceso de intervención a partir de: los temas abordados en cada parte de la intervención, el tipo de ruptura y los componentes de la AT implicados (vínculo, tareas y objetivos).

- Identificar los factores de los facilitadores relacionales y de las cuidadoras involucrados en los momentos de tensión en la AT, de acuerdo con las características identificadas en cada uno de estos momentos.

- Comparar ambos casos a partir de la caracterización de sus rupturas en la AT y de los factores asociados con la génesis y desarrollo de las rupturas identificadas.

3. Método

Diseño

Esta investigación tiene un alcance descriptivo y se realiza bajo una metodología de estudio observacional de caso múltiple el cual, si bien no constituye un diseño de investigación en sí mismo (Weiner, 2012), permite una comprensión a profundidad del fenómeno a estudiar y favorece la vinculación entre la investigación y la práctica terapéutica (Roussos, 2007). Como diseño de caso observacional, este estudio respeta las condiciones de la intervención realizada, sin intervenir o modificar el contexto de ésta, ni alterar la interacción entre los facilitadores relacionales y cuidadores en el proceso de Intervención Relacional Basada en el Apego.

Además, este estudio emplea un enfoque de investigación cualitativo, el cual, según Creswell & Plano Clark (2007), se basa en un proceso inductivo en lugar de deductivo, pues el investigador tiene que buscar patrones narrativos explicativos entre las variables de interés, llevando a cabo la investigación y descripción de dichos patrones. Así, de acuerdo con estos autores, en lugar de plantear inicialmente una hipótesis, teoría o noción precisa para someterlas a prueba, la investigación cualitativa empieza con observaciones preliminares de los datos y culmina con hipótesis descriptivas o explicativas sobre lo encontrado.

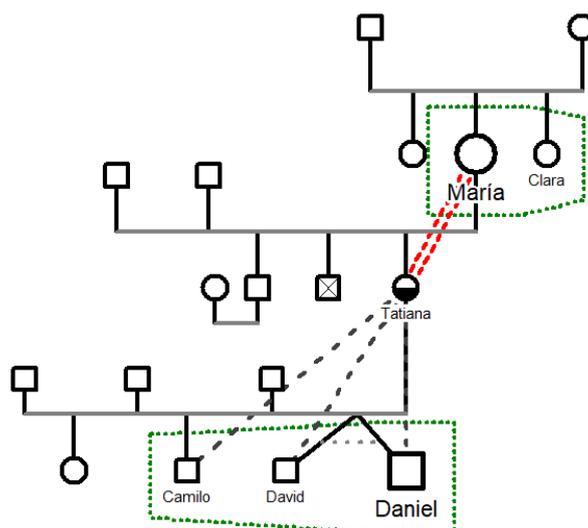
Participantes

En este estudio se analizaron dos casos, en cada uno de los cuales participaron dos psicólogos y una díada cuidador-niño. Así, en total participaron cuatro psicólogos (dos hombres y dos mujeres) que fueron entrenados por George Tarabulsy en el protocolo de la IRBA, y dos

díadas, compuestas cada una por una cuidadora y un niño menor de cinco años. Se realizó un muestreo discrecional, a conveniencia, pues el criterio para la selección de los casos fue haber participado de la primera fase de implementación de la IRBA en Colombia. A continuación, se describe cada caso omitiendo los nombres reales de los participantes y reemplazándolos por nombres ficticios para proteger su identidad y guardar la confidencialidad de la información presentada.

Caso A

En este caso participó una díada compuesta por un menor de 18 meses (Daniel) y por su abuela (María). En cuanto al contexto y factores psicosociales de la familia se tiene que, al momento en el que se realizó la intervención relacional en la familia, Daniel se encontraba institucionalizado y en proceso de reintegro al núcleo familiar junto con dos de sus hermanos: Camilo y David (su gemelo), quien participó en algunas sesiones del proceso de IRBA. Los niños fueron institucionalizados debido a que su abuela, María, decidió dejarlos al cuidado del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), debido a la negligencia y abandono de su hija (Tatiana) con respecto a la crianza de los niños. Tatiana consumía sustancias psicoactivas, estuvo privada de su libertad y tenía una relación de conflicto con María. Tatiana también tiene una hija mayor, quien quedó al cuidado de su padre debido a la negligencia de ella en su rol como madre. En el momento en el que se realizó la intervención María no tenía la custodia de los tres niños y la defensoría de familia se encontraba estudiando la posibilidad de entregarle la custodia a ella o a una de sus hermanas (Clara). María trabajaba como operaria de maquina plana y convivía en una casa familiar que compartía con una de sus hermanas y algunos de los sobrinos. Además, al momento en el que se realizó la intervención, María se encontraba en un proceso de duelo debido a que hacía pocos meses habían asesinado a uno de sus hijos varones (Paredes, 2020).



Ac

Figura 1. Genograma familiar caso A. Relación de conflicto y discordia entre María y su hija Tatiana. Indiferencia de Tatiana hacia sus hijos.

Caso B

En este caso participó una díada compuesta por un niño de 10 meses (Sebastián) y su madre (Sandra). Sandra es madre soltera de 3 hijos: Sebastián y dos niñas (Catalina y Luisa, de 10 y 14 años, respectivamente, al momento de la intervención). Debido a los riesgos psicosociales de la familia, y como medida de prevención de maltrato infantil hacia Sebastián, Sandra y él fueron postulados a la IRBA por una fundación que trabaja en la protección de los niños frente al maltrato infantil, institución a la cual asisten Catalina y Luisa como apoyo psicosocial debido a que Luisa fue abusada sexualmente a la edad de 8 años. En cuanto al contexto y antecedentes psicosociales de la familia, se encuentra que sus recursos económicos son escasos, Sandra es madre soltera y convive con sus tres hijos. Las dos niñas mayores son hijas de la unión con su primera pareja, mientras que Sebastián es hijo de su segunda pareja; la cuidadora no convive con ninguno de estos dos hombres, pero ambos responden económicamente por sus hijos. Debido a que Luisa fue abusada sexualmente cuando tenía 8 años, en el momento en el que se realizó la intervención relacional la familia estaba vinculada como denunciante al proceso penal al que estaba sometido el hombre que abusó de ella (Paredes, 2020).

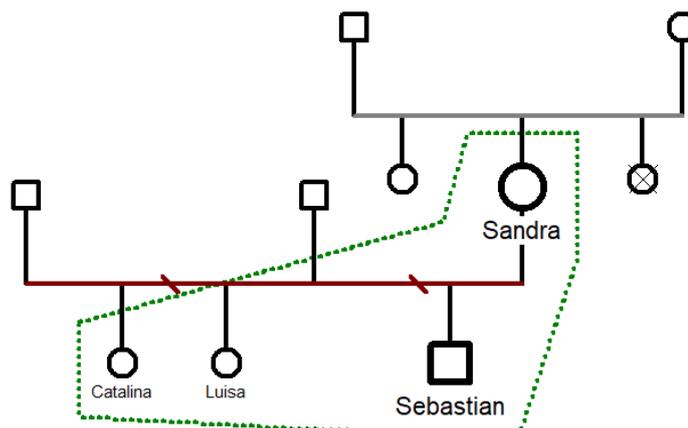


Figura 2. Genograma familiar caso B.

Cada caso fue liderado por un profesional en psicología con título de doctorado, cada uno de los cuales contó con el apoyo de un profesional en psicología con título de maestría o doctorado. Como se mencionó anteriormente, estos cuatro profesionales fueron entrenados por George Tarabulsky en el protocolo de Intervención Relacional Basada en el Apego (IRBA).

Instrumentos

Para registrar la información obtenida a partir de la observación de los vídeos de las sesiones de intervención del caso A y del caso B se construyó una matriz observacional, la cual se estructuró con base en una matriz inicial diseñada por Paredes (2020), quien realizó una evaluación sobre el proceso de IRBA en los dos casos que participaron de la primera fase de implementación de la IRBA en Colombia. De esta matriz original, se conservaron algunos campos de observación y se añadieron otros, de acuerdo con los intereses investigativos del presente estudio. Así, de la versión inicial de la matriz diseñada por Paredes (2020), se conservaron los siguientes campos de codificación y registro de la información: los códigos para identificar cada intervalo de vídeo; el caso al que corresponde cada intervalo; el número de la sesión; los tiempos de inicio, final y duración total de cada intervalo de tiempo observado; la parte de la sesión a la que corresponden los temas abordados, de acuerdo con el protocolo original de la IRBA planteado por Tarabulsky y su equipo (1=Conversación libre; 2=Cápsulas de discusión; 3=Interacción entre la díada; 4=Vídeo retroalimentación; 5=Cierre u otros comentarios). También se conservaron los siguientes campos: temas abordados en el intervalo;

descripción de la interacción entre el terapeuta y el cuidador en el intervalo; transcripción de la conversación de cada intervalo.

Posteriormente, a esta versión inicial de la matriz se le incluyeron otros campos, específicos para registrar la información relacionada con las rupturas o tensiones en la AT observadas en cada intervalo: aspectos emocionales relevantes que se observan en la interacción; notas sobre aspectos conductuales y verbales relevantes; descripción de la ruptura identificada; tipo de ruptura (por distanciamiento o por confrontación); componentes de la AT implicados (Vínculo, Tareas u Objetivos); y las sensaciones, impresiones o interpretaciones del observador con respecto a la interacción que observa en cada intervalo. La operacionalización de cada una de estas categorías se encuentra en el diccionario de análisis de los vídeos (anexo 2). Finalmente, la versión final de la matriz observacional fue sometida a juicio de expertos.

Procedimiento

Con base en la revisión de la literatura se definió como *momentos de tensión o ruptura en la AT* aquellos momentos de desajuste en la relación colaborativa entre los facilitadores relacionales y las cuidadoras durante los cuales se observaban episodios de comportamiento, encubierto o manifiesto, que evidenciaban desconexión, falta de cooperación o falta de sintonía entre ambos. Posteriormente, se procedió a seleccionar el material audiovisual a analizar. Cada caso contó con 9 sesiones de intervención, todas ellas fueron seleccionadas para su análisis en el presente estudio, a excepción de la sesión 8 del caso B de la cual no se obtuvo el vídeo. Cada uno de esos vídeos se segmentó en intervalos de tiempo para su posterior análisis. Para las partes de Conversación libre, Cápsulas de discusión y de Cierre u otros comentarios, los intervalos a analizar fueron de 3 minutos; mientras que, para las partes de Interacción entre la díada y Vídeo retroalimentación, los intervalos fueron de 30 segundos, como lo estableció Paredes (2020) en su estudio. Así, se analizaron en total 17 sesiones registradas en vídeo, identificando cadenas de interacción entre las cuidadoras y los facilitadores relacionales en las que se observaron momentos de tensión en la AT. Una vez identificados estos intervalos, se procedió a registrar en la matriz observacional la información obtenida tras la observación de cada uno de ellos, de acuerdo con las categorías de codificación preestablecidas en el diseño de la matriz.

Una vez registrada la información en las matrices, para garantizar la confiabilidad del análisis inicial realizado por la investigadora, se procedió a realizar un entrenamiento a un equipo de dos observadores evaluadores con el fin de que también observaran cada sesión,

identificaran los momentos de tensión en la AT y evaluaran la calidad de la información registrada previamente en las matrices por parte de la investigadora de este estudio. Los evaluadores fueron dos personas de último semestre de la maestría en profundización en Psicología, con énfasis en clínica, de la Universidad Nacional de Colombia. El entrenamiento se centró en la observación de la interacción entre los facilitadores relacionales y los cuidadores en la IRBA, teniendo como materia prima los vídeos de las sesiones de los casos seleccionados para la muestra de este estudio. Además, en estas sesiones de entrenamiento se instruyó al equipo evaluador sobre el diligenciamiento de las matrices, con base en el diccionario de análisis de los vídeos (anexo 2).

Culminado el entrenamiento, a cada uno de los evaluadores se le compartió una copia de los vídeos de las sesiones y una copia de la matriz observacional de cada caso con el consolidado de la información relacionada con los momentos de tensión en la AT observados en cada uno. Así, cada uno de los evaluadores procedió, de manera independiente, con la observación de las sesiones para realizar la revisión de la información contenida en las matrices. Con base en lo que observaron, los evaluadores realizaron comentarios y observaciones con respecto a la calidad de la información previamente registrada por la investigadora en las matrices. Con base en la retroalimentación de los evaluadores, la investigadora a cargo de este estudio corrigió y amplió la información contenida en las matrices, atendiendo a la retroalimentación recibida.

Consideraciones éticas

Esta investigación se llevó a cabo en el marco del proyecto “*Evaluación de la intervención relacional basada en el apego para la prevención de la violencia intrafamiliar, dirigido a niños, niñas y familias*” de la Facultad de Ciencias Humanas de la Universidad Nacional de Colombia, el cual cuenta con el aval del comité de ética de esta Facultad.

Tanto para el caso A, como para el caso B, los facilitadores relacionales y las cuidadoras firmaron un consentimiento informado (anexo 1) en donde se realizó la presentación del programa de Intervención Relacional Basada en el Apego, los derechos del niño y de la familia en el proceso, el acuerdo de confidencialidad, las actividades generales, los procedimientos como la grabación en vídeo de las sesiones y el consentimiento para el uso de los datos obtenidos con fines investigativos.

4. Resultados

A continuación, se presentan los resultados del análisis de la información contenida en las matrices observacionales de cada caso, con lo cual se buscó identificar y analizar los factores relacionados con la génesis y el desarrollo de los momentos de tensión en la Alianza Terapéutica en cada uno de ellos. Esta información fue analizada mediante la técnica de análisis de contenido la cual, según Noguero (2002), se ubica en el ámbito descriptivo, permite la interpretación de diversos documentos y pretende describir los componentes básicos de un fenómeno determinado extrayéndolos de un contenido dado. Para la realización del análisis de contenido se utilizó el software de análisis cualitativo de documentos Atlas.ti, en su versión 9.

4.1. Identificación de los momentos de tensión

Tras la observación de las sesiones de vídeo se pudieron identificar los momentos de tensión en la alianza terapéutica en cada caso, encontrando que no en todas las sesiones se evidenciaron momentos de ruptura en la Alianza Terapéutica. Así, para el caso A, las rupturas se presentaron en las sesiones 5, 6, 7, 8 y 9, siendo 19 momentos de tensión en total; mientras que en el caso B los momentos de tensión se presentaron en las sesiones 2, 3, 5, 6, 7 y 9, con un total de 22 momentos de ruptura identificados. Así, se puede observar que en el caso A estos momentos se presentaron después de la mitad del proceso de intervención, mientras que en el caso B se observaron a lo largo de casi todo el proceso. Para cada uno de los casos se consolidó una matriz observacional con todos los momentos de ruptura identificados en las sesiones mencionadas.

4.2. Caracterización de los momentos de tensión

Se caracterizaron los momentos de tensión en la AT con base en tres categorías preestablecidas de acuerdo con la revisión de la literatura: a) Parte de la intervención y temas de conversación abordados; b) Tipo de ruptura; c) Componentes de la AT afectados por estas tensiones. La primera categoría se estableció de acuerdo con la literatura revisada acerca de la estructura de la IRBA para cada una de las sesiones; mientras que la segunda y la tercera se establecieron de acuerdo con la revisión de la literatura sobre las rupturas en la AT.

4.2.1. Parte de la intervención y temas de conversación abordados

De acuerdo con las sesiones de intervención observadas, la intervención realizada en ambos casos comprende 5 momentos en los que se abordan temas o actividades distintas: 1=Conversación libre; 2=Cápsulas de discusión; 3=Interacción entre la díada; 4=Vídeo retroalimentación; 5=Cierre u otros comentarios (Paredes, 2020). Con base en esto, inicialmente se identificaron los intervalos en los que se presentaron rupturas o tensiones en la AT, posteriormente se identificaron los temas que estaban siendo abordados por el cuidador y el facilitador relacional durante esas tensiones y, por último, se determinó en qué parte de la intervención tuvieron lugar. Uno de los cuestionamientos que surgió para el análisis de esta categoría, fue si el tema de conversación abordado durante el momento de ruptura podría estar relacionado directamente con esta o si, por el contrario, había procesos emocionales o cognitivos subyacentes relacionados con el desarrollo de la tensión observada.

Ahora bien, con respecto a las partes o momentos de la intervención, los análisis indican que en el caso A las rupturas ocurrieron con mayor frecuencia durante la conversación libre, mientras que en el caso B hubo mayor frecuencia de tensiones en la AT durante las cápsulas de discusión (Tabla 1).

Tabla 1
Frecuencia de intervalos en cada parte de la intervención

Parte de la intervención	Caso A	Caso B
1. Conversación libre	10	2
2. Cápsulas de discusión	2	12
3. Interacción entre la díada	0	1
4. Vídeo retroalimentación	7	7
5. Cierre u otros comentarios	0	0

Con respecto a los temas abordados durante las rupturas en la AT, se presentan a continuación aquellos sobre los cuales se estaba conversando en cada parte de la intervención.

Sobre los temas abordados en la *Conversación libre*, en esta parte de la sesión los facilitadores relacionales y las cuidadoras conversaron acerca de diferentes temas propuestos por las cuidadoras, los cuales les planteaban retos que podrían ser estresantes para ellas, motivo por el cual los facilitadores relacionales buscaban conectar a las cuidadoras con servicios de ayuda y activar redes de apoyo que pudieran suplir las necesidades de las cuidadoras con respecto a estos temas. Con el análisis de contenido realizado a las matrices observacionales se identificaron las siguientes categorías emergentes con respecto a los temas sobre los cuales se estaba conversando durante las rupturas que se presentaron en esta parte de la intervención: a) recursos y redes de apoyo para garantizar el cuidado de los niños; b) conflictos familiares; c) procesos legales en los que las familias estaban involucradas; d) temas de salud (Figura 3).

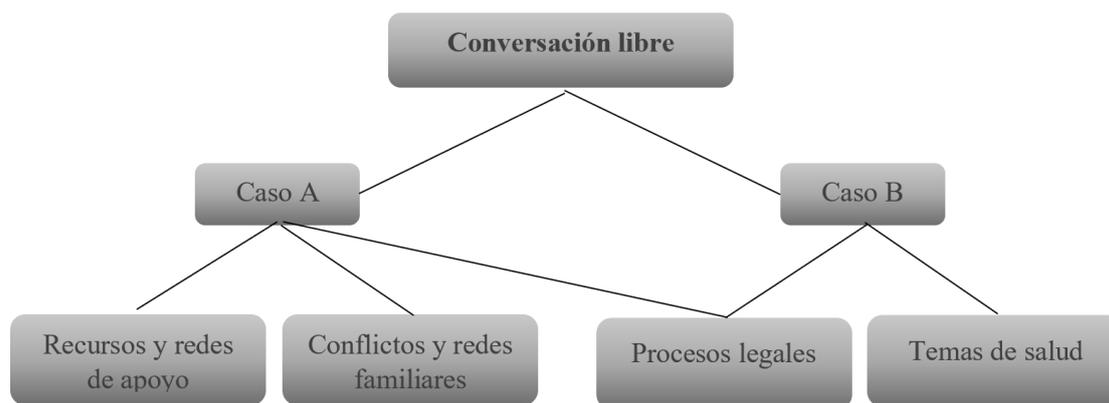


Figura 3. *Temas abordados durante los momentos de ruptura en la parte de conversación libre.*

Con respecto al tema de recursos y redes de apoyo, en el proceso de intervención del caso A se fueron identificando las posibles necesidades que María tendría en relación con el cuidado de los niños una vez fueran reintegrados al hogar y empezaran a convivir con ella. Se identificó que María necesitaba recursos materiales (como las camas para los niños, pañales, entre otros) y económicos, además de recursos como apoyo emocional y personas que la ayudaran con el cuidado de los niños. Así, los facilitadores relacionales ayudaron a María a establecer planes y estrategias para poder conseguir estos recursos y el apoyo que necesitaba. Con este fin, se realizó una evaluación de la red de apoyo de María para identificar a qué personas podría solicitar apoyo con algunos de estos recursos, actividad con la cual la cuidadora encontró que no se sentía cómoda solicitando la ayuda de algunas personas. Por ejemplo, en la sesión 5, P1 le dijo a María que “falta explotar más a los sobrinos

de Clara (la hermana de María) [...] Al menos decirle, alguno de ustedes me puede (ayudar con) ...”, haciendo referencia a que a la cuidadora le faltaba aprovechar más la ayuda de los sobrinos para que le apoyaran cuidando a los niños o con algunos implementos como las camas para acostarlos. María se mostró en desacuerdo frente a este comentario, refiriendo que ella no sentía tanta confianza con sus sobrinos, motivo por el cual no acudía a su ayuda en momentos de necesidad. Mientras María le respondía al facilitador relacional se observó impaciencia en él a través de su lenguaje no verbal (mira a la cámara, se inclina hacia atrás en la silla, se toca la barba, mira hacia la derecha, parece incómodo); posteriormente, P1 interrumpió de repente la respuesta de la cuidadora, elevando el tono de voz, para decir: ¿Entonces cuál es el aprendizaje hasta ahorita? A lo que la cuidadora respondió con deferencia que tenía que solicitar ayuda, probablemente respondiendo de acuerdo con lo que ella creía que el facilitador relacional esperaba que entendiera.

Otro de los recursos que María necesitaba era una máquina de coser para poder trabajar desde la casa mientras cuidaba a los niños. Los facilitadores relacionales le ayudaron a pensar en estrategias para conseguir el dinero que le hacía falta para comprarla, frente a lo cual, en la sesión 8, ella manifestó que estaba a la espera de que una vecina le pagara una deuda. En esta sesión P1 le sugirió que podría pedirle apoyo a su hermana Clara para que le prestara el dinero, pero María no estuvo de acuerdo con esta posible solución, pues dijo que prefería que esta fuera la última opción y que ella trataría de conseguir el dinero primero por otro lado; la cuidadora ya le había expresado en sesiones anteriores a los facilitadores relacionales que con su hermana la relación era conflictiva y prefería no pedirle ningún favor.

María: Pero yo ahoritica, decirle a ella “présteme los seiscientos mil que le voy a pagar ahorita” ... (interrumpe contacto visual con los facilitadores, niega con la cabeza y se inclina hacia atrás con un gesto de desaprobación ante la sugerencia), prefiero...

P2: No...

María: prefiero más bien esperar hasta último momento, ¿si me entiende?
(Sesión 8).

Otro de los temas abordados durante la conversación libre fue el de los conflictos familiares, en el cual se observó una confluencia entre éste y el tema de procesos legales en el caso A. En la sesión 6 María expresó que quería desistir del proceso de intervención relacional debido a que había tenido una discusión con su hija Tatiana, por lo cual prefería desentenderse de los niños y dejarlos al cuidado de su hija para evitar más problemas con ella. Con este planteamiento de la decisión de desertar se evidenció una falta de cooperación de la cuidadora con el proceso de IRBA en ese momento, pues esto implicaba que los objetivos del proceso no podían cumplirse a cabalidad. Los facilitadores relacionales conversaron con la cuidadora sobre el motivo de esta decisión, con lo que María concluyó que en realidad lo que quería era que su hija creyera que ella iba a desertar del proceso de IRBA para presionar a su hija para que cooperara con el proceso de custodia:

María: Yo sigo el procedimiento, como le voy a decir a la doctora, hacer de cuenta que yo no estoy viniendo, que no estoy viendo a los niños, no firmo allá visitas, para que ella se dé cuenta que la dejamos sola [...] Quiero darle a entender a Tatiana que yo me salgo del proceso. Igual yo sigo en el proceso, para que al momento en que el doctor llame (a Tatiana) ... y le diga: "Tiene que tomar la decisión", porque él le va a decir eso... "¿O va a dejar los niños a su familia o los va a dejar al Estado?". (Sesión 6)

Se observó que la cuidadora estaba preocupada porque pensaba que, en venganza por la discusión que habían tenido, Tatiana decidiría interferir en la decisión del defensor de familia, de modo que este concluyera no asignarle la custodia de los niños a María. Así, cuando los facilitadores relacionales intentaban explicarle cómo funciona el proceso de custodia y en qué se basa el defensor para tomar la decisión, María ignoraba sus comentarios o los contradecía.

María: Lo que yo estoy ahoritica más preocupada es por el giro que dieron las cosas porque se suponía que ya me iban a entregar los niños, que ya la demora era que yo organizara, ¿y usted cree que Tatiana me va a permitir que yo me lleve los niños? (expresa con voz de frustración). [...] María: La decisión depende de ella porque siempre, lo que me han dicho... la prioridad es la mamá.

P1: Claro, claro (hablan al tiempo subiendo un poco la voz) pero como no ha estado en el proceso...

María: Yo sé que el doctor, siempre él (defensor de familia) le ha tenido prioridad a ella... yo le he dicho: “no se justifica que ella esté haciendo lo que ella está... cuando ella no está cumpliendo”. (Sesión 6).

Se observó que María se sentía frustrada por los constantes conflictos con su hija, se sentía indignada por su actitud conflictiva y por el hecho de que no se hiciera cargo de los niños. Así, durante el proceso de intervención, cuando se conversaba sobre el tema, María expresaba la frustración y molestia que sentía hacia su hija elevando el tono de voz y mostrando resistencia frente a las intervenciones de los facilitadores relacionales que mostraban empatía hacia Tatiana. En la sesión 7 se conversó sobre la inestabilidad emocional de Tatiana y los antecedentes de conflicto que había tenido con la familia; allí P2 le señaló a María que esos conflictos se debían, en parte, a un trastorno de personalidad inestable en Tatiana, a lo cual la cuidadora respondió con frustración, diciendo que ella era consciente de ello, y que la familia también, pero que consideraba que su hija no quería someterse a ninguna autoridad.

P2: Doña María, pero cuando yo pienso en Tatiana... sumercé me ha contado que ella ha tenido muchos problemas, ¿no? Problemas de consumo...

María: De personalidad.

P2: De personalidad, lo que tuvo cuando chiquita...

María: Sí (asiente). Es que a raíz de eso es que es...

P2: (Asiente) por eso, cuando les entre esa rabia, creo que es una manera, cuando sumercé hable con su hija es entender eso, que ella no está bien (María interrumpe contacto visual abruptamente con P2 y levanta un poco la voz).

María: Ella no se quiere dar... como le digo yo a sumercé, lo que yo he visto, y lo que yo me he dado cuenta, y lo que estoy segura, doctora, es que ella no quiere someterse a nada. (Sesión 7).

Con respecto a los temas de salud, durante el proceso de intervención en el caso B Sandra estuvo solicitando citas médicas para una de sus hijas (Luisa), para Sebastián y para ella. Luisa necesitaba atención psicológica debido al abuso sexual del que había sido víctima años antes y

Sandra estuvo solicitando la cita por la EPS, pero hasta el momento en el que se realizó la intervención no le había sido posible acceder al servicio. Los facilitadores relacionales le sugirieron otras instituciones en las cuáles podía solicitar la atención psicológica para su hija y además, la ayudaron a contactar con personas de la fundación a la que asistían Sandra y sus hijos para que allí pudieran brindarle información y ayuda para el acceso a este servicio. Adicionalmente, Sandra tenía afectaciones en su salud, pues tenía un dolor crónico en el vientre y le estaban haciendo exámenes para determinar el origen de este dolor. En una de las sesiones Sandra les comentó a P3 y a P4 acerca de los trámites para solicitar las citas médicas para ella y sus hijos, pero se le veía indispuesta en ese momento, acostada en la cama y un poco enferma. Allí, manifestó estar sintiendo dolor en el vientre, pero prefirió no tomar ningún medicamento sino guardar reposo. Este dolor resultaba estresante para Sandra y le dificultó atender y concentrarse en los temas y en las actividades propuestas durante la sesión, pues tuvo que guardar reposo y permanecer acostada. Sin embargo, ante las constantes distracciones de Sandra en la sesión, se observó en la facilitadora relacional una actitud de evitación frente al abordaje de las rupturas, lo que contribuyó a que las rupturas en esta sesión se siguieran presentando y se observara una desconexión de la cuidadora con las actividades y temas abordados durante el resto de la sesión.

Por otra parte, también se conversó acerca del proceso judicial que estaba en curso por el abuso sexual del que fue víctima Luisa en el momento en que se realizó la intervención relacional. Durante el lapso que duró la intervención la fiscalía citó a la familia a procesos de indagatoria y audiencias. Este aspecto preocupaba a Sandra por la posibilidad de encontrarse con la persona que abusó de su hija durante estas diligencias, motivo por el cual solicitó a P3 y a P4 acompañarla en una de las audiencias para sentirse respaldada. Ante esta petición los psicólogos le pidieron que les avisara tan pronto supiera la fecha de la próxima audiencia para que ellos pudieran acompañarla. En la sesión 7 se realizó un seguimiento a esta situación, pues Sandra comentó que para ese momento aún la fiscalía no le había informado con respecto a la fecha en la que se realizaría la audiencia. Mientras el facilitador relacional intentaba reiterarle a Sandra que apenas tuviera información sobre esta fecha les notificara, la cuidadora lo interrumpió y cambió abruptamente el tema de conversación, actitud que se repitió en varias sesiones del proceso de intervención.

Sandra: Y de la fiscalía no me han llamado.

P4: ¿no? P3: Me imaginé, cuando no recibí llamada tuya dije...

Sandra: No me han llamado, no han dicho nada.

P4: Bueno, pero entonces ahí ya estamos preparados.

Sandra: Ah, sí, en cualquier momento me llaman.

P4: Y ahí nos avisas y estamos pendientes...

Sandra (interrumpe abruptamente): Ah, y otra cosa que les iba a decir.

Hablé con... [...]. (Sandra continuó hablando de otro tema, los facilitadores relacionales la escucharon y quedó inconcluso el tema del cual estaban conversando). (Sesión 7).

Ahora bien, con respecto al cuestionamiento sobre si los temas abordados en esta parte de la intervención tuvieron o no que ver con las rupturas en la alianza terapéutica, se observa que en el caso A los temas sí pueden haber estado directamente relacionados con las tensiones identificadas, pues estos temas eran estresantes para María porque implicaban dificultades o tensiones relacionales con sus familiares. Así, ante las sugerencias de los facilitadores relacionales con respecto a la empatía o la solicitud de ayuda por parte de la cuidadora hacia su hija, su hermana o sus sobrinos, María se mostraba reactiva o renuente. De otro lado, en el caso B se identificó que el tema de salud también estuvo directamente relacionado con la ruptura, en tanto Sandra estaba experimentando en el momento dolores en el vientre que interferían con su disposición para cooperar con los temas o actividades de la sesión. Sin embargo, el tema del seguimiento a las citaciones a la fiscalía, en el marco del proceso legal por el abuso sexual de su hija, no estuvo directamente relacionado con la ruptura presentada en ese momento, sino que esta acción de cambiar el tema de manera abrupta fue una tendencia de comportamiento que se observó en Sandra en distintos momentos del proceso de intervención relacional y, en algunos temas, hacía parte de una actitud dominante por parte de la cuidadora hacia los facilitadores relacionales.

Ahora bien, en cuanto a las *Cápsulas de discusión*, en esta parte de la intervención el facilitador relacional y el cuidador conversan sobre algún tema relacionado con las necesidades básicas del desarrollo infantil, la regulación emocional entre la díada, disciplina o la crianza respetuosa. Estos temas son escogidos de acuerdo con la edad del niño, la situación actual de la familia, las dudas del cuidador o la evaluación que hace el facilitador relacional con respecto a las necesidades de la díada cuidador-niño. En esta parte de la intervención se comenta sobre

situaciones recientes con respecto al tema seleccionado, se realizan preguntas y se resuelven dudas sobre el tema, lo que permite al cuidador desarrollar un nuevo entendimiento sobre las interacciones problemáticas con el niño.

Con el análisis de contenido realizado a la información de las matrices observacionales, se identificó que en los momentos de ruptura en la AT durante esta parte de la intervención se estaba conversando sobre: a) la relación entre el cuidador y los niños o b) sobre temas sobre desarrollo infantil. En la figura 2 se detallan cuáles de estos temas fueron abordados en cada caso.

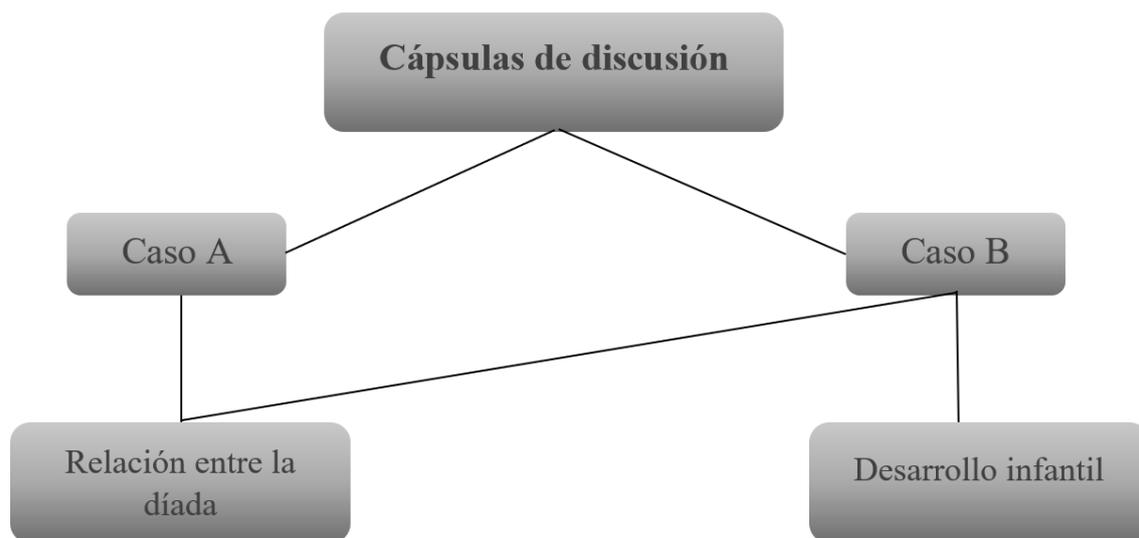


Figura 4. *Temas abordados durante las rupturas en la AT en las cápsulas de discusión.*

Con respecto a los temas asociados con la relación entre la cuidadora del caso A y sus nietos, en la sesión 9 se conversó sobre la adaptación de los niños al nuevo hogar y la pertinencia de realizar la visita de seguimiento al proceso de IRBA una vez los niños estuvieran allí. Los psicólogos le explicaron a María que en un inicio tal vez iba a ser difícil para los niños adaptarse al nuevo entorno, por lo cual podrían presentar problemas de comportamiento, pero que a medida que fuera avanzando el tiempo podría ir rompiendo el hielo con ellos y generando una mayor confianza en la relación; con respecto a esto, los facilitadores relacionales le comentaron a María que ellos podrían realizar la visita de seguimiento cuando tuviera estas dificultades con los niños, para poder evaluar la adaptación de los niños al hogar.

Durante la conversación a María se le observaba tensa en su conducta no verbal, evidenciando poco contacto visual hacia el facilitador relacional, una postura encorvada, rígida

y orientada hacia P2, pese a que fue P1 quien inició la conversación con ella. Esta misma actitud se evidenció nuevamente en la misma sesión, cuando se recapituló sobre el tema de los principios de la relación entre la díada en el marco de la crianza respetuosa; debido a que era la última sesión del proceso de IRBA, se le preguntó a María acerca de qué tema le gustaría reforzar y ella eligió este, argumentando que cada uno de los niños tenía necesidades diferentes y quería poder comprender cómo relacionarse con cada uno de ellos. El facilitador relacional posteriormente, de manera jocosa, le señaló a María que se podía “mover. Me siento ahí hablándole de ladito” y corrió su silla orientándola hacia la cuidadora; esta intervención contribuyó a solucionar la ruptura, distensionando a la cuidadora, quien se rio ante la intervención y también acomodó su silla en dirección a P1.

Ahora bien, en el caso B los temas de la relación entre la díada estuvieron relacionados con la crianza respetuosa y la disciplina; se identificó una falta de sintonía de Sandra con respecto a las conversaciones sobre estos temas, pues en algunas ocasiones se le observó distraída. Por ejemplo, en la sesión 9 se conversó sobre los principios de la relación de la díada en el marco de una crianza respetuosa, y se indagó acerca de cómo Sandra establece límites con Sebastián, con el objetivo de que pudiera aprender a hacerlo con base en los principios abordados. En medio de la conversación Sandra cambió abruptamente el tema para referirse a un objeto en la habitación que llamó su atención.

P3: Bueno, entonces tenemos: el horario, la previsibilidad, que es... ¿te acuerdas qué es esta rutina que tú le empiezas a enseñar? (Sandra se sienta en la cama, observa un muñeco que está tirado en el suelo, lo recoge y sonríe).
Sandra: Este muñeco se lo compré qué día (mirando a P3 y refiriéndose al muñeco que tiene en la mano).

P3: Ven, Sandra, entonces: horario, previsibilidad, o sea, que se repita esto que tú quieres que él aprenda; afecto, que siempre está... y hay una que es la tercera, que es detectar las señales del niño... (la cuidadora continuó escuchando a P3). (Sesión 9)

Esta falta de concentración en la conversación por parte de la cuidadora también se evidenció cuando se abordaron temas relacionados con el desarrollo infantil. Por ejemplo, en la sesión 2, la facilitadora relacional resaltó al principio de la intervención la necesidad de que

Sebastián pudiera desarrollar mayor autonomía para realizar por sí mismo actividades psicomotrices, como comer y manipular los alimentos. En ese momento Sebastián intentó pararse y Sandra interrumpió a P3 para señalar “es que él quiere caminar”; la cuidadora centró su atención en la acción del niño e intentó llamar la atención de P3 sobre ésta. Sin embargo, la facilitadora relacional aprovechó el momento para reforzar el argumento de que el niño necesitaba ganar más autonomía y retomó el tema de la psicoeducación.

En el marco de los temas asociados con el desarrollo infantil, también se conversó sobre la exploración como un elemento facilitador del aprendizaje del niño acerca de su entorno. En la sesión 7, mientras conversaban sobre el tema, Sandra estaba acostada en la cama, al lado de Sebastián, quien estaba explorando varios objetos que P3 le había puesto a su disposición; mientras P3 le comentaba a Sandra acerca de la importancia que tiene la exploración en el aprendizaje, la cuidadora estaba distraída con las acciones del niño y no participaba de la conversación, a excepción de una ocasión en la que interrumpió a P3 para llamar su atención frente lo que estaba haciendo Sebastián. Sin embargo, en ese momento P3 simplemente ignoró el comentario de la cuidadora y continuó con el tema, evitando el abordaje directo de la ruptura.

(Sebastián está sacando unos juguetes de una cartuchera, Sandra lo observa)

P3: vamos a repetir tantas veces como él necesite para aprender. Lo primero que vamos a ver sobre cómo aprenden los niños es... (Sandra interrumpe).

Sandra: Vea, vea (riendo) (Sebastián ha sacado un juguete de la cartuchera y lo ha dejado a un lado en la cama).

P3: ...es esta necesidad de repetición, así es como ellos practican. [...]. Nosotros nos podemos cansar, pero los niños de alguna manera empiezan a sacar cosas y a guardarlas, y a sacarlas y a guardarlas (observando a Sebastián). (Sandra guarda los juguetes en la cartuchera, no le dice nada a P3 ni la mira; finaliza riendo, mientras observa a Sebastián). (Sesión 7)

En sesiones posteriores, se realizó un reconocimiento con la cuidadora acerca de los posibles riesgos a los que estaba expuesto el niño en su etapa actual del desarrollo, identificando también las posibles acciones que puede llevar a cabo la cuidadora para prevenirlos. Tanto los posibles riesgos como las acciones preventivas fueron registrados por P3 en una matriz en la sesión 5, información que fue retomada por la facilitadora relacional en la sesión 6 para realizar

un resumen acerca de este tema en la cápsula de discusión. Así, en la sesión 6, durante esta parte de la intervención Sandra se mostró seria y poco participativa, en ocasiones bostezaba o movía impacientemente las piernas, lo que posiblemente evidencia una falta de motivación o interés por el tema mientras P3 leía la información de la matriz.

P3: Entonces, qué puede pasar con estos logros que él ya tiene: que se asuste, que grite y llore para evitar eso que le asusta, sacudirse y que rechace. Eso puede pasar, ¿cierto?

Sandra: Sí (Sandra tiene los brazos cruzados, una expresión facial seria y no hace contacto visual con P3, sólo mira la matriz).

P3: Y para evitar que estas cosas pasen, dijimos: no dejarlo alzar de personas extrañas, pedir a personas que no hablen tan duro, o se alejen; mantenerlo cerca y explicarle (P3 mira a Sandra ocasionalmente, pero Sandra mantiene los brazos cruzados, se muestra seria y no hace contacto visual con la psicóloga). (Sesión 6)

Como se puede apreciar, el tema de la relación entre la díada estuvo presente en los momentos de ruptura presentados en ambos casos durante las cápsulas de discusión; en cambio, los temas del desarrollo infantil sólo se abordaron en el caso B durante las tensiones en la AT identificadas. Ahora, según el análisis de contenido realizado, en el caso A los temas no estaban directamente relacionados con la emergencia o el desarrollo de la ruptura en la alianza, pues se observó que, de acuerdo con la conducta no verbal de la cuidadora, María se sentía tensa durante la conversación, evidenciando una falta de comodidad con el facilitador relacional pese a que la actitud de este era cálida. Así, la incomodidad de María no estaba relacionada con el tema en específico, pues se observó esta tensión en su lenguaje no verbal antes de proponer abordar el tema de los principios de la relación entre la díada.

Por otra parte, en el caso B se pudo determinar que la mayoría de rupturas abordadas durante los temas conversados se relacionaban con una falta de atención o motivación por parte de la cuidadora frente a la conversación. Así, se estableció que los temas sí se encontraban asociados con las rupturas, en tanto la cuidadora no se sentía sintonizada con ellos en algunas ocasiones, no despertaban suficiente interés en ella o ya habían sido abordados previamente en

algunas ocasiones y la información se tornaba repetitiva, como en el caso de la recapitulación de la matriz de riesgos y acciones de prevención, por ejemplo.

Con respecto a la parte de *Interacción entre la díada* en la IRBA, el facilitador relacional le propone al cuidador realizar una actividad con el niño en función de la edad del menor y de las necesidades relacionales de la díada. Esta interacción es grabada en vídeo por parte del facilitador relacional con el fin de poder observar y analizar posteriormente con el cuidador lo ocurrido allí y promover que este aprenda a ser un facilitador del proceso del desarrollo del niño.

Si bien no se encontraron momentos de ruptura en este momento de la intervención para el caso A, en el caso B sí los hubo y estuvieron relacionados con el tema de la ejecución de las actividades propuestas por la facilitadora relacional durante las sesiones que fueron distintas e incluyeron las siguientes: mostrarle juguetes al niño, identificar las señales sobre los que le interesaban y los que no; cantarle, leerle un cuento, pintarle la cara y permitirle la exploración libre. Si bien en la mayoría de estas actividades Sandra cooperó sin dificultad, en la sesión 5 se propuso la actividad de cantarle al niño una canción, a lo cual Sandra accedió, pero evidenció incomodidad.

Sandra: A ver, a ver (hablándole a Sebastián) bebé, bebé, ¿la lechuza? ¿la lechuza? "La lechuza, la lechuza" (cantando). Sandra se ríe y dice: ay, a mí no me gusta cantar (con tono de vergüenza). Sandra: a ver, "hace shhh, como la lechuza, como la lechuza, como la lechuza" (sigue cantando). Sandra: No, ese se... él no duerme así (mirando a P4) [...]

P3: Es cantar, es cantar. Canta, canta que esa es la actividad y después si se nos duerme no pasa nada. (Sesión 5)

En la siguiente sesión, la sesión 6, P3 realizó un seguimiento con respecto a si Sandra había continuado realizando la actividad, pero ella expresó que no lo había hecho; P3 se rio y prosiguieron a conversar sobre otro tema, es decir no se exploró con la cuidadora el motivo por el cual no había continuado realizando la actividad. Aquí se observa una relación directa entre la actividad propuesta, tema sobre el cual se estaba conversando, y la ruptura en la AT, puesto que, si bien Sandra colaboró parcialmente con la actividad en el momento, expresó su incomodidad y no continuó poniéndola en práctica por fuera de la sesión.

Ahora bien, en la parte de *Vídeo retroalimentación* el facilitador reproduce el vídeo de la interacción entre la díada y, junto con el cuidador, discuten sobre lo observado en el vídeo; ocasionalmente el facilitador indaga acerca del análisis del cuidador sobre la interacción que se aprecia en el vídeo. En esta parte de la intervención el facilitador relacional se enfoca especialmente en señalar las interacciones sensibles entre el cuidador y el niño, con el fin de promover que sigan ocurriendo de manera más frecuente.

Las categorías que emergieron en el análisis de contenido con respecto a los temas conversados en esta parte de la intervención fueron: a) la efectividad de las interacciones sensibles de la cuidadora con el niño; b) sistema de apego y sistema de exploración; c) identificación de las señales comunicativas del niño; d) el propósito de la actividad planteada. En la figura 3 se detallan los temas abordados durante las tensiones en la AT en cada caso, en donde se encuentra que no hubo temas comunes abordados en ambos casos durante esta parte de la intervención.

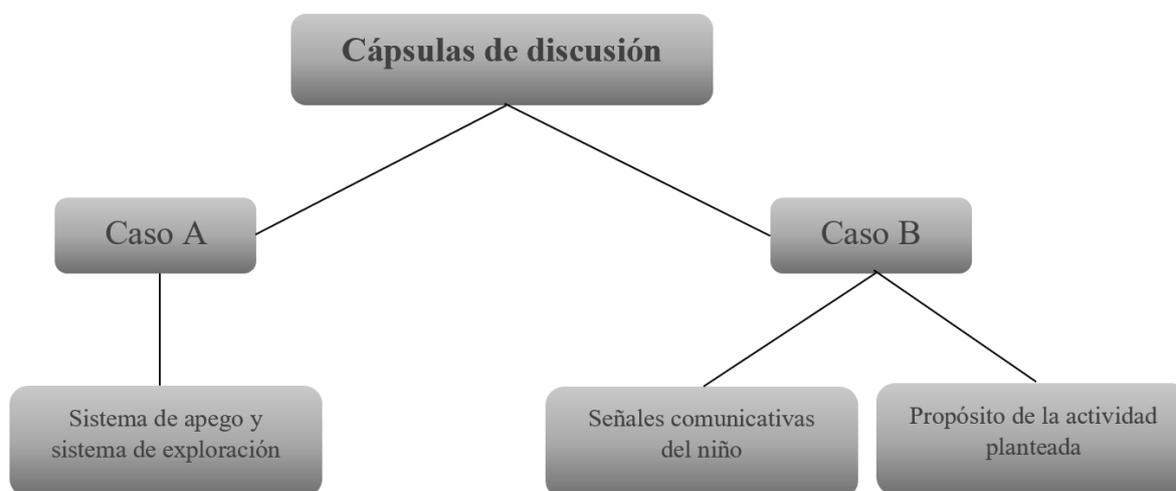


Figura 5. *Temas abordados durante las rupturas en la AT durante la vídeo retroalimentación*

En el caso A se conversó acerca del sistema de apego y exploración, resaltando la pertinencia de monitorear a cuidar al niño según la necesidad que este tenga en el momento, como se observa en el siguiente extracto de la conversación entre P1 y la cuidadora del caso A en la sesión 9.

P1: Como algo de atención, que... No de atención sino de cuidado, ¿cuándo es eso? Cuando están enfermos.

María: Cuando están enfermos, cuando requieren de mi atención. (Daniel le entrega a María un juguete y María se lo recibe; el niño le entrega un nuevo juguete y ella lo recibe mientras lo mira).

P1: Cuando tienen miedo, ¿sí?

María: Sí.

P1: y el momento de explorar es cuando, como están ahorita... ahí en este momento no tiene miedo, él está contento, está explorando sus juguetes.

(Sesión 9)

Mientras María y P1 continuaban observando y comentando sobre el vídeo, sentados en el piso, Daniel se encontraba junto a ellos jugando mientras llamaba la atención de María hacia los juguetes. Durante la conversación se observó a María distraída y poco concentrada en la conversación con el facilitador relacional, pese a que le respondía con monosílabos o lo miraba ocasionalmente, el facilitador relacional intentó llamar la atención de María hacia el vídeo y continuó explicándole acerca de lo que se observaba en el vídeo. Sin embargo, el proceso de prestar atención a ambos temas a la vez le dificultó a María sintonizarse en ese momento con la explicación de P1 acerca de lo que se observaba en el vídeo.

Por otra parte, en la vídeo retroalimentación el facilitador relacional promueve en el cuidador la identificación de las señales comunicativas que emite el niño, con el fin de facilitar una mayor sensibilidad parental en el cuidador. En el caso B, algunas rupturas en la AT se presentaron justamente mientras el cuidador y el facilitador relacional conversaban acerca de las señales del niño que se observaban en el vídeo de interacción entre la díada. En algunos de estos momentos la cuidadora evidenció un conjunto de acciones y gestos que hacían parte de una conducta no verbal de incomodidad o impaciencia, como por ejemplo una expresión facial seria, poca participación en la conversación, respuestas monosilábicas, brazos cruzados, bostezos, acomodarse la ropa y agitar las piernas impacientemente. Por ejemplo, en la sesión 7, se observó esta conducta en la cuidadora, a través de la cual evidenció impaciencia y aburrimiento a través de su lenguaje no verbal mientras escuchaba a P3 referirse a las señales comunicativas del niño en el vídeo.

P3: (detiene el vídeo), bueno, ya vimos que está golpeándolo, ¿no? (mientras tanto Sandra mira la tablet, mueve la pierna impacientemente y bosteza). (P3 retoma el vídeo, dicen algo, pero no se escucha; P3 continúa reproduciendo el vídeo, lo observa junto a la cuidadora y ambas comentan sobre otra interacción que se observa allí). (Sesión 7).

En otros momentos de tensión en la AT se observó que Sandra ignoraba las comunicaciones de P3, evidenciando una falta de atención y una desconexión con la actividad y la facilitadora relacional. Esta actitud se evidenció en la sesión 9, cuando se conversó sobre el propósito de las actividades planteadas en la interacción con el niño. En esta sesión P3 le propuso a Sandra que le leyera un cuento a Sebastián, actividad que fue grabada y posteriormente observada en la vídeo retroalimentación. Sin embargo, mientras P3 comentaba acerca del propósito de esta actividad, Sandra comenzó a alimentar al niño, dándole tetero, y no participó más en la conversación; posteriormente P3 guardó silencio y ambas se quedaron en silencio durante unos segundos observando al niño. Después de unos segundos de silencio Sandra cambió el tema y comentó que el niño se cansaba con ese tipo de actividades.

P3: ...porque no es ese el objetivo, es más escuchar tu voz, sentirte cerquita, ver lo que tú ves, tratar de entender lo que tú le quieres contar.

Sandra: Mmm.

P3: Ese es el ejercicio que él está haciendo y por eso es tan emocionante para él (las dos se quedan en silencio durante algunos segundos; P3 se queda observando cómo Sandra le da tetero al bebé y no continúa con el tema).

Sandra: Él se cansa, él se cansa. Sandra (cambia el tema y le dice a una de sus hijas): Catalina, recójame esos juguetes.

Se puede observar que algunos de los temas abordados durante la vídeo retroalimentación podrían tener que ver directamente con las rupturas identificadas, mientras que otros no. Por ejemplo, en el caso A, el tema de la efectividad de las interacciones sensibles de la cuidadora con el niño estuvo relacionado directamente con lo conversado, pues luego de un comentario de P1 la cuidadora puso en duda la efectividad que tendrían las interacciones en el hogar. Por el contrario, cuando se conversó sobre el sistema de apego y exploración, fueron

las condiciones en las que se estaba desarrollando la actividad las que estuvieron relacionadas con la ruptura, pues se observó que María no podía atender a la explicación de P1 y a la interacción con el niño al mismo tiempo sin desconcentrarse. Por otro lado, en el caso B, también se observó que, más que el tema, era la actividad de vídeo retroalimentación la que no siempre resultó motivadora para la cuidadora, tendencia que se pudo observar en varias sesiones.

4.2.2. Tipo de ruptura

Para caracterizar los tipos de tensión en la AT se establecieron, de manera previa al análisis de contenido, dos categorías con base en la revisión de la literatura sobre las rupturas en la alianza terapéutica: a) rupturas por distanciamiento; b) rupturas por confrontación.

Como se observa en la Tabla 2, tanto en el caso A como en el caso B, el tipo de ruptura que más se presentó fue por distanciamiento, en comparación con las rupturas por confrontación, las cuales ocurrieron con menor frecuencia.

Tabla 2

Frecuencia de intervalos en cada tipo de ruptura en la AT

Tipo de ruptura	Caso A	Caso B
Distanciamiento	18	21
Confrontación	0	1

Con respecto a las *rupturas por distanciamiento*, siguiendo la literatura, estas se dan cuando el consultante se retrae o desconecta parcialmente del terapeuta, de sus propias emociones o de ciertos aspectos del proceso terapéutico; o bien cuando el consultante se mueve hacia el terapeuta de una manera que niega un aspecto de su propia experiencia (Valdés, Gómez & Reinel, 2018). Las manifestaciones de este tipo de ruptura se agruparon en cuatro categorías en este estudio (figura 4), en donde las 3 primeras fueron preestablecidas de acuerdo con la clasificación de Valdés y colaboradores (2018), y la cuarta fue emergente:

a) Evitación y desconexión: son los momentos en los que la comunicación se torna abstracta, siendo la cuidadora incapaz de vincular la propia experiencia con lo que se está diciendo en ese momento; por ejemplo, la cuidadora puede cambiar de tema de manera abrupta, distraerse frecuentemente manifestar abiertamente no querer hablar sobre algún tema, etc.

b) Negación, respuesta mínima y disociación: estos son momentos en los que se presentan actitudes y acciones por parte de la cuidadora que disminuyen la calidad colaborativa de la relación terapéutica, en tanto hay respuestas mínimas a las intervenciones; o incluso se guarda silencio en la sesión, negando estados emocionales de manera no colaborativa con el terapeuta y disociando el contenido entre lo que se dice y lo que se expresa de manera no verbal.

c) Actitud deferente del consultante: en estos momentos se presenta un exceso de obediencia por parte de las cuidadoras, mostrándose excesivamente acatadoras y en una actitud de sometimiento al terapeuta.

d) Frustración: son momentos en los que el proceso colaborativo disminuye debido a que la cuidadora entra en momentos de frustración que dejan por fuera los intentos de ayuda por parte del terapeuta o que ponen en riesgo la continuidad con el proceso de intervención.

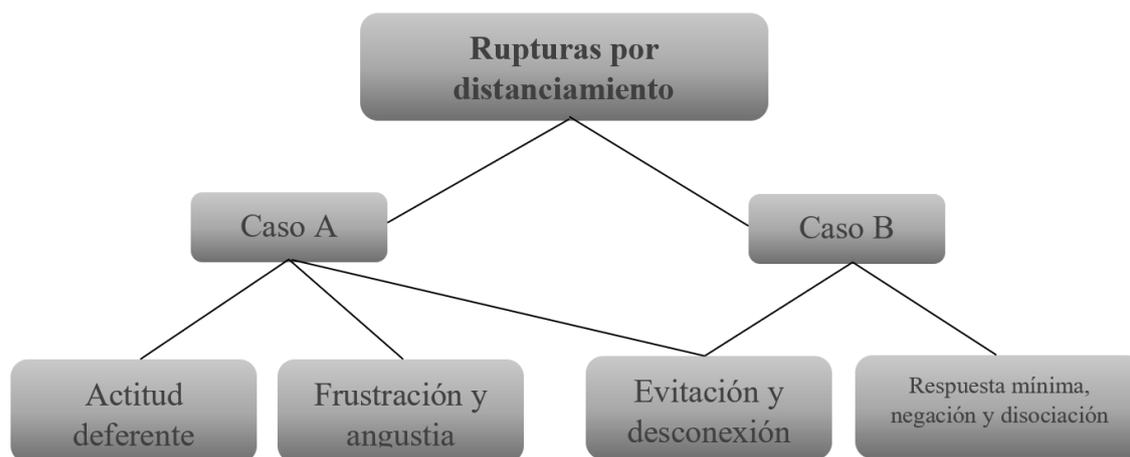


Figura 6. *Sub categorías de rupturas por distanciamiento.*

Con el análisis de contenido realizado a las matrices observacionales de cada caso se caracterizaron las rupturas por distanciamiento de acuerdo con la operacionalización de cada subcategoría y se identificaron los temas abordados con mayor frecuencia en cada una de ellas. En la Tabla 3 se muestra la frecuencia de las rupturas por distanciamiento en cada una de estas subcategorías.

Tabla 3

Frecuencia de rupturas por distanciamiento

Subcategoría	Caso A	Caso B
Evitación y desconexión	6	13
Respuesta mínima, negación y disociación	0	8
Frustración	8	0
Actitud deferente del consultante	4	0

El análisis indicó que las rupturas por distanciamiento que más se presentaron fueron las relacionadas con la evitación y desconexión por parte de las cuidadoras, mientras que las menos frecuentes fueron aquellas en las que se observó una actitud deferente por parte de ellas. Se identificó que en las rupturas en las que se evidenció *evitación y desconexión* por parte de las cuidadoras el tema que más se abordó fue el de la relación entre la díada, durante las cápsulas de discusión, y el del sistema de apego y exploración durante la vídeo retroalimentación. Además, en esta subcategoría se encontró que, si bien estaban participando en las conversaciones y actividades en curso, se observaba en ellas una falta de sintonía con algunas de estas actividades, evidenciadas en una falta de atención y concentración en lo que se estaba hablando o haciendo, por lo cual el mensaje del facilitador relacional finalmente no era aprehendido por las cuidadoras. Esta falta de atención y concentración por parte de las cuidadoras tuvo diferentes manifestaciones, pues en algunos momentos ellas se enfocaron en otra actividad alterna a la conversación con el facilitador relacional, cambiaron el tema de manera abrupta o evitaron responder directamente a las preguntas que se les realizaron. Sin embargo, se identificaron diferencias entre ambos casos en esta subcategoría; en el caso A, si bien se observó una falta de concentración de María frente a algunos temas, la cuidadora respondía con monosílabos al facilitador relacional o intentaba hacer contacto visual de manera ocasional con él. Por el contrario, en el caso B, Sandra en ocasiones simplemente retiraba su

atención de la actividad, cambiando de tema o actividad, y pese a que la facilitadora relacional intentaba retomar el contenido de la conversación, la cuidadora insistía en el nuevo tema, ignorando el intento de la terapeuta de volver sobre la conversación inicial. Por ejemplo, en la sesión 9, en la cápsula de discusión la facilitadora relacional le estaba explicando a Sandra sobre el tema de la disciplina y el establecimiento de límites con el niño; sin embargo, Sandra interrumpió el tema para darle de comer a Sebastián, señalando que él tenía hambre. La terapeuta intentó volver al tema de la psicoeducación, pero Sandra continuó hablando del alimento del niño.

P3: Yo quiero leerte rápidamente esas descripciones que aparecen aquí sobre esas ideas que te van a ayudar. Entonces, los horarios, las rutinas y la previsibilidad te van a ayudar porque los niños, como nosotros, quieren organizar la vida, quieren entender cómo es que funciona. [...] Entonces, cuando ellos se dan cuenta... (Sebastián llora en brazos de su madre, Sandra lo baja de sus piernas, deja que se siente en el piso y le alcanza un objeto para que juegue). Cuando ellos se dan cuenta que no pueden predecir, como te ocurrió ese día que lo pusiste en el corral... (Mientras tanto Sandra se para y dice: "Ay no, él tiene hambre").

Luego la cuidadora se para frente a la mesa para destapar un alimento para el niño). Él te va a empezar a decir "oye no"...

Sandra interrumpe a P3: Éste se lo dan abajo (refiriéndose a la comida del frasco que tiene en la mesa).

P3: Él te lo va a decir. Ah, ¿esa es la compotica que...? Sandra: Una papilla.
(Sesión 9)

Aquí se interrumpió la conversación y P3 y Sandra continuaron hablando acerca de que el niño podría tener hambre. La facilitadora relacional esperó a que la cuidadora sentara al niño en sus piernas y comenzara a alimentarlo; posteriormente, P3 retomó el tema. Sin embargo, la cuidadora no siguió respondiendo a la conversación y continuó dándole de comer al niño, ignorando a P3.

Ahora bien, con respecto a las rupturas en las que se evidenció una *respuesta mínima, disociación o negación* por parte de las cuidadoras, estas se presentaron durante las cápsulas de

discusión en el caso B, especialmente cuando se abordó el tema del desarrollo infantil, mientras que en el caso A no se presentaron este tipo de rupturas. En estos momentos era frecuente que Sandra guardara silencio frente a las intervenciones de la facilitadora relacional, evitara el contacto visual, tuviera una expresión facial seria, y un lenguaje no verbal que podría denotar aburrimiento, incomodidad o impaciencia. Por ejemplo, la cuidadora cruzaba los brazos, se sobaba el cuello, bostezaba y agitaba la pierna con impaciencia. En algunos momentos, pese a que había una conversación en curso, Sandra simplemente ignoraba a P3 o no respondía a las intervenciones. Por ejemplo, en la sesión 7, P3 estaba explicándole a Sandra sobre el tema de la exploración en el marco del desarrollo infantil, pero Sandra estaba observando cómo Sebastián jugaba con unos objetos que tenía enfrente. Durante este momento Sandra no hizo contacto visual con P3, no comentó nada con respecto a la explicación de la facilitadora relacional y pese a que P3 guardó silencio para observar a la cuidadora y al niño, Sandra no comentó nada sobre el tema, no retomó el contacto visual ni se refirió al tema del que le estaba hablando la facilitadora relacional anteriormente. Así, si bien parecía que había procesos emocionales o actitudes en la cuidadora que interferían con su disposición para la actividad o conversación, evidenciados en sus actitudes y lenguaje no verbal, no fueron comunicados ni explorados directamente.

Por otro lado, las rupturas por distanciamiento que involucraron una *actitud deferente* por parte de las cuidadoras, estas se evidenciaron con mayor frecuencia durante las cápsulas de discusión cuando se conversó acerca del tema de la relación entre la díada. Cabe resaltar que en el caso B no se presentaron rupturas por distanciamiento asociadas con una actitud deferente por parte de la cuidadora, pues en el caso B Sandra se mostró más espontánea con los facilitadores relacionales, mientras que en el caso A María tenía, en general, una actitud más formal y complaciente con los psicólogos. Por ejemplo, en ocasiones María solía darle la razón al facilitador relacional frente a sugerencias y observaciones que él le hacía, a pesar de que no parecía de acuerdo con estas intervenciones. En otros momentos, se observó en ella un lenguaje no verbal de sumisión con el facilitador relacional, evidenciando una postura corporal tensa, la espalda encorvada, evitación del contacto visual y un tono de voz bajo. Por ejemplo, en la sesión 9, P1 realizó una observación frente a esta actitud de María, rompiendo la tensión que se experimentaba en el momento:

P1: Hoy va a ser un poco diferente, porque como es el cierre de esta parte...quería preguntarle a sumercé... (Se observa a María con la espalda encorvada, evita el contacto visual con P1 y dice: “sí señor”). [...]. P1 interrumpe lo que iba a decir y dice: Me siento como hablándole de ladito. Se puede mover, ¿no?, tranquila, se puede mover (En tono jocoso. P2 se ríe, María mira a P2, sonrío y acomoda su silla de frente a P1). P2: Como regañada (entre risas). P1: Van a pensar que la estoy regañando (lo dice en tono jocoso mientras señala a la cámara). (Sesión 9)

Ahora, en cuanto a las rupturas relacionadas con la *frustración* y *angustia* de las cuidadoras, estas fueron más frecuentes mientras se abordaba el tema de conflictos y redes familiares durante la conversación libre en el caso A, pues en el caso B no se presentó ninguna. Mientras se conversaba acerca de los conflictos familiares que María tenía con su hija Tatiana y con su hermana Clara, la cuidadora se mostraba frustrada, impotente y pesimista con respecto a la actitud conflictiva de su hija, motivo por el cual oponía resistencia ante la idea de que su hija pudiera cambiar esta manera de relacionarse con la familia. En la sesión 6, esta frustración y pesimismo fue evidente en María, pues tras una discusión que tuvo con su hija, planteó la posibilidad de abandonar el proceso de intervención y dejar el cuidado de los niños en manos de su hija. En un principio, María lo pensó así y lo expresó al inicio de la sesión 6 durante la conversación libre con los facilitadores relacionales. Así, en esta sesión hubo un riesgo de deserción por parte de la cuidadora, relacionado con la frustración y decepción por la que la cuidadora estaba sintiendo con respecto a los constantes conflictos con su hija. Ante el planteamiento de María, los facilitadores relacionales exploraron sus motivaciones frente a esta aparente decisión, con lo que encontraron que en realidad la cuidadora no quería desertar del proceso sino presionar a su hija para que cediera a que María y Clara se quedaran con la custodia de los niños. La cuidadora, entre lágrimas, expresó: “Tatiana como es, yo creo que ella se los da al Estado”, haciendo referencia a que temía que su hija prefiriera dejar a los niños en manos del ICBF en lugar de hacerse cargo de ellos; por esta razón María quería presionar a su hija, haciéndole creer que no se haría cargo de sus nietos, para que finalmente accediera a que los niños quedaran en custodia de la familia.

Por otra parte, también se evidenció cierta desesperanza en María cuando los facilitadores relacionales le sugerían apoyarse en su hermana o solicitar su ayuda, pues María pensaba que

hacerlo no tendría frutos y le generaría mayores conflictos con ella. María había tenido algunos desencuentros con su hermana cuando le comunicó que llevaría a los niños a vivir a su casa, hogar que la cuidadora y Clara compartían. Clara se había mostrado dura y crítica con María y en principio se había opuesto a la idea de que su hermana se hiciera cargo de ellos; sin embargo, después ofreció su ayuda para asumir la custodia de los niños. De todos modos, ante la actitud ambivalente de su hermana, María solía esperar una actitud de hostilidad por parte de ella, por lo cual prefería evitar cualquier conflicto entre ambas. Por ejemplo, en la sesión 8 los facilitadores relacionales estaban explorando con María qué personas de su red de apoyo podrían apoyarla para conseguir el dinero de la máquina que necesitaba comprar y cuando se sugirió la idea de que Clara podía ayudar a María prestándole el dinero, María manifestó su frustración con respecto a la utilidad de solicitarle ayuda, pues podría traerle mayores problemas.

P1: ¿Quién se le ocurre...? ¿quién podría...? María: Pues, la verdad, yo no le he dicho a nadie, mi hermana me puede prestar la plata, pero ay no... sí le soy honesta (se lleva ambas manos a la frente y niega con la cabeza) [...] yo ya la conozco a ella y prefiero hacer las cosas a mi manera [...] porque yo la conozco y eso va a ser cuchillo aquí, aquí, aquí (señala con el dedo en el cuello).
(Sesión 8)

Ahora bien, en cuanto a las rupturas por confrontación, el consultante expresa enojo, o insatisfacción de una manera no colaborativa, o trata de ejercer presión o control hacia el terapeuta (Valdés y cols., 2018).

Con el análisis de contenido en las matrices observacionales, se identificó que solamente se presentó una ruptura de este tipo, la cual estuvo relacionada con una queja hacia una de las intervenciones, durante la vídeo retroalimentación en la sesión 5 del caso B. En esta sesión P3 le propuso a la cuidadora cantarle al niño una canción de cuna y aunque Sandra accedió, inmediatamente dijo: “ese no se duerme así”, haciendo referencia al niño. La facilitadora relacional la instó a seguir cantando y Sandra continuó, pero finalmente manifestó, entre risas, que a ella no le gustaba cantar. En este punto vale la pena resaltar que Sandra colaboró parcialmente con la actividad en el momento; sin embargo, en la siguiente sesión, la 6, la facilitadora relacional le preguntó a la cuidadora si había continuado con la actividad de cantarle

a Sebastián como se le había sugerido en la sesión anterior, a lo que inmediatamente Sandra respondió que no. Así, si bien la cooperación momentánea con la actividad aportó para poder analizar la interacción en la vídeo retroalimentación de la sesión 5, no se vio reflejada por fuera de esta sesión, lo que podría haber funcionado como herramienta para fortalecer el vínculo entre la díada, como se lo propone esta actividad dentro de la IRBA.

4.2.3 Componentes de la AT implicados en las rupturas

Como se ilustró en la introducción, la AT incluye tres aspectos: a) Vínculo, b) Tareas, y c) Objetivos. Con base en ello se buscó determinar en qué aspecto se generaron las tensiones. El vínculo se refiere a la cualidad emocional de la relación entre el facilitador relacional y el cuidador; las tareas son las actividades que, dentro del encuadre terapéutico, el cuidador debe realizar tanto en las sesiones de IRBA como fuera de ellas para alcanzar las metas del proceso de intervención; y los objetivos son las metas establecidas o los focos a los que se dirige la intervención (Safran & Murran, 2005).

El análisis indicó que las tensiones surgieron en los tres componentes, siendo los objetivos el aspecto que generó menos desacuerdos. En lo referente al *vínculo*, en la mayor parte de las sesiones de ambos casos se observó en los facilitadores relacionales una actitud cálida hacia las cuidadoras y una disposición de apoyo y ayuda frente a sus dificultades. Sin embargo, en los momentos de rupturas en la AT se observaron dos tendencias en este componente: la desconexión y la confrontación. Con respecto a la primera, la falta de sintonía afectiva entre los cuidadores relacionales y los terapeutas no se expresó de manera verbal, sino que hubo gestos y actitudes que evidenciaron procesos emocionales subyacentes de incomodidad o de aburrimiento por parte de las cuidadoras, los cuales dificultaron su cooperación con los facilitadores relacionales en los momentos de tensión en la AT identificados. Por ejemplo, en algunos momentos María evidenciaba un lenguaje no verbal de tensión e incomodidad hacia P1, mientras que con P2 se le veía más cómoda, como en el caso de la sesión 9 durante la cápsula de discusión, en donde P1 indagó con respecto a la conversación previa que había tenido la cuidadora con P2 durante la parte de conversación libre. Mientras María conversaba con el facilitador, se le veía encorvada, haciendo poco contacto visual con P1 mientras él le hablaba, sus respuestas eran cortas y su tono de voz muy bajo; sin embargo, la actitud del terapeuta era cálida, e incluso realizó un comentario para tratar de aliviar la tensión en la cuidadora. En el caso B la falta de sintonía en el vínculo se vio reflejada en el

lenguaje no verbal de la cuidadora, el cual expresaba aburrimiento, desinterés y en algunos momentos demasiada seriedad, a pesar de la actitud cálida que P3 evidenciaba a través de un tono de voz amable y algunas sonrisas. Como en el caso de la sesión 6, en donde se observó a Sandra con una expresión facial seria, los brazos cruzados y poco contacto visual con P3 en la parte de cápsulas de discusión, mientras la facilitadora relacional hacía un resumen sobre la matriz de riesgos y acciones de prevención con respecto al desarrollo del niño. Por el contrario, P3 evidenció una actitud cálida a través de su tono de voz, con contacto visual frecuente y leves sonrisas; sin embargo, se observó en la facilitadora relacional una actitud evitativa frente al abordaje de estas rupturas, pues en lugar de abordarlas continuó con la intervención, lo que contribuyó a que siguieran presentándose a lo largo del proceso de intervención.

Por otra parte, en otros momentos, la confrontación se vio reflejada en las ocasiones en que se observó a María molesta y frustrada cuando los facilitadores relacionales intentaban promover la empatía en ella con respecto a su hija Tatiana, o cuando le reiteraban que no tomara de manera apresurada decisiones que pudieran tener consecuencias adversas para sus nietos. Este es el caso de la sesión 6, cuando María ya había expresado más de una vez que su intención no era dejar el proceso de intervención sino presionar a su hija, pero, aun así, P2 le reiteró que no era momento de tomar decisiones apresuradas, ante lo que María respondió “yo sé doctora que yo no estoy tomando ninguna decisión a la carrera” con un tono de voz que expresaba frustración. La cuidadora reiteró en que su intención no era desertar del proceso y los facilitadores relacionales la escucharon atentamente y se enfocaron en racionalizar con la cuidadora acerca de la ineffectividad de la estrategia de la cuidadora de presionar a su hija.

En cuanto al componente de *tareas*, se observaron dos tendencias en los momentos de ruptura en la AT en los casos analizados. Por una parte, algunas estuvieron asociadas con una falta de cooperación con las tareas dentro de la sesión, mientras que en otros momentos de tensión la falta de cooperación fue con las tareas sugeridas a realizar por fuera de las sesiones.

En relación con la primera tendencia, María se mostró en desacuerdo con algunas tareas que los facilitadores relacionales le propusieron realizar fuera de casa, las cuales estaban relacionadas con la solicitud de apoyo a su hermana Clara y a sus sobrinos para cubrir y satisfacer algunas necesidades económicas o materiales asociadas con el cuidado de los niños. Si bien la cuidadora no se opuso de manera rotunda a realizar estas tareas, sí expresó que prefería dejar como última opción la petición de ayuda a su hermana o a sus sobrinos, pues no

sentía la confianza para solicitar su ayuda debido a conflictos anteriores que ha tenido con Clara, según lo expresó en varias ocasiones durante el proceso de intervención. El lenguaje no verbal de María expresaba resistencia ante estas tareas, pues se le veía molesta y frustrada cuando los facilitadores relacionales le propusieron realizarlas, en esos momentos María cruzaba los brazos, evitaba el contacto visual con alguno de los psicólogos, negaba con la cabeza y evidenciaba una expresión facial de desaprobación; en algunas ocasiones se le insistió en que de todos modos era viable solicitar la ayuda de estas personas, a lo que la cuidadora terminaba asintiendo por deferencia. Los desacuerdos con las tareas fuera de casa también estuvieron relacionados con una percepción de que en casa la interacción con los niños tendría limitaciones, como por ejemplo la falta de materiales, tiempo y espacio para facilitar la interacción o el juego con ellos. Sin embargo, María concluyó que “le toca a uno sacar así sean 10 minutos para [...] que eso los ayude (Sesión 4), lo que podría evidenciar un cierto grado de cooperación o apertura para continuar con estas actividades con los niños en el hogar.

Con respecto a la segunda tendencia, en el caso A se observó poca cooperación de María con una de las actividades en la última sesión del proceso de intervención. En la sesión 9 a la cuidadora se le observó distraída, dispersa y desconcentrada durante la vídeo retroalimentación, por lo cual P1 intentó llamar su atención reiteradamente hacia la conversación, preguntándole sobre el tema del que se estaba hablando y pidiéndole a María que observara el vídeo; sin embargo, se observó que a la cuidadora se le dificultó concentrarse en la actividad. Por ejemplo, en una parte de la actividad la cuidadora y el facilitador relacional estaban observando el vídeo de la interacción entre ella y el niño, cuando P1 comentó: “Entonces, vuelve... vuelve y entra... (Daniel señala un juguete en el piso y balbucea mientras mira a su abuela. Acto seguido, María toma una caja de juguetes que está sobre el piso, se la alcanza al niño y ella empieza a ordenar los juguetes de la caja)”. P1 observa a María, sube la voz y dice: Entonces, María, ahí sumercé lo que está haciendo es... (refiriéndose a la interacción del vídeo). María voltea a mirarlo, deja los juguetes de lado y responde prontamente: Dejarlo actuar a él. P1: Lo deja actuar a él, eso se llama... ¿se acuerda de los dos momentos? María: Sí. P1: ¿Cuáles son los dos momentos? María: Ehhh (se inclina hacia atrás y titubea). Sin embargo, cabe resaltar que la desconcentración y falta de atención durante las actividades no fue una actitud frecuente en María, en contraste con la cuidadora del caso B, Sandra. Tras el análisis de contenido realizado a los momentos de tensión en la AT, se encontró que en el caso B el componente de tareas fue

el que presentó una mayor frecuencia, pues se observó en la cuidadora una tendencia de poca cooperación con las tareas dentro de las sesiones.

En el caso B, la mayoría de los desacuerdos con respecto a las tareas dentro de la sesión no fueron expresados de manera verbal, pero se pudieron evidenciar a través de la actitud y el lenguaje no verbal de la cuidadora. Fue frecuente que Sandra cambiara el tema de conversación, se distrajera en otras actividades (como, por ejemplo, darle de comer al niño, jugar con él, cambiarle el pañal) mientras P3 conversaba con ella durante la sesión o revisaban juntas los vídeos de la interacción entre Sebastián y Sandra. El lenguaje no verbal de Sandra expresaba en algunos momentos aburrimiento, desinterés, o impaciencia con las tareas de la sesión, por ejemplo, se le observaba con los brazos cruzados, bostezando, agitando la pierna con impaciencia o evitando el contacto visual con P3 mientras ella le hablaba. En algunas ocasiones, cuando Sandra se distraía con alguna otra actividad, perdía el hilo de la conversación o de la actividad, ignorando a P3 y enfocándose solamente en lo que estaba haciendo, en algunas ocasiones sin ofrecer ninguna evidencia a P3 de estar prestando parcialmente atención a la conversación.

En otras ocasiones hubo una falta de cooperación con las tareas cuando Sandra evitaba responder a algunas de las preguntas que le planteaba P3, las cuales estaban referidas a la identificación tanto de dificultades que pudiera tener la cuidadora para establecer límites con el niño, como a los posibles riesgos a los que Sebastián pudiera estar expuesto en casa, como se observa a continuación, en un extracto de la sesión 9, cuando P3 y la cuidadora conversaban acerca del establecimiento de límites con el niño.

P3: Ok. Entonces, ¿hay unas que son más fáciles...?

Sandra: O, digamos, otra cosa, este piso está limpio, pero yo tengo la maña de que cuando ya veo que están sucias las manos, le lavo las manos (...), porque el piso, de todas maneras, uno pisa y ya... la tierra y todo. Entonces, cuando yo vea que el niño se va a meter los dedos a la boca le digo "no señor"... o sea, son normas que yo le digo. (Sesión 9)

La facilitadora relacional, de manera cálida, intentó varias veces reenfocar la pregunta para obtener una respuesta de la cuidadora, lo que finalmente funcionó y P3 continuó con la psicoeducación acerca de las dificultades que pueden tener los cuidadores para establecer

límites con los niños. Otro de los momentos en donde se observó una falta de cooperación frente a las tareas en este caso ya ha sido comentado previamente. Éste se presentó cuando Sandra comentó que no le gustaba cantar, durante la actividad de interacción con el niño; si bien Sandra cooperó parcialmente con la actividad durante la sesión, no continuó poniéndola en práctica en otros momentos fuera de la sesión, pese a la recomendación de los facilitadores relacionales.

En cuanto a los *objetivos*, se observó que este fue el componente menos afectado en las rupturas, de hecho, no se encontraron evidencias de desacuerdos entre la cuidadora y los facilitadores relacionales en este componente en el caso B. Por el contrario, en el caso A hubo un momento de tensión en donde se vieron en riesgo los objetivos del proceso de intervención en este caso, como ocurrió en la sesión 6. Como se ha comentado previamente, en esta sesión María llegó frustrada y preocupada por las consecuencias que los conflictos con su hija pudieran tener en el proceso de custodia de los niños, por lo cual se planteó la posibilidad de desertar del proceso de IRBA, y del proceso legal por la custodia de sus nietos, como un método de coerción hacia su hija. Si bien aquí no hubo un desacuerdo explícito frente a los objetivos, estos estuvieron en riesgo con la posibilidad de que María desistiera del proceso, lo que hubiera implicado que no se pudieran alcanzar las metas de la intervención en su totalidad. Además, pese a que el objetivo general de la IRBA es la mejoría de la sensibilidad parental y la promoción de un apego más seguro entre los cuidadores y los niños, también hay unos objetivos propios de cada caso en particular. En este caso, un objetivo era que María pudiera conseguir la custodia de los niños y así ellos tuvieran un cuidador sensible y atento a sus necesidades, por lo cual, si María se retiraba del proceso de custodia y del proceso de IRBA, este objetivo particular del caso se hubiera visto afectado.

4.3. Factores de los facilitadores relacionales y de las cuidadoras relacionados con las rupturas en la AT

A partir del análisis de contenido de la información registrada en las matrices observacionales se buscó determinar los factores de los facilitadores relacionales, de las cuidadoras y del proceso de intervención que favorecieron el desarrollo de las rupturas en la AT; esto a partir de las tendencias observadas en el lenguaje verbal y no verbal en la interacción entre las cuidadoras y los facilitadores relacionales en los casos analizados.

4.3.1. Factores de los facilitadores relacionales

Los factores observables en el lenguaje verbal y no verbal de los facilitadores relacionales, asociados con la génesis y desarrollo de tensiones en la AT, se refieren a aquellas características, actitudes, estrategias, técnicas y competencias comunicacionales del terapeuta que, en un momento dado, contribuyen con la génesis o el desarrollo de una ruptura en la AT. Con el análisis de contenido se encontraron dos sub categorías emergentes: a) Fallas en escucha y empatía y b) Reiteración sobre temas y falta de dinamismo.

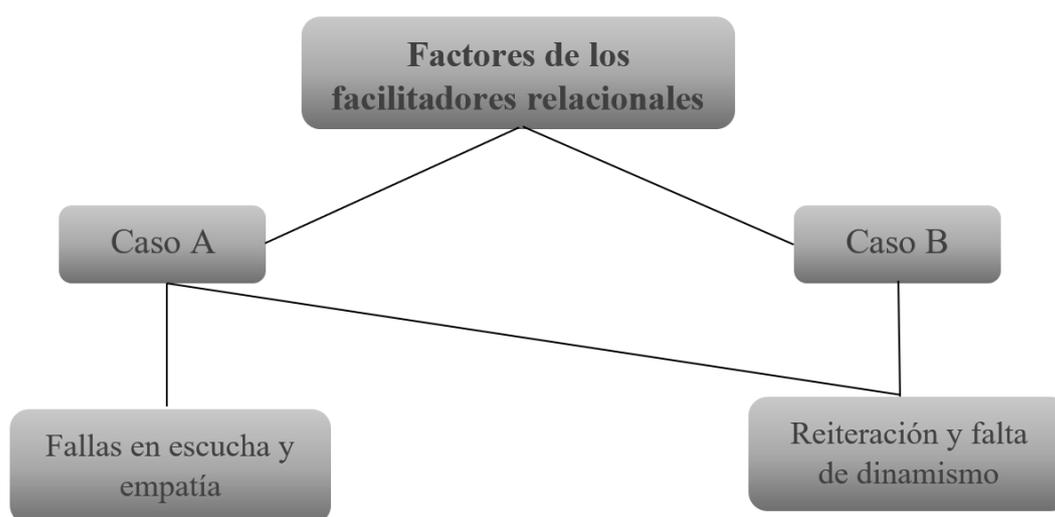


Figura 7. Factores de los facilitadores relacionales asociados con la génesis y desarrollo de rupturas en la AT.

En algunos momentos del proceso de intervención se observó en los facilitadores relacionales una *falla en la escucha y empatía*, evidenciando dificultades para recibir, atender, interpretar y comprender las comunicaciones de las cuidadoras, así como para ponerse en su lugar y entender las motivaciones de sus resistencias a algunas propuestas o actividades. Por ejemplo, en la sesión 5 del caso A, el facilitador relacional interrumpió abruptamente a María y adoptó una actitud impositiva hacia ella al insistir en su punto de vista, en lugar de empatizar con su experiencia, a lo cual ella respondió con una actitud sumisa, deferente y complaciente. En esta sesión se estaba conversando sobre los recursos y redes de apoyo a los cuales María podía acudir en caso de tener alguna necesidad relacionada con el cuidado o la manutención de los niños. El facilitador relacional le dijo a la cuidadora que “falta es explotar más a los sobrinos de Clara (hermana de María)” y la conversación siguió como se muestra a continuación.

María: Hasta el momento con la que me hablo es con Paula, pero ella no me ha dicho así... (P1 mira a la cámara, se inclina hacia atrás en la silla, se toca la barba, mira hacia la derecha, parece incómodo en la conversación).

P1 interrumpe a María, eleva el tono de voz y le dice: Entonces, ¿cuál es el aprendizaje hasta ahorita?

María: Pues, lo que sumercé me ha dicho, que tengo que pedir ayuda (y se ríe). Pero entonces, con mis sobrinos, con los de mi hermana pues casi... yo con ellos nunca, la verdad es que yo con ellos si nunca, nunca, como decirle... he compartido, nada nada [...].

(María continúa explicando por qué no siente confianza hacia sus sobrinos, P1 la mira, repite insistentemente “sí, sí”, mientras la escucha, se toca la barba y la oreja).

P1: Pero puede ser una oportunidad.

María: Sí, no, sí. ya de pronto ahoritica dándose ya las cosas como se están dando.

(Sesión 5)

En esta ruptura se observó que María estaba expresando su incomodidad frente a solicitar la ayuda de su hermana o sus sobrinos para dar respuesta a algunas necesidades de cuidado de los niños, pero P1 reaccionó con impaciencia y, de manera directiva, insistió en su punto de vista sin tener en cuenta las motivaciones de la resistencia de la cuidadora frente a esta alternativa.

En otros momentos la falla en la empatía estuvo en que los facilitadores relacionales no fueron sensibles a la experiencia de las cuidadoras en algunas actividades en las que estas evidenciaron comportamientos poco cooperativos, pues se mostraban distraídas o desconectadas de la actividad y priorizaron la aplicación del protocolo, persistiendo en la ejecución de las actividades sin comprender las necesidades o la experiencia de la cuidadora en el momento. Por ejemplo, en la sesión 7 del caso B, en la parte de cápsulas de discusión, la facilitadora relacional estaba comentándole a Sandra acerca del miedo que suelen tener los niños a los extraños; mientras tanto, la cuidadora estaba observando al niño jugar con unos objetos que tenía sobre la cama y por momentos llamaba la atención

de su hijo frente a estos juguetes. P3 continuó con la psicoeducación a pesar de que Sandra no parecía estarla escuchando, pues no hacía contacto visual con ella, no respondía a lo que P3 le decía y le hablaba al niño mientras la facilitadora relacional estaba hablando. Otro ejemplo de ello, es que en la sesión 5 del caso B se le propuso a Sandra cantar para el niño, como actividad de interacción entre la díada. Como se ha mencionado en apartados anteriores, la cuidadora expresó la incomodidad y la vergüenza que sentía con la actividad, comentando que no era de su agrado. Sin embargo, P3 la instó a seguir cantando, sin validar su experiencia, pese a la incomodidad manifiesta de la cuidadora: “Es cantar, es cantar, canta, canta que esa es la actividad; y después si se nos duerme no pasa nada”. Ahora bien, cabe resaltar que, en contraste con lo anterior, en la mayoría de las sesiones los facilitadores relacionales sí brindaron a las cuidadoras un espacio para atender a las necesidades de los niños lo cual, si bien implicó breves pausas, facilitó posteriormente la continuidad de las actividades sin inconvenientes.

En cuanto a la *reiteración y la falta de dinamismo*, solamente en el caso B se encontraron rupturas asociadas con esta subcategoría. En algunas sesiones se repitió el abordaje de ciertos temas, de manera dinámica, haciendo preguntas a la cuidadora, por ejemplo; sin embargo, en otras ocasiones la facilitadora relacional abordó reiteradamente temas sobre los cuales ya se había conversado en sesiones anteriores, acudiendo a estrategias como leer el contenido que se quería explicar. En sí mismas estas acciones no necesariamente constituyen una falla en la técnica del facilitador relacional en algún proceso de intervención, pero, en este caso en particular, resumir los temas leyendo y no involucrando activamente en la conversación a la cuidadora no fue una técnica efectiva, en tanto a Sandra se le observó aburrida o desinteresada cuando P3 persistió en el abordaje de algunos temas que se habían tratado en sesiones anteriores. Por ejemplo, en la sesión 6, como se ha comentado anteriormente, se socializó la matriz de riesgos del desarrollo y acciones preventivas con Sandra. Esta matriz ya había sido diligenciada en la sesión anterior, y la cuidadora y la facilitadora relacional habían conversado un buen tiempo sobre ella. Sin embargo, en la sesión 6, durante la cápsula de discusión, la facilitadora relacional le leyó a Sandra todo el contenido de la matriz mientras la cuidadora escuchaba, ante lo cual Sandra evidenció señales de aburrimiento a través de su lenguaje no verbal, pues bostezaba, no participaba en la conversación, su expresión facial era seria, no hacía contacto visual con P3 y agitaba las piernas con impaciencia. En otro momento, en la

sesión 9, la facilitadora relacional comenzó a leer un fragmento sobre el afecto y el cuidado de los padres hacia los niños, para explicarle a Sandra sobre el tema; sin embargo, la cuidadora se distrajo y se dio por terminada la actividad.

P3: Bueno, acabemos. Te voy a leer el de afecto, ¿listo? “A esta edad será más complejo supervisar y garantizar la seguridad de los niños porque ya se están moviendo más (Sandra observa la hoja de la que P3 está leyendo). Los niños recogen rápidamente los objetos que se encuentran en una mesa, se deslizan rápidamente detrás de las puertas abiertas y generalmente exploran el entorno sin los conceptos de seguridad que los adultos tengan”. Entonces, todas esas ideas que se va atorar, que se va a golpear, se va... (P3 hace contacto visual con Sandra mientras le habla, pero la cuidadora no corresponde).

Sandra: Sí, eso sí (Sandra tiene alzado a Sebastián sobre sus piernas, a quien se le observa tranquilo; de repente, la cuidadora se voltea y toma un sándwich que tenía sobre la cama, parte un pedazo mientras P3 continúa hablándole. Sin embargo, el niño rechaza el alimento, la cuidadora intenta dárselo de nuevo y él empieza a llorar. La facilitadora relacional interrumpe su discurso).

Sandra: ¿No quieres, no quieres? (Le dice al niño y se come ella el pedazo de sándwich que quería darle al niño). Sebastián sigue llorando y moviéndose con incomodidad sobre Sandra y ella le dice: Bueno, no quieres, no quieres (y empieza a jugarle al niño con un muñeco).

P3: ¿Será que se nos duerme?

Sandra. Yo creo.

P3. ¿Hacemos la filmación rápido?

Sandra: Bueno.

(Sesión 6)

Se observó que en las ocasiones mencionadas hubo un manejo evitativo de la ruptura, pues la facilitadora relacional no señaló lo que estaba ocurriendo ni exploró las razones por las cuales Sandra no parecía interesada en las actividades. Ahora bien, en otros momentos del proceso de intervención se le preguntó a la cuidadora acerca de temas abordados en las sesiones previas, a modo de repaso, y se le observó más involucrada en la conversación, respondiendo a

lo que se le preguntaba. Con esto se observó que cuando el repaso sobre los temas anteriores se hacía de manera más dinámica involucrando directamente a la cuidadora, ella evidenciaba una mayor cooperación con la actividad y mantenía una mayor atención en el tema de conversación.

4.3.2. Factores de las cuidadoras

Los factores de las cuidadoras, asociados con el lenguaje verbal y no verbal, que influyen en la génesis de tensiones en la AT son aquellos en los que se observan tendencias de comportamiento de las cuidadoras que, en un momento dado, contribuyen con el desarrollo de una ruptura en la AT. Con el análisis de contenido realizado se encontraron cuatro categorías emergentes en este grupo de factores: a) Actitud deferente; b) Actitud dominante; c) Falta de motivación por las actividades; d) Contexto o eventos estresantes.

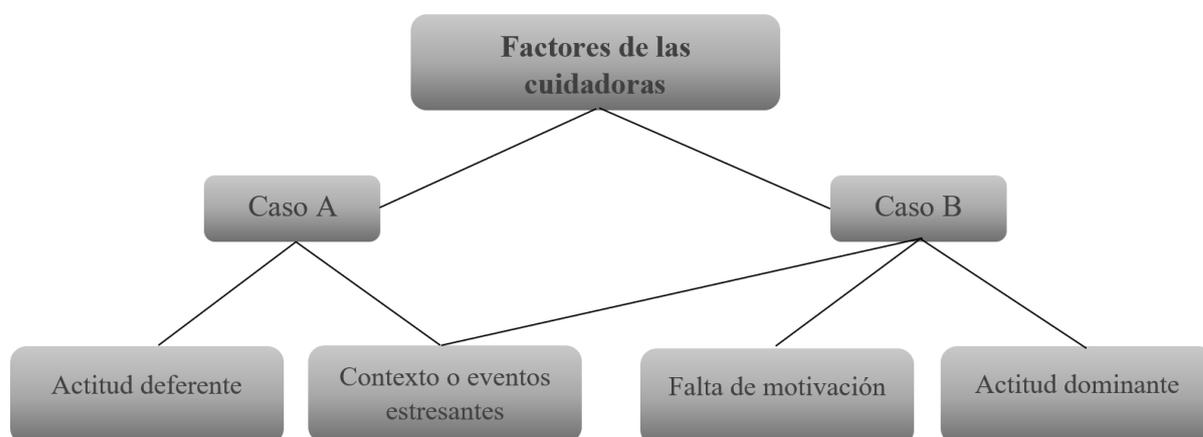


Figura 8. *Factores de las cuidadoras relacionados con la génesis y desarrollo de momentos de tensión en la AT.*

Como se comentó previamente, en el caso A se observó en el lenguaje verbal y no verbal de la cuidadora *una actitud deferente* hacia los facilitadores relacionales, especialmente hacia P1. Esta actitud se evidenció en la sumisión de la cuidadora hacia el facilitador relacional, a través de su lenguaje corporal, pues adoptó una postura corporal encorvada, tensa, evitaba el contacto visual y su tono de voz era bajo cuando respondía a las preguntas que le realizaba el psicólogo. En otros momentos, la actitud deferente de María se vio reflejada en la tendencia de darle la razón al facilitador sobre sugerencias o alternativas de acción con las cuales ella no estaba de acuerdo, tal como se expuso previamente, por lo cual se identificó que esta actitud estuvo en parte motivada por las fallas en la escucha y empatía por parte de P1.

Por otra parte, en el caso B se observó una *actitud dominante* en la cuidadora, evidenciada en acciones que mantenían el control de la interacción o la dirigían de acuerdo con sus intereses o emociones del momento. Por ejemplo, la cuidadora tendía a cambiar el tema de conversación de manera abrupta, interrumpir a P3 para llamar su atención sobre otra cosa o sobre otro tema, evadir sus preguntas e ignorarla mientras se implicaba en otras actividades, pese a que la facilitadora relacional persistía en continuar con la actividad. Estas acciones fueron frecuentes en la interacción entre Sandra y la facilitadora relacional, y dificultaron tanto el ritmo de trabajo como la continuidad de las actividades durante las sesiones de intervención. Por ejemplo, en la sesión 9, durante la cápsula de discusión, P3 y Sandra conversaban acerca de los principios de la relación entre la diáda a la hora de poner límites, pero de repente la cuidadora se levantó un momento del lugar en el que estaba sentada conversando con P3 para alcanzar un alimento para el niño; sin embargo, P3 continuó con el tema mientras la Sandra servía el alimento, pero esta la interrumpió en un par de ocasiones, cambiando el tema, lo que detuvo la actividad momentáneamente.

(Sandra y P3 están sentadas en la cama conversando) P3: Cuando ellos se dan cuenta que no pueden predecir, como te ocurrió ese día que lo pusiste en el corral...

Sandra se para, interrumpe y dice: Ay no, él tiene hambre. (Sandra camina hacia la mesa que está en frente de la cama, destapa un frasco y prueba el alimento que hay en él.

P3: Él te va a empezar a decir "oye no"...

Sandra interrumpe nuevamente: Éste se lo dan abajo (refiriéndose a la comida del frasco que tiene en la mesa).

P3: Ah, ¿esa es la compotica que...?

Sandra: Una papilla.

(Sesión 9)

Así, en las rupturas en las que Sandra evidenciaba una actitud dominante, P3 tendía a seguir la conversación de la cuidadora, pero no solía abordar la ruptura para darle manejo, lo cual contribuyó a que la cuidadora siguiera evitando o interrumpiendo las actividades durante las sesiones.

Ahora, en cuanto a la *falta de motivación por las actividades*, se encontró que ésta fue la tendencia de comportamiento más frecuente en la cuidadora del caso B a lo largo del proceso de IRBA, pues en ocasiones evidenciaba una falta de interés por las actividades, apatía emocional, distancia en el vínculo con la facilitadora relacional y poca cooperación con las actividades, especialmente cuando la facilitadora relacional reiteraba sobre temas vistos anteriormente, o leía el contenido de los temas de repaso. Así, en las rupturas en las que se observó una falta de motivación por parte de Sandra, se identificó una respuesta mínima de parte de ella frente a las intervenciones, en ocasiones ignorando las intervenciones de la facilitadora y evidenciando desinterés por estas. A través de su lenguaje no verbal la cuidadora demostraba aburrimiento, impaciencia y desconexión con algunas actividades durante las sesiones a través de gestos y acciones como la falta de contacto visual con la facilitadora relacional, una expresión facial seria, bostezos y agitar las piernas impacientemente. Además de realizar estos gestos la cuidadora también tendía a distraerse con otra actividad, retirando la atención del tema o actividad con P3 y expresando cansancio o poco gusto por las tareas de la sesión. A partir de lo observado en la interacción entre Sandra y P3 se pudo establecer que cuando la facilitadora relacional hablaba por algún tiempo prolongado la cuidadora solía perder la conexión y desinteresarse por el tema. Por ejemplo, en la sesión 7 durante la vídeo retroalimentación, P3 pausó el vídeo para hacer un comentario a la cuidadora sobre lo que se observaba allí; mientras observaba el vídeo y escuchaba a P3 Sandra agitaba la pierna impacientemente y bostezaba, mientras estaba acostada en la cama. En otros momentos, como en la sesión 6, en la parte de psicoeducación, P3 retomó el tema de la matriz de riesgos en el desarrollo del niño, leyéndole a Sandra lo que las dos habían consignado en la matriz durante la sesión anterior. En ese momento también se observó que la cuidadora tenía una expresión facial seria, los brazos cruzados, bostezaba ocasionalmente y no realizaba ningún comentario, evidenciando aburrimiento y falta de motivación por la actividad. Esta actitud de desmotivación de la cuidadora no fue señalada ni explorada con ella, sino que la facilitadora relacional intentaba continuar con las actividades pese a la poca o nula respuesta de la cuidadora en algunos momentos de ruptura en la AT.

Por otra parte, en algunos momentos de la intervención en cada caso se comentó sobre *eventos y situaciones estresantes* por las que estaban atravesando las cuidadoras o sus familias, relacionados con temas referentes a conflictos familiares, procesos legales y temas de salud o dolor físico en la cuidadora durante la sesión. Así, en algunos de los momentos de ruptura

identificados en cada uno de los casos se encontró que las cuidadoras se encontraban afectadas emocionalmente por alguna situación o evento estresante, reciente o dentro de la sesión, y reaccionaron con reactividad o renuencia frente a algunos temas, actividades o alternativas de solución planteadas en la sesión por los facilitadores relacionales. Por ejemplo, en el caso A la cuidadora se sentía bastante frustrada e impotente frente a los constantes conflictos con su hija Tatiana, por lo cual se mostraba resistente ante las intervenciones que buscaban promover la empatía hacia su hija.

P2: Yo no estoy diciendo que ella no tiene razón, porque ella no tiene razón y no es la persona apta para atender a los niños, pero es para que le ayude a usted tener un poco de paz, porque no es que ella lo haga para hacerlos sufrir. Ella también está sufriendo. (María rompe el contacto visual con P2).

María: Pues sí, doctora (lo dice molesta y con tono de frustración), yo le entiendo a sumercé que ella está sufriendo, pero a raíz de todo lo que se ha pasado y todo lo que se ha vivido...

P2: Sí, no, no hay... (María no mira a P2 mientras le habla, sigue hablando a pesar de que P2 intenta intervenir).

María: Es para que ella tome algo... si personas que yo conozco, doctora... yo a ella la tuve en educación especial y yo conozco personas peor de enfermas que ella.

(Sesión 7)

Por otra parte, en el caso B se observó que los eventos o situaciones estresantes relacionados con las rupturas se presentaron dentro de las sesiones. Por ejemplo, en la sesión 5 María se sentía avergonzada por el hecho de cantar y en la sesión 7 sentía un dolor intenso en el vientre, el cual afectó su disposición para cooperar durante la sesión. Así, estos eventos estresantes dentro de las sesiones estuvieron asociados con sentimientos de vergüenza e irritabilidad, respectivamente, durante las sesiones mencionadas.

5. Discusión

Los resultados de este estudio coinciden con la literatura revisada en que factores de la técnica del terapeuta como las fallas en la empatía y en la escucha y factores de las cuidadoras

como eventos estresantes recientes, la falta de motivación con las actividades, una actitud deferente o dominante se relacionan con rupturas en la alianza terapéutica (Blatt, et al, 1998; Corbella & Botella, 2003; Alcázar, 2007; Anker et al, 2010). Sin embargo, se encontró que hay otros factores adicionales que también se asocian con la génesis y desarrollo de tensiones en la AT en la IRBA, como la reiteración de temas y falta de dinamismo en la técnica de los facilitadores.

Las tensiones en la AT se presentaron durante varios momentos del proceso de intervención, tanto en el caso A como en el caso B, resultado consistente con que la alianza terapéutica es un proceso dinámico en el que se presentan tanto momentos de sintonía como momentos de tensión en la relación terapéutica durante el proceso de intervención (Safran & Murran, 2006). Además, como lo mencionan Safran y Murran (1996; y 2000) y Binder y Strupp (1997), la AT en los casos analizados fue una construcción conjunta entre las cuidadoras y los facilitadores relacionales, por lo cual los momentos de tensión contaron con la coparticipación de ambos. Así, los terapeutas a través de manejos inadecuados de la técnica, y las cuidadoras a través de actitudes de deferencia y dominancia, de las ansiedades ocasionadas por la exposición a contextos y eventos estresantes y de la falta de motivación por las actividades contribuyeron con la génesis y el desarrollo de rupturas en la AT. Sin embargo, también hay que considerar que en esta construcción conjunta también pueden influir factores contextuales, o del proceso de intervención en sí mismo.

Ahora bien, en la parte de conversación libre se encontró que algunos de los temas despertaron ansiedades en una de las cuidadoras, la del caso A, pues eran temas relacionados con eventos y factores contextuales estresantes para ella, los cuales tenían que ver con relaciones conflictivas o disfuncionales con algunos de sus familiares. Estos hallazgos coinciden con Luborsky y colaboradores (1983) y Kokotovic y Tracey (1990), quienes afirman que el índice de exposición a eventos estresantes y la calidad de las relaciones sociales y familiares del consultante (Kokotovic y Tracey, 1990; Mallinckrodt, 1991) influyen en la alianza terapéutica. Sin embargo, en la conversación libre también pueden influir de manera negativa en la alianza terapéutica estados internos de las cuidadoras, relacionados con estados emocionales o dolencias físicas, por ejemplo, o con el estilo relacional o comunicacional del cuidador, como ocurrió con la cuidadora del caso B.

En cuanto a las rupturas durante las cápsulas de discusión, si bien en los dos casos se propició la conversación entre la facilitadora relacional y la cuidadora sobre los temas

abordados, hubo otros momentos en los que la facilitadora relacional del caso B no facilitó esta conversación debido a manejos poco efectivos de la técnica, como la reiteración poco dinámica de ciertos temas, sin invitar a la cuidadora a participar activamente en la conversación. Con respecto a esta parte de la intervención, Tarabulsky y colaboradores (2008) sugieren que en las cápsulas de discusión se propicie la conversación con el cuidador acerca de distintos temas relacionales entre la díada, en donde se pueda conversar sobre anécdotas o ejemplos cotidianos que hayan ocurrido entre el cuidador y el niño, y que éstas tengan que ver con el tema abordado, aspecto que facilita el dinamismo de la psicoeducación y puede hacer más significativo el aprendizaje del cuidador. Así, como se encontró en el caso B, una baja promoción de la participación del cuidador durante las cápsulas de discusión puede dar lugar a que los cuidadores pierdan interés en el tema o retiren su atención de la conversación. El dinamismo en esta parte de la intervención, que puede ser facilitado por la inclusión activa del cuidador en la conversación y cobra especial importancia cuando en el cuidador se observan tendencias de desmotivación o falta de interés por los temas y actividades; entonces, involucrarlo en la conversación puede atraer su atención y promover que se sienta como un agente activo de su proceso de aprendizaje durante esta parte de la intervención, teniendo en cuenta que, como argumentan Gaston y colaboradores (1989), la motivación del consultante, y por ende la falta de ésta, tienen un impacto en la AT.

Teniendo en cuenta que, de acuerdo con Ackerman y colaboradores (2001), y Anker et al (2010), la validación y comprensión de los sentimientos del consultante es una técnica que se asocia con una mejor calidad en la AT, y por tanto con una mayor cooperación del consultante con el proceso de intervención, se considera importante que estas habilidades técnicas se pongan en práctica en las actividades del proceso de intervención. Esto puede ser relevante en aquellas actividades o momentos en los que se evidencie incomodidad en el cuidador, o sentimientos que interfieran en la relación de cooperación entre el facilitador relacional y el consultante. Esto teniendo en cuenta que, por ejemplo, en este estudio si bien las cuidadoras cooperaron con las actividades propuestas, en la parte de interacción entre la díada se presentó un momento en el que la cuidadora sentía vergüenza al realizar la actividad; si bien la facilitadora relacional la alentó a continuar con la tarea, la validación de este sentimiento pudo haber favorecido una mayor cooperación con la actividad por parte de la cuidadora. Sin embargo, esta falta de cooperación con las actividades también puede contrarrestarse a través del manejo indirecto de la ruptura cambiando la actividad, en mutuo acuerdo con el cuidador,

por una que tenga el mismo propósito, como lo proponen Safran y Murran (2000) cuando hablan del manejo de las tensiones en la AT.

Ahora bien, se recomienda que los facilitadores relacionales en la IRBA aborden de manera activa las rupturas en la alianza terapéutica con el cuidador, pues hacerlo puede brindar una oportunidad para explicitar patrones disfuncionales del consultante, inconformidades, desacuerdos o resistencias que limiten la relación de cooperación entre ambos (Safran & Murran, 1996; 2000). Por el contrario, evitar el abordaje de los momentos de tensión puede contribuir a que las rupturas sigan presentándose en el proceso de intervención o incluso, en algunos casos, a que el proceso terapéutico se dé por terminado de manera unilateral por el consultante, como lo proponen Corbella & Botella, (2003); y Salgado (2016).

Los resultados de esta investigación evidenciaron que las rupturas por confrontación fueron mínimas, pues se presentó sólo una tensión de este tipo en cada caso; en contraste, la frecuencia de rupturas por distanciamiento fue mayor. Esto puede relacionarse con que en la IRBA la orientación es hacia resaltar los aspectos positivos de la interacción de la díada cuidador-niño (Tarabulsky et al, 2008), y a que en general, se observa en los facilitadores relacionales una actitud de calidez hacia las cuidadoras y un ambiente terapéutico de amabilidad que promueve una relación cordial y afectuosa entre los facilitadores relacionales y los cuidadores. Incluso, en los momentos en que las cuidadoras manifestaron inconformidades con las actividades en curso o con algún parámetro de la intervención, no manifestaron enojo, sino que manifestaron su insatisfacción con cordialidad.

En cuanto a la falta de sintonía a nivel vincular en algunos momentos de tensión en la AT, esta no se evidenció en la comunicación verbal entre las cuidadoras y los facilitadores relacionales, pero sí se manifestó a través del lenguaje no verbal de las cuidadoras. Así, si bien la comunicación verbal provee información importante acerca de factores relacionados con las rupturas, el lenguaje no verbal puede ser un indicador clave de procesos emocionales en los cuidadores, los cuales pueden influir en desconexiones en el vínculo y, en general, con algún otro componente de la AT. Teniendo en cuenta que hay rupturas que afectan la AT, de las cuales los consultantes o terapeutas son vagamente conscientes (Safran, Murran & Eubanks-Carter, 2011), es importante que los facilitadores relacionales estén atentos a las señales no verbales y comportamentales de los cuidadores (como gestos, postura, etc.) que puedan expresar afectos negativos o desconexión emocional; esto facilitaría que los terapeutas identifiquen de manera más clara y eficaz las rupturas en la AT. En esta investigación también se encontró que la poca

cooperación con las tareas y los desacuerdos en el vínculo no son excluyentes, lo que concuerda con Safran, Murran y Eubanks-Carter (2011) cuando exponen que los desacuerdos en los distintos componentes no necesariamente son excluyentes, pues la cualidad afectiva entre los cuidadores y los facilitadores relacionales puede influir en la motivación o las resistencias de los primeros para abordar las actividades y tareas del proceso de intervención, así como también puede ocurrir al contrario; es decir, que las resistencias del cuidador frente a las tareas impacten en el vínculo afectivo entre ambos.

Por otra parte, no se identificaron grandes desacuerdos con respecto a los objetivos de la intervención en parte porque la IRBA tiene unos objetivos preestablecidos que en lugar de ser negociados con el cuidador, como lo propone Bordin (1979), le son comunicados al momento de iniciar el proceso de intervención. Esto puede poner en riesgo los objetivos del proceso como en el caso A cuando la cuidadora pensó en desertar. Las rupturas en la AT pueden impactar la intervención cuando hay un desacuerdo directo entre los participantes acerca de los objetivos, cuando hay una frecuente falta de cooperación con las actividades a realizar, o por motivos ajenos al proceso. Así, si bien en el caso B no se evidenciaron desacuerdos explícitos con respecto a los objetivos, la falta de cooperación con las tareas dentro de las sesiones pudo desafiar el logro de los objetivos.

Limitaciones del estudio y recomendaciones para futuras investigaciones

Uno de los límites de este estudio es que al ser una investigación cualitativa de estudio de caso se seleccionó una muestra pequeña, pues se analizaron solamente dos casos de IRBA, por lo cual la generalización de los resultados de esta investigación resulta limitada. Así, se recomienda que para futuras investigaciones sobre el tema se amplíe la muestra a estudiar, de manera que se cuente con una representación significativa de casos de la cual se puedan ampliar los conocimientos sobre los factores de los facilitadores relacionales, los cuidadores, la técnica y el proceso de intervención asociados con la génesis y desarrollo de momentos de tensión en la AT entre el facilitador relacional y el cuidador en la IRBA.

Otra de las limitaciones de este estudio es que los datos fueron obtenidos a partir de la triangulación de la perspectiva de observadores externos; es decir, no se incluyó la perspectiva de los facilitadores relacionales ni de los cuidadores acerca de los factores relacionados con las rupturas en la AT identificadas, debido a que no se contó con los datos de contacto de todos ellos. Por esta razón, se recomienda para futuros estudios incluir también la perspectiva de los

cuidadores y los facilitadores relacionales, con el fin de obtener una triangulación de la información con base en estas tres perspectivas: facilitadores relacionales, cuidadores y observadores externos.

Se recomienda que en futuras investigaciones sobre factores que limitan la calidad de la alianza terapéutica en la IRBA se analicen algunos casos de deserción por parte de los cuidadores, ya que la calidad de la alianza terapéutica puede ser menor que los casos analizados en este estudio, los cuales culminaron con todo el proceso de intervención. Esto debido a que, con el análisis de este tipo de **casos probablemente** podrían encontrarse varios factores relacionados con una menor calidad en la AT.

Por último, se recomienda también que futuras investigaciones sobre la alianza terapéutica en la IRBA investiguen sobre los momentos de sintonía en la AT, con el fin de determinar las características de esos momentos y los factores que se asocian con una buena calidad de alianza terapéutica para así poder brindar orientaciones en el entrenamiento de los facilitadores relacionales. Así mismo, también se recomienda que se analice el manejo que los facilitadores relacionales hacen de la alianza terapéutica cuando en las sesiones se presentan algunos de los factores que se asocian con la génesis y el desarrollo de rupturas o momentos de tensión en la AT.

Anexos

Anexo A: Consentimiento informado para las familias

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA FAMILIAS PARTICIPANTES

Programa de intervención basada en el apego para mejorar las interacciones familiares y el bienestar infantil

Yo, _____, identificado con cédula de ciudadanía N° _____, de la ciudad de he sido invitada(o) a participar en la intervención basada en el apego junto con los integrantes de mi familia, en calidad de cuidador principal del niño(a) _____, con documento de identificación N° _____, de la ciudad de _____, que se realizará bajo la dirección del Área de Familia Infancia y Sociedad y el Área de Salud, Conocimientos Médicos y Sociedad representada por sus directores, de la Universidad Externado de Colombia y la colaboración de la Pontificia Universidad Javeriana, la Universidad del Rosario y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), en las instalaciones de la Fundación _____. Este programa de intervención busca mejorar las interacciones entre los cuidadores y sus hijos menores de cinco años, para promover un adecuado desarrollo y bienestar infantil. He sido informada(o) de que:

1. Durante el transcurso de la intervención, mi hijo(a) y yo tendremos de 8 a 10 encuentros programados con dos interventores relacionales que nos visitarán en nuestra casa.
2. En estos encuentros mi hijo(a) y yo realizaremos una serie de actividades cotidianas tales como jugar, comer o cantar que serán grabadas en video.
3. Los videos los observaremos en los mismos encuentros, para que de esta forma pueda mejorar la forma de interacción que tengo mi hijo(a).
4. Los encuentros durarán cada uno aproximadamente una hora y media (90 minutos), y lo que ocurra será filmado para que los interventores relacionales puedan ser supervisados por expertos acerca de lo que ocurre en cada visita.
5. Durante la primera y última sesión me pedirán que responda una serie de cuestionarios e instrumentos de medición psicológicas.
6. Si durante los encuentros se evidencia alguna situación que ponga en riesgo mi salud o la de mis hijos, o cualquier otra característica de relevancia, se suspenderá la intervención y seré informada(o).
7. Participar en los encuentros de la intervención no presenta ningún costo para mí, ni recibiré ningún pago por asistir.
8. Los resultados de mi intervención permitirán establecer si los encuentros de la intervención me beneficiaron y pueden beneficiar a otras familias como la mía en Bogotá, ya que se ha encontrado que es beneficiosa para familias de otros países.

9. Se mantendrá la confidencialidad de mis datos y de los datos de las personas que participen junto conmigo en los encuentros. Esto quiere decir que en ningún momento mi nombre o el de las personas que participan conmigo será divulgado, y que en los informes sobre mi intervención se cambiará mi nombre y el de las personas de mi familia, o se hablará de manera general sobre una familia que vive en Bogotá.
10. Sé que los interventores relacionales que visitarán mi casa serán supervisados por un grupo de expertos y por lo tanto ellos informarán sobre las actividades que realicemos en los encuentros. Esto quiere decir que la información y videos que sobre mi participación y la de mi familia en la intervención, será usada únicamente con fines educativos y de estudio académico de la psicología y la medicina.
11. Mi participación es voluntaria, y puedo retirarme en cualquier momento por cualquier motivo, sin que esto conlleve ningún tipo de perjuicio para mí, mi proceso con el niño/a o las personas con las cuales realizó esta intervención.

Si tuviera alguna pregunta respecto a la intervención en cualquiera de sus aspectos, deberé ponerme en contacto con la profesora _____, de la Universidad _____, a través del email: _____ o al teléfono _____.

He leído completamente el presente consentimiento y doy fe de que lo entiendo completamente. Todas las preguntas respecto al presente consentimiento y a los encuentros han sido respondidas de manera satisfactoria, estoy de acuerdo en participar y en constancia firmo a los ___ días del mes de ____ del 2018.

Nombre de la (del) participante: _____

Firma: _____ CC: _____

Nombre del niño/a: _____ Documento de identidad N°: _____

Nombre de la profesional de intervención: _____

Firma: _____ CC: _____

Nombre del asistente de intervención: _____

Firma: _____ CC: _____

Anexo B: Diccionario de análisis para los vídeos

Diccionario de categorías de análisis de los videos de las sesiones					
Nombre categoría	Descripción	Opciones de respuesta	Ejemplo	Tipo de Categoría	Indicaciones del análisis
Video, caso, sesión, video e intervalo	Código que identifica cada intervalo de video analizado. Incluye: el caso, el número de la sesión, la parte del video del total de videos de esa sesión y el número del intervalo.	N/A	A2-1:2-1 (Caso A; Sesión 2; Parte 1 de los 2 videos que tiene esta sesión; primer intervalo analizado)	Estructurado	
Caso	Identifica a qué caso corresponde el intervalo de video que se está analizando.	A; B	A	Fija	
Sesión	Número de sesión de la intervención.	1; 2; 3; 4; 5; 6; 7; 8; 9.		3 Fija	
Partes	La parte de la sesión a la que corresponde este intervalo.	1=Conversación libre; 2=Cápsulas de discusión; 3=Interacción entre la diada; 4=Vídeo retroalimentación; 5=Cierre u otros comentarios.		2 Fija	
Inicio	Momento del video en el que empieza el intervalo de tiempo. Formato hora:minutos:segundos 00:00:00.	N/A		Estructurado	
Final	Momento del video en el que termina el intervalo de tiempo.	N/A		Estructurado	

	Formato hora:minutos:segundos 00:00:00,				
Duración intervalo	Tiempo de duración del intervalo. Formula de resta del intervalo final menos el intervalo inicial.	N/A	0:06:24	Estructurado	
Temas	Tema abordado en en la conversación o en la actividad que se presente en el intervalo.	N/A	Monitoreo, exploración.	Emergente	
Descripción	Descripción de lo que se observa en el intervalo de video.	N/A	Identificar red de apoyo para cuidar a los niños, o aportar recursos o ayudas en especie o servicios.	Emergente	
Transcripción/descripción	Transcripción demostrativa de la descripción. Es un extracto de lo que se habla en ese intervalo en forma de diálogo.	N/A	P1: Igual ella se va a enterar, igual va a llegar y se va a poner molesta, posiblemente va a ser menos la pelea si sumercé va y le dice, le explica lo que tiene planeado y ella no se siente que están haciendo las cosas a sus espaldas. Eso no significa que le esté pidiendo permiso, simplemente le va a informar. Piénselo, si se siente con fuerza de hacerlo nos cuenta cómo le fue, y si no la próxima vez la practicamos un poquito cómo lo podría decir. (Mar asiente).	Emergente	
Notas sobre aspectos emocionales relevantes	Describir aspectos sobre sentimientos o emociones observables en el cuidador o del terapeuta en ese intervalo.	N/A	Sandra se siente avergonzada mientras canta durante la actividad.	Emergente	Sólo si es observable. No es necesario llenar la casilla si no se observa algún aspecto emocional relevante.

Notas sobre aspectos comportamentales y verbales relevantes	Describir aspectos relevantes sobre el comportamiento observable o sobre la conversación en ese intervalo.	N/A	Sandra presta atención a lo que hace Sebastián, sonríe. No le responde a P3 ni comenta sobre lo que dice, no hace contacto visual con P3.	Emergente	Sólo si es observable. No es necesario llenar la casilla si no se observa algún aspecto comportamental o verbal relevante.
Tensión	Indica si hay tensiones en la relación colaborativa entre cuidador y terapeuta; es decir, cuando se presentan momentos de desajuste en la relación colaborativa entre los facilitadores relacionales y las cuidadoras, en los que se presentan episodios de comportamiento encubierto o manifiesto que evidencian desacuerdos, falta de cooperación o falta de sintonía entre ambos.	Sí; No	Sí	Fija	.
Descripción del momento de tensión	Descripción sobre la ruptura. Detallar qué ocurrió en la ruptura (Qué se dijo, qué hizo el facilitador relacional, qué hizo el terapeuta, etc).	N/A	Mientras P3 hace la psicoeducación Sandra comienza a manipular los juguetes con los que Sebastián está explorando, P3 continúa con la psicoeducación mientras Sandra parece desconectada. P3 realiza preguntas para atraer la atención de Sandra y Sandra sigue manipulando los objetos sin mirar a P3.	Emergente.	
Tipo de ruptura	Indica si la ruptura fue por distanciamiento o por confrontación.	Distanciamiento; Confrontación	Confrontación.	Fija	

	<p>Se considera una ruptura por distanciamiento cuando el consultante se retrae o desconecta parcialmente del terapeuta, de sus propias emociones o de ciertos aspectos del proceso terapéutico; o bien cuando el consultante se mueve hacia el terapeuta de una manera que niega un aspecto de su propia experiencia. Se considera una ruptura por confrontación cuando el consultante expresa enojo, resentimiento o insatisfacción de una manera no colaborativa o trata de ejercer presión o control hacia el terapeuta.</p>				
Componentes AT	<p>Indica los componentes de la Alianza Terapéutica que se ven afectados por la ruptura. Tener en cuenta la definición de cada componente: Vínculo: es la cualidad afectiva de la relación entre el cuidador y el facilitador relacional. Tareas: se dan sobre la base de una relación de</p>	<p>Vínculo; Tareas; Objetivos; Vínculo y Tareas; Vínculo y Objetivos; Tareas y Objetivos; Vínculo, Tareas y Objetivos.</p>	Vínculo y Tareas.	Fija	

	colaboración y el encuadre terapéutico, las cuales el cuidador debe ejecutar para beneficiarse de la intervención. Estas tareas pueden tener lugar tanto dentro como fuera del lugar en el que se lleva a cabo la intervención. Objetivos: estos son los focos a los que se dirige la intervención, se convierten en las metas de éste.				
Mi sensación	Lo que siento al ver este intervalo.	N/A	Me es incómodo que repita tanto.	Emergente	No es necesario llenar la casilla si no hay algo relevante por anotar.
Observaciones del análisis	Notas que pueden servir para el análisis posterior. Por ejemplo, algo que es repetitivo o cuando surge alguna interpretación.	N/A	El dolor de Sandra puede dificultar su disposición para la sesión. Le dificulta poner atención y parece que es estresante.	Emergente	No es necesario llenar la casilla si no hay algo relevante por anotar.

Referencias

- Ackerman, S. J., Benjamin, L. S., Beutler, L. E., Gelso, C. J., Goldfried, M. R., Hill, C., & Rainer, J. (2001). Empirically supported therapy relationships: Conclusions and recommendations for the Division 29 Task Force. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), 495-497.
- Ackerman, S. J y Hilsenroth, M.J. (2001). A review of therapist characteristics and techniques negatively impacting the therapeutic alliance. *Psychotherapy* Volume 38 Number 2, 171-185.
- Ainsworth, M. D. S., & Wittig, B. A. (1969). *Attachment and exploratory behavior of one-year-olds in a strange situation. Determinants of infant behaviour*. London: Methuen.
- Alcázar, R. (2007). Expectativas, percepción del paciente hacia su terapeuta y razones para asistir a dos o más sesiones. *Salud Mental*, 30(5), 55-62.
- Anker, M., Owen, J., Duncan, B., & Sparks, J. (2010). The alliance in couple therapy: Partner influence, early change, and alliance patterns in a naturalistic sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(5), 635-645.
- Aspland, H., Llewelyn, S., Ardí, G. E., Barkham, M. & Stiles, W. (2008). Alliance ruptures and rupture resolution in cognitive-behavior therapy: A preliminary task analysis. *Psychotherapy Research*, 18 (6), 699-710.
- Bachelor, A. y Horvath, A. (1999). The therapeutic relationship. En M. Hubble, B. Duncan y S. Miller (Eds.), *The heart and soul of change* (pp. 133-178). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Bachelor, A. & Salamé, R. (2000). Participant's perceptions of dimensions of the therapeutic alliance over the course of therapy. *Journal of Pshychotherapy practice and Research*, 9, 39-53.
- Barnett, C. Belfield R.; Mores, M. Mortie, Z.; Schweinhart, J. & Xiang, W. (2005). *The High/Scope Perry Preschool Study to age 40*. High Scope Educational Research Foundation. Ypsilanti,,Michigan: High/ScopePress).
- Becker, N. & Benetti, S. (2014). Factores asociados a la formación de la alianza terapéutica en terapia obligatoria. *Estudios de Psicología*, 19 (4), 296-304.

- Binder, J. L. & Strupp, H.H. (1997). "Negative process": A recurrently discovered and underestimated facet of therapeutic process and outcome in the individual psychotherapy of adults. *Clinical Psychology Science and Practice*, 4, 121-139.
- Blatt, S. J., Zuroff, D. C., Bondi, C. M., Sanislow, C. A., III y Pilkonis, P. A. (1998). When and how perfectionism impedes the brief treatment of depression: Further analyses of the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(2), 423-428.
- Bolívar, M., Convers, A. M., & Moreno, J., (2014). Factores de riesgo psicosocial asociados al maltrato infantil. *Psychologia. Avances de la Disciplina*, 8(1), 67-76.
- Bordin, E.S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, research and practice*, 16(3), 252-260.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss*: Vol. 1. Attachment. New York: Hogarth Press.
- Bowlby, J. (1982). Attachment and loss: Retrospect and prospect. *American Journal of Orthopsychiatry*, 52(4), 664-687.
- Bugental, D. B., & Happaney, K. (2004). Predicting infant maltreatment in low-income families: The interactive effects of maternal attributions and child status at birth. *Developmental Psychology*, 40(2), 234-243.
- Carbonell, O. A. (2013). La sensibilidad del cuidador y su importancia para promover un cuidado de calidad en la primera infancia. *Ciencias Psicológicas*, 2, 201 - 207.
- Castro, N., Cortés, P., Pereira Vasters, P. (2010). Uso de drogas entre estudiantes da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nacional Autónoma de Nicaragua. *Revista Latinoamericana Enfermagem*, 18, 606-612.
- Chamorro, L.A. (2012). El apego. Su importancia para el pediatra. *Pediatría*, 39 (3), 199 – 206.
- Cicchetti, D., & Valentino, K. (2006). An ecological-transactional perspective on child maltreatment: Failure of the average expectable environment and its influence on child development. En: D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology*, 3, 129–201. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Cob, R & Dávila, J (2009). Internal Working Models and Change. En Obegi, J., & Berant, E. (2009). *Attachment Theory and Research in Clinical Work with Adults*. New York: The Guilford Press.
- Código de la Infancia y la Adolescencia, Ley 1098 de 2006 (Congreso de Colombia 8 de noviembre de 2006).

- Cooper, G., Hoffman, K. T., Powell, B., & Marvin, R. S. (2005). The circle of security intervention: Differential diagnosis and differential treatment. In L. J. Berlin, Y. Ziv, L. Amaya-Jackson, & M. T. Greenberg (Eds.), *Enhancing early attachments: Theory, research, intervention and policy* (pp. 127–151). New York: Guilford Press.
- Corbella, S. & Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: Historia, investigación y evaluación. *Anales de Psicología*, 19, 205-221.
- Corning, A., Malofeeva, E., & Bucchianeri, M. (2007). Predicting termination type from client-therapist agreement on the severity of the presenting problem. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 44(2), 193-204.
- Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. (2007). *Designing and conducting Mixed Methods research*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Dozier, M., & Bates, B. C. (2004). *Attachment states of mind and the treatment relationship*. In S. Goldberg & L. Atkinson (Eds.), *Attachment issues in psychopathology and intervention* (pp. 167–180). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Egeland, B., Jacobvitz, D., & Sroufe, A. (1988). Breaking the cycle of child abuse. *Child Development*, 59, 1080–1088.
- Fantuzzo, J. W., Perlman, S. M., & Dobbins, E. K. (2011). Types and timing of child maltreatment and early school success: A population-based investigation. *Children and Youth Services Review*, 33, 1404–1411.
- Fenton, L., Cecero, J., Nich, C., Frankforter, T. L., y Carroll, K. M. (2001). Perspective is everything: The predictive validity of six working alliance instruments. *Journal of Psychotherapy, Practice and Research*, 10, 262-268.
- Font, S. A., & Berger, L. M. (2015). Child maltreatment and children's developmental trajectories in early to middle childhood. *Child Development*, 86, 536–556.
- Forensis, (2018). *Datos para la vida*. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Grupo Centro de Referencia Nacional sobre Violencia. Bogotá, República de Colombia.
- Gaston, L., Marmar, C. R., Gallagher, D. y Thompson, L. W. (1989). Impact of confirming patient expectations of change processes in behavioral, cognitive, and brief dynamic psychotherapy. *Psychotherapy*, 26(3), 296-302.
- Gómez, A. C. (2006). Los padres en la psicoterapia de los niños. *Pensamiento Psicológico*, 2(6), 103-113.

- Gómez, E., Muñoz, M. M. & Santelices, M. P. (2008). Efectividad de las intervenciones en apego con Infancia Vulnerada y Riesgo Social: Un desafío. *Terapia Psicológica*, 26 (2), 241-251.
- González, A. (2015). Disociación y trauma. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/228677338_DISOCIACION_Y_TRAUMA .
- Goodson, B. D., Layzer, J. I., St-Pierre, R. G., Bernstein, L. S., & López, M. (2000). Effectiveness of a comprehensive, five-year family support program for low-income children and their families. *Early Childhood Research Quarterly*, 15, 5–39.
- Green, V. (2003). El trabajo con los padres en C. Geissmann & D. Houzel (Eds.) *Psicoterapias del niño y del adolescente* (pp. 573-586). Madrid: Síntesis.
- Green, M. J., Tzoumakis, S., McIntyre, B., Kariuki, M., Laurens, K. R., Dean, K. & Carr, V. J. (2017). *Childhood Maltreatment and Early Developmental Vulnerabilities at Age 5 Years. Child Development*.
- Hartley, D. (1985). Research on the therapeutic alliance in psychotherapy. *Psychiatric update annual review*, 4, 532-549.
- Hawley, K., & Weisz, J. (2005). Youth versus parent working alliance in usual clinical care: Distinctive associations with retention, satisfaction, and treatment outcome. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34, 117-128.
- Henry, W. P. y Strupp, H. H. (1994). The therapeutic alliance as interpersonal process, Horvath, Adam O. (Ed); Greenberg, Leslie S. (Ed). (1994). The working alliance: Theory, research, and practice. Wiley series on personality processes. (pp. 51-84). New York: John Wiley and Sons.
- Horvath, A. O. & Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 561-573.
- Howe, D. (2005). Child abuse and neglect. Attachment, development and intervention. New York: Palgrave Macmillan.
- ICBF (2012). Caracterización del maltrato infantil en Colombia: Una aproximación en cifras. Bogotá: Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.
- ICBF (2013). De cero a siempre. Violencias en la primera infancia en Colombia. Bogotá: Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.
- Juffer, F., Bakermans-Kranenburg, M. & van IJzendoorn, M. (2005). *Enhancing Children's Socio-Emotional Development: A Review of Intervention Studies*. En:

- Teti, D.M. (Ed) (2005). *Handbook of Research Methods in Developmental Science*. Oxford: Blacwell.
- Kerbaux, R. (1999). *Investigación en terapia conductual: problemas y soluciones*. En R. Kerbaux y R. Wielenska (Eds.). *Sobre el comportamiento y la cognición: psicología Conductual y cognitiva: desde la reflexión teórica hasta la diversidad de aplicaciones*, 61-68. Santo André, SP: ARBytes.
- Kokotovic, A. M. & Tracey, T. J. (1990). Working alliance in the early phase of counseling. *Journal of counseling psychology*, 37, 16-21.
- Luborsky, L., Singer, B., & Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies: is it true that everyone has won and all must have prizes? *Archives of general psychiatry*, 32, 8, 995-1008.
- Luborsky, L. (1976). Helping alliances in psychotherapy: *The ground work for a study of their relationship to its outcome*. En J. Claghorn (Ed.). *Successful psychotherapy*, 92-116, Nueva York: Brunner/Mazel.
- Luborsky, L., Crits-Cristoph, P., Alexander, L., Margolis, M. y Cohen, M. (1983). Two helping alliance methods for predicting outcomes of psychotherapy: A counting signs vs. a global rating method. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 171(8), 480-491.
- Krause, M. (2001). [¿Subjetividad del cambio o cambio subjetivo?]. Trabajo presentado en Coloquio realizado en la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile.
- Ley 1098 DE 2006. (noviembre 8). Diario Oficial No. 46.446 de 8 de noviembre de 2006.
- Lyons-Ruth, K., Yellin, C., Melnick, S., & Atwood, G. (2005). Expanding the concept of unresolved mental states: Hostile/helpless states of mind on the AAI are associated with disrupted mother-infant communication and infant disorganization. *Development and Psychopathology*, 17, 1-23.
- Main, M., & Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. En: M. T. Greenberg, D. Cicchetti, & E. M. Cummings (1990.), *Attachment in the preschool years* (pp. 121-160). Chicago: University of Chicago.
- Manterola, C. & Otzen, T. (2014). Estudios observacionales. Los diseños utilizados con mayor frecuencia en investigación clínica. *Int. J. Morphol.*, 32 (2), 634-645.

- Mikulincer, M. & Shaver, P. (2007). *Attachment in Adulthood. Structure, Dynamics, and Change*. New York: The Guilford Press.
- Moss, E., Cyr, C., & Dubois-Comtois, K. (2004). Attachment at early school-age and developmental risk: Examining family contexts and behavior problems of controlling-caregiving, controlling-punitive and behaviorally-disorganized children. *Developmental Psychology*, 40, 519–532.
- Moss, E., Dubois-Comtois, K., Cyr, C., Tarabulsky, G. M., St-Laurent, D., & Bernier, A. (2011). Efficacy of a home-visiting intervention aimed at improving maternal sensitivity, child attachment, and behavioral outcomes for maltreated children: A randomized control trial. *Development and Psychopathology*, 23(01), 195–210.
- Moss, E., Tarabulsky, G. M., St-Georges, R., Dubois-Comtois, K., Cyr, C., Bernier, A. & Lecompte, V. (2014). Video-feedback intervention with maltreating parents and their children: program implementation and case study. *Attachment & Human Development*, 16(4), 329–342.
- Murran, J. C. & Barber, J. P. (2010). *The therapeutic alliance: an evidence-based guide to practice*. New York: The Guilford Press.
- Mustard, F. (2002). Early Child Development and the Brain—the Base for Health, Learning, and Behavior Throughout Life. En: *From Early Child Development to Human Development*. Young, M. E. (2002). Washington: The World Bank.
- Noguero, F. L. El análisis de contenido como método investigativo. *XXI, Revista de Educación*, 4 (2002): 167-179. Universidad de Huelva.
- Pinheiro, P. S. (2006). Informe Mundial sobre la violencia contra los niños y niñas . Ginebra: ATAR Roto Presse SA.
- Ochoa, O., Restrepo, D., Salas Zapata, C., Sierra, G. M., & Torres de Galvis, Y. (2017). *Relación entre antecedente de maltrato en la niñez y comportamiento maltratador hacia los hijos. Itagüí, Colombia, 2012-2013. Revista Colombiana de Psiquiatría*. doi:10.1016/j.rcp.2017.05.014.
- Olds, D., Sadler, L., & Kitzman, H. (2007). Programs for parents of infants and toddlers: Recent evidence from randomized trials. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43, 355–391.

- Paredes, M. L. (2020). Evaluación de proceso de la Intervención Relacional basada en el apego a través del análisis de dos casos (Tesis de maestría). Universidad Nacional de Colombia Bogotá.
- Pitillas, C. (2018). Particularidades del Diálogo Clínico en las Intervenciones Centradas en el Vínculo. *Revista de Psicoterapia*, 29(111), 39-53.
- Rondón, A. P., Otálora, I. L. & Salamanca, Y. (2009). Factores que influyen en la deserción terapéutica de los consultantes de un centro universitario de atención psicológica. *International Journal of Psychological Research*, 2 (2), 137-147.
- Roussos, A. J. (2007). El diseño de caso único en investigación en psicología clínica. Un vínculo entre la investigación y la práctica clínica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 16, 261–270.
- Salgado, M. E. (2016). Resolución de rupturas en la alianza terapéutica. Una revisión bibliográfica. *Perspectivas en Psicología*, 13, 46-55.
- Safran, J. D., Muran, J. C. y Samstag, L. W. (1994). Resolving therapeutic alliance ruptures: A task analytic investigation, Horvath, Adam O. (Ed); Greenberg, Leslie S. (Ed). (1994). *The working alliance: Theory, research, and practice*. Wiley series on personality processes. (pp. 225-255). New York, NY: John Wiley and Sons.
- Safran, J. D., Murran, 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., Muran, C., & Eubanks-Carter, C. (2011). Repairing Alliance Ruptures. *Psychotherapy*, 48, 80-87.
- Saketopoulou, A. (1999). The therapeutic alliance in psychodynamic psychotherapy: Theoretical conceptualizations and research findings. *Psychotherapy*, 36, 4, 329-342.
- Santibáñez, P. M., Román, M. F., Chenevard, C. L., Espinoza, A. E., Iribarra, D. E. & Müller, P. A. (2008). Variables Inespecíficas en Psicoterapia. *Terapia Psicológica*, 26 (1), 89-98.
- Santibáñez, P. M., Román, M. F. & Vinet, E. V. (2009). Efectividad de la psicoterapia y su relación con la alianza terapéutica, *Interdisciplinaria*, 26(2), 267-287.

- Scheinkman, M. (2008). The multi-level approach: A road map for couples therapy. *Family Process*, 47, 197-213.
- Shinohara, H. (2000). *Relación terapéutica: ¿Qué sabemos sobre ella?* En R. Kerbauy (Eds.), *Sobre el comportamiento y cognición. Conceptos, investigación y aplicación, el énfasis en enseñanza, emoción y cuestionamiento clínico*, 229-233, Santo André, SP: ARBytes.
- Slack, K. S., Berger, L. M., DuMont, K., Yang, M.-Y., Kim, B., Ehrhard-Dietzel, S., & Holl, J. L. (2011). Risk and protective factors for child neglect during early childhood: A cross-study comparison. *Children and Youth Services Review*, 33(8), 1354–1363.
- Tarabulsy, G. M., Pascuzzo, K., Moss, E., St-Laurent, D., Bernier, A., Cyr, C., & Dubois-Comtois, K. (2008). *Attachment-based intervention for maltreating families*. *American Journal of Orthopsychiatry*, 78(3), 322–332.
- Tarabulsy, G. M., & Symons, D. K. (2016). Attachment theory and developmental psychology: Canadian contributions and introduction to the special issue. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue Canadienne Des Sciences Du Comportement*, 48(1), 1–8
- Toth, S. L., Cicchetti, D., Macfie, J., Rogosch, F. A., & Maughan, A. (2000). Narrative representations of moral-affiliative and conflictual themes and behavioral problems in maltreated preschoolers. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29, 307–318.
- Valdés, N., Gómez, D., & Reinel, M. (2018). Momentos de ruptura y resolución de la Alianza Terapéutica en el caso de una adolescente diagnosticada con difusión de identidad: su impacto en el resultado terapéutico. *PSYKHE*, 27(2), 1-20.
- Weiner, A. (2012). Estudios de caso único en el campo de la investigación actual en psicología clínica. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 16, 214–222.
- Weisz, J., & Hawley, K. (2002). Developmental factors in the treatment of adolescents. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 70, 21-43.