



COMILLAS
UNIVERSIDAD PONTIFICIA

ICAI

ICADE

CIHS

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

Influencia de la alianza terapéutica en el éxito de la terapia.

Autora: Lina Márquez Cruz

Directora: Maria Esther Martín Íñigo

Madrid

2021/2022

Índice

ÍNDICE	2
RESUMEN	3
ABSTRACT	3
INTRODUCCIÓN	4
MARCO TEÓRICO:	5
1. ¿QUÉ ES LA ALIANZA TERAPÉUTICA?	5
1.1 <i>Conceptualización</i>	5
1.2 <i>Diferencias dentro de la conceptualización:</i>	8
1.3 <i>Componentes de la alianza terapéutica</i>	9
1.4 <i>Evaluación psicométrica:</i>	11
2. LA ALIANZA Y SU RELACIÓN CON EL ÉXITO EN LA TERAPIA	12
2.1 <i>Rupturas en la alianza terapéutica</i>	15
3. ¿QUÉ PERMITE ESTABLECER UNA BUENA ALIANZA?	16
3.1. <i>La influencia del apego en la elaboración de la alianza terapéutica:</i>	18
METODOLOGÍA:	20
CONCLUSIONES	21

Resumen

A lo largo de las décadas pasadas, muchos de los estudios que se realizaban en psicoterapia pusieron el foco en la investigación de los elementos que intervienen en el éxito de los procesos terapéuticos. Entre ellos se encuentra, como uno de los más relevantes, la alianza terapéutica, entendida como el vínculo establecido entre paciente y terapeuta que permite, junto a otros factores, el proceso terapéutico.

La finalidad de este trabajo es mostrar una conceptualización de la alianza terapéutica haciendo un recorrido por aquellos autores que la han estudiado, así como de sus características y escalas de medida. Como punto importante, indagamos acerca de la relación significativa que se halla entre la alianza que se estudia y el éxito en el resultado del proceso terapéutico. Por último se exponen ciertos planteamientos de estudio futuros.

Palabras clave: alianza terapéutica, éxito, concepto, vínculo

Abstract

Throughout the past decades, many of the studies carried out in psychotherapy focused on the investigation of the elements that intervene in the success of therapeutic processes. Among them is, as one of the most relevant, the therapeutic alliance, understood as the bond established between patient and therapist that allows, together with other factors, the therapeutic process.

The purpose of this work is to show a conceptualization of the therapeutic alliance by reviewing those authors who have studied it, as well as its characteristics and measurement scales. As an important point, we inquire about the significant relationship found between the alliance under study and the success in the result of the therapeutic process. Finally, certain approaches to future study are presented.

Keywords: Therapeutic alliance, success, concept, link

Introducción

Este trabajo se va a basar en una revisión acerca del concepto de la alianza terapéutica. En otras palabras, acerca de la relación y vínculo entre el paciente y el terapeuta. Y concretamente, sobre cómo afecta esta alianza en que la terapia sea exitosa y podamos conseguir los objetivos planteados.

He escogido este tema porque creo que es uno de los puntos clave de la psicoterapia. La psicoterapia se basa en el encuentro terapéutico entre el paciente que va solicitando una ayuda, una escucha, y el terapeuta que es quién le brinda al paciente esto que viene solicitando. Es por esto que creo que si no hay un vínculo, una conexión, un entendimiento y un trabajo en equipo, en el que terapeuta y paciente vayan juntos a conseguir los objetivos planteados, la terapia no será fructífera. Por esto, es un tema que me interesa y que creo que merece ser tratado, estudiado y comentando.

Para ello, nos centraremos en tres puntos principales. El primero va a ser explicar **qué es la alianza terapéutica**, sus orígenes y su significado. Después vamos a seguir con su **importancia en el éxito de la terapia, teniendo en cuenta cómo influye**, y haciendo un recorrido por estudios que demuestren que esta afirmación se confirma. Por último veremos algunos de los **factores necesarios para que la alianza sea buena**, es decir, cómo podemos elaborar una exitosa alianza terapéutica.

Profundizando acerca del significado de la alianza terapéutica es bueno comenzar con una definición de lo que es la psicoterapia. Podemos explicar la psicoterapia como aquel transcurso en el que se da una comunicación entre especialista profesional (terapeuta) y una persona que necesita apoyo en ciertos aspectos de salud mental, cuyos objetivo (de ambos) es mejorar la salud de la persona que solicita ayuda, y conseguir los cambios necesarios para lograr su bienestar (Fernández-Liria et al., 1997).

Sabemos que la psicoterapia se asienta en el diálogo y tiene como base la relación entre el paciente y el terapeuta. Por lo cual debemos focalizar el recorrido terapéutico en esta relación de la que hablamos ya que es considerada como el eje central.

El concepto de Alianza Terapéutica (AT) se utiliza para explicar esta relación y acentuar su valor e importancia, siendo este concepto considerado como una obra entre

el terapeuta y el paciente, que se origina y cambia con el paso del proceso terapéutico (Navia y Arias, 2012).

La alianza terapéutica tiene un gran peso en el éxito y resultado de la terapia, y esto es lo que iremos viendo a lo largo de esta revisión.

Marco teórico:

1. ¿Qué es la alianza terapéutica?

En primer lugar, haremos un breve recorrido histórico sobre el concepto de alianza terapéutica y los autores que lo estudiaron, profundizando después en los aspectos más relevantes.

1.1 Conceptualización

El concepto de la alianza terapéutica ha ido variando con el paso del tiempo. En su origen fue citado por Sigmund Freud (1913) en el psicoanálisis, pese a que éste no utilizó el concepto tal cual lo conocemos sino que lo denominaba como “transferencia”, pero dejó claro que era el primer objetivo de la intervención, la adhesión del paciente al terapeuta y a su vez al tratamiento. Quería transformar al paciente en “colaborador” durante el proceso terapéutico (Breuer & Freud, 1893-1895). Su interés se focalizaba sobre todo en los aspectos transferenciales de la relación. Por otra parte propone que el psicólogo y el paciente se deben unir mediante un convenio analítico frente a los síntomas que éste presente. Basándose este convenio en una hábil comprensión del terapeuta junto a la asociación libre del paciente (Freud, 1937, 1940).

Más tarde, se estableció una distinción entre los conceptos de alianza y transferencia por parte de Zetzel (1956), los cuales expondremos más adelante. Y entre los términos de alianza de trabajo y relación real por parte de Hartley (1985).

Todas las escuelas de psicoterapia asumen el concepto de alianza terapéutica, aunque distanciándose de la percepción transferencial psicoanalítica.

Rogers (1951) en la escuela humanista, establece como necesario para una adecuada alianza terapéutica, la empatía, congruencia, y la aceptación incondicional.

Posteriormente algunos autores apostaban por la empatía como el elemento que se debía asociar con la Alianza terapéutica (Horvarth y Luborsky, 1993).

Cuando se pone el foco en el cambio de la conducta clásica, es cuando la terapia empieza a considerarse como un transcurso en el que hay aprendizaje y modificación de la conducta por parte del paciente, por lo cual, se pensaba que era muy importante la calidad del terapeuta en sus intervenciones. En esta línea, no se le daba casi ninguna relevancia a la AT (Newman, 1998).

Sin embargo, vuelve el interés por la alianza terapéutica cuando se da la “revolución cognitiva” de la psicoterapia. Es además, en este momento, cuando comienza a considerarse como el aspecto principal del proceso de terapia (Newman, 1998).

Safran y Segal (1994) exponen la importancia de contemplar a la alianza terapéutica como un elemento cambiante y activo donde repercute en gran medida la sensación que experimenta el paciente con respecto a los actos del terapeuta, y no por el contrario, como un elemento fijo o constante.

La psicología analítica contemporánea cuenta con ciertos trabajos que han tomado un camino poniendo el foco en lo relacional, destacando la participación y la subjetividad del terapeuta como muy relevante (Mitchell, 1988). Se ha dado un cambio importante, ya que en el psicoanálisis ha sido anteriormente defendida durante mucho tiempo la continencia y la neutralidad, hasta que la autenticidad, espontaneidad, y la interacción del terapeuta se han ido incluyendo cada vez más (Mitchell, 1997).

Casi todas las escuelas psicoterapéuticas han incorporado el concepto de alianza terapéutica, pero de forma que éste toma distancia de la visión transferencial que proponía el contexto psicoanalítico (Safran y Muran, 2000).

Durante las décadas de los 60 y los 70 surgió lo que se llamó como “revolución cognitiva”, la cual dio lugar a que se reavivase el interés por la relación entre terapeuta y paciente. Siendo así, la alianza terapéutica es considerada un elemento clave y central en el recorrido terapéutico por la orientación cognitiva, y en concreto las tendencias más constructivistas (Arnkoff, 1995; Goldfried y Davidson, 1994; Newman, 1998; Safran, 1998).

A continuación hacemos cierto énfasis en dos autores cuyas definiciones acerca del concepto de alianza terapéutica, han sido las más aceptadas y estudiadas. Estos autores son: Bordin y Luborsky:

Luborsky (1976) explica este concepto de la alianza terapéutica como un elemento dinámico que va evolucionando en consonancia a las transiciones que se van dando en las distintas fases de la terapia (Horvath y Luborsky, 1993), siendo así una conceptualización más aproximada a la visión psicoanalítica en su origen.

Así pues, este autor explica la alianza de forma que se desarrolla en dos partes:

- a) La primera, mayormente en los inicios de la psicoterapia se refiere a la imagen que el paciente tiene del terapeuta, como alguien que le apoya y le ofrece ayuda dentro de un ambiente de relación afectuoso y acogedor.
- b) La segunda fase, se refiere en momentos posteriores, más avanzados de la terapia, a aquello que el paciente realiza destinado a colaborar de forma conjunta con el terapeuta en las labores que corresponden al proceso.

Otro de los autores relevantes en la conceptualización de la alianza terapéutica es Bordin (1976).

Bordin (1976) define la alianza terapéutica como el componente relacional de carácter activo que corresponde a las relaciones que tienen como objetivo incitar un cambio. El autor expone tres componentes que la forman:

- a) El vínculo entre paciente y terapeuta debe ser positivo. La calidad de este vínculo establece el tono emocional que tiene el paciente del terapeuta, incluyendo aspectos como la confianza mutua, la aceptación y la empatía. Además, un concepto que utiliza para relacionar con el vínculo del que hablamos, es el de “rapport (compemetración)”, el cuál se refiere al contacto afectuoso entre el terapeuta y el paciente (Liria y Rodríguez, 2001).
- b) El acuerdo entre el terapeuta y el paciente sobre los objetivos que se quieren lograr en el proceso psicoterapéutico.
- c) El acuerdo entre el terapeuta y el paciente acerca de los medios que se deben utilizar para alcanzar los objetivos planteados.

Aunque existan distinciones entre las teorías que exponen Bordin y Luborsky, podemos ver que es factible la complementariedad de los dos.

Safran y Segal (1994) comentan que los planteamientos sobre el concepto de alianza terapéutica que hemos estado comentando pueden ser considerados como pioneros del

mismo, pero que se estima que fue Zetzel (1956) el primero que usa este concepto de alianza terapéutica, en la terapia psicoanalítica cuando diferencia los elementos “reales” de los “transferenciales” en el vínculo que establecen el terapeuta y el paciente.

Por otro lado, Greenson (1976) distingue la alianza terapéutica que exponemos, que se refiere a la posibilidad del terapeuta y del paciente de establecer una unión o vínculo entre los dos, con la alianza de trabajo que remite a la capacidad del paciente de integrar las labores del tratamiento.

Fueron empleadas las expresiones de “alianza terapéutica”, “alianza de ayuda” y “alianza de trabajo” como elementos concretos de la alianza o como equivalente de la alianza como un completo. La utilización de estos conceptos no se ha mantenido, por esto mismo ciertos autores como Luborsky y Horvath (1993) solo hablan de alianza de forma general, refiriéndose con este concepto a todos los demás que hemos mencionado (Horvath y Luborsky, 1993).

En definitiva, podemos explicar la alianza como una obra conjunta entre el terapeuta y el paciente. De una forma, esta modula la relación entre ambos.

1.2 Diferencias dentro de la conceptualización:

Meissner (2006) habla de la transferencia-contratransferencia, y expone que el límite trazado entre estos dos elementos puede ser confuso en muchas ocasiones.

Al mencionar el concepto de transferencia, nos referimos a aquellas conductas y afecciones relacionales que se han dado de forma temprana y relevante para los pacientes. Aunque no siempre ni únicamente se da en los primeros años de vida con las figuras paternas o de cuidado. Estos afectos y comportamientos relacionales que comentamos pasan a ser depositados en el terapeuta, el cual es concebido en términos parecidos a los de las figuras de origen del paciente (Laplanche y Pontalis, 1996).

Estos mismos autores definen la transferencia más concretamente como: (...) “el tratamiento en virtud del cual los anhelos inconscientes se actualizan sobre determinados objetos, dentro de un tipo concreto de relación establecida con ellos y, de un forma especial, dentro de la relación terapéutica. Se basa en una reproducción de prototipos infantiles, vivida con un señalado sentimiento de actualidad” (Laplanche y Pontalis, 1996).

Por otro lado, Safran y Muran (2006) plantean que la transferencia, a diferencia de la alianza terapéutica, no presta atención al mutuo influjo que se da de forma inconsciente entre el terapeuta y el paciente en el recorrido de la terapia.

Dentro de la alianza terapéutica, se contemplan las aportaciones tanto del terapeuta como del paciente (Safran y Muran, 2006) por lo cual, la idea de transferencia está incluida en este concepto.

En los estudios realizados por estos autores acerca de las rupturas de la alianza, se muestra como evidente esto que exponemos, ya que Safran y Muran (2006) explican estas rupturas como acciones transferenciales-contratransferenciales debido a que, como comentamos anteriormente, el mutuo influjo inconsciente del terapeuta y el paciente es importante y se pone de manifiesto en la alianza terapéutica.

Horvath y Luborsky (1993) explican la contratransferencia como el influjo de las aptitudes relacionales y de las relaciones tempranas que pertenecen al terapeuta y que a su vez se ponen de manifiesto en la relación con el paciente. Por esto, exponen que la contratransferencia es un componente dentro de la creación de la alianza. Estos autores no muestran absoluta seguridad sobre si este concepto se refiere a una manifestación interpersonal, o si se refiere a un elemento propio del terapeuta (aptitud relacional de éste que es persistente con los pacientes). Aún así, Horvath y Luborsky (1993) exponen que debería de existir un modelo teórico el cual se encargase de enlazar la contratransferencia y la alianza y de esta forma sea más fácil el estudio científico acerca del tema.

Es entonces la alianza terapéutica la que proporciona el marco en el que se pueden trabajar y estudiar la contratransferencia y la transferencia, además de contener las dimensiones y elementos que comprenden el vínculo terapéutico en la relación entre el terapeuta y paciente. Y a su vez la alianza establece el espacio idóneo para que se desarrollen las actuaciones del paciente, las mediaciones del terapeuta y las interacciones que se dan entre ambos (Horvath y Luborsky, 1993)

1.3 Componentes de la alianza terapéutica

Hemos expuesto distintas perspectivas que hablan de la contratransferencia, la transferencia, la empatía, etc. como conceptos que se encuentran dentro del que estudiamos, la alianza. Siguiendo en esta misma línea, Meissner (2006) propone otros

elementos que están presentes en el concepto que estudiamos. Estos elementos son: la responsabilidad, la autoridad, la confianza, la libertad, neutralidad, autonomía, empatía, marco teórico, iniciativa abstinencia y ciertas reflexiones éticas; (Meissner, 2006).

- La empatía para Meissner es un aspecto esencial en el trabajo terapéutico: da la posibilidad al terapeuta de observar en qué estado se encuentra la alianza terapéutica y la relación que establece con el paciente. Meissner expone que este rasgo debe de estar presente tanto en terapeuta como en el paciente, y que una armonía empática entre éstos es imprescindible para que se mantenga la alianza (Meissner, 2006).
- La confianza (Zetzel, 1956) funciona como cimiento de la alianza terapéutica. El paciente necesita establecer un grado alto y sostenido de confianza en el terapeuta y en el recorrido terapéutico.
- La autonomía es en parte un elemento necesario para el recorrido de terapia y por otra parte un objetivo de éste. Ésta va consolidándose a lo largo del progreso del proceso de forma conjunta con los demás elementos que estamos comentando. La clave es que el paciente empiece a hacerse cargo de parte del proceso, conectando con su independencia y dando pie a tener iniciativas.
- La libertad es un elemento muy importante para el paciente en el proceso terapéutico y la alianza. Únicamente si es el paciente en libertad quién escoge empezar el recorrido terapéutico y decide comprometerse, se podrá crear la alianza. Se da igual por parte del terapeuta, aunque éste cuenta con una mayor preparación para asumir su compromiso y colaboración en la terapia.
- La neutralidad es un elemento propio de la alianza. Existe una regulación por parte del terapeuta de la interacción que se presenta en el proceso de forma objetiva. Éste utiliza las intervenciones o aclaraciones más adecuadas para que el paciente tenga un proceso más fácil. Este concepto trata de sumergirse en el proceso terapéutico pero desde otro sitio, diferente al de una relación contratransferencial.
- La autoridad se refiere al terapeuta que coordina el proceso y el paciente que es partícipe del mismo.
- La responsabilidad es algo mutuo, y es una parte imprescindible para el buen establecimiento de la alianza. Es necesario que tanto paciente como terapeuta tomen y lleven adelante los roles que les corresponden.

- Por último Meissner (2006) dice que es importante prestar atención a las consideraciones éticas en el momento del establecimiento de una buena alianza terapéutica. Es esencial que haya honestidad y veracidad por ambos lados (paciente y terapeuta), además del firme mantenimiento de la confidencialidad.

1.4 Evaluación psicométrica:

Sabemos de la presencia de varios instrumentos que se utilizan para medir la alianza terapéutica. En este trabajo vamos a centrarnos en los grupos más utilizados en los estudios empíricos según Horvath y Bedi (2002). En primer lugar nombramos el instrumento que se usa con una mayor frecuencia, el Working Alliance Inventory (WAI); Fueron Horvath y Greenberg (1989) los autores que lo expusieron. Este instrumento está formado por 36 ítems que se separan en 3 escalas las cuales están formadas cada una por 12 ítems los cuales se encargan de medir tres elementos que según Bordin componen la Alianza terapéutica (tareas, objetivos y vínculo).

Hay dos versiones, una es para el paciente y otra para el terapeuta. Y otra característica es que la fuente original (Horvath y Greenberg, 1989) y la adaptación al español (Corbella y Botella, 2004) están constituidas por buenos atributos psicométricos.

Otros de los instrumentos más utilizados serían:

1. Las Escalas Penn (The Penn Helping Alliance Scales; Alexander y Luborsky, 1986). En general, estas escalas acogen la concepción de la alianza que hace Luborsky (1976), dividiéndola en los tipos I y II.
2. Los instrumentos Vanderbilt (Suh, Strupp y O'Malley, 1986) que como punto de referencia escogen la Escala de Proceso Psicoterapéutico de Vanderbilt (VPPS). Más tarde se extraen 44 ítems los cuales se utilizan para crear la (VTAS) Escala de Alianza Terapéutica de Vanderbilt, que se crea especialmente para las terapias de tendencia psicodinámica.
3. Las Escalas de Alianza Terapéutica de California (CALPAS), influida por la visión psicodinámica y la ofrecida por Bordin (Gaston y Ring, 1992). Esta escala muestra cuatro aspectos: a) Competencia del paciente para trabajar b) Capacidad de comprensión del terapeuta c) Que el paciente se comprometa y d) Consentimiento entre terapeuta y paciente.

2. La alianza y su relación con el éxito en la terapia

Una vez expuesto lo que es la alianza terapéutica, y tras haberla contextualizado y explicado su recorrido, vamos a poner el foco en los efectos que ésta tiene en la terapia y en el resultado de la misma.

Podemos saber que hay distinciones en la visión que las diferentes escuelas tienen acerca del papel que se ha establecido a la AT. En cuanto a la relación que se instaura entre el éxito de la terapia y la alianza terapéutica, Zuroff y Blatt (2006) nos hablan de cuatro perspectivas distintos: en primer lugar comenzamos con el pensamiento de la rama cognitivo conductual, los cuales consideran que la alianza terapéutica influye bastante en que las técnicas sean más efectivas, aunque no llegan a aclarar el potencial de las mismas.

En segundo lugar, está la visión que dice que independientemente de las técnicas que se utilicen, la alianza afecta de forma directa en el fruto de la psicoterapia (Zuroff y Blatt, 2006)

Finalmente, está presente otro punto de vista que va en contra de la evidencia empírica, siendo una perspectiva algo más escéptica y que expone que para lograr el éxito en la terapia, la alianza es absolutamente prescindible, es decir, que no es un factor con relevancia (Zuroff y Blatt, 2006).

Es importante que prestemos atención al metaanálisis de Fluckiger et al. (2018) cuando estemos comentando la interrelación entre la alianza terapéutica y el éxito de los procesos terapéuticos. Esto es debido a que es una referencia muy reciente y actual y se encarga de estudiar este aspecto de forma íntegra, además, sus resultados sostienen que la AT es un componente imprescindible para que los resultados finales del proceso terapéutico sean óptimos.

En general nos quedamos con la conclusión (que iremos corroborando más adelante) de que la alianza terapéutica es un aspecto muy relevante para conseguir buenos resultados en el proceso terapéutico (Zuroff y Blatt, 2006)

Un hallazgo importante es que la alianza terapéutica es el predictor más fuerte del éxito del proceso terapéutico. Este hallazgo, ha sido evidenciado en una extensa gama de variantes de tratamiento (Alexander & Luborsky, 1986; Hoetvath et al., 1993; Horvath & Greenberg, 1994; Horvath & Symonds, 1991; Orlinsky et al., 1994). Y vinculado a éste, otro hallazgo muestra que los procesos terapéuticos con resultados bajos o pobres,

presentan una evidencia más alta de procesos interpersonales negativos, (como interacciones desfavorables y hostiles entre el paciente y el terapeuta), que los que muestran resultados altos y favorables.

En los principios de la década de los 90 se realizaron unas investigaciones que evidencian que el 15% de la mejoría que el paciente experimentaba, era debido a las técnicas usadas, mientras que un 30% era debido a la relación terapéutica (Lambert, 1992). Por otro lado, estudios como el de Mamar et al. (1991) o el de Barber et al. (1992) citado en Lossa, Corbella y Botella (2012) exponen que la alianza terapéutica tiene un peso de entre un 36% y un 57% en el resultado final del proceso de terapia.

Por lo que hemos ido viendo, parece que las sesiones iniciales del proceso terapéutico son singularmente importantes para la creación de una relación beneficiosa entre paciente y terapeuta, de no ser así, el paciente renuncia de forma prematura a la terapia (Mohl et al., 1991); Plotnicov, 1990, citado en Horvath y Luborsky, 1993.)

Las primeras sesiones de un proceso de terapia son imprescindibles y producen un efecto grande en el fruto de éste. Durante las décadas pasadas, esa perspectiva clásica que defiende que el progreso en el proceso terapéutico es escalado y acumulativo ha ido siendo enfrentada por estudios empíricos que se han hecho (Howard et al., 1993). Estos estudios de los que hablamos mostraron que la mejoría más relevante se da en las cinco sesiones primeras (Haas et al., 2002; Ilardi & Craighead, 1994).

Teniendo en cuenta estos datos, podemos exponer que los pacientes que muestran un avance de forma temprana son los que cuentan con una mayor posibilidad de conseguir mejoras desde una perspectiva clínica (Howard et al., 1993).

Así pues, podemos considerar a las respuestas tempranas como buenos pronosticadores de las mejoras que se dan al final del proceso terapéutico en el paciente, independientemente del cuadro clínico que presente el mismo o del marco teórico que se haya utilizado (Gómez Penedo, 2017).

Debido a esto empieza a adquirir más importancia el hecho de investigar sobre algunos aspectos del recorrido terapéutico temprano, con el interés de potenciar su uso en los procedimientos clínicos usuales. Uno de estos aspectos que hablamos se refiere a la alianza terapéutica, la cual se explica como el vínculo de cooperación entre el terapeuta y el paciente (Bordin, 1979).

Los pacientes van a poder comprometerse y dar un sentido al proceso terapéutico, a la vez que van a llegar a que su apreciación del triunfo del mismo aumente si estos llegan a sentir una fuerte alianza con el terapeuta o con el mismo proceso de terapia (Quirk et al., 2018).

Conforme va progresando la terapia, va aumentando la relación entre la alianza y el éxito del tratamiento (Horvath y Luborsky, 1993; Horvath et al., 2011). Es por esto que la alianza explica aproximadamente un 8% de la varianza total del éxito del tratamiento, estableciéndose como uno de los predictores del mismo, además del nexo más confiable y sólido entre estas dos variables (Horvath et al., 2011; Wampold, 2001).

En cuanto a los estudios metaanalíticos sobre la correlación entre el fruto del tratamiento terapéutico y la alianza, Horvath y Bedi (2002) explican que, pese a que la magnitud del efecto no es muy elevada (ES entre 0.21 y 0.25), la amplia revisión de estudios desarrollada por Wampold (2001) nos lleva a concluir que junto a las habilidades del terapeuta, la alianza establece casi la totalidad de la varianza en el éxito de la terapia. Junto a esto, podemos decir que forma parte de los predictores más sólidos en el tratamiento para adolescentes, niños y adultos (Hazell, 2003; Horvath & Bedi, 2002; Horvath & Greenberg, 1989; Karver).

Además, podemos sostener que dependiendo de quién sea quien evalúe la alianza terapéutica, la valoración de la misma puede cambiar. En otras palabras, la evaluación de la alianza por parte del paciente, del terapeuta o de un observador externo, se diferencian entre sí (p.e., Golden y Robins, 1990; Gurman y Razin, 1977; Horvath y Greenberg, 1989; Horvath y Marx, 1990).

Por otro lado, si comparamos las percepciones sobre la relación terapéutica entre el terapeuta y el paciente, podemos ver que la del paciente tiene más peso en la predicción del éxito de la terapia (Bachelor, 1991; Barber et al., 1999; Henry y Strupp, 1994; Horvath y Symond, 1991; Lambert y Bergin, 1994), aunque no todos los estudios llegan a esta conclusión, y exponen que la percepción del paciente o terapeuta tienen el mismo peso en la predicción de su éxito (Stiles et al., 1998).

2.1 Rupturas en la alianza terapéutica

De nuevo podemos enunciar que la alianza terapéutica es uno de los elementos en la terapia que se relacionan con el abandono de la misma por parte de los pacientes: Sharf et al. (2010) realizan un metaanálisis en el que hallaron una relación considerable entre el vínculo terapéutico y el abandono del proceso terapéutico, considerando que los pacientes que cuentan con una alianza más frágil, tienen más posibilidades de desistir del tratamiento.

En este contexto es donde aparece la idea de las rupturas en la alianza en la terapia, que reproduce rupturas de intensidad cambiante en los procedimientos de cooperación entre el terapeuta y el paciente (Safran et al., 2002).

Todo este conflicto del que hablamos se puede dar a raíz de los componentes que propone Bordin (1979) en su descripción transteórica sobre la alianza terapéutica: las labores, los objetivos propuestos y el vínculo de afecto entre el terapeuta y el paciente. En esta línea, dentro de la alianza se encuentra también aquella capacidad con la que cuentan paciente y terapeuta para hacer frente a los problemas que se den durante el recorrido terapéutico (Safran et al., 2009).

La alianza terapéutica le da la posibilidad al paciente de contar con un lugar donde mejorar las relaciones que tiene en su vida, pudiendo llevarlo a diferentes vínculos que éste posea (Safran et al., 2002);

En esta línea podemos ver que al igual que el proceso terapéutico puede verse obstaculizado y con ciertas dificultades debido a las rupturas que se den en la alianza, cuando el terapeuta sabe gestionarlas acertadamente, pueden llegar a ser buenas oportunidades para que el paciente llegue a conseguir ganancias y logros en la terapia (Safran & Muran, 2006). Se concluye lo mismo en estudios llevados a cabo en procesos terapéuticos de corta duración con pacientes que sufren depresión (Stiles, 2004) y con pacientes que sufren trastornos de la personalidad (Strauss, 2006).

Muran y colaboradores (2009) llevaron a cabo un estudio correlacional, en el cual investigan qué conexión o influencia existe entre el pronto establecimiento de la alianza terapéutica y las rupturas que se dan en terapia y el recorrido y fruto en los tratamientos que se dan con trastornos de personalidad.

Del estudio se obtuvo que existe una vinculación entre unas mejores puntuaciones en la calidad del encuentro terapéutico y en la alianza terapéutica con rupturas de magnitud más baja y mayor capacidad de gestión de las mismas por parte de los terapeutas.

De la misma forma, se descubre una asociación entre un buen manejo interpersonal y una magnitud baja de rupturas, lo que nos posibilita recalcar la relevancia clínica del análisis de las rupturas y sistemas de resolución del proceso terapéutico (Muran, 2009)

Siguiendo con esto, Coutinho et al. (2014) descubrieron que las rupturas no resueltas o las de confrontación conducían a los pacientes a dejar el proceso terapéutico.

Estudios anteriores insinuaban que los terapeutas no tienen suficiente capacidad para saber cómo actuar ante las rupturas que se dan en terapia (Coutinho et al., 2011).

En esta línea podríamos considerar que una implicación clínica adecuada sería trabajar en el entrenamiento de los terapeutas a la hora de hallar las rupturas y crear los sistemas convenientes para su resolución. Esta lectura va en consonancia con los hallazgos del metaanálisis que desarrollaron Safran et al. (2011), el cual expone que unos resultados mejores en el proceso terapéutico se consiguen mediante un entrenamiento de los terapeutas en los campos que hemos comentado.

3. ¿Qué permite establecer una buena alianza?

Sabiendo ya el peso que tiene la alianza en el resultado de la terapia, nos gustaría profundizar en cuales son aquellos factores que nos permiten establecer una buena alianza.

Antes hemos nombrado a Freud como el psicoanalista que comienza a hablar de esto que llamamos alianza terapéutica. Como comentamos anteriormente, éste, sugiere que para llegar a establecer una buena alianza en la terapia, el terapeuta y el paciente deben unirse en un “pacto analítico” haciendo frente a los síntomas que éste presente (Freud 1937, 1940).

Siguiendo en esta línea, vemos que se han reconocido ciertas características del terapeuta y del paciente que sirven de ayuda en la instauración de la alianza terapéutica, aunque muchos de los estudios dedicados a ello no llegan a conclusiones muy específicas.

Podemos pensar que la modalidad terapéutica que se esté utilizando en un proceso terapéutico es un factor que determina la importancia mayor o menor de la alianza terapéutica en el mismo. Pero lo cierto es que un hallazgo expone que lo que es aún más importante que el factor de la modalidad, es la eficacia del terapeuta, pareciendo que las divergencias en las habilidades del mismo son determinantes, y provocan que el progreso de la alianza sea más o menos eficaz según el mismo (Luborsky et al., 1997).

En cuanto a las características del terapeuta, encontramos fundamentalmente importantes algunas como la empatía y acogida, que son relevantes aunque no suficientes para crear una alianza terapéutica buena (Bachelor y Horvath, 1999). Por otra parte, el nivel de experiencia, que en algunas investigaciones no consta como relevante su relación con la alianza (Dunkle y Friedlander, 1996; Hersoug et al., 2001; Kivlighan et al., 1998) pero en otros estudios si se ha encontrado relación (Mallinckrodt y Nelson, 1991). Otra de las características, mencionada por Henry y Strupp (1994) se refiere a las representaciones internas que el terapeuta posee sobre sus relaciones pasadas.

Así mismo, el paciente y sus características influyen en la alianza. Dentro de estas, podemos distinguir las variables interpersonales: como el indicador de eventos estresantes (Luborsky et al., 1983), las relaciones familiares y sociales del paciente (Kokotovic y Tracey, 1990; Mallinckrodt, 1991) y las variables intrapersonales, como la calidad de las relaciones de objeto (Bordin, 1994; Piper et al., 1991), las expectativas, la motivación (Gaston et al., 1989) y las actitudes (Kokotovic y Tracey, 1990). Las expectativas del paciente en cuanto a la relación con el terapeuta es otra de las características que influyen (Al-Darmaki y Kivlighan, 1993)

En definitiva, además de que la alianza module la relación entre terapeuta y paciente como ya hemos ido comentando, podemos considerar a esta misma como una obra creada entre los dos, dando lugar a que las opiniones, las expectativas, la relación que han establecido, las construcciones que van floreciendo entre estos acerca del tratamiento, y el punto de vista de cada uno, son importantes para el establecimiento de la alianza (Corbella y Botella, 2003).

Debemos tener en cuenta que en un primer lugar se necesita la exposición del problema o inquietud del paciente que explique el motivo por el cual ha venido a terapia. Después

de esto es cuando empieza una búsqueda en profundidad por la intimidad, la historia y la situación de vida de la persona. Este momento del proceso va a requerir de la confianza del paciente en el terapeuta, así como de su seguridad en la perduración del vínculo entre estos. Estos factores son los que le ayudarán al establecimiento de un compromiso con la terapia.

El vínculo que consta del cuidado, la consideración, la confianza y la cooperación mutua es uno de los elementos primordiales de la alianza además del eje inicial de la introspección (Luborsky, 1984; Orlinsky et al., 1994; Parish & Eagle, 2003; Safran & Murrin, 2000).

3.1. La influencia del apego en la elaboración de la alianza terapéutica:

Teniendo en cuenta el significado del concepto de alianza del que hemos estado hablando, pese a que los autores difieran sobre el significado preciso del término, todas las propuestas convergen en asumir que ésta conlleva por una parte una conexión emocional (de apego terapeuta-paciente) y por otra parte una confianza e involucración en el tratamiento (Bordin, 1979; Karver et al., 2006).

Estas variables relacionadas con el apego, las cuales acabamos exponer cuando comentábamos la conexión emocional, según la demostración de varios estudios podemos decir que desde la visión del paciente, empiezan a jugar un papel importante en la evolución de la AT a partir de la tercera sesión del tratamiento (Kanninen et al., 2000). Por el contrario, hay otros estudios que nos señalan una mayor susceptibilidad por parte de los terapeutas frente a estas variables de apego, en mayor medida en la primera sesión del tratamiento (Dozier et al., 1994; Rubino et al., 2000; Sauer et al., 2003). Esto se da porque entran en juego aspectos como el miedo al abandono por parte del terapeuta, la ansiedad, y la ausencia de confianza y seguridad en sí mismo, afectando a su mayor o menor facilidad en la creación de una relación firme y empática, que es imprescindible en las primeras sesiones del tratamiento (Luborsky, 1994). A su vez, que el paciente posea un apego seguro provoca una sensación de comodidad y confianza al terapeuta que le permite dar sostén y apoyo al mismo, y por consiguiente, crear una mejor alianza.

Ciertos autores han concluido que una menor experiencia en el terapeuta permite un mejor y más rápido desarrollo de la alianza terapéutica con los pacientes que posean un

apego seguro. Del mismo modo concluyen que a la inversa ocurre lo mismo, siendo la seguridad en si mismo y el buen auto concepto de los terapeutas con apego seguro, condiciones que posibilitan más asertividad y transparencia en los objetivos que se plantean en el tratamiento frente al paciente (Kivlighan et al., 1998).

En la línea de lo acabamos de comentar, Obegi (2008) expone que la teoría del apego puede servirnos de ayuda en el entendimiento del vínculo que se establece entre el terapeuta y el cliente debido a la importancia que esta teoría le da a la dinámica y crecimiento de las relaciones íntimas. Para esto es importante hablar de Bowlby que es el autor pionero de la teoría del apego. Bowlby (1995) explica el apego como cualquier estructura de conducta que tenga como fin alcanzar y/o conservar la proximidad con otro que es considerado como apto y capaz para enfrentarse al mundo exterior, en mayor medida que nosotros.

El establecimiento de los patrones de apego se da en la infancia temprana. Estos patrones tienen una relación directa con la trayectoria que han seguido las interacciones entre el niño y los que han tenido el papel de cuidadores, basándose en si se han satisfecho o no las necesidades del mismo en cuanto a la acogida, la cercanía y la protección ante el dolor o el miedo (Bowlby, 1969, 1979). En función de si la calidad de los vínculos es mejor o peor, habrá un mayor y más óptimo desarrollo mental y socio-emocional de los niños y niñas (Sroufe, 2000). En su origen, Bowlby sugiere unos patrones de apego. Estos son finalmente categorizados como apego seguro, apego inseguro ansioso ambivalente, y apego inseguro evitativo (Ainsworth et al., 1978). Más tarde se añade el apego desorganizado (Main y Solomon 1986).

Los patrones de apego están sujetos a la posibilidad de modificación, es decir, no son fijos en el tiempo. Es en el proceso terapéutico donde se trata de modificar estos patrones de apego en el caso de que estén interfiriendo con el bienestar de la persona. Pese a esto, los autores que nos hablan del apego mantienen que estos patrones son bastante estables puesto que hay una perduración de los modelos mentales de uno mismo y de los demás que se ejecutan en un entorno familiar más o menos estable (Stein et al., 2002).

Las relaciones que se establecen en la adultez, pueden ser consideradas como relaciones de apego. Es decir, aquellos atributos que poseen los vínculos de apego están presentes

en las relaciones que se dan entre padres e hijos adultos, y entre los pacientes y terapeutas en la terapia (Feeney y Noller, 2001).

Tal y como expusimos anteriormente, hay una importante influencia del tipo de apego que posea el paciente, en el fruto y desarrollo del proceso de terapia. Tras muchos estudios que examinan esta influencia, se han observado tres conclusiones relevantes: tendencia en lograr mejores resultados en pacientes con apego seguro, respuesta más pobre en pacientes con apego ansioso/ambivalente, y mayor beneficio en procesos breves con pacientes con apego seguro (Catonguay y Beutler, 2006).

Por otra parte, un estudio observó que la regularidad o constancia de la ruptura del proceso terapéutico, también tenía una fuerte relación con el tipo de apego, siendo el apego ansioso/ambivalente el que mayor lugar da a esta rupturas, y seguidamente el apego evitativo (Eames y Roth, 2000).

Además, en estos estudios y similares que se han indagado, también llegamos a conocer que la dificultad a la que se enfrentan los pacientes con un patrón de apego ansioso/ambivalente ante la consecución y establecimiento de objetivos de forma conjunta con el terapeuta durante el proceso de terapia es posible que se deba a que se da una activación del elemento ansioso al entrar en contacto con la realización de cambios en su vida. Con esto vemos que lo que les provoca nerviosismo a los pacientes con este tipo de apego, son los objetivos establecidos en el proceso terapéutico ya que esto conlleva un cambio en sus elementos nucleares, su sistema de constructos. En cambio, el vínculo en sí que se establece con el terapeuta no es tanto motivo de dificultad. Por demás, esta dificultad va aumentando conforme van pasando las sesiones, ya que es momento en el que empiezan a acercarse ya a los cambios y en el cual estos cambios empiezan a hacerse realidades tangibles (Botella, 2012).

Metodología:

Para hacer este trabajo, primero empecé a plantearme qué era la alianza terapéutica para mí, para así poder tomar consciencia de lo que había aprendido sobre esto a lo largo de mi vida, comparado con toda la información que realmente hay.

Tras esto empecé a plantearme cuáles serían los puntos que me gustaría estudiar. Comencé buscando libros y artículos sobre la alianza terapéutica para ver cuáles eran los puntos que se trataban. Al final me decanté por hablar de la alianza de forma general, y en concreto estudiar cuál era la influencia de la misma en el éxito de la terapia. Continué buscando artículos que me diesen información sobre el recorrido histórico del concepto de la alianza y los autores que fueron conceptualizándola y estudiándola. Después seguí mi búsqueda con artículos que me hablasen del éxito en la terapia debido a la alianza, así como de cuales eran las características que influían para establecerla. Cuando iba leyendo los artículos y libros iba seleccionando la información que quería añadir a mi trabajo y después las plasmaba haciendo la transcripción correspondiente para expresar de la mejor manera la información que quería explicar.

Conclusiones

Hemos visto con el transcurso del trabajo esa complejidad para encontrar una conceptualización adecuada para la alianza terapéutica de la que hablamos. La alianza terapéutica se expone por lo cual en un concepto que como se ha extendido mucho y ha sido investigado y estudiado en las distintas perspectivas terapéuticas, ha provocado distintas visiones sobre sus cualidades (tanto complementarias como contrarias), los elementos que la componen, las formas de medición de la misma, y las discrepancias que muestran con otros conceptos. Sería correcto plantearnos si la última definición de alianza sigue hoy teniendo sentido, o si es conveniente teorizar de nuevo sobre la misma e investigar más ampliamente sobre sus componentes. Y de esta forma poder llegar a una conceptualización clara y única sobre este constructo.

Para que se pueda establecer una teoría concreta y unificada sobre la alianza terapéutica, es imprescindible plantear si el constructo del que hablamos y su aplicación práctica puede ser o no, independiente de aquellos marcos teóricos terapéuticos en los que se utiliza.

Podemos además de esto quedarnos con la enorme importancia e influencia que tiene este concepto de la alianza terapéutica en el éxito de la terapia. Ya hemos expuesto todos los múltiples estudios y autores que muestran esta relevancia.

Nos parece importante poner el foco en las perspectivas futuras acerca de la alianza terapéutica;

En cuanto a las investigaciones en el futuro, podríamos decir que deben dirigirse hacia:

Establecer una medida concreta y clara para la alianza terapéutica, ya que al haber distintas escalas para medirla y desde distintas visiones (terapeuta, paciente y observador), se hace complicado pensar que todas explican y miden la alianza de la misma forma (Caro, 1993).

Por otro lado, en referencia a lo expuesto en la revisión acerca del apego, podemos darle la razón a Obegi (2008) el cual explica como podemos llegar a un nivel de comprensión mayor acerca del vínculo entre el paciente y el terapeuta mediante la teoría del apego.

También, la investigación sobre las distinciones culturales que se dan entre terapeuta y paciente y su efecto a la hora de establecer la alianza.

En general podemos concluir y a su vez proponer, desde el estudio y experiencia clínica, que durante el tratamiento psicoterapéutico, el terapeuta adapte su intervención con respecto a las características que muestre el paciente y E intente eludir cualquier comunicación que pueda ser negativa y así se vea perjudicado el éxito del tratamiento. En esta línea., aquel terapeuta que establezca una alianza robusta con el paciente desde los inicios del tratamiento y sus procedimientos sean eficaces para este, conseguirá brindarle un buen recorrido terapéutico con altas posibilidades de obtener lograr resultados gratos.

Bibliografía

- Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E. y Wall, S. (1978). *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation*. New Jersey: Erlbaum.
<https://mindsplain.com/wp-content/uploads/2021/01/Ainsworth-Patterns-of-Attachment.pdf>
- Alexander, L.B. y Luborsky, L. (1986). The Penn Helping Alliance Scales. En: L.S. Greenberg y W.M. Pinsof (eds.), *The psychotherapeutic process: A research handbook*. (pp. 325-366). New York: Guilford Press. <https://psycnet.apa.org/record/1987-97275-009>
- Botella, L., & Corbella, S. (2011). Alianza terapéutica evaluada por el paciente y mejora sintomática a lo largo del proceso terapéutico. *Boletín de psicología*, 101, 21-33.
<https://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N101-2.pdf>
- Botella, L. (2012). Estilo de apego del paciente en la construcción de la alianza terapéutica. *Boletín de psicología*, (105), 91-103.
<https://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N105-6.pdf>
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16, 252–260.
https://clinica.ispa.pt/ficheiros/areas_utilizador/user11/63_the_generalizability_of_the_psychoanalytic_concept_of_the_working_alliance.pdf
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss* (Vol.1). New York: Basic Books
[https://mindsplain.com/wp-content/uploads/2020/08/ATTACHMENT AND LOSS VOLUME I ATTACHMEN T.pdf](https://mindsplain.com/wp-content/uploads/2020/08/ATTACHMENT_AND_LOSS_VOLUME_I_ATTACHMEN T.pdf)
- Bowlby, J. (1979). *Vínculos afectivos: Formación, desarrollo y pérdida*. Madrid: Morata.
https://edmorata.es/wp-content/uploads/2020/06/Bowlby.VinculosAfectivos.PR_.pdf
- Caro, I. (1993). La identidad de la psicoterapia. En I. Caro (comp.), *Psicoterapia e Investigación de procesos*. (pp.17-39). Valencia: Promolibro.
- Castonguay, L.G. y Beutler, L. (2006). *Principles of Therapeutic Change That Work*.

Oxford University Press: New York.

<https://www.oxfordclinicalpsych.com/view/10.1093/med:psych/9780195156843.001.0001/med-9780195156843>

Corbella, S., & Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 19(2), 205-221

<https://revistas.um.es/analesps/article/view/27671>

Coutinho, J., Ribeiro, E., Fernandes, C., Sousa, I., & Safran, J. D. (2014). The development of the therapeutic alliance and the emergence of alliance ruptures. *Anales de Psicología*, 30, 985–994.

https://www.researchgate.net/publication/263079555_The_development_of_the_therapeutic_alliance_and_the_emergence_of_alliance_ruptures

Coutinho, J., Ribeiro, E., Hill, C., & Safran, J. (2011). Therapists' and clients' experiences of alliance ruptures: A qualitative study. *Psychotherapy Research*, 21(5), 525-540.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21714759/>

Dozier, M., Cue, K. & Barnett, L. (1994). Clinicians as caregivers: The role of attachment organization in treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 793-800.

<https://doi.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2F0022-006X.62.4.793>

Eames, V. y Roth, A. (2000). Patient attachment orientation and the early working alliance: A study of patient and therapist reports of alliance quality and ruptures. *Psychotherapy Research*, 10, 421-434

<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1093/ptr/10.4.421>

Feeney, J. y Noller, P. (2001). *Apego adulto*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

<https://www.edesclée.com/img/cms/pdfs/9788433016133.pdf>

Fernández-Liria, A. y Rodríguez, B. (2001). *La práctica de la psicoterapia. La construcción de narrativas terapéuticas*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

<https://www.redalyc.org/pdf/2650/265019673014.pdf>

Fernández-Liria, A., Hernández, M, Rodríguez, B., Benito, T. y Mas, J. (1997). Teoría y práctica de la psicoterapia en la atención pública a la salud mental: resultados de un

grupo de consenso. En A. Fernández-Liria y B. Rodríguez (dirs.), *La práctica de la psicoterapia. La construcción de narrativas terapéuticas*. (pp. 25-28). Bilbao: Desclée de Brouwer.

Fernández, P. M. S., Mella, M. F. R., & Vinet, E. V. (2009). Efectividad de la psicoterapia y su relación con la alianza terapéutica. *Interdisciplinaria*, 26(2), 267-287. [fecha de consulta 15 de octubre de 2021] <https://www.redalyc.org/pdf/180/18011827006.pdf>

Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E. y Horvath, A. O. (2018). The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy*, 55(4), 316-340.
<https://societyforpsychotherapy.org/wp-content/uploads/2018/10/Fluckiger-et-al-2018.pdf>

Frank, A.F. y Gunderson, J.G. (1990). The role of the therapeutic alliance in the treatment of schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 47, 228-236.
<https://psycnet.apa.org/record/1990-17824-001>

Gaston, L. y Ring, J. M. (1992). Preliminary results on the inventory of therapeutic strategies. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 1(2), 135-146.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3330283/>

González, N. A. (2005). La alianza terapéutica. *Clínica y salud*, 16(1), 9-29
<https://www.redalyc.org/pdf/1806/180616109001.pdf>

Gómez Penedo, J. M. (2017). Variables del paciente y del proceso psicoterapéutico vinculadas a predictores tempranos de cambio. Tesis doctoral, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.

Greenberg y W.M. Pinsof (eds.), *The psychotherapeutic process: A research handbook*. (pp. 285-323). New York: Guilford Press.

Greenson, R. R. (1976). Técnica y práctica del psicoanálisis. México, D. F.: Siglo Veintiuno.

Haas, E., Hill, R. D., Lambert, M. J., & Morrell, B. (2002). Do early responders to psychotherapy maintain treatment gains? *Journal of Clinical Psychology*, 58, 1157–1172.

- Horowitz, L. M. (1979). On the cognitive structure of interpersonal problems treated in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 47*, 5–15.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/429667/>
- Horvath, A.O. y Bedi, R.P. (2002). The alliance. En J.C. Norcross (ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapists contributions and responsiveness to patients* (pp. 39-64). New York: Oxford University Press.
https://www.researchgate.net/publication/50393497_Alliance_in_Individual_Psychotherapy
- Horvath, A. O. y Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*(4), 561-573.
- Horvath, A.O. y Greenberg L.S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology, 36*(2), 223-233.
<https://psycnet.apa.org/record/1989-24600-001>
- Howard, K. I., Lueger, R. J., Maling, M. S., & Martinovich, Z. (1993). A phase model of psychotherapy outcome: Causal mediation of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*, 678–685.
<https://psycnet.apa.org/record/1993-46207-001>
- Ilardi, S. S., & Craighead, W. E. (1994). The role of nonspecific factors in cognitive-behavior therapy for depression. *Clinical Psychology: Science and Practice, 1*, 138– 155.
<https://doi.apa.org/doiLanding?doi=10.1111%2Fj.1468-2850.1994.tb00016.x>
- Kanninen, K., Salo, J. & Punamaki, R. -L. (2000). Attachment patterns and working alliance in trauma therapy for victims of political violence. *Psychotherapy Research, 10*(4), 435-449. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21756115/>
- Karver, M. S., Handelsman, J. B., Fields, S. & Bickman, L. (2006). Meta-analysis of therapeutic relationship variables in youth and family therapy: The evidence for different relationship variables in the child and adolescent treatment outcome literature. *Clinical Psychology Review, 26*, 50-65.
<https://isiarticles.com/bundles/Article/pre/pdf/35445.pdf>
- Kivlighan, D. M., Jr., Patton, M. J. & Foote, D. (1998). Moderating effects of client attachment

on the counselor experience-working alliance relationship. *Journal of Counseling Psychology*, 45(3), 274-278. <https://psycnet.apa.org/record/1998-04269-005>

Laplanche, J. y Pontalis, J. (1996). Diccionario de psicoanálisis. Buenos Aires: Paidós.
<https://www.bibliopsi.org/docs/guia/diccionario-de-psicoanalisis-laplanche-y-pontalis.pdf>

Lambert, M. J. y Bergin, A. E. (1992). Achievements and limitations of psychotherapy research. En D. K. Freedheim, H. J. Freudenberger, J. W. Kessler, S. B. Messer, D. R. Peterson, H. H. Strupp y P. L. Wachtel (Eds.), *History of psychotherapy: A century of change* (pp. 360-390). American Psychological Association.
<https://psycnet.apa.org/record/1992-97667-010>

Main, M. y Solomon, J. (1986). Discovery of an insecure-desorganized/desoriented attachment pattern: Procedures, findings and implications for the classification of behavior. En *Affective Development in Infancy*, (95-124) Norwood, NJ: Ablex.

Manubens, R. T., Roussos, A., Ryberg, J. O., & Penedo, J. M. G. (2018). Rupturas en la alianza terapéutica y su asociación con cambio y abandonos tempranos en psicoterapia. *ACADEMO Revista de Investigación en Ciencias Sociales y Humanidades*, 5(2). <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6566337>

Meissner (2006). The therapeutic alliance. A proteus in disguise. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. American Psychological Association, Vol. 43, No. 3, 264-270. <https://psycnet.apa.org/record/2006-12148-003>

Miguel-Alvaro, A., & Panadero, S. (2021). ¿ Existe relación entre la alianza terapéutica y el resultado terapéutico en el tratamiento de la depresión? Análisis y revisión. *Psychology*, Artículo-e11
https://www.revistaclinicacontemporanea.org/archivos/1989_9912_cc_12_2_e11.pdf

Muran, J. C., Safran, J. D., Gorman, B. S., Samstag, L. W., Eubanks-Carter, C., & Winston, A. (2009). The relationship of early alliance ruptures and their resolution to process and outcome in three time- limited psychotherapies for personality disorders. *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training*, 46(2), 233– 248.

- Newman, C. F. (1998). The therapeutic relationship and alliance in short term cognitive therapy. En J. D. Safran y J. C. Muran (Eds.), *The Therapeutic Alliance in Brief Psychotherapy* (pp. 95-122). American Psychiatric Association.
<https://psycnet.apa.org/record/1998-07857-004>
- Norcross, J.C. (2002). *Psychotherapy relationships that work: Therapists contributions and responsiveness to patients*. New York: Oxford University Press.
<https://psycnet.apa.org/record/2003-02805-000>
- Obegi, J. (2008, December). The development of the client-therapist bond through the lens of attachment theory. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 45(4), 431-446 <https://psycnet.apa.org/record/2008-19012-002>
- Orlinky, D., Grawe, K. y Parks, B. (1994). Process and outcome in psychotherapy Nochein mal. En A. Bergin and J.S. Garfield, (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th Edition) (pp. 270-378). Wiley and Sons.
- Safran, J. D., y Muran, J. C. (2006). Has the concept of the therapeutic alliance outlived its usefulness? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. 2006, Vol. 43, No. 3, 286–291. <https://psycnet.apa.org/record/2006-12148-006>
- Safran, J. D. y. Segal, Z. V. (1994). El proceso interpersonal en la terapia cognitiva. Buenos Aires: Paidós.
- Safran, J. D., Muran, J. C., Samstag, L. W., & Stevens, C. L. (2002). Repairing alliance ruptures. En J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work* (p. 235–254). New York: Oxford University Press.
- Safran, J. D., Muran, J. C., & Eubanks-Carter, C. (2011). Repairing alliance ruptures. *Psychotherapy*, 48, 80–87. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21401278/>
- Safran, J. D., Muran, J. C., & Proskurov, B. (2009). Alliance, negotiation and rupture resolution. En R. A. Levy y J. Stuart Ablon (Eds.), *Handbook of evidence based psychodynamic therapy* (pp. 201–225). New York: Human Press.
<https://psycnet.apa.org/record/2008-14828-009>

- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2005). *La alianza terapéutica. Una guía para el tratamiento relacional*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
<https://www.edesclée.com/img/cms/pdfs/9788433019356.pdf>
- Safran, J. D., Muran, J. C., Samstag, L. W., & Stevens, C. L. (2002). Repairing alliance ruptures. En J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work* (p. 235–254). New York: Oxford University Press. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21401278/>
- Sharf, J., Primavera, L. H., & Diener, M. J. (2010). Dropout and therapeutic and therapeutic alliance: A meta-analysis of adult individual psychotherapy. *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training*, 47, 637–645. <https://psycnet.apa.org/record/2010-26713-017>
- Sroufe, A. (2000). *Desarrollo emocional. La organización de la vida emocional en los primeros años*. México: Oxford University Press.
- Stein, H., Koontz, A., Fonagy, P., Allen, J., Fultz, J., Brethour, J., Allen, D. y Evans, R. (2002). Adult attachment: What are the underlying dimensions? *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 75, 77-91
<https://bpspsychub.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1348/147608302169562>
- Stiles, W. B., Glick, M. J., Osatuke, K., Hardy, G. E., Shapiro, D. A., Agnew-Davies, R., & Barkham, M. (2004). Patterns of alliance development and the rupture-repair hypothesis: Are productive relationships u- shaped or v-shaped? *Journal of Counseling Psychology*, 51, 81–92. <https://psycnet.apa.org/record/2003-11100-008>
- Strauss, J. L., Hayes, A. M., Johnson, S. L., Newman, C. F., Brown, G. K., Barber, J. P., & Beck, A. T. (2006). Early alliance, alliance ruptures, and symptom change in a nonrandomized trial of cognitive therapy for avoidant and obsessive–compulsive personality disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(2), 337–345.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16649878/>
- Suh, C.S., Strupp, H.H. y O'Malley, S.S. (1986). The Vanderbilt Process Measures: The Psychotherapy Process Scale (VPPS) and the Negative Indicators Scale (VNIS). En:

L.S. Greenberg y W.M. Pinsof (eds.), *The psychot- herapeutic process: A research handbook*. (pp. 285-323). New York: Guilford Press.

<https://psycnet.apa.org/record/1987-97275-008>

Suh, C.S., Strupp, H.H. y O'Malley, S.S. (1986). The Vanderbilt Process Measures: The Psychotherapy Process Scale (VPPS) and the Negative Indicators Scale (VNIS). En:

L.S. <https://psycnet.apa.org/record/1987-97275-008>

Zetzel, E. R. (1956). Current concepts of transference. *International Journal of Psycho-Analysis*, 37, 369-375. <https://psycnet.apa.org/record/1957-08128-001>

Zuroff, D. C. y Blatt, S. J. (2006). The therapeutic relationship in the brief treatment of depression: Contributions to clinical improvement and enhanced adaptive capacities. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(1), 130-140.

<https://psycnet.apa.org/record/2006-03253-013>