

IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología
XIX Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología
del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos
Aires, 2012.

Relación y alianza terapéutica: revisión y actualización de estudios empíricos desde diferentes perspectivas teóricas.

Etchevers, Martin, Simkin, Hugo Andrés, González, María Magdalena y Muzzio, Gabriela.

Cita:

Etchevers, Martin, Simkin, Hugo Andrés, González, María Magdalena y Muzzio, Gabriela (2012). *Relación y alianza terapéutica: revisión y actualización de estudios empíricos desde diferentes perspectivas teóricas. IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XIX Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-072/213>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/emcu/xXd>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

RELACIÓN Y ALIANZA TERAPÉUTICA: REVISIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE ESTUDIOS EMPÍRICOS DESDE DIFERENTES PERSPECTIVAS TEÓRICAS

Etchevers, Martin - Simkin, Hugo Andrés - González, María Magdalena - Muzzio, Gabriela

Universidad de Buenos Aires

Resumen

Se mencionan los principales antecedentes históricos del concepto de relación terapéutica y las líneas clásicas de investigación sobre el mismo. Existe un consenso general de que una parte importante del éxito de un tratamiento psicoterapéutico depende de la relación entre paciente y terapeuta. Diferentes modelos psicoterapéuticos conceptualizan la relación terapéutica de diversas maneras. En particular, dicho concepto presenta importantes diferencias entre la perspectiva psicoanalítica y la cognitivo-conductual. Se intenta reseñar esa diferencia en la literatura pertinente proponiendo, de este modo, una actualización del estado de conocimiento sobre el tema.

El presente artículo consiste en una revisión bibliográfica de los trabajos disponibles en las bases de datos EBSCO y Jstore. Las palabras clave utilizadas son: Relación Terapéutica, Alianza Terapéutica, Psicoanálisis, TCC. Se tomaron en cuenta principalmente los trabajos realizados a partir de 1990.

Palabras Clave

Relación-terapéutica, alianza-terapéutica, psicoanálisis, terapia-cognitivo-conductual.

Abstract

THERAPEUTIC RELATIONSHIP AND THERAPEUTIC ALLIANCE: AN UPDATE OF EMPIRICAL RESEARCH

In this work we discussed the main historical background of the concept therapeutic relationship and the classic lines of research on it. There is general consensus that an important part of the success of psychotherapy depends on the relationship between patient and therapist. Psychotherapeutic models conceptualize the therapeutic relationship in various ways. This concept has important differences between the psychoanalytic perspective and the cognitive-behavioral. We attempt to outline the differences in the relevant literature and update the state of knowledge on this subject.

This article is a literature review of the information available in EBSCO databases and Jstore. The keywords used are: therapeutic relationship, therapeutic alliance, Psychoanalysis, CBT. We use used data that was published after 1990.

Key Words

Therapeutic-relationship, therapeutic-alliance, psychoanalysis Cognitive-behavioural-therapy.

Introducción

El principal antecedente histórico del concepto de alianza terapéutica es el concepto de “transferencia” desarrollado por Sigmund Freud (1912, 1915, 1917). Fundamentalmente, conceptualiza la transferencia en su aspecto positivo (motor del tratamiento) y negativo (obstáculo). En este primer artículo de 1912 agrega que la transferencia deviene resistencia al tratamiento no sólo cuando es de carácter negativo sino también cuando es de carácter positivo erótico. Toda transferencia proviene de una fuente de carácter sexual e infantil; en este sentido, siempre involucra la reedición de un amor infantil (edípico) en la cual el analista es amado por lo que representa, dando lugar a lo que Freud conceptualiza como “neurosis de transferencia”. En su aspecto positivo, es esperable que ese amor se exprese de forma moderada habiendo sido sometido al proceso que denomina sublimación, siendo así que bajo esta forma la transferencia constituye la herramienta fundamental con la que cuenta el analista (1915) para poder conducir el tratamiento.

Respecto de la contrapartida de este fenómeno en la persona del analista, el mismo fue denominado con el nombre “contratransferencia” (1910). Así Freud llamó al influjo inconsciente que el paciente ejerce en la persona del analista y recomendó que fuera detectado y dominado a partir del análisis del propio analista. Para Freud el fenómeno contratransferencial nunca fue considerado como una fuente de conocimiento o un fenómeno posible de ser utilizado en beneficio del tratamiento, como sí lo fue en corrientes posteriores.

Anna Freud mantuvo la misma postura respecto a los conceptos de transferencia y contratransferencia, al menos en el tratamiento de adultos. Por su parte, Melanie Klein consideraba que la utilización de la contratransferencia como un aspecto positivo se prestaba para que los analistas atribuyeran sus propias deficiencias al comportamiento de sus pacientes. Sin embargo esta opinión no prosperó entre sus principales seguidoras en Inglaterra, P. Heimann, S. Isaacs y J. Riviere (Etchevers, Pietra & Battaglia, 2004), quienes utilizaron la contratransferencia, junto a otras modificaciones de la teoría, para la atención de pacientes borderline y psicóticos. De este modo, ampliaron las fronteras del original dispositivo para el cual sólo eran analizables aquellos pacientes que podían establecer la neurosis de transferencia. Los analistas post-kleinianos sostienen, entre otras cuestiones, que los pacientes son capaces de comportamientos tales que logran que el analista experimente los sentimientos que el paciente, por una u otra razón, no puede contener dentro de sí mismo (Spillius, 2007).

Otro autor que realizó importantes contribuciones fue Donald Winnicott (1955/56), quien modificó el dispositivo terapéutico clásico adaptando la relación terapéutica, incluida en el llamado *setting*, para el tratamiento de pacientes no neuróticos. Entre otros aspectos, propuso adecuar la frecuencia y la duración de la sesión así como el tipo de intervención a las necesidades del paciente, no siendo la interpretación la intervención privilegiada (Etchevers et al., 2004). Si bien no llega a ser desarrollado como un concepto, uno de los términos más trabajado por este autor es “vínculo” (relacionado con “confianza”), el cual es tomado de la primera relación madre - bebé. La articulación entre vínculo y relación madre-bebé constituye la lente a partir de la cual Winnicott leerá la relación terapeuta - paciente.

En los escritos de Winnicott podemos encontrar suficientes referencias que lo diferencian tanto de la Escuela Americana como del Kleinismo. Desde su postura, el analista debe tener la capacidad para poner un tiempo y un espacio entre sí y el paciente, una capacidad que contratransferencialmente lo desidentifique del lugar o la relación de objeto que el paciente le propone y, simultáneamente, aceptar ser el objeto de la transferencia. La transferencia se despliega en el campo de la ilusión y en ésta podemos encontrar el origen o creación de la tercera zona o espacio potencial para la creatividad. Este espacio opera como refugio y no debe ser invadido o cuestionado. La técnica consiste en esperar y colaborar con el despliegue del funcionamiento psíquico de cada sujeto, en el registro de la ilusión transferencial y en un tiempo anterior al de la interpretación (Pelorosso & Etchevers, 2010).

El impacto del Psicoanálisis en Estados Unidos y su adaptación a las particularidades de dicha sociedad y cultura produjeron aportes basados en los últimos artículos de S. Freud, dando lugar a la Psicología del yo, corriente inaugurada por Anna Freud. Es en el seno de esta escuela donde nace el concepto de alianza terapéutica (Zetzel, 1956; Greenson, 1965). Por otra parte, este concepto también encuentra su origen en los debates respecto del yo y la disociación del mismo en autores como Sterba (1934) y Bibring (1937), quienes plantean una disociación del yo en una parte que colabora con el analista y otra que se opone e integra en sí misma los impulsos del ello, las defensas del yo y los dictados del superyó. Dichos debates plantean una alianza entre las partes saludables del paciente y del analista (Etchegoyen, 1986).

Elizabeth Zetzel (1956) redefine a la transferencia como el conjunto de la neurosis de transferencia y la alianza terapéutica, dejando así a la alianza terapéutica como una parte de la transferencia. A su vez, distingue entre “transferencia” y “alianza” señalando que ésta última es la parte no neurótica de la relación entre terapeuta y paciente que posibilita el insight y el uso de las interpretaciones del terapeuta para distinguir entre las experiencias relacionales del pasado y la relación real con el terapeuta. La alianza terapéutica es esencial para la efectividad de cualquier intervención y esta autora la entiende como: “una relación positiva y estable entre el analista y el paciente, relación que les permite llevar a cabo de manera productiva el trabajo del análisis” (Zetzel & Meissner, 1973). La importancia del yo y sus funciones cobran en el análisis un lugar central como controlador y neutralizador de la energía pulsional. La neurosis de transferencia queda definida como una formación de compromiso que sirve a la resistencia del análisis y se opone a la curación.

Entre los autores que más ha influido las concepciones actuales, no ya dentro del psicoanálisis sino en el extenso campo de las

psicoterapias, se encuentra Bordin (1979) quien definió la alianza terapéutica como un constructo multidimensional en el cual existen tres componentes: acuerdo en las tareas, vínculo (bond) positivo y acuerdo en los objetivos del tratamiento.

Asimismo, Luborsky (1976) señala dos tipos de alianza según la fase o etapa de la terapia. Así tenemos: alianza de tipo 1, aquella que se da en el inicio de la terapia y alude a la sensación del paciente de contar con el apoyo del terapeuta, y alianza de tipo 2, la que se desarrolla en fases posteriores y consiste en la sensación de trabajo conjunto.

Por su parte, Hartley (1985) ha definido la alianza terapéutica como una relación compuesta por la “relación real” y la “alianza de trabajo”. La primera refiere al vínculo entre el paciente y el terapeuta mientras que la segunda alude a la capacidad de ambos para trabajar conjuntamente según los objetivos previstos.

Como se puede observar, las definiciones de alianza o relación terapéutica varían según los autores. Greenson (1967) define la alianza de trabajo como “la relación racional y relativamente no neurótica que tiene el paciente con su analista”. Del mismo modo, Hartmann (1960) sostiene que para que la alianza se produzca es necesaria un “área libre de conflictos”. Por su parte, Strupp (1973) argumentó que la alianza no sólo es decisiva en el contexto de la psicoterapia psicoanalítica, sino que la describe como un “constructo panteórico” que influye en la efectividad de las intervenciones técnicas de cualquier tipo.

En este sentido, cabe mencionar las conceptualizaciones desde la terapia cognitivo-conductual. La misma surge a partir de la integración de la terapia comportamental y la terapia cognitiva y se caracteriza por el énfasis en el trabajo con los síntomas en el “aquí y ahora” y por suscribir a un modelo basado en investigación empírica (Lambert, Bergin, & Garfield, 2004).

Aunque el constructo de la alianza terapéutica tiene sus orígenes en el psicoanálisis, paulatinamente ha sido adoptado por diferentes marcos teóricos, tal como ocurre en el caso de la TCC (Castonguay, Constantino, McAleavey, & Goldfried, 2010). Dada la influencia de Rogers (1957), los terapeutas comportamentales ya habían comenzado a notar la importancia de la relación terapéutica en los resultados del tratamiento. Por ejemplo, Wolpe (1958) observó que los pacientes con los que inicialmente se sentía más a gusto tendían a presentar mejores resultados en una menor cantidad de tiempo. De acuerdo con Schaap, Bennun, Schiendler y Hoogduin (1993) los terapeutas comportamentales suelen obtener puntajes altos en variables relacionadas con la empatía y la relación terapéutica. Desde la perspectiva de Beck, Rush, Shaw y Emery (1979), se ha desarrollado el constructo de “empirismo colaborativo” para explicar el rol de la relación terapéutica en el cambio y para construir guías que permitan fortalecer dicha relación, permitiendo la administración de técnicas específicas (Wilson & Evans, 1977).

Objetivos

El presente artículo se inscribe en el proyecto UBACyT período 2010-2012 (Estrategias de complementariedad terapéutica: la importancia de los factores interpersonales y la relación terapéutica), siendo uno de sus objetivos el estudio de la relación terapéutica en nuestro medio local y, a su vez, está relacionado con una serie de trabajos que han destacado la importancia de los factores interpersonales en

la implementación de los tratamientos que combinan medicación y psicoterapia (Garay, Fabrissin, Korman, Etchevers, & Biglieri, 2008).

En trabajos anteriores nos ocupamos de la importancia que nuestro medio profesional le atribuye a la comunicación entre profesionales en los tratamientos combinados (Etchevers, González, Sacchetta, Iacoponi, Muzzio, & Miceli, 2010). En otro estudio intentamos identificar cuáles eran los componentes que estudiantes de psicología consideran centrales para formar un buen vínculo terapéutico y cuál es el valor que le atribuyen a la relación terapéutica tanto dentro del proceso terapéutico como en el logro de los objetivos (Etchevers, González, Sacchetta, & Garay, 2011).

En este sentido, una exhaustiva revisión (Horvath, 2001) concluyó que la calidad de la alianza terapéutica se relaciona con el resultado de la psicoterapia con independencia del tipo de tratamiento. La evidencia empírica demostró que la relación terapéutica es una variable importante en el proceso de cambio y se le puede atribuir alrededor de entre un 10 - 17% de la variación en los resultados (Horvath, 2001; Beutler, Malik, Alimohamed, Harwood, Talebi, Noble, & Wong, 2004). En la misma dirección, la revisión de Corbella y Botella (2003) concluye que gran parte del éxito de un tratamiento psicoterapéutico depende de la relación interpersonal entre paciente y terapeuta siendo uno de los componentes esenciales de dicha relación la alianza terapéutica.

En los últimos años, la relación terapéutica ha sido objeto de estudio por parte de diferentes marcos teóricos tanto de orientación psicoanalítica como cognitiva conductual. Sin embargo, dicho concepto presenta importantes diferencias entre ambas perspectivas (Safran & Muran, 1996). Hacia el interior de estas corrientes es objeto de debate tanto su definición como el impacto que posee en los resultados de la psicoterapia.

En función de estos planteos, nos proponemos comparar el constructo desde ambos enfoques, identificando las convergencias y las divergencias, así como sus raíces históricas comunes.

Metodología

La estrategia utilizada consistió en la búsqueda bibliográfica de los trabajos disponibles en las bases de datos EBSCO y Jstore. En las búsquedas se utilizaron las palabras clave: Relación Terapéutica, Alianza Terapéutica, Psicoanálisis, TCC. Se privilegiaron los estudios empíricos; particularmente se tomaron en cuenta los trabajos realizados en las últimas dos décadas.

Resultados

A continuación se describen los estudios hallados con cierto detalle, enfatizando los aspectos teóricos implicados.

Marcolino e Iacoponi (2003) estudiaron el impacto de la alianza terapéutica en la psicoterapia psicodinámica breve, indicando que aquellos pacientes que percibieron que sus terapeutas tenían mejor capacidad para entender e involucrarse en sus tareas obtuvieron mejores resultados en la reducción de síntomas depresivos y aquellos pacientes con más capacidad para construir la alianza terapéutica alcanzaron los mejores resultados psicoterapéuticos. Otras investigaciones sugieren descomponer la alianza terapéutica en dos factores para su estudio: acuerdo y confianza (Andrusyna,

Tang, Derubeis, & Luborsky, 2001).

Diferentes investigaciones se ocupan del modo en que las características del vínculo terapéutico propician la adherencia a los tratamientos (Jiménez, 2005). En relación a ello, Safran (2003) se interesó por la ruptura de la alianza terapéutica considerándola como períodos de tensión o quiebre en la comunicación y la colaboración entre paciente y terapeuta. Estos períodos varían en intensidad y van desde una relativa tensión solo vagamente percibida por uno de los participantes, hasta la mayor tensión que lleva a la ruptura de la colaboración. Este autor retoma el concepto de negociación, desarrollado por Bordin, para explicar la necesidad de que terapeuta y paciente se beneficien de la colaboración constructiva diseñando metas y tareas específicas.

A su vez, hay variados estudios sobre las diferentes escalas que se utilizan para medir la alianza terapéutica (Bachelor & Salamé, 2000; Fenton, Cecero, Nich, Frankforter, & Carroll, 2001), así como también estudios que se han centrado en determinar la validez y la confiabilidad de la WAI (Working Alliance Inventory) (Söygut & Isikli, 2008; Söygut & Uluc, 2009).

Se han encontrado también investigaciones sobre la alianza terapéutica en relación a diferentes problemas de salud. En general, se suelen utilizar de manera indistinta los términos “adherencia” y “cumplimiento” para definir el “grado de coincidencia entre la conducta indicada por el terapeuta (p. ej. tomar fármacos, seguir una dieta, realizar ejercicios físicos, dejar de fumar, entre otros) y la conducta del paciente cuando ejecuta las prescripciones terapéuticas” (Demarbre, 1994). En este sentido, hay estudios que han indicado la importancia de la alianza terapéutica en el tratamiento del alcoholismo (Dundon, et al, 2008). Algunos de los trabajos que representan la preocupación por este tipo de problema abarcan: pacientes con HIV o la tuberculosis (Alvarez-Gordillo, Alvarez-Gordillo, Dorantes-Jiménez, & Halperin-Frisch, 2000), asma (López Viña, 2005), hipertensión arterial (Martín Alfonso, Bayarre Veá & Grau Abalo, 2008), entre otros. Estos trabajos destacan la necesidad de profundizar dicha temática ya que se ha comprendido que la no adherencia a los tratamientos suele repercutir severamente en la salud física y psicológica de los pacientes, como así también en el entorno familiar. Representa además un costo muy serio para la sociedad, sobre todo cuando se trata de pacientes con enfermedades crónicas.

En nuestro medio, Zukerfeld (2001) estudió las relaciones entre alianza terapéutica, percepción de cambio o mejoría, frecuencia de sesiones y estilo de intervención analítica. Concluyó que el grado de alianza percibido está vinculado a la mejoría pero no a la frecuencia de sesiones ni a la modalidad de las intervenciones.

En cuanto al abordaje de pacientes mediante la combinación de psicoterapia y medicación, se pudo observar en una importante muestra de profesionales, psicólogos clínicos y médicos psiquiatras de la Ciudad de Buenos Aires, que los factores interpersonales fueron considerados como principales responsables del éxito terapéutico (Garay, et al., 2008).

Desde la perspectiva cognitivo-conductual, Wilson y Evans (1977) procuraron identificar los elementos constitutivos del constructo de la relación terapéutica, concluyendo que dicha relación no representa un efecto difuso sino, por el contrario, una amalgama de factores

endémicos a la Teoría del Aprendizaje Social. La relación terapéutica ha sido considerada de particular relevancia por la terapia cognitiva de Beck, sugiriendo a los clínicos una serie de guías con el propósito de fortalecer la misma (Kirschenbaum & Jourdan, 2005). Safran y Muran (1996) observan que mientras el interés de las terapias cognitivas por fortalecer la relación terapéutica tuvo su origen desde el comienzo, los trabajos que se ocuparon de explorar el fenómeno de la ruptura de esta alianza no tuvo lugar sino hasta el momento en que comenzaron a estudiarse los trastornos de personalidad.

Conjuntamente con la difusión de la importancia de la alianza se observó la dificultad que presenta un constructo tan amplio para su evaluación. Aunque se ha sostenido que la relación terapéutica se presenta como un constructo no específico, definido de manera imprecisa o difícil de comprender (De Rubeis, Brotman, & Gibbons, 2005), diversos trabajos han procurado delimitarlo claramente basándose en investigación básica y en la Teoría del Aprendizaje Social.

Discusión

Aunque Beck et al. (1979) destacan que la terapia cognitiva requiere probablemente del mismo clima que ha sido descrito por las terapias psicodinámicas, el lugar que ha ocupado la relación terapéutica es diferente en ambos marcos. Como se ha sugerido, en el marco de la TCC el foco de estas habilidades está al servicio de facilitar la colaboración y el descubrimiento guiado. En este sentido, el factor de la alianza terapéutica ha sido considerado como una variable no específica, ni técnica ni instrumental, sino sólo auxiliar de otras técnicas que sí producen un cambio terapéutico; por ejemplo, cuando la presencia del terapeuta reduce la ansiedad, facilitando la aplicación de técnicas comportamentales específicas (Castonguay, et. al., 2010; Wolpe & Lazarus, 1966).

Una de las principales diferencias respecto a la relación terapéutica en el marco cognitivo y otras orientaciones es que el enfoque cognitivo enfatiza en mayor grado el trabajo en equipo y la colaboración entre el paciente y el terapeuta (Raue & Goldfried, 1994), particularmente a partir del modelo del empirismo colaborativo iniciado por Beck (1979). De acuerdo con el autor, el modelo supone que el paciente y el terapeuta trabajan juntos en identificar problemas centrales y posibles soluciones.

Una segunda diferencia central es que el enfoque cognitivo ha desestimado la importancia de la relación terapéutica como un factor de cambio en el proceso terapéutico (Castonguay, et al., 2010). De esta manera, el propósito de la relación terapéutica es generar las condiciones para que puedan aplicarse técnicas específicas que producen el cambio, pero no son vistas como un factor de cambio en sí mismas (Beck, et al., 1979; Wolpe & Lazarus, 1966). Es importante destacar que, a pesar de no ser considerado por las corrientes TCC un factor principal para logro de resultados, Lineham (1993), exponente de amplia trayectoria en estas corrientes, observa que no es posible lograr demasiados resultados en la terapia hasta que no se construya una relación terapéutica sólida y positiva.

En síntesis, la concepción de la relación terapéutica nace de manera conjunta con la formalización de las psicoterapias. Es probable que por fuera de nuestro campo exista desde épocas tempranas, ya sea en la literatura, en la filosofía o en las artes, una idea común respecto a la importancia del apoyo, la guía, la amistad, la camaradería y

la confianza. Algunas de estas referencias las podemos encontrar ya en Hipócrates, a quien se le atribuye un modelo de relación médico-paciente basado en tres pilares: principio de beneficencia, relación fuertemente asimétrica y tutela del médico paternalista o proteccionista.

Sería sumamente ambicioso poder dar cuenta de la intrincada relación entre la concepción de "relación terapéutica" que sostiene cada autor y cada línea teórica y su concepción de los procesos de salud-enfermedad y la idea de ser humano en la cual se sustentan. No obstante, tomando en cuenta que en nuestro país la corriente teórica de mayor difusión y antigüedad es el psicoanálisis y que, dentro del abanico de las psicoterapias, en la actualidad la corriente que más cantidad de investigaciones engloba es la terapia cognitivo-conductual, es de interés para nuestra línea de investigación poder establecer los aspectos generales más comunes como así las diferencias entre estas dos grandes corrientes.

Bibliografía

- Alvarez-Gordillo, G., Alvarez-Gordillo, J., Dorantes-Jiménez, J., & Halperin-Frisch, D. (2000). Percepciones y prácticas relacionadas con la tuberculosis y la adherencia al tratamiento en Chiapas, México. *Salud Pública de México*, 42(6), 520-528.
- Andrusyna, T. P., Tang, T. Z., Derubeis, R.J., & Luborsky, L. (2001). The factor structure of the Working Alliance Inventory in cognitive-behavioral therapy. *Journal of Psychotherapy. Practice and Research*, 10(3), 173-178.
- Bachelor, A., & Salamé, R. (2000). Participant's perceptions of dimensions of the therapeutic alliance over the course of therapy. *Journal of Psychotherapy. Practice and Research*, 9(1), 39-53.
- Beck, A. T., Rush, J. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press
- Beutler, L. E., Malik, M., Alimohamed, S., Harwood, T.M., Talebi, H., Noble, S., & Wong, E. (2004). Therapist variables. En M. Lambert (Ed), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (pp. 227-306). New York: Wiley.
- Bibring, E. (1937). On the theory of the results of psychoanalysis. *International Journal of Psychoanalysis*, 18, 170-189.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16(3), 252-260.
- Castonguay, L. G., Constantino, M. J., McAleavey, A. A., & Goldfried, M. R. (2010). The therapeutic alliance in cognitive-behavioural therapy. En J. C. Muran & J. P. Barber (Eds.), *The therapeutic alliance: An evidenced based guide to practice*. (pp. 150-172) New York: Guilford Press.
- Corbella, S. & Botella, L. (2003). La Alianza Terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de Psicología*, 19, 205-221.
- De Rubeis, R. J., Brotman, M. A., & Gibbons, C. J. (2005). A conceptual and methodological analysis of the nonspecific argument. *Clinical Psychology: science and practice*, 12, 174-186.
- Demarbre, V. (1994). Adherencia terapéutica: una asignatura pendiente en el campo de la Psicología de la Salud. *Universidad Autónoma de Barcelona. Anuario de Psicología*, 61, 71-77.
- Dundon, W. D., Pettinati, H. M., Lynch, K. G., Xie, H., Varillo, K. M., Makadon, C., & Oslin, D. W. (2008). The therapeutic alliance in medical-based interventions impacts outcome in treating alcohol dependence. *Drug and Alcohol Dependence*, 95(3), 230-236.
- Etchegoyen, H. (1986). *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Etchevers, M., Pietra, G., & Battaglia, G. (2004). *Acerca de la Transferencia, la Contratransferencia y la Abstinencia en la Escuela Inglesa de Psicoanálisis*. D.

- Winnicott. Memorias de las XI Jornadas de Investigación, 3, 50-53.
- Etchevers, M., González, M., Sacchetta, L., Iacoponi, C., Muzzio, G., & Miceli, C. (2010). Relación terapéutica: su importancia en la psicoterapia. Memorias del II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XVII Jornadas de Investigación. VI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR, 3, 49, 52.
- Etchevers, M., González, M., Sacchetta, L., & Garay, G. D. (2011). La importancia de la relación terapéutica. Ideas y creencias en una muestra de estudiantes de Psicología de la UBA. Memorias del III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XVIII Jornadas de Investigación. VII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR, 1, 71-75.
- Fenton, L. R., Cecero, J. J., Nich, C., Frankforter, T. L., Carroll, K. M. (2001). Perspective is everything: the predictive validity of six Working Alliance instruments. *Journal of Psychotherapy. Practice and Research*, 10(4), 262-268.
- Freud, S. (1910). Las perspectivas futuras de la terapia psicoanalítica. O. C., Volumen XI. Amorrortu Editores. Bs. As., 1979.
- Freud, S. (1912). Sobre la dinámica de la transferencia. O. C., Volumen XII. Amorrortu Editores. Bs. As., 1979.
- Freud, S. (1915). Puntualizaciones sobre el amor de transferencia (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis, III). O. C., Volumen XII. Amorrortu Editores. Bs. As., 1979.
- Freud, S. (1917). Conferencia 27. La transferencia (Conferencias de introducción al psicoanálisis. O. C., Volumen XVI. Amorrortu Editores. Bs. As., 1979.
- Garay, C., Fabrisin, J., Korman, G., Etchevers, M., & Biglieri, J. (2008). Combinación de psicofármacos y psicoterapia en la literatura científica y en la práctica clínica local. 15º Congreso Internacional de Psiquiatría. Asociación Argentina de Psiquiatras (AAP). Buenos Aires.
- Greenson, R. R. (1965). The working alliance and the transference neuroses. *Psychoanalysis Quarterly*, 34, 155-181.
- Greenson, R. (1967). *The Technique and practice of Psychoanalysis*. New York: Basic Books.
- Hartley, D. (1985). Research in the therapeutic alliance in psychotherapy. En R. Hales & A. Frances (Eds.), *Psychiatry update annual review* (pp. 532-549). Washington DC: American Psychiatric Press.
- Hartmann, H. (1960). *Psicoanálisis y Psicología del Desarrollo. Ensayos sobre la Psicología del Yo*. F.C.E. México.
- Horvath, A. O. (2001). The alliance. *Psychotherapy: Theory / Research / Practice / Training*, 38(4), 365-372.
- Jiménez, J. P. (2005). El vínculo, las intervenciones técnicas y el cambio terapéutico en terapia psicoanalítica. *Aperturas psicoanalíticas*, 20, 1-19.
- Kirschenbaum, H., & Jourdan, A. (2005). The current status of Carl Rogers and the person-centered approach. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42, 37-51.
- Lambert, M. J., Bergin, A. E., & Garfield, S. L. (2004). Introduction and Historical Overview. En Lambert M.J. Bergin and Garfield's *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (pp. 3-15). New York: John Wiley & Sons.
- Lineham, M. M. (1993). *Cognitive behavioural treatment of borderline personality disorders*. New York: Guilford Press.
- López Viña, A. (2005). Actitudes para fomentar el cumplimiento terapéutico en el asma. *Archivos de Bronconeumología*, 41(6), 334-340.
- Luborsky, L. (1976). Helping alliances in psychotherapy. En J. L. Cleghorn (Ed.). *Successful psychotherapy* (pp. 92-116). New York, Brunner/Mazel.
- Marcolino, J.A., & Iacoponi, E. (2003). The early impact of therapeutic alliance in brief psychodynamic psychotherapy. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25(2), 78-86.
- Martín Alfonso, L., Bayarre Veá, H., & Grau Abalo, J. (2008). Validación del cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau) para evaluar la adherencia terapéutica en hipertensión arterial. *Revista Cubana de Salud Pública*, 34 (1), 127-156
- Pelorusso, A. & Etchevers, M. (2010). Potenciales psíquicos de salud y capacidad para el cambio psíquico en jóvenes y adultos en conflicto con la ley. *Investigaciones en Psicología*, 15(3), 85-100.
- Raue, P. J. & Goldfried, M. R. (1994). The therapeutic Alliance in Cognitive Behavioural Therapy. En A. O. Horvath y L.S Greenverg (Eds.), *The working alliance: theory research and practice* (pp. 151-182). New York: Wiley.
- Rogers, C. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of consulting and clinical psychology*, 22, 95-103.
- Safran, J. C., & Muran, J. D. (1996). The resolution of ruptures in the therapeutic alliance. *Journal of Consulting and clinical psychology*, 64(3), 447-458.
- Safran, J. D. (2003). The relational turn, the therapeutic alliance and psychotherapy research: Strange bedfellows or postmodern marriage? *Contemporary Psychoanalysis*, 39(3), 449 - 475.
- Schaap, C., Bennun, I., Schindler, L., & Hoodguin, K. (1993). *The therapeutic relationship in behavioural psychotherapy*. New York: Wiley.
- Soygüt, G., & Isikli, S. (2008). Assessment of the therapeutic alliance: reliability and validity of the Working Alliance Inventory. *Turkish Journal of Psychiatry (Türk Psikiyatri Dergisi)*, 19(4), 398-408.
- Söyğüt, G., & Uluc, S. (2009). Psychometric properties of the Turkish Working Alliance Inventory-Observer Form. *Turkish Journal of Psychiatry (Türk Psikiyatri Dergisi)*, 20(4), 367-375.
- Spillius, E. (2007). *Encounters with Melanie Klein. Selected Papers of Elizabeth Spillius* (3rd ed.). New York: Routledge.
- Sterba, R. (1934). The Fate of the Ego in Analytic Therapy. *International Journal of Psychoanalysis*, 15, 117-126.
- Strupp, H. (1973). The interpersonal relationship as a vehicle for therapeutic learning. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 41(1), 13-15.
- Wilson, G. T., & Evans, I. M. (1977). The therapist-client relationship in behaviour therapy. En A. S. Gurman & A. M. Razin (Eds.), *Effective Psychotherapy: a handbook of research* (pp. 309-330). New York: Pergamen Press.
- Winnicott, D. (1955-1956). *Varietades clínicas de la transferencia*. En *Escritos de pediatría y psicoanálisis* (pp. 391-396). Barcelona: Paidós. 1998.
- Wolpe, J. (1958). *Reciprocal Inhibitor therapy*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Wolpe, J., & Lazarus, A. (1966). *Behaviour therapy techniques*. New York: Pergamen Press.
- Zetzel, E. (1956). Current concepts of transference. *International Journal of Psychoanalysis*, 37, 369 - 376.
- Zetzel, E., & Meissner, W. W. (1973). *Basic concepts of psychoanalytic psychiatry*. New York. Basic Books.
- Zukerfeld, R. (2001). Alianza terapéutica y encuadre analítico. *Investigación empírica del proceso y sus resultados*, *Vertex*, 12(45), 211-220.