

## **Tratando con el Terapeuta: La Alianza Terapéutica**

Lic. Sebastián P. Lauría

Este artículo pretende desarrollar uno de los conceptos esenciales intervinientes en cualquier proceso psicoterapéutico: la alianza terapéutica. La idea de este trabajo es poder clarificar este concepto y sus alcances en el ámbito de la práctica terapéutica. En el comienzo veremos su definición. Luego algunos aspectos en su conceptualización, dentro de los principales marcos teóricos. Más adelante nos adentraremos en uno de los componentes imprescindibles de la alianza terapéutica: la relación terapéutica, que será vista desde la perspectiva de las teorías modernas y las posmodernas. Seguiremos con las principales investigaciones científicas que demuestran la efectividad de la alianza terapéutica y de la relación terapéutica.

Más adelante, desarrollaremos cuales son las habilidades del terapeuta, y puntualizaremos los cinco métodos para fortalecer la naturaleza colaborativa entre terapeuta y paciente.

Además, así como hablamos de los aspectos que contribuyen a un positivo proceso psicoterapéutico, es necesario también contemplar las situaciones en donde eso no se produce. Es allí donde hablaremos de malentendidos.

Acto seguido mencionaremos una extensa investigación donde se conceptualizan las funciones del estilo personal del terapeuta, las cuales son fundamentales para establecer una relación terapéutica satisfactoria y constructiva. Además, nos referiremos a las interesantes conclusiones de este estudio. Y por último, se expondrá una conclusión de todo el artículo.

### **¿Qué es la Alianza Terapéutica?**

Haciendo una revisión teórica sobre este concepto tan central, en cualquier proceso psicoterapéutico, encontramos que Bordin (1979) es quién realiza una definición global y transteórica de alianza terapéutica, la cual incorpora contribuciones teóricas precedentes. Así es que la define como, “el encaje y colaboración entre el cliente y el terapeuta...” (Corbella y Botella, 2003); que incluye la presencia de tres componentes o dimensiones:”

- 1 - El vínculo que abarca los lazos afectivos positivos entre paciente y terapeuta, cuya calidad determina el tono emocional que el paciente tiene del terapeuta y que incluye aspectos tales como la empatía, la confianza mutua y la aceptación.
- 2 - Acuerdo entre paciente y terapeuta respecto de los objetivos de la psicoterapia
- 3 - Acuerdo entre

paciente y terapeuta respecto a las tareas o actividades a realizar, intrínsecamente relacionadas con la psicoterapia que se esté llevando a cabo.

En tanto que hace referencia al acuerdo acerca de los medios adecuados para alcanzar los objetivos propuestos, advierte que una relación terapéutica que esté funcionando bien se caracteriza por lo siguiente: a) tanto paciente como terapeuta perciben la importancia y relevancia de estas tareas; y, b) cada uno de ellos está dispuesto a aceptar la responsabilidad de la realización de las mismas". (Andrade, 2005).

A continuación, haremos una breve reseña sobre la conceptualización de algunos de sus componentes, en los principales marcos teóricos.

### **En el Psicoanálisis**

Freud, en un trabajo de 1912, titulado "*The Dynamics of Transference*" (La dinámica de la transferencia), destaca la importancia del analista para mantener un interés y actitud comprensiva, y así permitir una relación positiva con su paciente.

Hay dos líneas de trabajo sobre la relación terapéutica dentro del psicoanálisis destacadas por Safran y Muran. En la primera aparecen los aportes de Ferenczi (1932) quién propone que es de suma importancia que el paciente no sólo recuerde, sino que también reviva el pasado problemático en la relación terapéutica. Esta idea es la base de aportaciones como las de Winnicott (1965), Balint (1968) o Alexander con su teoría de la experiencia emocional correctiva (Alexander y French, 1946). La segunda línea es la propuesta por Anna Freud (1936) y Hartmann (1958) quienes se enfocan en el estudio de los aspectos reales de la relación, dando lugar al concepto de alianza terapéutica (Greenson, 1971).

Por su parte, Zetzel (1956) diferencia el concepto de transferencia con el de alianza, sugiriendo que la alianza es 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.

Dentro de la corriente psicodinámica, Hartley (1985) define la alianza psicoterapéutica como una relación compuesta por la "relación real" y la "alianza de trabajo". La relación real alude al vínculo entre cliente y terapeuta, mientras que la alianza de trabajo se refiere a la capacidad de ambos para trabajar conjuntamente en favor de los objetivos previstos.

### **En la Corriente Humanista**

El movimiento humanista, desde sus orígenes, presta una especial atención al papel de la alianza terapéutica en el proceso psicoterapéutico. Carl Rogers es uno de sus exponentes

más importantes. Establece tres características fundamentales que debe tener el terapeuta para establecer una relación terapéutica efectiva con el cliente: *ser empático*, es decir, el psicoterapeuta logra percibir los sentimientos y significados personales que el cliente experimenta en cada momento, (Rogers, 1972); *auténtico*, se refiere a la sinceridad, transparencia o autenticidad personal. El terapeuta debe tener presentes sus propios sentimientos y no ofrecer una fachada externa, y aceptar incondicionalmente al cliente como individuo valioso, independientemente de su condición, conducta o sentimientos.

### **En el Conductismo Clásico**

Desde el conductismo clásico se plantea la terapia como un proceso en el que paciente aprende o modifica ciertas conductas o hábitos, de manera tal que el interés principal está alojado en el manejo de las técnicas y no en el de la relación. Siguiendo este modelo, la patología es definida como un modo de comportamiento aprendido que se desarrolla según las mismas leyes que gobiernan la conducta normal. Se considera que a través de una historia de aprendizaje, una forma de proceder puede llegar a ser desadaptativa para el paciente, debido a que no le permite desempeñarse en su vida como quisiera, siendo esto lo que le provoca sufrimiento. El tratamiento comienza registrando el comportamiento del paciente en el contexto de su vida cotidiana. Luego, se diseña con él y de acuerdo a sus necesidades, un programa de procedimientos de reaprendizaje dirigido de manera específica a la modificación, disminución o eliminación de sus síntomas. (Benito, 2008).

### **En el Cognitivism**

Más adelante la llamada “revolución cognitiva” revive el interés por la relación terapéutica. Así, la orientación cognitiva, más específicamente desde la visión constructivista, considera a la alianza terapéutica como un elemento crucial del proceso psicoterapéutico. (Arnkoff, 1995; Goldfried y Davidson, 1994; Newman, 1998; Safran, 1998) (Corbella y Botella, 2003).

Se plantea que la relación terapéutica es esencial para crear el contexto interpersonal necesario, para generar condiciones de cambio, y la definen como un encuentro entre dos o más personas, entre dos o más subjetividades, que acuerdan mantenerse en interacción por un período determinado, para provocar cambios en la organización de uno o más de los participantes en esta interacción. (Botella y Feixas, 1998) (Lossa, Corbella y Botella, 2012). En este modelo es central el concepto de empirismo colaborativo donde, “la terapia es concebida como una co-construcción respecto a los objetivos y métodos a

emplear. Se espera del terapeuta una actitud activa basada en la aceptación, empatía y autenticidad". (Baringoltz, 2009). A continuación, nos centraremos en uno de los principales componentes de la alianza terapéutica: la relación terapéutica.

### ***La Relación Terapéutica en las Teorías Modernas y Posmodernas***

En una investigación bibliográfica realizada por Arango Cammaert y Moreno Franco (2009) se profundiza el concepto de relación terapéutica abordándolo desde las teorías modernas y posmodernas.

#### ***En la Orientación Psicodinámica***

Los autores anteriormente señalados citan a Fiorini, quien la define como:

Una situación de comunicación cercana que surge entre dos o más interlocutores que sostienen un dialogo con ritmo, gestos, posturas, mímica verbal y que tienen en común una tarea en una relación igualitaria, aunque sus roles son distintos. El terapeuta por su parte, es experto en cierto nivel de la problemática humana; mientras que el consultante es experto conocedor de la problemática singular que aporta para ser analizada.

Diferentes enfoques teóricos empiezan a estudiar la relación terapéutica desde sus aspectos transferenciales.

Fiorini explica que el tipo de relación que el terapeuta establezca con el consultante depende de diferentes variables a partir de la activación de las funciones yoicas del paciente: a) etapa de desarrollo psicosexual en la que haya permanecido luego de experimentar un problema, que rompe con su desarrollo; o b) grado de ansiedad que la persona esté experimentando por diferentes causas que interfieren con el funcionamiento adecuado de sus funciones yoicas. En este caso el terapeuta debe establecer un vínculo terapéutico reasegurador, protector y con capacidad de contención. Diferente es el caso del paciente que sólo busca hacer un proceso de autoobservación, que le permita comprender sus dificultades, en este caso la relación estará influenciada por una actitud docente del terapeuta y su capacidad para indagar y asociar.

#### **En la Terapia Conductual**

No existe una definición precisa sobre este tipo de terapia, ya que se toma referencia a partir de un conjunto de técnicas y características comunes que demarcan el modelo. (Wilson & O'Leary, 1980). Quizá esta pueda ser una de las razones por las cuales los

terapeutas conductuales no abordan la relación terapéutica como un fenómeno específico, y posiblemente esto explique por qué solo se preocupan por resaltar algunos factores propios del terapeuta que son indispensables para el establecimiento de la alianza, y por ende, para el éxito de la terapia. (Arango y Moreno, 2009).

Wilson & O'Leary (1980) profundizan en el concepto *rapport*, Enfatizan que el rapport debe ser cuidadosamente construido y conservado a lo largo del proceso terapéutico, y que es de vital importancia que sea mutuo (entre terapeuta y consultante), puesto que éste llevará a que la relación se caracterice por la confianza y el entendimiento entre ambos.

Estos autores también destacan la importancia de la actitud docente, dado que buena parte de la terapia está dedicada al aprendizaje de técnicas y estrategias que ayuden al consultante a disminuir la intensidad de su problema o a desarrollar conductas más adaptativas.

### **En la Orientación Cognitiva**

En el estudio de la relación terapéutica uno de los conceptos básicos de esta orientación son los llamados *esquemas interpersonales*. Safran y Segal (1990) citado en Arango y Moreno (2009) los definen como las,

...estructuras mentales prototípicas de cada individuo, que están compuestas a nivel cognitivo y emocional por experiencias interpersonales que tienen la función de guiar la elaboración de información sobre las relaciones, para generar representaciones y previsiones sobre uno mismo y el otro en recíproca relación.

Estos esquemas regulan todas las relaciones humanas, entre ellas la relación terapéutica. El enfoque cognitivo da gran importancia al estudio de la relación terapéutica como fenómeno específico, por tener en cuenta que ésta determina, en gran parte, el éxito de la terapia. En este sentido hay teóricos que admiten que la relación desempeña un papel importante en el logro de objetivos. Por otro lado, hay otros que consideran que la relación terapéutica tiene valor curativo, porque tiene la capacidad de mejorar las predicciones negativas de los esquemas interpersonales del paciente. (Semerari, 2002) (Arango y Moreno, 2009).

### **En la Terapia Centrada en el Cliente**

Cormier & Cormier (1994) citado en Arango y Moreno (2009) sugieren tres estados por los que transcurre la terapia centrada en el cliente a lo largo de los años. El primero es el *no directivo*, cuyo referente es Rogers (1942) en el cual se busca reflejar la comunicación del cliente mediante la atención y la escucha. El segundo, es el *centrado en el cliente*

(Rogers, 1951), en el que el terapeuta, además de reflejar las ideas y contenidos, también refleja los sentimientos implícitos en la comunicación del cliente. El tercer período se denomina *centrado en la persona*, (Meador & Rogers, 1984), donde la terapia se dirige al crecimiento personal.

Rogers (1962) entiende que en la relación terapéutica el progreso terapéutico está determinado, principalmente, por la forma en la que el cliente experimenta dicho proceso y como se siente con el terapeuta. Este autor destaca al menos dos aspectos en la experiencia del cliente. El primer aspecto son sus expectativas, dado que el cliente percibe al terapeuta y a la relación en términos de estas. El segundo, son los métodos usados por el terapeuta, que son experimentados por el cliente de dos maneras: como frustrantes, al principio del proceso, y como valiosos, más adelante.

### **La Relación Terapéutica en las Teorías Posmodernas**

Existen varias premisas en el marco del pensamiento posmoderno: a) “no se concibe el yo como una entidad cosificada, sino como una identidad narrativa”; b) el texto personal no es algo a interpretar, sino un proceso de desarrollo; c) no se considera al individuo como una identidad intrapsíquica, sino que se aborda dentro de un contexto de significado social; y d) el conocimiento científico, o los “hechos” considerados innegables, contribuyen al conocimiento narrativo. (Lax, 1996)” (Arango y Moreno, 2009).

A continuación, veremos la relación terapéutica en las principales teorías posmodernas.

### **Terapia Breve Centrada en las Soluciones**

Según Berg y Miller (1996) citado en Arango y Moreno (2009), el principio fundamental que configura la relación entre terapeuta y consultante es la cooperación. Esta es entendida como trabajar junto con el otro en una relación de ayuda recíproca, entre consultante y terapeuta. Permite obtener resultados positivos en la terapia mediante la personalización del tratamiento. Para este fin, es fundamental identificar entre tres tipos posibles de relación: “comprador”, “demandante” y “visitante”. El primer tipo de relación se observa cuando terapeuta y consultante logran llegar juntos a un objetivo de tratamiento, donde el consultante considera que es parte de la solución y está dispuesto a abordar el problema, mientras que el terapeuta acepta trabajar con el consultante y cree en su propia capacidad de dirigirlo hacia la solución. El segundo tipo de relación, se caracteriza por el logro de una definición clara del objetivo del tratamiento, sin embargo, el consultante no se considera parte de la solución, y el terapeuta acepta explorar el problema junto con el consultante, comprometiéndose a buscar una solución. El último tipo de relación es aquella en la que consultante y el terapeuta no llegan a definir un objetivo de tratamiento;

el consultante no cree tener un problema o la necesidad de la terapia; el terapeuta acepta la posición del consultante y le ofrece ayuda en cualquier otro tema que el consultante quiera trabajar.

### **Terapia Narrativa**

Los teóricos destacan el trabajo de Michael White como una de las influencias más importantes en este modelo. La terapia narrativa se fundamenta en la utilización de los textos como analogía de la vida, las relaciones, etc. De acuerdo con White y Epston (1993) citado en Arango y Moreno (2009), cada lectura que se hace de un texto, es a su vez una nueva interpretación del mismo y, por lo tanto, una oportunidad para volverlo a escribir. Es decir, las personas interactúan con las experiencias que viven como quien relata un texto, dando significado a la experiencia según el contexto desde el cual ésta es comprendida. Así es que, de todas las experiencias vividas pueden quedar múltiples relatos y sólo algunos de ellos son seleccionados para conformar el relato o la historia dominante. En este contexto el trabajo del terapeuta es externalizar el problema e indagar acerca de los efectos que éste genera en la vida de la persona y en sus relaciones; develar aquellas verdades que aprisionan la existencia del individuo, y apoderar al consultante con la ayuda de los relatos alternativos que no estén saturados por dicho problema.

### **Terapia Construccionista**

Este tipo de terapia surge como una postura crítica a las ideas modernas. Sus postulados son: a) en la investigación social objetiva nadie puede tener acceso privilegiado a la realidad, y además, todo lo que podemos conocer se construye en el lenguaje, b) la identidad no está dentro de ninguna unidad, sino que se compone de flujos temporales, siendo una construcción social; c) las trayectorias del desarrollo de la dimensión psicológica y comportamental son muy variables y se produce en circunstancias no predecibles, de manera que no es posible hablar de personalidad en terapia; d) las emociones son “una parte más de la compleja comunicación entre personas (Hoffman, 1996), y no estados internos; e) hay capas de comunicación en donde todas las categorías son contextos para otras categorías, de esta manera su preponderancia está dada por la definición de cuál de ellas es el contexto, poniendo en duda el concepto de niveles (síntoma superficial versus causa subyacente).

En definitiva, las prácticas terapéuticas se caracterizan por la existencia de una igualdad en la participación del terapeuta y del consultante reflejados en la utilización del prefijo co (co-autor, co-construcción, co-evolución, etc.). (Hoffman, 1996) (Arango y Moreno, 2009).

Como consecuencia de esto, hay una desaparición del experto (actitud del no saber) y una postura reflexiva, esforzándose en las formas de reflejar, de asociar y usar metáforas.

### **Efectividad de la Terapia y Alianza Terapéutica**

Investigaciones realizadas a principios de la década del 90´ establecen que un 15% de las mejorías del paciente se explican por las técnicas empleadas, mientras que la mejoría explicada por la relación terapéutica llega a un 30% (Lambert, 1992). Otros estudios como el de Marmar, Thompson y Gallagher (1991) o el de Barber, Crits-Cristoph y Luborsky (1992) citado en Lossa, Corbella y Botella (2012) encuentran que la alianza terapéutica explica entre un 36% y un 57% de la variancia del resultado final de la terapia.

Orlinsky, Grawe y Parks, en 1994, realizan una revisión de 132 investigaciones de proceso y resultado psicoterapéutico. En la misma se concluye que existe una fuerte relación entre calidad de la alianza terapéutica y el resultado del proceso de psicoterapia, ya que el 66% de los estudios muestran una correlación significativa entre el vínculo terapéutico y los resultados de los tratamientos. Así surge una amplia gama de investigaciones, a nivel mundial, que plantean que diversos aspectos de la alianza terapéutica han sido correlacionados positivamente con los resultados del tratamiento (Stiles, Agnew-Davies, Hardy, Barkham & Shapiro, 1998) (Santibáñez Fernández et. al., 2009).

Muchos investigadores llegan a la conclusión de que el cambio en el paciente es explicado a través de diferentes aspectos de éste, así como también del terapeuta y de la relación que se establezca entre ambos. Además, estos factores son comunes a cualquier psicoterapia, independientemente de las técnicas o del marco teórico que se emplee.

Uno de los aspectos cuestionados en los trabajos de alianza-resultados ha sido la posibilidad de que los clientes tengan una buena alianza terapéutica sólo cuando la terapia les está resultando útil. No obstante, hay datos que sugieren que la alianza es una cualidad intrínseca de la relación que contribuye al éxito de la terapia por encima de las ganancias terapéuticas alcanzadas en el momento; por lo tanto, la alianza no es un reflejo de haber alcanzado resultados beneficiosos. (Gaston, Marmar, Thompson y Gallagher, 1991; Lambert y Bergin, 1994; Weerasekera *et al.*, 2001) (Lossa, Corbella y Botella, 2012).

Actualmente existen revisiones, así como meta-análisis, sobre los efectos de la psicoterapia, que permiten a las task forces de la American Psychological Association (APA) concluir que la relación terapéutica contribuye, de forma sustancial y consistente, a



los resultados psicoterapéuticos, independientemente del tipo de tratamiento. Así, el mejoramiento o no de los pacientes es explicado por este vínculo, al menos tanto como el método particular de tratamiento. (Norcross, & Wampold, 2011), (Rossetti y Botella, 2017).

Es importante mencionar una investigación donde se pone el énfasis en aquellos aspectos que promueven la relación terapéutica:

- Una actitud terapéutica, consistente en una disposición a ser respetuoso, amable y cuidadoso. Un terapeuta con estas características está en sintonía con los logros del paciente y no solo con sus problemas y debilidades.
- Conocimiento terapéutico que promueva el poder de la alianza terapéutica e incluya la comprensión de cómo las personas se forman impresiones, responden y se tornan motivados a iniciar y sostener cambios.
- Las herramientas terapéuticas son los vehículos utilizados para traducir el conocimiento terapéutico en una estructura que mejore la visión del paciente acerca de la relación. Las herramientas incluyen el ambiente en que tiene lugar la terapia, evidencia la actitud favorable y el conocimiento del terapeuta.
- Las técnicas terapéuticas incluyen una variedad de procedimientos verbales y no verbales diseñados para reducir los síntomas y problemas. Las técnicas se aplican de manera que demuestren capacidad para sostener la relación terapéutica.
- El timing se ve en el desarrollo de la relación a través de una adecuada correspondencia entre la preparación del paciente para cambiar y la intervención terapéutica.
- La imaginación creativa se refleja en todas las etapas en que el terapeuta organiza las variadas intervenciones para adaptarlas a las características únicas y específicas del paciente. Contribuye a la comprensión y sensibilidad de ponerse en el lugar del otro. (Beutler & Harwood, 2000) (Gómez, 2010)

En un trabajo de Buela, Sierra, Lopez y Rodriguez (2001), citado en Rondón, Otálora & Salamanca (2009), se investiga acerca de las habilidades que debe poseer un terapeuta:

- Capacidad para direccionar la terapia.
- La asertividad.
- La habilidad al utilizar instrumentos de evaluación.

- La capacidad para incentivar la participación del consultante en el proceso.
- La habilidad para organizar la información y realizar informes.
- Las habilidades comunicativas para dar a entender lo que realmente quiere expresar en el contexto terapéutico.

Otra investigación, realizada en 1985, por Beck y Emery, citado en B. Gómez (2010) establece 5 métodos para fortalecer la naturaleza colaborativa entre terapeuta y paciente:

- Desarrollar la relación sobre una base recíproca. Ninguno de los participantes tiene un rol superior.
- Evitar agendas escondidas. Todos los procedimientos son abiertos y se explican claramente al paciente.
- Diseñar tareas intercesión de un modo colaborativo.
- Admitir errores.
- Mantener un ambiente colaborativo, en referencia al lugar en que se desarrolla la terapia.

### **Malentendidos**

Con respecto al manejo de malentendidos en la alianza terapéutica, Rhodes, Hill, Thompson y Elliot (1994); citado en Botella y col. (2000), realizan un análisis cualitativo en donde se les pide a 19 terapeutas que recuerden episodios donde tuvieron malentendidos, para luego analizarlos. Concluyen que en los casos de malentendidos resueltos, el paciente puede hacer valer sus sentimientos negativos y el terapeuta permanece flexible, acepta, reconoce su responsabilidad en el evento o cambia su comportamiento. Por el contrario, en malentendidos no resueltos, los pacientes describen a sus terapeutas como no receptivos, defendiendo de una manera dogmática su punto de vista sin siquiera considerar el punto de vista del paciente.

Por último, resulta de vital importancia la conclusión realizada por Safran y Muran en una investigación realizada en el año 2000 sobre la alianza terapéutica: “Ante el reto de conseguir una buena alianza con el paciente, parece ser que la metacomunicación es uno de los recursos imprescindibles”. (Corbella y Botella, 2003)

### **Funciones del Estilo Personal del Terapeuta**

El terapeuta debe cumplir con una serie de acciones. Cada función que el terapeuta debe cumplir se representa mediante una dimensión continua bipolar. Se han identificado las siguientes:

1. Instruccional: Instalación y ajuste del dispositivo terapéutico. Los terapeutas fluctúan entre RÍGIDOS y FLEXIBLES.
2. Atencional: Selección de los elementos necesarios para avanzar en el trabajo terapéutico. Los terapeutas fluctúan entre ACTIVOS y RECEPTIVOS.
3. Expresiva: Manera de relacionarse afectivamente con el paciente. Los terapeutas fluctúan entre PRÓXIMOS y DISTANTES.
4. Operacional: Modo de cumplimiento de las tareas. Los terapeutas fluctúan entre PAUTADOS (REGLADOS, DIRECTIVOS) y ESPONTÁNEOS (INTUITIVOS, NO DIRECTIVOS).
5. Involucración: (Compromiso). Modo en que el terapeuta se involucra en su tarea. Los terapeutas fluctúan entre MUY COMPROMETIDOS Y POCO COMPROMETIDOS
6. Evaluativa: Juicio sobre el modo en que se logran los objetivos. Los terapeutas fluctúan entre ESTIMULADORES (dirigidos al resultado) y CRÍTICOS (dirigidos a la comprensión). (Fernández-Álvarez, 1998)

Considerando una de las dimensiones vinculadas con el terapeuta, relevante para la Selección Sistemática de Tratamientos (Beutler y Clarkin, 1990; Beutler, Clarkin y Bongar, 2000) y relacionada con la dirección que el terapeuta impone a sus intervenciones, Corbella y Fernández-Álvarez (2006) añaden una nueva función:

7. Fomentativa: Uso de procedimientos dirigidos a fomentar la acción o el insight del paciente. Los terapeutas fluctúan entre DIRIGIDOS A LA ACCIÓN Y DIRIGIDOS AL INSIGHT.

Las primeras 5 funciones son operacionalizadas a través de un inventario autodescriptivo para su evaluación, denominado EPT-C. Para su evaluación, este instrumento ha sido aplicado a diferentes muestras de terapeutas, tanto de nuestro país como del exterior, en investigaciones con diferentes objetivos. (García y Fernández-Álvarez, 2007). Estas investigaciones arrojan interesantes conclusiones: Pacientes más resistentes con terapeutas menos pautados: mejor alianza terapéutica y mejores resultados.

- Los terapeutas más flexibles, al establecer las instrucciones, logran una mejor Alianza Terapéutica con sus pacientes en las fases intermedia y final de la psicoterapia.

- Aquellos pacientes más resistentes responden significativamente mejor al tratamiento interactuando con terapeutas más espontáneos en la función operativa.
- Los pacientes con un estilo de afrontamiento predominantemente externalizador responden significativamente mejor a la terapia interactuando con terapeutas más pautados en la función operativa. (Malik y col., 2002)
- Los psicoanalistas difieren de sus pares cognitivos e integrativos en que son más distantes en lo expresivo, con atención más abierta en la atencional y más espontáneos en la operativa. (Fernández-Álvarez y col., 2000).
- Los terapeutas cognitivos noveles, más rígidos en lo instruccional y más distantes en lo expresivo, modifican este patrón cuando poseen mayor experiencia.
- Los integrativos siempre se muestran con mayor espontaneidad en lo operativo, con atención más abierta, y con una mayor involucración.
- Cognitivos e integrativos difieren de los psicoanalistas en que son atencionalmente más focalizados, y en lo operacional, más pautados.

### **Conclusión Final**

La alianza terapéutica es un concepto absolutamente central en lo que refiere a la psicoterapia, en la amplia mayoría de los modelos teóricos existentes. Existe enorme cantidad de aportes científicos, en la actualidad, con respecto a su efectividad. Su desarrollo en investigación es muy contemporáneo y enriquece el desarrollo del terapeuta en su rol.

Este concepto permite orientar y desarrollar el proceso psicoterapéutico de forma coherente, ordenada y eficaz. Es una hoja de ruta que marca los lineamientos centrales que debemos seguir y respetar. Lógicamente, esos lineamientos adquieren diferentes matices, dependiendo de la demanda del paciente, su patología, su estilo personal, sus recursos y sus aspectos a desarrollar, entre muchas otras.

Como consideración final es primordial resaltar la importancia de la alianza terapéutica en el ámbito clínico, y la consideración de sus variables, con el fin de aspirar al desarrollo de un proceso psicoterapéutico exitoso.

### **Bibliografía**

Andrade González, N. (enero, 2005). *Clínica y salud*, 16(1), 9-29.

- Arango Cammaert, A. M., y Moreno Franco, M. F. (diciembre, 2009). Más allá de la relación terapéutica: un recorrido histórico y teórico. *Acta colombiana de psicología*, 12(2), 135-145.
- Baringoltz, S. (2009). Terapia cognitiva y depresión. *Revista de la asociación de psicoterapia de la republica argentina*, 4(2).
- Benito, E. (2009, Abril). Las psicoterapias. *Psiencia. Revista Latinoamericana de ciencia psicológica*, 1 (1), 1-9.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16(3), 252-260.
- Botella L., Pacheco M, Herrero O. y Corbella, S. (2000). Investigación en psicoterapia: el estado de la cuestión. *Boletín de psicología*.
- Corbella, S., y Botella, L. (diciembre, 2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de psicología*, 19(2), 205-221.
- Corbella, S. y Fernández-Álvarez, H. (2006). El terapeuta, posiciones, actitudes y estilos personales. En L. Botella (Ed.), *Construcciones, narrativas y relaciones: Aportaciones constructivistas y construccionistas a la psicoterapia* (pp. 299-340). Barcelona: Edebe.
- Corbella, S., Balmaña, N., Fernández-Álvarez, H., Saúl, L. A., Botella, L., y García, F. (2009). Estilo personal del terapeuta y teoría de la mente. *Revista argentina de clínica psicológica*. 18(2), 125-133.
- Fernández-Álvarez, H. (1998). El estilo personal del psicoterapeuta. En G. Oblitas, L. A. Quince. *Enfoques terapéuticos contemporáneos*. México: El Manual Moderno.
- Fernández-Álvarez, H., García, F., Lo Bianco, J. y Corbella, S. (2000). *Estilos personales e terapeutas psicoanalíticos, cognitivos e integrativos*. Paper presentado en 2do Congreso Latinoamericano de Pesquisa em Psicoanalise e Psicoterapia, Gramado, Brasil.
- García, F., y Fernández-Álvarez, H. (2007). Investigación empírica sobre el estilo personal del terapeuta: una actualización. *Revista argentina de clínica psicológica*. 16(2), 121-128.
- Gómez, B. (2010). La relación terapéutica en terapia cognitiva. *Revista de la asociación de psicoterapia de la republica argentina*, 3(1).
- Lossa, L., Corbella, S., y Botella, L. (julio, 2012). Estilo de apego del paciente en la construcción de la alianza terapéutica. *Boletín de psicología*, 105, 91-103.
- Rodríguez Campuzano, M. de L., y Salinas Rodríguez J. L. (julio –diciembre, 2011). Entrenamiento en habilidades terapéuticas: algunas consideraciones. *Enseñanza e*

*investigación en psicología*, 16(2), 211-225.

Rogers, C. (1972). *El proceso de convertirse en persona*. Buenos Aires:Paidós.

Rondón A.P., Otálora I. L., &Salamanca, Y. (2009). Factores que influyen en la deserción terapéutica de los consultantes de un centro universitario de atención psicológica. *International Journal of Psychological Research* 2(2), 137-147.

Rossetti M. L. y L. Botella (2017) Alianza terapéutica: evolución y relación con el apego en psicoterapia. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 26 (1), 19-30.

Santibáñez Fernández, P. M., Román Mella, M.F., y Vinet, E., V. (2009). Efectividad de la psicoterapia y su relación con la alianza terapéutica. *Interdisciplinaria*, 26(2), 267-287.