

La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación*

Sergi Corbella y Luis Botella**

Universidad Ramon Llull (Barcelona, España)

Resumen: La psicoterapia no se puede concebir al margen del establecimiento de una relación interpersonal entre cliente y terapeuta. Entre los componentes de la relación terapéutica, la alianza es el que ha recibido más atención por parte de la investigación. En este artículo se describen brevemente algunas de las aportaciones más significativas de las principales orientaciones teóricas en cuanto a la visión de la alianza terapéutica y se revisan las investigaciones principales que han tenido a la alianza como protagonista. La relación significativa entre la alianza terapéutica y los resultados de la terapia así como la interacción entre terapeuta y paciente como variable influyente en el desarrollo de la alianza son algunos de los aspectos que se destacan.

Palabras clave: Alianza terapéutica; alianza de trabajo; relación terapéutica; interacción terapeuta-paciente.

Title: Therapeutic alliance: History, research and assessment.

Abstract: Psychotherapy cannot be conceived as independent of an interpersonal relationship between client and therapist. Among the components of the therapeutic relationship, alliance is the one that has been more investigated. This paper discusses some of the main contributions to the study of therapeutic alliance from different theoretical perspectives. The significant relationship between therapeutic alliance and outcome is highlighted, as well as the therapist/patient interaction as a significant variable in the course of alliance.

Key words: Therapeutic alliance, working alliance, therapeutic relationship. Patient-therapist interaction.

La psicoterapia no se puede concebir al margen del establecimiento de una relación interpersonal entre cliente y terapeuta. La calidad emocional y relacional del vínculo entre ambos es una parte imprescindible del éxito del proceso psicoterapéutico y, de hecho, la investigación en psicoterapia (que comentaremos con más detalle a lo largo de este trabajo) indica que resulta ser un aspecto determinante de la eficacia de la terapia.

En este artículo se describen brevemente algunas de las aportaciones más significativas de las principales orientaciones teóricas en cuanto a la visión de la alianza terapéutica y se revisan las investigaciones principales que han tenido a la alianza como protagonista.

1. Desarrollo histórico del concepto de alianza terapéutica

La conceptualización del término alianza terapéutica fue desarrollándose a lo largo del siglo XX. El propio Freud, en su trabajo de 1912 *The Dynamics of Transference*, planteó la importancia de que el analista mantuviera un interés y una actitud comprensiva hacia el paciente para permitir que la parte más saludable de este estableciera una relación positiva con el analista. En sus primeros escritos, Freud describió el afecto del paciente hacia el terapeuta como una forma beneficiosa y positiva de transferencia que revestía de autoridad al analista (Freud, 1913). Este aspecto transferencial favorecía la aceptación y la credibilidad de las explicaciones e interpretaciones del terapeuta. Más adelante consideró que una transferencia positiva podía distorsionar la relación real existente entre ambos. De este modo, Freud destacó la importancia del trabajo con las interpretaciones de la transferencia del paciente y de las capacidades y aptitudes de la porción de consciencia intacta de este para desarrollar un compromiso con el terapeuta "real" en cuanto a la realización del tratamiento.

* Este artículo se ha realizado durante el periodo de disfrute por parte de Sergi Corbella de una beca de Formación de Profesorado Universitario del Ministerio de Educación y Cultura (AP 98).

** **Dirección para correspondencia:** Luis Botella. Facultad de Psicología, Ciencias de la Educación y del Deporte Blanquerna. Universidad Ramon Llull. Cister, 24-34, 08022-Barcelona (España). E-mail: sergics@blanquerna.url.es (Sergi Corbella), lluisbg@blanquerna.url.es (Luis Botella).

Safran y Muran (2000a) comentan que se pueden distinguir dos perspectivas o líneas de trabajo sobre la relación terapéutica dentro del contexto psicoanalítico. La primera se basa en la aportación de Ferenczi (1932) que sugirió que era esencial que el paciente no sólo recordara sino también reviviera el pasado problemático en la relación terapéutica. Esta idea fue 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 es la de la tradición de la Psicología del Ego que da especial importancia a la adaptación del ego a su entorno (A. Freud, 1936).

Originariamente se formuló la relevancia de la relación terapéutica a partir del factor transferencial que el cliente aportaba al contexto psicoterapéutico, pero Zetzel (1956) distinguió entre transferencia y alianza sugiriendo que la alianza era 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. Desde el psicoanálisis, la transferencia del paciente facilita o dificulta el trabajo de la alianza. Otros autores son partidarios de no diferenciar entre alianza y transferencia dado que la relación entre el terapeuta y el paciente es la manifestación de la transferencia neurótica del paciente, por lo que separar un concepto del otro reduciría la importancia de uno de los principios básicos de la teoría psicoanalítica como es la interpretación de la transferencia (Gelso y Carter, 1985). Respecto a la visión de la alianza como transferencia se plantea el debate sobre hasta qué punto las relaciones pasadas del cliente influyen en la alianza con el terapeuta (Piper, Azim, Joyce y McCallum, 1991). Entre los defensores de la alianza como transferencia, Friedman (1969) afirmaba que la alianza abarca incluso las transferencias maternas más infantiles. Los planteamientos de Bowlby (1988) presentados anteriormente por Bibring (1937) y Gitleson (1962) consideran la situación terapéutica como una nueva relación de objeto donde el cliente desarrolla la capaci-

dad de formar una relación positiva con el terapeuta.

Dentro del marco psicodinámico, Hartley (1985) definió la alianza psicoterapéutica como una relación compuesta por la “relación real” y la “alianza de trabajo”. La relación real se refiere al vínculo entre cliente y terapeuta mientras que la alianza de trabajo se refiere a la capacidad de ambos para trabajar conjuntamente hacia los objetivos previstos. Sterba (1934, 1940) fue el primero en destacar la importancia de la identificación positiva del paciente con su terapeuta para trabajar en la consecución de las tareas terapéuticas comunes establecidas. Las consideraciones de Sterba inspiraron vagamente uno de los componentes de la conceptualización de Bordin de la alianza que se comentará más adelante.

Algunos trabajos de la teoría psicoanalítica contemporánea han avanzado hacia una perspectiva relacional donde la participación y subjetividad del terapeuta resultan de gran relevancia (Mitchell, 1988). La neutralidad y abstinencia clásica defendida por el psicoanálisis ha ido dejando paso a una mayor inclusión de la interacción, espontaneidad y autenticidad del terapeuta (Mitchell, 1997). Posiblemente esta sea la razón del actual crecimiento de la atención que se presta a la alianza desde la tradición psicoanalítica y psicodinámica (Safran y Muran, 2000a).

El concepto de alianza terapéutica ha sido incorporado por la mayoría de las escuelas psicoterapéuticas, pero distanciándose de la lectura transferencial proporcionada por el contexto psicoanalítico.

Como es sobradamente conocido, desde el movimiento humanista se prestó desde su propio inicio una especial atención al papel de la alianza terapéutica en el proceso psicoterapéutico. Ser empático, congruente y aceptar incondicionalmente al cliente eran las tres características fundamentales que debía tener el terapeuta según Rogers (1951, 1957) para establecer una relación terapéutica efectiva con el cliente. Si bien hay diferencias entre estas tres características y la noción de alianza terapéutica, los resultados de algunas investigaciones han mos-

trado una correlación entre la empatía del terapeuta percibida por el paciente y algunos aspectos de la alianza (Horvath, 1981; Jones, 1988; Moseley, 1983, citados en Horvath y Luborsky, 1993) así como una fuerte asociación entre las condiciones ofrecidas por el terapeuta (*Therapist-Offered Conditions*) y los componentes de la alianza. Duan y Kivlighan (2002) encontraron que la empatía intelectual, definida como el acierto del terapeuta en percibir las emociones del cliente y la emoción empática o semejanza entre las emociones del terapeuta y del paciente, contribuían de forma significativa a que el cliente evaluara la sesión como profunda, pero no placentera. Por otro lado, por ejemplo, Peschken y Johnson (1997) contrastaron uno de los postulados rogerianos que afirmaba que la confianza del terapeuta hacia sus clientes reforzaba la empatía, la congruencia y la aceptación incondicional, así como que la demostración de estas "actitudes facilitadoras" hacía que los clientes confiaran más en su terapeuta. Los resultados demostraron que, efectivamente, la confianza de los terapeutas en sus clientes correlacionaba positivamente con las puntuaciones de las condiciones facilitadoras y éstas correlacionaban con la confianza del paciente en su terapeuta. Sin embargo, basándose en los resultados, los autores sugirieron un modelo más complejo sobre las actitudes facilitadoras que el propuesto por la teoría rogeriana (Peschken y Johnson, 1997).

Como reacción a la importancia atribuida por Rogers al papel del terapeuta para mantener una buena relación y alianza con el paciente, se realizaron estudios sobre la opinión de los clientes respecto a las características del terapeuta (LaCrosse, 1980; Strong, 1968). Las investigaciones realizadas sobre variables de influencia social, como la visión por parte del cliente de su terapeuta como experto, creíble (de confianza) y atractivo, empezaron a obtener resultados que indicaban o sugerían la probabilidad de que existiese una relación entre estas variables y la mejoría del paciente (LaCrosse, 1980). Sin embargo, estudios posteriores han encontrado poca relación entre las variables de la influencia social y los resultados de la psico-

terapia (Greenberg y Adler, 1989; Horvath, 1981, citados en Horvath y Luborsky, 1993).

Desde la modificación de conducta clásica se planteaba la terapia como un proceso en el que el paciente aprende o modifica ciertas conductas o hábitos, por lo que se postulaba que la calidad técnica de las intervenciones del terapeuta era el elemento esencial.

La llamada "revolución cognitiva" significó la revitalización del interés por la relación terapéutica. De hecho, la orientación cognitiva (y más concretamente las perspectivas constructivistas) han llegado a considerar la alianza terapéutica como un aspecto central del proceso terapéutico (Arnkoff, 1995; Goldfried y Davidson, 1994; Newman, 1998; Safran, 1998). Probablemente este interés renovado no es ajeno a algunas conclusiones obtenidas a partir de la investigación de resultados en psicoterapia en las últimas dos décadas.

Así, los datos proporcionados por la investigación sobre la eficacia diferencial de las psicoterapias demostraron que la mayoría de tratamientos estudiados no presentaban grandes diferencias de resultados entre sí (véanse Lambert y Bergin, 1992; Lambert, Shapiro y Bergin, 1986; Luborsky, Singer y Luborsky, 1975; Sloane, Staples, Cristol, Yorkston, y Whipple, 1975; Smith, Glass y Miller, 1980; Stiles, Shapiro y Elliott, 1986). Investigaciones posteriores establecieron en un 15% la proporción de mejoría del paciente explicada por las técnicas empleadas, mientras que la proporción explicada por la relación terapéutica llegaba al 30% (Lambert, 1992). Otros estudios como el de Gaston Marmar, Thompson y Gallagher (1991) o el de Barber, Crits-Cristoph y Luborsky (1992, citado en Horvath y Luborsky, 1993) encontraron que la alianza terapéutica explicaba entre un 36% y un 57% de la variancia del resultado final de la terapia.

Estas afirmaciones guiaron la atención de algunos investigadores hacia la investigación sobre los factores comunes a todas las orientaciones psicoterapéuticas, de entre los cuales destaca la alianza terapéutica. La aportación de Bordin (1976, 1979, 1994) con su definición de alianza basada en el trabajo de Greenson (1965,

1967) ayudó a establecer una conceptualización que aclaró hasta cierto punto las dudas sobre el papel de la transferencia y posibilitó la definición de la alianza de modo que las principales escuelas terapéuticas se sintiesen cómodas con un concepto común a todas--aunque la diversidad de matices en la conceptualización de la alianza según cada perspectiva teórica continúa siendo debatida. Por ejemplo, Orlinsky y Howard (1986) consideran que el vínculo terapéutico está formado por tres componentes entre los cuales está la alianza terapéutica, mientras que según Bordin (1994), la alianza terapéutica está constituida por tres componentes, uno de los cuales es el vínculo terapéutico. Sin embargo podemos afirmar que la alianza terapéutica es el componente de la relación terapéutica cuya importancia recibe más consenso en cuanto a la formación de la relación terapéutica.

En ese sentido, probablemente dos de los autores más influyentes en la concepción actual de la alianza terapéutica sean Bordin y Luborsky. El primero (Bordin, 1976) definió la alianza como el encaje y colaboración entre el cliente y el terapeuta e identificó tres componentes que la configuran: (a) acuerdo en las tareas, (b) vínculo positivo y (c) acuerdo en los objetivos. Las tareas se refieren a las acciones y pensamientos que forman parte del trabajo en el proceso terapéutico, de modo que la percepción de estas acciones o tareas como relevantes para la mejoría es una parte importante del establecimiento de la alianza. También el acuerdo entre terapeuta y paciente respecto a cuáles son los objetivos a alcanzar con la psicoterapia, así como compartir mutuamente confianza y aceptación son elementos esenciales para una buena alianza. A pesar de la importancia atribuida a la alianza terapéutica, Bordin (1980) afirmó que una alianza positiva no es curativa por sí misma, sino que es un ingrediente que hace posible la aceptación y el seguimiento del trabajo terapéutico (citado en Horvath y Luborsky, 1993).

También Luborsky (1976) desarrolló una conceptualización de la alianza más cercana a la visión psicodinámica original sugiriendo que es una entidad dinámica que evoluciona con los

cambios de las demandas de las diferentes fases de la terapia (Horvath y Luborsky, 1993). El mismo autor describió dos tipos de alianza en función de la fase o etapa de la terapia de la que se trate. La alianza de tipo 1 se da sobre todo en el inicio de la terapia y se caracteriza por la sensación que experimenta el paciente "sobre el apoyo y la ayuda que proporciona el terapeuta como contenedor" (Luborsky, 1976, p. 94). La alianza de tipo 2 se da en fases posteriores del proceso terapéutico y consiste en la sensación de trabajo conjunto hacia la superación de los impedimentos y el malestar del paciente.

A pesar de las diferencias existentes entre los planteamientos de Bordin y Luborsky, parece posible la complementariedad de ambos. La alianza tipo 1 de Luborsky podría ser entendida como la sensación de comodidad que experimentan los pacientes al sentirse acogidos y se puede relacionar con el componente de aceptación o vínculo positivo de Bordin. El acuerdo en las tareas y en los objetivos por parte del terapeuta y del paciente acaba por constituir lo que Luborsky describió como alianza de tipo 2. Distintas aportaciones recientes dan apoyo a la consideración de la negociación entre terapeuta y paciente sobre las tareas y los objetivos como punto importante para el establecimiento de la alianza y para el proceso de cambio (Pizer, 1992; Safran y Muran, 2000a), distanciándose de concepciones tradicionales que asumían la alianza como responsabilidad del terapeuta que tenía que conseguir que el paciente se identificase con él y adoptase sus ideas sobre los objetivos y tareas a trabajar en la terapia.

De este modo se considera que la alianza terapéutica es una construcción conjunta entre paciente y terapeuta, de modo que las expectativas, las opiniones, las construcciones que ambos van desarrollando respecto al trabajo que están realizando, la relación establecida y la visión del otro resultan relevantes para el establecimiento de la alianza terapéutica, así como la alianza modula la relación.

2. Investigación sobre la alianza terapéutica

Según Gelso y Carter (1994) la alianza terapéutica es el componente de la relación terapéutica que ha generado mayor interés en los investigadores. El aumento de la importancia atribuida a la alianza terapéutica fomentó la creación de distintos instrumentos para su evaluación, cosa que a su vez fomentó el incremento de publicaciones al respecto.

2.1. Evaluación de la alianza terapéutica

Como se afirmaba en la introducción a este apartado, la relevancia de la alianza terapéutica ha despertado el interés por la construcción de instrumentos que posibiliten su evaluación. Actualmente hay más de 20 medidas diferentes de la alianza, pero las más destacables son la *California Psychotherapy Alliance Scales* (CALPAS/CALTRAS; Gaston y Ring, 1992; Marmar, Weiss y Gaston, 1989); la *Penn Helping Alliance Scales* (Penn/HAQ/HAcS/Har; Alexander y Luborsky, 1986, 1987); el *Helping Alliance Questionnaire II* (HAQ-II; Luborsky *et al.*, 1996); la *Therapeutic Alliance Scale* (TAS; Marziali, 1984); la *Vanderbilt Therapeutic Alliance Scale* (VPPS/VTAS; Hartley y Strupp, 1983); el *Working Alliance Inventory* (WAI; Horvath, 1981, 1982); y la *Integrative Psychotherapeutic Alliance* (IPAS, EAPI; Pinosof y Catherall, 1986).

La escala Penn surge del marco psicodinámico influido por el trabajo de Luborsky (Luborsky *et al.*, 1985), mientras que la VPPS también recoge aspectos de la concepción psicodinámica, pero mezclados con aportaciones eclécticas influidas por el trabajo de Strupp (1974). El WAI y el EAPI están basados en el trabajo de Bordin sobre la alianza terapéutica (Horvath y Greenberg, 1989). Las escalas CALPAS y TAS están influidas por la concepción psicodinámica y la propuesta por Bordin (Gaston y Ring, 1992).

Hay distintas versiones de cada uno de estos instrumentos y la mayoría han sido adaptados para ser contestados por el cliente, el terapeuta y observadores externos, mostrando unas propiedades psicométricas aceptables (Horvath y Symonds, 1991). El origen y distinto desarrollo de los diferentes instrumentos de evaluación hace que haya algunas diferencias en los componentes de la alianza de cada instrumento (Horvath y Luborsky, 1993), pero parece que hay dos aspectos nucleares y comunes en todos ellos: la colaboración y el acogimiento (sentirse bien).

Las altas correlaciones encontradas entre las subescalas de cada instrumento de evaluación plantean la duda de si estas subescalas reflejan o no las diferentes dimensiones teóricas de la alianza (Salvio, Beutler, Wood y Engle, 1992). Se han realizado distintos estudios con el objetivo de comparar diferentes instrumentos de medida de la alianza (Hatcher, Barends, Hansell y Gutfreund, 1995; Hatcher y Barends, 1996). Safran y Wallner (1991) compararon las versiones para clientes del WAI y el CALPAS y encontraron una variancia global compartida que llegaba al 76% mientras que la comparación del Penn, VPPS y TAS en formato de autoinforme para el cliente sugiere que hay una amplia gama de comunalesidades en las subescalas (Bachelor, 1991). Hatcher y Barends (1996) estudiaron la relación entre el HAQ, WAI y CALPAS mediante un análisis factorial y encontraron que el aspecto nuclear de la visión del paciente respecto la alianza era el factor de colaboración segura (*Confident Collaboration*). Luborsky (1994) encontró que no había evidencia de que algún tipo de medida de la alianza terapéutica fuera mejor predictor del resultado del tratamiento que otro.

2.2. Alianza y resultados de la psicoterapia

Los estudios dedicados a buscar la relación existente entre la alianza terapéutica y la eficacia de la psicoterapia conforman un cuerpo creciente de publicaciones (por ejemplo, Bachelor, 1991; Barber, Connolly, Crits-Christoph, Gladis, y Siqueland, 2000; Horvath y Symonds, 1991; Horvath, 2001, junio; Stiles, Agnew-Davies, Ardí, Barkham y Shapiro, 1998;

Weerasekera, Linder, Greenberg y Watson, 2001). La relación terapéutica, y especialmente la alianza, ha demostrado ser un factor importante en diferentes orientaciones teóricas como la psicodinámica, cognitiva, interpersonal, ecléctica, experiencial y comportamental (Gaston, Marmar, Thompson y Gallagher, 1988; Gaston, Piper, Debbane y Bienvenu, 1994; Horvath, 1994b; Krupnick *et al.*, 1996; Raue, Goldfried y Barkham, 1997; Watson y Greenberg, 1994) y en diferentes formatos de terapia tales como las terapias individuales, las terapias de grupo y las terapias familiares (Bourgeois, Saburin y Wright, 1990; Marziali, Munroe-Blum y McCleary, 1999; Pinosof, 1994; Sturm y Dawson, 1999).

Así, en la mayoría de estudios se encuentra una relación significativa entre la alianza y el resultado final de la psicoterapia (p.e., Barber, Connolly, Crits-Christoph, Gladis y Siqueland, 2000; Luborsky, Crits-Christoph, Alexander, Morgolis y Cohen, 1983; Luborsky, McLellan, Woody, O'Brien y Auerbach, 1985; Luborsky, 1994; Horvath y Symonds, 1991; Marmar, Horowitz, Weiss y Marziali, 1986; Klee, Abeles y Muller, 1990; Safran y Wallner, 1991; Weerasekera *et al.*, 2001). Las revisiones realizadas por Luborsky, Barber y Crits-Christoph (1990), Horvath y Symond (1991) y Winston (1994), Horvath, Luborsky, Diguier y Descoteaux (1999, citado en Luborsky, 2000) y Martin (1999) sobre los estudios de la alianza terapéutica coinciden en destacar la significación de la relación entre la alianza terapéutica y el resultado final de la psicoterapia. En este sentido, la alianza terapéutica resulta ser un buen predictor de los resultados conseguidos por diferentes modalidades terapéuticas (Horvath y Symond, 1991; Luborsky, 1994, 2000). Por otro lado, Orlinsky, Grawe y Parks (1994) realizaron una revisión y encontraron que el 66% de estudios mostraban una correlación significativa entre el vínculo terapéutico/cohesión y los resultados de los tratamientos. Henry y Strupp (1994) también encontraron una relación significativa entre la alianza y los resultados en distintas terapias (psicodinámicas, eclécticas y cognitivas), siendo la terapia ecléctica y la cog-

nitiva las que presentaban mayor correlación entre resultado y alianza. Hatcher (1999) realizó un análisis de los componentes de la alianza según el punto de vista del terapeuta e identificó un factor de colaboración confiada del terapeuta que registró la máxima correlación con las evaluaciones de la mejoría formuladas por el terapeuta y el paciente. Dentro de los componentes que constituyen la alianza terapéutica, el factor de colaboración y confianza es el que presenta una mayor correlación con los resultados de la terapia (Hatcher, 1999; Stiles *et al.*, 1998).

Durante los años ochenta fue cuando el campo de la terapia familiar empezó a interesarse y a desarrollar teorías clínicas donde aparecía la noción de alianza terapéutica (Bozarth y Shanks, 1989; Pinosof, 1988; Rait, 1995, 2000). Pinosof y Catherall (1986) aplicaron la definición de alianza terapéutica de Bordin (1976) a la terapia familiar sistémica y desarrollaron la "IPAS", escala de alianza psicoterapéutica interpersonal. El hecho de incorporar dos o más miembros de una familia en un proceso psicoterapéutico añade complejidad a la relación entre la alianza y el resultado. La alianza en terapia de pareja o familiar difiere un poco de la alianza en psicoterapia individual ya que el terapeuta de pareja o de familia debe establecer y mantener alianzas múltiples (Rait, 2000). Como en la terapia individual, la alianza terapéutica en terapia familiar se ha asociado con los resultados obtenidos con el tratamiento (Lambert, Shapiro y Bergin, 1986; Quinn, Dotson y Jordan, 1997). Uno de los datos interesantes del estudio de la alianza en terapia familiar de Quinn, Dotson y Jordan (1997) fue que cuando la mujer obtenía una puntuación más elevada en la alianza terapéutica que el hombre, el resultado de la terapia era mejor que cuando la puntuación de la alianza evaluada por el marido era superior a la puntuación evaluada por la esposa. En las terapias de grupo también se ha demostrado la relación entre la puntuación de la alianza terapéutica y las evaluaciones de seguimiento durante los meses de psicoterapia o el resultado al finalizar la terapia (Marziali, Munroe-Blum y McCleary, 1999).

Autores como Eaton, Abeles y Gutfreund (1988) y Frank y Gunderson (1990) encontraron que la alianza terapéutica se relacionaba con la aceptación de la farmacología y la disminución de las ausencias a la terapia en los pacientes con esquizofrenia.

Raue, Goldfried y Barkham (1997) compararon el establecimiento de la alianza terapéutica en sesiones de terapia cognitiva conductual y psicodinámica interpersonal encontrando que la primera conseguía unas puntuaciones superiores, en general, a las obtenidas en las sesiones psicodinámicas. En la gran mayoría de orientaciones estudiadas, la alianza correlaciona con el resultado final de la psicoterapia (Alexander y Luborsky, 1986; Henry y Strupp, 1994; Horvath y Luborsky, 1993; Horvath y Symonds, 1991; Krupnick *et al.*, 1996). Las diferencias encontradas en algunos estudios son explicables por los distintos instrumentos y perspectivas empleados para la evaluación de la alianza y de los resultados y por la fase de la terapia en la que se realizó la evaluación (Bachelor, 1991; Horvath y Luborsky, 1993; Raue y Goldfried, 1994). Se han planteado matices diferenciales en cuanto al papel de la alianza terapéutica en función de la orientación teórica de la terapia (Gunderson, Najavits, Leonhard, Sullivan, y Sabo, 1997); como considerar que para algunas orientaciones la alianza sirve de condición necesaria de fondo para que los esfuerzos terapéuticos sean exitosos, mientras que para otras la alianza ayuda a los pacientes a realizar cambios en los diseños interpersonales dentro de la relación terapéutica, siendo ésta el aspecto central para conseguir las mejorías terapéuticas (Westerman, Foote y Winston, 1995). Sin embargo, de cara a la práctica de la psicoterapia, estas diferencias conceptuales históricas resultan más teóricas que prácticas en cuanto a la vivencia de la relación entre terapeuta y paciente.

Las diferencias en las visiones de la alianza terapéutica nos pueden ayudar a profundizar en los distintos ritmos del establecimiento de la alianza en función de la conceptualización teórica. Aún así, aportaciones como las de Bordin (1976, 1979) o Luborsky (1976, 2000) muestran

los componentes de la alianza que resultan ser aspectos de comunalidad en todas las orientaciones. 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, pero 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 los resultados beneficiosos (Gaston, Marmar, Thompson y Gallagher, 1991; Lambert y Bergin, 1994; Weerasekera *et al.*, 2001). Safran y Muran (2000a) comentan que el desarrollo y la resolución de problemas en el establecimiento de la alianza terapéutica no es el prerrequisito del cambio, pero sí que se trata de una parte esencial del proceso de cambio. Una de las investigaciones del proceso de cambio sugiere que la negociación entre dos subjetividades distintas como son las del terapeuta y del paciente es el núcleo del mecanismo del cambio (Benjamin, 1990).

La relación entre alianza y resultado de la terapia obtenía más fuerza cuando la alianza se evaluaba en la fase inicial del proceso (segunda a sexta sesión), por lo que parece que la alianza medida en las primeras sesiones es un mejor predictor del resultado final de la terapia que la alianza evaluada en la fase intermedia o cuando se han realizado muchas sesiones (DeRubeis y Feeley, 1990; Horvath y Luborsky, 1993; Horvath y Symonds, 1991; Piper, Azim, Joyce y McCallum, 1991; Saunders, Howard y Orlinsky, 1989). Weerasekera *et al.* (2001) encontraron un correlación mayor entre la alianza terapéutica y el resultado de la terapia cuando la alianza se evaluaba en la 8ª sesión que en la 2ª/3ª sesión o en sesiones posteriores. Por lo tanto, parece ser que las primeras sesiones son especialmente importantes para el establecimiento de una buena relación con el paciente o de lo contrario el paciente abandona prematuramente la terapia (Mohl, Martinez, Ticknor, Huang y Cordell, 1991; Plotnicov, 1990, citado en Horvath y Luborsky, 1993). Tryon y Kane (1995) estudiaron la relación entre la alianza en la fase inicial (eva-

luando en la tercera sesión) y el tipo de finalización de la terapia, encontrando que las finalizaciones decididas unilateralmente por el paciente estaban relacionadas con puntuaciones bajas en las evaluaciones de la alianza terapéutica.

La influencia de la alianza en el resultado de la terapia se ha estudiado en tratamientos que van desde las cuatro a las cincuenta sesiones y parece ser que la duración de la terapia no afecta a la relación entre alianza y resultado final. Pero también se ha encontrado que la relación entre la alianza terapéutica y el cambio sintomático aumentaba con la duración de la terapia (Horvath y Symonds, 1991).

La valoración de la alianza terapéutica varía, en parte, según quién la evalúe. Es decir, la puntuación de la alianza evaluada por el cliente, el terapeuta o un observador externo difieren entre sí (p.e., Golden y Robins, 1990; Gurman y Razin, 1977; Horvath y Greenberg, 1989; Horvath y Marx, 1990). Comparando la percepción del terapeuta y la del cliente respecto a la relación terapéutica parece ser que la valoración del cliente tiene más peso para la predicción del resultado final de la psicoterapia (Bachelor, 1991; Barber *et al.*, 1999; Henry y Strupp, 1994; Horvath y Symond, 1991; Lambert y Bergin, 1994), aunque algunos estudios no hayan encontrado una mayor correlación entre la percepción del paciente de la alianza y el resultado final, que la ofrecida por la percepción del terapeuta con el resultado final (Stiles *et al.*, 1998).

Una vez demostrada la importancia de la alianza terapéutica en los resultados finales de la psicoterapia, distintos autores han profundizado en el conocimiento de los motivos y tipos de rupturas de la alianza (p.e., Jilton, 1999) y en cómo trabajar en terapia para resolverlas (Arnkoff, 1995; Safran y Muran, 2000b; Watson y Greenberg, 1995). Watson y Greenberg (1995) guiados por la conceptualización de Bordin (1976;1994), consideran que algunos problemas de la alianza terapéutica están relacionados con las tareas o los objetivos, así como otros están conectados con el aspecto relacional como el vínculo entre terapeuta y paciente. Por lo tanto,

para Watson y Greenberg (1995) las estrategias para trabajar sobre la alianza están dirigidas a reflexionar sobre las interacciones entre ambos, además de clarificar las metas y las tareas terapéuticas específicas con el objetivo de que los clientes desarrollen un mejor conocimiento acerca del proceso de cambio. Safran y Muran (2000a) categorizan las intervenciones del terapeuta dirigidas a la alianza en “directas” (por ejemplo: clarificar malos entendidos) e “indirectas” (por ejemplo: caracterización empática). Cada una de estas dos categorías globales distingue entre el componente de vínculo positivo y los componentes de tareas y objetivos. Ante el reto de conseguir una buena alianza con el paciente parece ser que la metacomunicación es uno de los recursos imprescindibles (Safran y Muran, 2000a). La importancia de la relación terapéutica genera la necesidad de usar la inspiración y la creatividad para facilitar el establecimiento de la alianza terapéutica en las primeras sesiones y mantenerla a lo largo del proceso terapéutico (Anderson, Ogles y Weis, 1999).

2.3. La interacción entre terapeuta y paciente como variable influyentes en el desarrollo de la alianza

Ya hemos comentado que la relación terapéutica es producto del encuentro entre el terapeuta y el cliente, y está influida por las características y la historia personal de cada uno de ellos. Se han identificado algunas actitudes o características de los terapeutas y de los pacientes que ayudan al establecimiento de la alianza terapéutica—si bien muchos estudios son poco concluyentes o se centran en dimensiones poco operativas.

2.3.1. *El terapeuta como variable influyente en la alianza*

Las actitudes terapéuticas propuestas por Rogers (1957) despertaron gran interés en investigaciones posteriores, que buscaron las características y las conductas del terapeuta beneficiosas para el resultado terapéutico (Orlinsky y Howard, 1986; Patterson y Forgatch, 1985).

La empatía y la calidez del terapeuta son dos de las cualidades que la mayoría de investigadores coinciden en considerar relevantes (pero no suficientes) para establecer una buena alianza terapéutica (Bachelor y Horvath, 1999). Henry y Strupp (1994) encontraron que comportamientos de exploración y valoración por parte del terapeuta facilitaban la alianza con el paciente, mientras que la baja valoración perjudicaba a la alianza.

El nivel de experiencia del psicoterapeuta ha sido otra de las variables evaluadas e investigadas; los resultados constatan que la relación entre la experiencia del terapeuta y la alianza no es significativa (Dunkle y Friedlander, 1996; Hersoug, Hoglend, Monsen y Havik, 2001; Kivlighan, Patton y Foote, 1998) a pesar que otros estudios han encontrado relaciones entre la experiencia del terapeuta y la calidad de la alianza terapéutica, especialmente en el componente de acuerdo en los objetivos (Mallinckrodt y Nelson, 1991). Mallinckrodt y Nelson (1991) también encontraron que el aumento de la formación de los terapeutas influía positivamente en el establecimiento de la alianza terapéutica. Por otro lado, Hersoug, Hoglend, Monsen y Havik (2001) encontraron que el entrenamiento y la formación de los terapeutas eran variables que estaban relacionadas positivamente con la alianza terapéutica cuando esta era evaluada por los terapeutas, pero no cuando la alianza era evaluada por el paciente.

Henry y Strupp (1994) encontraron que las representaciones internas de las relaciones pasadas del terapeuta tenían un fuerte impacto en la calidad de la alianza terapéutica con algunos pacientes. Por otro lado, Safran, Muran y Samstag (1994) encontraron que se favorecía a la alianza terapéutica cuando el terapeuta tenía la capacidad de aceptar parte de la responsabilidad por sus rupturas relacionales en terapia y cuando se metacomunicaba con el paciente en relación a posibles malentendidos. También se han estudiado algunas de las actividades técnicas y las acciones del terapeuta durante las sesiones relacionándolas con el desarrollo de la alianza. Se encontró que cuando el terapeuta centra su actividad en el aquí y ahora y la orien-

ta temáticamente se favorece la alianza (Kivlighan, 1990; Kivlighan y Schmitz, 1992). Por otro lado, Crowley (2001) encontró que la mentalidad psicológica del terapeuta y sus habilidades sociales correlacionaban positivamente con la alianza terapéutica.

Se han estudiado variables como el bienestar emocional, el locus de control, los valores, las creencias y las características sociodemográficas de los terapeutas para encontrar qué perfil es más eficaz, pero los resultados muestran grandes contradicciones (Beutler, Machado y Neufeldt, 1994), comprensibles al tener en cuenta la complejidad del estudio de la eficacia de la psicoterapia. La importancia de estudiar la relación entre las intervenciones del terapeuta y las variables del cliente es lo que impulsó la Selección Sistemática de Tratamientos (SST) propuesta por Beutler (Beutler y Clarkin, 1990). Dos de las dimensiones que configuran la SST son: (a) la directividad del terapeuta relacionada con la resistencia del paciente y (b) la tendencia del terapeuta a dirigir la atención a la acción o al *insight* del paciente relacionada con el estilo de afrontamiento del paciente. Así, Beutler considera que, por ejemplo, un paciente resistente y con un estilo de afrontamiento internalizador se beneficiaría más de un terapeuta poco directivo y dirigido al *insight*.

Por otro lado, parece que los clientes a los que les cuesta establecer una buena relación terapéutica pueden beneficiarse más de técnicas específicas, mientras que los que han establecido una buena alianza con el terapeuta pueden beneficiarse de intervenciones menos técnicas y más exploratorias (Gaston y Ring, 1992; Mariziali, 1984). La dimensión de directividad-resistencia de la SST de Beutler y Clarkin (1990) se puede relacionar vagamente con la variable de control relacional (Beck y Strong, 1982; Haley, 1963a; Lichtenberg y Heck, 1986; Tracey, 1987). Rubino, Barker, Roth y Fearon (2000) estudiaron la relación entre los estilos de apego y la decisión del terapeuta de romper la alianza, encontrando que los terapeutas más ansiosos tienden a responder con menor empatía, particularmente con los pacientes ansiosos y seguros.

En la revisión de Sexton y Winston (1994) sobre la alianza terapéutica se pone de manifiesto la importancia del paciente y del terapeuta como factores que influyen en la alianza. Los mismos autores constatan la escasez de investigaciones dedicadas a estudiar la contribución de la figura del terapeuta al establecimiento de la alianza.

2.3.2. *El paciente como variable influyente en la alianza*

Respecto a las variables de los clientes que influyen en la alianza terapéutica encontramos que variables interpersonales como el índice de eventos estresantes (Luborsky, Crits-Christoph, Alexander, Morgolis y Cohen, 1983), las relaciones sociales y familiares del cliente (Kokotovic y Tracey, 1990; Mallinckrodt, 1991) y las variables intrapersonales como la calidad de las relaciones de objeto (Bordin, 1994; Piper *et al.*, 1991), la motivación, expectativas (Gaston, Marmar, Gallagher y Thompson, 1989) y las actitudes (Kokotovic y Tracey, 1990), entre otras, tienen efectos significativos en la alianza (Horvath y Luborsky, 1993). El índice de correlación media entre estas variables y la alianza es de 0,31 (Horvath y Luborsky, 1993).

Las expectativas del cliente de encontrar y establecer una relación igualitaria con el terapeuta aumentan la probabilidad de establecer una buena alianza terapéutica (Al-Darmaki y Kivlighan, 1993). Luborsky (1994) afirmó que las personas con una riqueza importante en sus relaciones interpersonales tienen mayor probabilidad de desarrollar una buena alianza terapéutica.

El control relacional del terapeuta y del paciente no resultó ser un factor significativo en la evaluación de la calidad de la relación terapéutica y de las mejorías sintomáticas en un estudio de siete pacientes de sexo femenino con problemas de autoestima (Lichtenberg *et al.*, 1998). Eames y Roth (2000) estudiaron la relación entre el tipo de apego de pacientes adultos y la alianza terapéutica en la fase inicial y encontraron que los pacientes con apego ansioso puntuaban una menor alianza mientras que los

pacientes con apego confiado se asociaron con puntuaciones altas en la evaluación de la alianza. Estos resultados coincidían con los presentados por Mallinckrodt, Coble y Gantt (1995) que obtuvieron una relación negativa entre la vinculación ansiosa y la alianza. Dentro de los perfiles de relación, Satterfield y Lyddon (1998) encontraron una relación significativa entre el patrón de vinculación dependiente y la alianza terapéutica.

Por otro lado, la severidad de los síntomas del paciente tiene poco impacto en el desarrollo del establecimiento de la alianza terapéutica (Crowley, 2001; Horvath y Symonds, 1991) aunque algún estudio como el de Eaton, Abeles y Gutfreund (1988) encontró que la sintomatología del paciente contribuía negativamente a la alianza. En cuanto a la relación entre el diagnóstico y la alianza Hersoug, Monsen, Havik y Hoglend (2002) encontraron que las variables diagnósticas del paciente no predicen la calidad de la alianza terapéutica.

La defensividad, la desgana, la hostilidad y la dominancia del cliente se han relacionado con la dificultad del paciente para crear una buena relación de trabajo terapéutico (Gaston *et al.*, 1988; Kiesler y Watkins, 1989; Muran, Segal, Samstag y Crawford, 1994; Strupp y Hadley, 1979). No todos los sentimientos negativos expresados durante la sesión tienen que interpretarse como un indicador de mala relación sino que las respuestas afectivas negativas iniciales pueden ir dando paso a sentimientos positivos (Orlinsky *et al.*, 1994). El perfeccionismo del paciente se ha relacionado negativamente con los resultados de la terapia (Blatt, Quintlan, Pilkonis y Shea, 1995). Blatt *et al.* (1998) evaluó la mejoría durante el curso clínico de la terapia de pacientes con distintos niveles de perfeccionismo. En la primera fase del proceso terapéutico todos los pacientes obtuvieron mejorías, pero en una segunda parte, los pacientes con bajos niveles de perfeccionismo continuaron mostrando una mejoría significativa mientras que los que tenían niveles medios y altos de perfeccionismo no mostraron dicha mejoría. La autocrítica está vinculada con el perfeccionismo y ha sido asociada con esquemas relaciona-

les negativos y con estilos evitativos (Mongrain, 1998; Zuroff y Fitzpatrick, 1995). Blatt, Zuroff, Quinlan y Pilkonis (1996) anticiparon que el nivel de perfeccionismo del paciente podría estar relacionado negativamente con la percepción de la calidad de la relación terapéutica. Estudios posteriores dieron apoyo a dicha afirmación (Zuroff *et al.*, 2000). Kiesler y Watkins (1989) también encontraron una relación negativa entre la rigidez del cliente y la alianza terapéutica.

Paivio y Bahr (1998) estudiaron las relaciones entre los problemas interpersonales del cliente, la alianza y el resultado terapéutico encontrando datos que indicaban que los problemas interpersonales vinculados a la hostilidad, la frialdad, la inseguridad y la evitación social influían en la puntuación de la alianza terapéutica. Por otro lado, ninguna de las variables interpersonales del paciente estuvieron relacionadas significativamente con el resultado final de la psicoterapia. Teniendo en cuenta las dificultades de generalizar los resultados del estudio de Paivio y Bahr (1998) por sus limitaciones, como la reducida muestra de tan solo 33 pacientes o el hecho de que se trabajó exclusivamente con terapia experiencial, podemos destacar algunos aspectos interesantes. Es posible considerar que la influencia del funcionamiento interpersonal del paciente en la alianza terapéutica y la relación no significativa del funcionamiento interpersonal con los resultados finales de la terapia es debida a que Paivio y Bahr (1998) evaluaron la alianza terapéutica al finalizar la tercera sesión. Por lo que aquellos pacientes con perfiles de funcionamiento interpersonal de hostilidad o evitación social necesitaron, posiblemente, más sesiones para conseguir crear un clima de confianza y establecer una óptima relación y alianza terapéutica con el terapeuta. De este modo, no interpretaríamos los resultados de la investigación de Paivio y Bahr (1998) como si los pacientes con problemas interpersonales vinculados a la hostilidad, la frialdad, la inseguridad y la evitación social obtuvieran mejorías terapéuticas iguales a los demás pacientes con funcionamiento interpersonal distinto sin establecer una buena alianza

terapéutica, sino que precisamente por su funcionamiento interpersonal, posiblemente, necesitan un terapeuta con un estilo terapéutico que facilite el ritmo del establecimiento de la alianza terapéutica.

Si el funcionamiento interpersonal del paciente influye en la puntuación de la alianza terapéutica parece evidente la importancia del estilo del terapeuta y sus intervenciones para entender como va desarrollándose la relación entre el terapeuta y el paciente y como se va estableciendo la alianza entre ambos.

La relación estadísticamente significativa encontrada repetidamente entre la compatibilidad terapeuta/paciente y la alianza terapéutica lleva a plantearse la similitud entre ambos conceptos. Por ejemplo, trabajos como el de Quintana y Meara (1990) y el de Henry, Schacht y Strupp (1990) concluyeron que a partir de las primeras sesiones se establece (o no) una complementariedad entre terapeuta y paciente. Existen diferentes niveles de complementariedad entre los distintos psicoterapeutas (Kiesler y Goldston, 1988) y esta complementariedad depende tanto de variables del paciente (Kiesler y Watkins, 1989) como de características del terapeuta (Tracey y Hays, 1989). La complementariedad entre ambos va facilitando o dificultando el proceso de establecimiento de la alianza terapéutica. Kiesler y Watkins (1989) y Reandeu y Wampold (1991) encontraron que la complementariedad entre terapeuta y paciente estaba relacionada significativamente con la alianza. Del mismo modo que la alianza se relaciona con los resultados de la psicoterapia, la compatibilidad entre terapeuta y paciente también muestra una relación positiva significativa con los resultados conseguidos por el paciente al finalizar el tratamiento (Svartberg y Stiles, 1992; Tracey, 1987).

Luborsky (1994) halló que las similitudes entre terapeuta y paciente en ciertas características demográficas como la edad y el sexo podían favorecer la alianza. Por otro lado, también se ha encontrado que la congruencia entre las expectativas y la perspectiva de terapeuta y paciente influyen en la formación de la alianza terapéutica (Al-Darmaki y Kivlighan, 1993;

Gelso y Carter, 1985). Así mismo, Lupini (2001) encontró que la similitud entre los valores de terapeuta y paciente influye significativamente en la alianza terapéutica.

En los últimos años autores como Shonfeld (2001), Kung (2001) y Wong (2001) han estudiado la influencia de las diferencias entre los factores culturales del terapeuta y del paciente sobre el establecimiento de la alianza terapéutica. Estos autores ponen de manifiesto la importancia del origen étnico y los factores culturales asociados a este (tanto del terapeuta como del paciente) en el proceso terapéutico

3. Consideración final

Con todo lo comentado hasta el momento resulta evidente la importancia del constructo de la alianza terapéutica en el desarrollo del proceso terapéutico y en los resultados finales del tratamiento. A pesar de las diferencias existentes en las visiones de la alianza entre las distintas orientaciones teóricas, la alianza terapéutica ha recibido atención y reconocimiento como factor esencial en la psicoterapia por parte de la

gran mayoría de las escuelas terapéuticas. La conceptualización de Bordin ha proporcionado un marco general de referencia para la explicación de la alianza terapéutica y sus componentes. Entre la diversidad de instrumentos de evaluación de la alianza terapéutica encontramos factores comunes en las principales escalas o componentes de la alianza de los distintos instrumentos. La aportación de Bordin ha sido ampliamente aceptada por autores de distintas orientaciones teóricas y ha servido de base para la construcción de diferentes instrumentos de evaluación de la alianza.

La importancia atribuida a la alianza terapéutica pone de manifiesto la relevancia de la dimensión relacional entre terapeuta y paciente. La relación, y más concretamente el entendimiento, el encaje o la compatibilidad entre ambos facilita o dificulta directamente la alianza terapéutica. Por lo tanto, las variables del terapeuta y del paciente adquieren especial protagonismo en el establecimiento de la alianza terapéutica y el desarrollo del proceso terapéutico.

Referencias

- Al-Darmaki, F. y Kivlighan, D. M. (1993). Congruence in client-counselor expectations for relationship and the working alliance. *Journal of Counseling Psychology, 40*(4), 379-384.
- Alexander, F. y French, T. M. (1946). *Psychoanalytic Therapy: Principles and Application*. New York: Ronald.
- 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.
- Anderson, T., Ogles, B. M. y Weis, A. (1999). Creative use of interpersonal skills in building a therapeutic alliance. *Journal of Constructivist Psychology, 12*(4), 313-330.
- Arnkoff, D. B. (1995). Two examples of strains in the therapeutic alliance in an integrative cognitive therapy. *In Session-Psychotherapy in Practice, 1*(1), 33-46.
- Bachelor, A. (1991). Comparison and relationship to outcome of diverse dimensions of the helping alliance as seen by client and therapist. *Psychotherapy, 28*, 534-549.
- Bachelor, A. y Horvath, A. (1999). The therapeutic relationship. En M. Hubble, B. Duncan y S. Miller (Eds.), *The heart and soul of change* (pp. 133-178). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Balint, E. (1968). Remarks on Freud's metaphors about the "mirror" and the "receiver.". *Comprehensive Psychiatry, 9*(4), 344-348.
- Barber, J. P., Connolly, M. B., Crits-Christoph, P., Gladis, L. y Siqueland, L. (2000). Alliance predicts patients' outcome beyond in-treatment change in symptoms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(6), 1027-1032.
- Barber, J., Luborsky, L., Crits-Christoph, P., Thase, M., Weiss, R., Onken, L. y Gallop, R. (1999). Therapeutic alliance as a predictor of outcome in treatment of cocaine dependence. *Psychotherapy Research, 1*, 54-73.
- Beck, J. T. y Strong, S. R. (1982). Stimulating therapeutic change with interpretations: A comparison of positive and negative connotation. *Journal of Counseling Psychology, 29*(6), 551-559.
- Beutler, L. E., Machado, P. P. y Neufeldt, S. (1994). Therapist variables. En A. E. Bergin y S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4ª ed., pp. 229-264). New York: John Wiley.

- Beutler, L. E. y Clarkin, J.F. (1990). *Systematic treatment selection: toward targeted therapeutic interventions*. New York: Brunner/Mazel.
- Beutler, L. E. y Harwood, T. M. (2000). *Prescriptive Psychotherapy*. New York: Oxford University Press.
- Bibring, E. (1937). On the theory of the results of psychoanalysis. *International Journal of Psycho-Analysis*, 18, 170-189.
- Blatt, S. J., Quinlan, D. M., Pilkonis, P. A. y Shea, M. T. (1995). Impact of perfectionism and need for approval on the brief treatment of depression: The National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program revisited: Correction. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(3), 125-132.
- Blatt, S. J., Zuroff, D. C., Bondi, C. M., Sanislow, C. A., III y Pilkonis, P. A. (1998). When and how perfectionism impedes the brief treatment of depression: Further analyses of the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(2), 423-428.
- Bordin, E. S. (1976). The generalization of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16, 252-260.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16(3), 252-260.
- Bordin, E. S. (1994). Theory and research on the therapeutic working alliance: New directions. En A. O. Horvath y L. S. Greenberg (Eds.). *The working alliance: Theory, research, and practice* (pp. 13-37). New York: Wiley.
- Bourgeois, L., Sabourin, S. y Wright, J. (1990). Predictive validity of therapeutic alliance in group marital therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58(5), 608-613.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Clinical applications of attachment theory*. London: Routledge y Kegan Paul.
- Bozarth, J. D. y Shanks, A. (1989). Person-centered family therapy with couples. *Person-Centered Review*, 4(3), 280-294.
- Crowley, M. J. (2001). *Patient and therapist pre-treatment characteristics as predictors of the therapeutic alliance*. Tesis doctoral no publicada, Ohio University.
- DeRubeis, R. J. y Feeley, M. (1990). Determinants of change in cognitive therapy for depression. *Cognitive Therapy Research*, 14(5), 469-482.
- Duan, C. y Kivlighan, D. M., Jr. (2002). Relationships among therapist pre-session mood, therapist empathy, and session evaluation. *Psychotherapy Research*, 12(1), 23-37.
- Dunkle, J.H. y Friedlander, M.L. (1996). Contribution of therapist experience and personal characteristics to the working alliance. *Journal of Counseling Psychology*, 43(4), 456-60.
- Eaton, T. T., Abeles, N. y Gutfreund, M. J. (1988). Therapeutic alliance and outcome: Impact of treatment length and pretreatment symptomatology. *Psychotherapy*, 25(4), 536-542.
- Ferenczi, S. (1931). Child analysis in the analysis of adults. En *Final Contributions to the Problems and Methods of Psychoanalysis*, pp. 126-142. London: Karnac.
- 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.
- Freud, A. (1936). *The ego and the defense mechanisms*. Wien: Int. Psychoanal. Verlag.
- Freud, S. (1913). On the beginning of treatment: Further recommendations on the technique of psychoanalysis. En J. Strachey (Ed. And Trans.). The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud (pp. 122-144). London: Hogarth Press.
- Friedman, L. (1969). The therapeutic alliance. *International Journal of Psycho-Analysis*, 50(2), 139-153.
- 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.
- Gaston, L., Marmar, C. R. Thompson, L. W. y Gallagher, D. (1991). Alliance prediction of outcome beyond in-treatment symptomatic change as psychotherapy progresses. *Psychotherapy Research*, 1, 104-112.
- Gaston, L., Marmar, C. R., Gallagher, D. y Thompson, L. W. (1989). Impact of confirming patient expectations of change processes in behavioral, cognitive, and brief dynamic psychotherapy. *Psychotherapy*, 26(3), 296-302.
- Gaston, L., Marmar, C. R., Thompson, L. W. y Gallagher, D. (1988). Relation of patient pretreatment characteristics to the therapeutic alliance in diverse psychotherapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(4), 483-489.
- Gaston, L., Piper, W. E., Debbane, E. G. y Bienvenu, J. P. (1994). Alliance and technique for predicting outcome in short- and long-term analytic psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 4(2), 121-135.
- Gelso, C. J. y Carter, J. A. (1985). The Relationship in counseling and psychotherapy: Components, consequences and theoretical antecedents. *The Counseling Psychologist*, 13, 155-244.
- Gelso, C. J. y Carter, J. A. (1994). Components of the psychotherapy Relationship: Their interaction and unfolding during treatment. *Journal of Counseling Psychology*, 41, 296-306.
- Gitelson, M. (1962). The curative functions in psychotherapy. *International Journal of Psychoanalysis*, 43, 194-205.
- Golden, B. R. y Robbins, S. B. (1990). The working alliance within time-limited therapy: A case analysis. *Professional Psychology - Research and Practice*, 21(6), 476-481.
- Goldfried, M. R. y Davison, G. C. (1994). *Clinical behavior therapy (exp. ed.)*. New York, NY: John Wiley and Sons.
- Greenson, R. R. (1965). The working alliance and the transference neuroses. *Psychoanalysis Quarterly*, 34, 155-181.

- Greenson, R. R. (1967). *Technique and practice of psychoanalysis*. New York: International University Press.
- Gunderson, J. G., Najavits, L. M., Leonhard, C., Sullivan, C. N. y Sabo, A. N. (1997). Ontogeny of the therapeutic alliance in borderline patients. *Psychotherapy Research*, 7(3), 301-309.
- Gurman, A. S. y Razin, A. M. (1977). *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis*. New York: Wiley.
- Haley, J. (1963a). Marriage therapy. *Archives of General Psychiatry*, 8(3), 213-234.
- Haley, J. (1963b). *Strategies of psychotherapy*. NY: Grune and Stratton.
- Hartley, D. y Strupp, H. (1983). The therapeutic alliance: Its relationship to outcome in brief psychotherapy. En J. Masling (Ed.), *Empirical studies in analytic theories* (pp. 1-37). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Hartley, D. (1985). Research on the therapeutic alliance in psychotherapy. En R. Hales y A. Frances (Eds.), *Psychiatry update annual review* (pp. 532-549). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Hatcher, R. (1999). Therapists' views of treatment Alliance and collaboration in Therapy. *Psychotherapy Research*, 4, 405-423.
- Hatcher, R. L. y Barends, A. W. (1996). Patients' view of the alliance in psychotherapy: Exploratory factor analysis of three alliance measures. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1326-1336.
- Hatcher, R. L., Barends, A., Hansell, J. y Gutfreund, M. J. (1995). Patients' and therapists' shared and unique views of the therapeutic alliance: An investigation using confirmatory factor analysis in a nested design. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(4), 636-643.
- Henry, W. P. y Strupp, H. H. (1994). The therapeutic alliance as interpersonal process. Horvath, Adam O. (Ed); Greenberg, Leslie S. (Ed). (1994). *The working alliance: Theory, research, and practice*. Wiley series on personality processes. (pp. 51-84). New York: John Wiley and Sons.
- Henry, W. P., Schacht, T. E. y Strupp, H. H. (1990). Patient and therapist introject, interpersonal process, and differential psychotherapy outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 768-774.
- Hersoug, A. G., Hoglend, P., Monsen, J. T. y Havik, O. E. (2001). Quality of working alliance in psychotherapy: Therapist variables and patient/therapist similarity as predictors. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 10(4), 205-216.
- Hersoug, A. G., Monsen, J. T., Havik, O. E. y Hoglend, P. (2002). Quality of early working alliance in psychotherapy: Diagnoses, relationship and intrapsychic variables as predictors. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 71(1), 18-27.
- Horvath, A. O. (1981). *An exploratory study of the working alliance: Its measurement and relationship to therapy outcome*. U British Columbia, Vancouver, Canada.
- Horvath, A. O. (1982). Working Alliance Inventory (Revised). Instructional Psychology Research Group, 82 (1). Simon Fraser University, Burnaby, British Columbia, Canada.
- Horvath, A. O. (1994a). Empirical validation of Bordin's pantheoretical model of the alliance: the Working Alliance Inventory Perspective. En A. O. Horvath y L. S. Greenberg (Eds.), *The working alliance: theory, research, and practice* (pp. 109-130). New York: Wiley.
- Horvath, A. O. (1994b). Research on the alliance: the working alliance inventory perspective. En A. O. Horvath y L. S. Greenberg (Eds.), *The working alliance: theory, research, and practice* (pp. 259-286). New York: Wiley.
- Horvath, A. O. (2001, junio). *Relaciones psicoterapéuticas que funcionan*. Comunicación presentada en el 17 Annual Meeting of the Society for the exploration of psychotherapy integration. Santiago de Chile, Chile.
- 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, 223-233.
- Horvath, A. O. y Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(4), 561-573.
- Horvath, A. O. y Symonds, B. D. (1991). Relation between alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 139-149.
- Jilton, R. (1999). *Cluster analysis of patient-reported therapeutic alliance ruptures*. New York: St. John'S U.
- Kiesler, D. J. y Goldston, C. S. (1988). Client^therapist complementarity: An analysis of the Gloria films. *Journal of Counseling Psychology*, 35(2), 127-133.
- Kiesler, D. J. y Watkins, L. M. (1989). Interpersonal complementarity and the therapeutic alliance: A study of relationship in psychotherapy. *Psychotherapy*, 26(2), 183-194.
- Kivighan, D. M. (1990). Relation between counselors' use of intentions and clients' perception of working alliance. *Journal of Counseling Psychology*, 37, 27-32.
- Kivlighan, D. M. y Schmitz, P. J. (1992). Counselor technical activity in cases with improving working alliances and continuing-poor working alliances. *Journal of Counseling Psychology*, 39(1), 32-38.
- Kivlighan, D. M., Jr., Patton, M. J. y Foote, D. (1998). Moderating effects of client attachment on the counselor experience-working alliance relationship. *Journal of Counseling Psychology*, 45(3), 274-278.
- Klee, M. R., Abeles, N. y Muller, R. T. (1990). Therapeutic alliance: Early indicators, course, and outcome. *Psychotherapy*, 27(2), 166-174.
- Kokotovic, A. M. y Tracey, T. J. (1990). Working alliance in the early phase of counseling. *Journal of counseling psychology*, 37, 16-21.
- Krupnick, J. L., Sotsky, S. M., Simmens, S., Moyer, J., et al. (1996). The role of the therapeutic alliance in psycho-

- therapy and pharmacotherapy outcome: Findings in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(3), 532-539.
- Kung, W. W. (2001). Consideration of cultural factors in working with Chinese American families with a mentally ill patient. *Families in Society*, 82(1), 97-107.
- LaCrosse, M. B. (1980). Perceived counselor social influence and counseling outcomes: Validity of the counselor Rating Form. *Journal of Counseling Psychology*, 27, 320-327.
- Lambert, M. J. (1992). Implications of psychotherapy outcome research for eclectic and integrative psychotherapies. En J. C. Norcross y M. V. Goldfried (Eds.), *Handbook of Psychotherapy Integration*. New York: Basic Books.
- Lambert, M. J. y Bergin, A. E. (1994). The effectiveness of psychotherapy. En A.E. bergin and S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., pp. 143- 189). New York: Wiley.
- 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). Washington, DC: American Psychological Association.
- Lambert, M. J., Shapiro, D. A. y Bergin, A. E. (1986). The effectiveness of psychotherapy. En S.L. Garfield y A.E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*. (pp. 157-212). New York: Wiley.
- Lichtenberg, J. W. y Heck, E. J. (1986). Methodological approaches to the study of interpersonal influence in counseling interaction, *Dorn, Fred J. (Ed). (1986). The social influence process in counseling and psychotherapy*. (pp. 123-136). Springfield, US, US: Charles C Thomas, Publisher.
- Luborsky, L. (1976). Helping alliances in psychotherapy. En J. L. Cleghorn (Ed.), *Successful psychotherapy* (pp. 92-116). New York: Brunner/Mazel.
- Luborsky, L. (1994). Therapeutic alliances as predictors of psychotherapy outcomes: Factors explaining the predictive success. En A. O. Horvath y L. S. Greenberg (Eds.), *The working alliance: Theory, research, and practice* (pp. 38-50). New York: Wiley.
- Luborsky, L. (2000). A pattern-setting therapeutic alliance study revisited. *Psychotherapy research*, 1, 17-29.
- Luborsky, L., Crits-Christoph, P., Alexander, L., Margolis, M. y Cohen, M. (1983). Two helping alliance methods for predicting outcomes of psychotherapy: A counting signs vs. a global rating method. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 171(8), 480-491.
- Luborsky, L., Barber, J. P. y Crits-Christoph, P. (1990). Theory-based research for understanding the process of dynamic psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58(3), 281-287.
- Luborsky, L., Barber, J. P., Siqueland, L., Johnson, S., et al. (1996). The revised Helping Alliance questionnaire (HAq-II): Psychometric properties. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 5(3), 281-287.
- Luborsky, L., Crits-Christoph, P., Mintz, J. y Auerbach, A. (1988). *Who will benefit from psychotherapy? Predicting therapeutic outcomes*. New York: Basic Books.
- Luborsky, L., McLellan, A.T., Woody, G.E., O'Brien, C.P. y Auerbach, A. (1985). Therapist success and its determinants. *Archives of General Psychiatry*, 42, 602-611.
- Luborsky, L., Singer, B. y Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies: Is it true that "everyone has won and all must have prizes"? *Archives of General Psychiatry*, 32(8), 995-1008.
- Lupini, L. N. (2001). *Counselor-client value similarity and dissimilarity, the working alliance, and counseling outcome*, Western Michigan U., US.
- Mallinckrodt, B. (1991). Clients' representations of childhood emotional bonds with parents, social support, and formation of the working alliance. *Journal of Counseling Psychology*, 38(4), 401-409.
- Mallinckrodt, B., Coble, H. M. y Gantt, D. L. (1995). Working alliance, attachment memories, and social competencies of women in brief therapy. *Journal of Counseling Psychology*, 42, 79-84.
- Mallinckrodt, B. y Nelson, M. L. (1991). Counselor training level and the formation of the psychotherapeutic working alliance. *Journal of Counseling Psychology*, 38(2), 133-138.
- Marmar, C. R., Horowitz, M. J., Weiss, D. S. y Marziali, E. (1986). The Therapeutic Alliance Rating System, *Greenberg, Leslie S. (Ed); Pinsof, William M. (Ed). (1986). The psychotherapeutic process: A research handbook. Guilford clinical psychology and psychotherapy series*. (pp. 367-390). New York: The Guilford Press.
- Martin, D. J. (1999). *Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review*, Ohio U, US.
- Marziali, E. (1984). Three viewpoints on the therapeutic alliance: Similarities, differences, and associations with psychotherapy outcome. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 172(7), 417-423.
- Marziali, E., Munroe-Blum, H. y McCleary, L. (1999). The effects of the therapeutic alliance on the outcomes of individual and group psychotherapy with borderline personality disorder. *Psychotherapy Research*, 9(4), 424-436.
- Mitchell, S. A. (1988). *Relational concepts in psychoanalysis: An integration*. Cambridge, MA, US: Harvard University Press.
- Mitchell, S. A. (1997). *Influence and autonomy in psychoanalysis*. Hillsdale, NJ, US: The Analytic Press, Inc.
- Mohl, P. C., Martinez, D., Ticknor, C., Huang, M. y Cordell, J. (1991). Early dropouts from psychotherapy. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 179(8), 478-481.
- Mongrain, M. (1998). Parental representations and support-seeking behaviors related to dependency and self-criticism. *Journal of Personality*, 66(2), 151-173.
- Muran, J. C., Segal, Z. V., Samstag, L. W. y Crawford, C. E. (1994). Patient pretreatment interpersonal problems and therapeutic alliance in short-term cognitive

- therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(1), 185-190.
- 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), Washington: American Psychiatric Association.
- Orlinsky, D., Grawe, K. y Parks, B. (1994). Process and outcome in psychotherapy-Noch ein mal. En A. Bergin y J. S. Garfield, (Eds.). *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th Edition) (pp. 270-378). New York: Wiley and Sons.
- Orlinsky, D. y Howard, K. (1986). Process and outcome in psychotherapy. En S. L. Garfield y A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (3rd ed.). New York: Wiley.
- Paivio, S. C. y Bahr, L. M. (1998). Interpersonal Problems, Working Alliance, and outcome in Short-Term Experiential Therapy. *Psychotherapy Research*, 8, 4, 392-407.
- Patterson, G. R. y Forgatch, M. S. (1985). Therapist behavior as a determinant for client noncompliance: A paradox for the behavior modifier. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53(6), 846-851.
- Peschken, W. E. y Johnson, M. E. (1997). Therapist and client trust in the therapeutic relationship. *Psychotherapy Research*, 7(4), 439-447.
- Pinsof, W. M. (1988). The therapist-client relationship: An integrative systems perspective. *International Journal of Eclectic Psychotherapy*, 7(3), 303-313.
- Pinsof, W. M. y Catherall, D. R. (1986). The integrative psychotherapy alliance: Family, couple and individual therapy scales. *Journal of Marital and Family Therapy*, 12(2), 137-151.
- Piper, W. E., Azim, H. F. A., Joyce, A. S. y McCallum, M. (1991). Transference Interpretations, therapeutic alliance and outcome in short-term individual psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 28, 946-953.
- Pizer, S. A. (1992). The negotiation of paradox in the analytic process. *Psychoanalytic Dialogues*, 2(2) 1992.
- Quinn, W. H., Dotson, D. y Jordan, K. (1997). Dimensions of therapeutic alliance and their associations with outcome in family therapy. *Psychotherapy Research*, 7(4), 429-438.
- Quintana, S. M. y Meara, N. M. (1990). Internalization of therapeutic relationships in short-term psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology*, 37(2), 123-130.
- Rait, D. S. (1995). The therapeutic alliance in couples and family therapy: Theory in practice. In *Session-Psychotherapy in Practice*, 1(1), 59-72.
- Rait, D. S. (2000). The therapeutic alliance in couples and family therapy. *Journal of Clinical Psychology*, 56(2), 211-224.
- Raue, P. J. y Goldfried, M. R. (1994). The therapeutic alliance in cognitive-behavior therapy, *Hornath, Adam O. (Ed); Greenberg, Leslie S. (Ed). (1994). The working alliance: Theory, research, and practice. Wiley series on personality processes.* (pp. 131-152). New York, NY: John Wiley and Sons.
- Raue, P. J., Goldfried, M.R. y Barkham, M. (1997). The therapeutic alliance in psychodynamic-interpersonal and cognitive-behavioral therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(4), 582-587.
- Reandeu, S. G. y Wampold, B. E. (1991). Relationship of power and involvement of working alliance: A multiple-case sequential analysis of brief therapy. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 107-114.
- Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy*. Cambridge, MA: Riverside Press.
- Rogers, C. R. (1972). *El proceso de convertirse en persona*. Barcelona: Paidós.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95-103.
- Rubino, G., Barker, C., Roth, T. y Fearon, P. (2000). Therapist empathy and depth of interpretation in response to potential alliance ruptures: The role of therapist and patient attachment styles. *Psychotherapy Research*, 10(4), 408-420.
- Safran, J. D. (1998). *Widening the scope of cognitive therapy*. New Jersey: Jason Aronson Inc.
- Safran, J. D. y Muran, J. C. (2000a). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. New York, NY, US: The Guilford Press.
- Safran, J. D. y Muran, J. C. (2000b). Resolving therapeutic alliance ruptures: Diversity and integration. *Journal of Clinical Psychology*, 56(2), 233-243.
- Safran, J. D. y Wallner, L. K. (1991). The relative predictive validity of two therapeutic alliance measures in cognitive therapy. *Psychological Assessment*, 3(2), 188-195.
- Safran, J. D., Muran, J. C. y Samstag, L. W. (1994). Resolving therapeutic alliance ruptures: A task analytic investigation, *Hornath, Adam O. (Ed); Greenberg, Leslie S. (Ed). (1994). The working alliance: Theory, research, and practice. Wiley series on personality processes.* (pp. 225-255). New York, NY: John Wiley and Sons.
- Salvio, M.-A., Beutler, L. E., Wood, J. M. y Engle, D. (1992). The strength of the therapeutic alliance in three treatments for depression. *Psychotherapy Research*, 2(1), 31-36.
- Satterfield, W. A. y Lyddon, W. J. (1998). Client attachment and the working alliance. *Counseling Psychology Quarterly*, 11(4), 407-415.
- Saunders, S. M., Howard, K. I. y Orlinsky, D. E. (1989). The Therapeutic Bond Scales: Psychometric characteristics and relationship to treatment effectiveness. *Psychological Assessment*, 1(4), 323-330.
- Sexton, T. L. y Whiston, S.C. (1994). The status of the counseling relationship: An empirical review, theoretical implications, and research directions. *Counseling Psychologist*, 22, 6-78.
- Shonfeld-Ringel, S. (2001). *The effect of culture on the working alliance between Asian American clients and Western therapists*. Tesis doctoral no publicada. Smith Coll School For Social Work, US.

- Sloane R. B., Staples, F. R., Cristol, A. H. Yorkston, N. J. y Whipple, K. (1975). *Psychotherapy versus behavior therapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Smith, M. L., Glass, G. V. y Miller, T. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Sterba, R. (1934). The fate of the ego in analytic therapy. *International Journal of Psychoanalysis*, 115, 117-126.
- Sterba, R. (1940). The dynamics of the dissolution of the transference resistance. *Psychoanalytic Quarterly*, 9, 1940, Inc.
- Stiles, W. B., Agnew-Davies, R., Hardy, G. E., Barkham, M. y Shapiro, D. A. (1998). Relations of the alliance with psychotherapy outcome: Findings in the second Sheffield Psychotherapy Project. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(5), 791-802.
- Stiles, W. B., Shapiro, D. y Elliott, R. (1986). Are all psychotherapies equivalent? *American Psychologist*, 32, 752-760.
- Strong, S. R. (1968). Counseling: An interpersonal influence process. *Journal of Counseling Psychology*, 15, 215-224.
- Strupp, H. H. (1974). On the basic ingredients of psychotherapy. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 24(4-6), 249-260.
- Strupp, H. H. y Hadley, S. W. (1979). Specific vs nonspecific factors in psychotherapy: A controlled study of outcome. *Archives of General Psychiatry*, 36(10), 1125-1136.
- Sturm, L. y Dawson, P. (1999). Working with families: An overview for providers, Kessler, Daniel B. (Ed); Dawson, Peter (Ed). (1999). *Failure to thrive and pediatric undernutrition: A transdisciplinary approach*. (pp. 65-76). Baltimore, MD, US: Paul H. Brookes Publishing Co.
- Svartberg, D. y Stiles, W. B. (1992). Predicting patient change from therapist competence and patient-therapist complementarity in short-term anxiety-provoking psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 304-307.
- Tracey, T. J. (1987). Stage differences in the dependence of topic initiation and topic following behavior. *Journal of Counseling Psychology*, 34, 123-131.
- Tracey, T. J. y Hays, K. (1989). Therapist complementarity as a function of experience and client stimuli. *Psychotherapy*, 26, 462-468.
- Watson, J. C. y Greenberg, L. S. (1995). Alliance ruptures and repairs in experiential therapy. *In Session-Psychotherapy in Practice*, 1(1), 19-31.
- Watson, J. C. y Greenberg, L. S. (1994). The alliance in experiential therapy: Enacting the relationship conditions. En A. O. Horvath y L. S. Greenberg (Eds.), *The working alliance: Theory, research, and practice* (pp. 153-172). New York: Wiley.
- Weerasekera, P., Linder, B., Greenberg, L. y Watson, J. (2001). The working alliance in client-centered and process-experiential therapy of depression. *Psychotherapy Research*, 11(2), 221-233.
- Westerman, M. A., Foote, J. P. y Winston, A. (1995). Change in coordination across phases of psychotherapy and outcome: Two mechanisms for the role played by patients' contribution to the alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(4), 672-675.
- Winnicott, D. W. (1965). *The Maturation Processes and the Facilitating Environment*. London: Hogarth.
- Winston, B. G. (1994). *Change in level of defense: Its relationship to therapist intervention and therapy outcome in short-term dynamic psychotherapy*. Tesis doctoral no publicada. New York University, US.
- Wong, P. S. (2001). Psychotherapy and ethnic diversity: Working with Americans of Asian ancestry. *Nys Psychologist*, 13(1), 17-20.
- Zetzel, E. R. (1956). Current concepts of transference. *International Journal of Psycho-Analysis*, 37, 369-375.
- Zuroff, D. C. y Fitzpatrick, D. K. (1995). Depressive personality styles: Implications for adult attachment. *Personality and Individual Differences*, 18(2), 253-365.
- Zuroff, D. C., Blatt, S. J., Sotsky, S. M., Krupnick, J. L., Martin, D. J., Sanislow III, C. A. y Simmens, S. (2000). Relation of therapeutic alliance and perfectionism to outcome in brief outpatient treatment of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(1), 114-124.

(Artículo recibido: 11-4-2003, aceptado: 22-10-2003)

