

Revisión de las nociones de la Alianza Terapéutica, sus antecedentes conceptuales y aportes a la investigación

Review of the notions of the Therapeutic Alliance, conceptual background and contributions to research

Por Natalia Helmich¹, Sheila, Giusti² y Martín Etchevers³

RESUMEN

Existe un fuerte consenso acerca del valor de la Alianza terapéutica (AT) en diferentes modelos de psicoterapia, ya que este es considerado un fuerte predictor de los resultados de la misma. (Del Re, Flückiger, Horvath, Symonds & Wampold, 2012; Gelso, 2009; Horvath, Del Re, Flückiger & Symonds, 2011). En este trabajo se presenta una revisión de los orígenes del concepto de AT hasta su operacionalización y uso posterior en investigaciones empíricas a partir de la década del '70. También se exploran los términos históricamente vinculados a la misma, desde su origen en los inicios del psicoanálisis, se citan los principales instrumentos de medición de la misma y los estudios más destacados que dan soporte a su utilidad.

Palabras clave: Alianza terapéutica - Transferencia - Paradigma relacional - Trastorno límite de personalidad

ABSTRACT

There is a strong consensus about the value of the Therapeutic Alliance (TA) in different models of psychotherapy, since this is considered a strong predictor of the results of the same. (Del Re, Flückiger, Horvath, Symonds & Wampold, 2012; Gelso, 2009; Horvath, Del Re, Flückiger & Symonds, 2011). This paper presents a review of the origins of the concept TA until its operationalization and later use in empirical research from the decade of '70. It also explores the historically linked terms in it, from its origin in the beginnings of psychoanalysis, the main instruments of measurement and the most outstanding studies that support its usefulness.

Keywords: Therapeutic alliance - Transference - Relational paradigm - Borderline personality disorder

¹Universidad de Buenos Aires (UBA). Facultad de Psicología. Licenciada en Psicología. Docente de "Clínica Psicológica y Psicoterapias: Psicoterapias, Emergencia e Interconsultas", Investigadora de Proyecto de Investigación UBACyT. Rotante en el Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas "Norberto Quirno" (CEMIC).

²Universidad de Buenos Aires (UBA). Facultad de Psicología. Licenciada en Psicología. Docente de "Clínica Psicológica y Psicoterapias: Psicoterapias, Emergencia e Interconsultas", Investigadora de Proyecto de Investigación UBACyT. Residente del Hospital de Clínicas.

³Universidad de Buenos Aires (UBA). Facultad de Psicología. Licenciado en Psicología. Profesor Adjunto Regular de la Cátedra "Clínica Psicológica y Psicoterapias: Psicoterapias, Emergencia e Interconsultas". Profesor Adjunto a cargo de la Práctica Profesional "Clínica de los trastornos de la personalidad y las psicosis", Facultad de Psicología (UBA). Director de Proyecto de Investigación UBACyT. Secretario de Investigaciones. Facultad de Psicología (UBA).

Introducción

Desde una perspectiva histórica se recorrerán los conceptos principales que han conformado el término de AT de acuerdo a los autores de mayor trascendencia durante el siglo XIX.

Luego, se desplegarán los desarrollos actuales de la AT y su importancia dentro de las terapias de orientación psicodinámica y el psicoanálisis, enfocándonos en los trastornos de personalidad, para los cuales los aportes del paradigma relacional configuran un marco de relevancia en la temática. Asimismo, se hará mención al desarrollo de modelos de tratamiento, específicamente a la terapia basada en la mentalización.

Conceptualizaciones psicoanalíticas sobre la alianza terapéutica

De acuerdo al consenso de diferentes autores (Etchevoyen, 2010; Horvath y Luborsky, 1993; Zukerfeld, 2001), el principal antecedente histórico del concepto de relación o Alianza Terapéutica (AT) remite al concepto de “transferencia” desarrollado por Sigmund Freud (1912, 1915, 1917). Este concepto es introducido para referirse a la repetición, que se produce en el tratamiento, de modelos de relación infantiles (*clisé*), dando lugar a la redirección inconsciente de los mismos de una persona a otra (Kapelovitz, 1987).

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

Según Laznik (2003) el concepto de transferencia está inicialmente asociado al despliegue de las formaciones del inconsciente en el dispositivo analítico. Del acuerdo al autor, al introducirse el concepto de pulsión se complejiza el estatuto de la transferencia. Freud dedica varios de sus artículos sobre técnica psicoanalítica al aspecto resistencial de la transferencia. Señala que el principal recurso para domeñar la compulsión de repetición del paciente y transformarla en un motivo para recordar reside en el manejo de la transferencia (Freud, 1914), lo que implica permitir el despliegue de dicha compulsión en el marco de la transferencia, dando lugar a la reelaboración de la misma.

Respecto de la contrapartida de este fenómeno en la persona del analista, el mismo fue denominado con el

nombre de “contratransferencia” (Freud, 1910). Así Freud llamó al influjo inconsciente que el paciente ejerce en la persona del analista y recomendó que fuera detectado y dominado a partir del análisis del propio analista. El fenómeno contratransferencial generalmente no fue considerado como una fuente de conocimiento o un fenómeno posible de ser utilizado en beneficio del tratamiento, como sí lo fue en corrientes posteriores.

Anna Freud (Etchevoyen, 2010) mantuvo la misma postura respecto a los conceptos de transferencia y contratransferencia, al menos en el tratamiento de adultos. Por su parte, Melanie Klein (1952) consideraba que la utilización de la contratransferencia como un aspecto positivo se prestaba para que los analistas atribuyeran sus propias deficiencias al comportamiento de sus pacientes. La autora conceptualizaba al fenómeno transferencial homologando al analista con aspectos del *self* o con el objeto interno y lo pensaba como componentes que se desplegaban dentro del proceso analítico a la identificación proyectiva e introyectiva (De Bagnulo, 2003). Es decir, entendía a la transferencia como una reproducción en la figura del analista, de todos los objetos primitivos y las relaciones de objeto internalizadas en el paciente, de las pulsiones, de las fantasías inconscientes y de ansiedades. Consideraba a la transferencia como una situación total, ya que pensaba la existencia de un yo y ansiedades primitivas, un superyó y un complejo de Edipo temprano (Klein, 1952).

Baranger & Baranger (1962) consideran que el establecimiento de la transferencia es sumamente importante y que la misma se encuentra en dependencia de la relación con el analista dentro de un campo de análisis, conocido como encuadre. Dentro del encuadre el analista y el paciente siempre están influyéndose mutuamente. De esta manera se podría estudiar la transferencia, su desarrollo y evolución. A partir de lo dicho, expresan que el analista debe focalizar su atención en el análisis de las manifestaciones transferenciales, las cuáles a su vez, también dependen de los estímulos que emanan de la persona del analista.

Dentro del marco de las teorías objetales, se considera que la elaboración del vínculo transferencial con el terapeuta posibilita vínculos progresivos con los pares. En algunos casos una oscilación entre vínculos de independencia y dependencia y en otros disminuye la ansiedad persecutoria en la relación transferencial (Slapak, Cervone & Luzzi, 2009).

Melanie Klein (1927) emplea el término “neurosis de transferencia” en su texto “Simposium sobre análisis infantil” planteando que “...en mi experiencia, aparece en los niños una plena neurosis de transferencia, de manera análoga a como surge en los adultos” (p. 19).

En “El psicoanálisis de niños” de 1932, señala que los principios fundamentales del análisis son los mismos tanto para el niño como para el adulto. Y hace referencia a la transferencia positiva y negativa. Estos términos son abordados por la autora de la siguiente manera: “...para ambos, niño y adulto, los principios fundamentales del análisis, son los mismos. Interpretación acertada, constante resolución de las resistencias, permanente referencia

de la transferencia a las situaciones primarias, ya sea ésta positiva o negativa, todo esto crea y mantiene una correcta situación analítica en el niño no menos que en el adulto” (Klein, 1932: p. 20).

En “Los orígenes de la transferencia” (Klein, 1953) se centra en las manifestaciones de la transferencia en el psicoanálisis. Establece que la transferencia se origina en los mismos procesos de los primeros estadios que determinan las relaciones de objeto. O sea, el paciente siente la necesidad de transferir sus experiencias, relaciones de objeto y emociones primitivas a la figura del analista valiéndose de los mismos mecanismos de defensa utilizados por éste en situaciones anteriores de su vida. Por lo tanto, el centro de la vida emocional son las relaciones de objeto (fluctuaciones entre los objetos amados y odiados, internos y externos, que dominan la primera infancia), sobre las cuales el analista se remonta para el análisis.

Por otro lado, en el mismo texto considera que las fluctuaciones e intensidad en la transferencia se deben a que el bebé siente que una multitud de objetos se le aparecen con diversos aspectos, y éste los entrelaza con sus fantasías, las cuales, a su vez, contienen elementos de la realidad. A partir de lo expuesto se podría pensar que, la autora introduce la concepción de posición generando un cambio en el concepto de transferencia. Donde el analista centra su actividad interpretativa en elaboración de ansiedades, sus relaciones objetales primitivas y defensas patológicas, actuales y presentes en todo individuo en los distintos momentos y situaciones de vida.

Sin embargo, esta opinión no prosperó entre sus principales seguidoras en Inglaterra, Paula Heimann, Susan Isaacs y Joan Rivière (Etchevers, Pietra & Battaglia, 2004), quienes utilizaron el concepto de contratransferencia, junto a otras modificaciones de la teoría, en el tratamiento de pacientes *borderline* y psicóticos. Así, ampliaron las fronteras del original dispositivo para el cual sólo eran analizables aquellos pacientes que podían establecer la neurosis de transferencia. Los analistas poskleinianos sostienen, entre otras cuestiones, que los pacientes son capaces de comportamientos tales que logran que el analista experimente los sentimientos que el paciente, por una u otra razón, no puede contener dentro de sí mismo (Spillius, 2007).

Por su parte, Bion (1957) expresaba que la transferencia e identificación proyectiva están constantemente asociadas. Es decir, destacaba que la transferencia está sujeta a la noción de identificación proyectiva, como así también considerar que la identificación proyectiva alcanza significación y es plausible de observarse durante la transferencia. De esta manera, despliega una nueva conceptualización sobre el concepto de transferencia kleiniano, así como al de identificación proyectiva, construyendo la teorización del modelo continente-contenido, sobre la capacidad de *rêverie* de la madre de contener las identificaciones proyectivas (De Bagnulo, 2003). En su ampliación del concepto de identificación proyectiva Bion consideró que no sólo se *clivan* y proyectan objetos y partes del *self*, sino que asimismo se atacan y expulsan funciones del Yo.

A su vez, diferencia la transferencia en la neurosis y en la psicosis. Según Slapak (1985) el autor subraya que: “...la acción de la identificación proyectiva en la situación transferencial en pacientes psicóticos, autoriza y determina basar la actividad interpretativa en las evidencias que proporciona la contratransferencia” (p. 12).

Este es un aspecto técnico que Bion va a resaltar en todos sus escritos ya que le permite hacer avances teóricos en los que se modeliza la tarea analítica con la relación madre-bebé, como vínculo continente-contenido que posibilita la experiencia emocional que da lugar al crecimiento mental.

En “Desarrollo del pensamiento esquizofrénico” (Bion, 1955) señala que la relación transferencial es simultáneamente dependiente, precipitada, frágil y tenaz. La identificación proyectiva masiva, determina esa relación transferencial, generando agudos estados confusionales y constantes mutilaciones a la actividad mental.

En su texto “Diferenciación entre personalidades psicóticas y no-psicóticas”, Bion (1957) afirma que existe una parte no-psicótica de la personalidad en toda psicosis, ya que no se produce una pérdida total de la relación con la realidad, sino que la misma se encubre por una fantasía omnipotente que destruye la percepción de la realidad y de la realidad misma. Cabe aclarar, que en las neurosis graves se encuentra enmascarada una parte psicótica de la personalidad.

En “Sobre la arrogancia” (Bion, 1957) el autor analiza el rol del analista como continente de la identificación proyectiva del paciente y afirma que el uso normal de la identificación proyectiva constituye un vínculo importante. De manera tal, que entre las cualidades del analista destaca “...la capacidad de tolerar el stress asociado con la introyección de las identificaciones proyectivas de otra persona” (p. 9).

En “Ataques al vínculo”, Bion (1959) señala un correlato entre el vínculo primitivo madre-bebé y el vínculo transferencial. El vínculo generado en la identificación proyectiva permite observar en el despliegue de la transferencia los ataques relacionados al vínculo madre-bebé. Así en la transferencia los roles quedan establecidos de la siguiente manera: madre-analista-bebé-paciente.

La madre (analista) es el potencial recolector de las identificaciones proyectivas del bebé (paciente) como capacidad de *rêverie*. O sea, posibilita la codificación de las impresiones sensoriales del bebé (elementos beta) en elementos alfa.

En palabras del autor en “Aprendiendo de la experiencia” (Bion, 1962: 12) manifiesta “Antes que una experiencia emocional pueda usarse como modelo sus datos sensoriales deben ser transformados en elementos-alfa para ser copiados y colocarse disponibles para la abstracción; la función-alfa durante la experiencia provee los elementos necesarios para la construcción de modelos en una experiencia posterior... La personalidad abstrae de la experiencia los elementos que se espera se repitan y forma sobre la base de estos elementos el modelo que preservará algo de la experiencia original, pero con suficiente flexibilidad como para permitir la adaptación a

experiencias nuevas, pero que se suponen similares. Abstrae elementos para construir un modelo, una abstracción o ambos”.

A partir de lo expresado, podemos considerar que el estudio del pensar es relevante en la teoría de Bion.

Del mismo modo, en la relación analítica, las interpretaciones (producto de la función-alfa del analista) sintetiza las asociaciones del paciente que involucran identificaciones proyectivas y no sólo transferencia (en el sentido freudiano del concepto) posibilitando la elaboración y uso de pensamientos que amplían el campo del conocimiento de sí mismo y, más aún, posibilitan el ser sí mismo, “desintoxicando” de “mentiras” la “verdad”.

En la sesión psicoanalítica, si bien el material brindado por el paciente es importante en la situación transferencial, toma trascendencia la significación de las interpretaciones que priman la relación k (relación psicoanalítica entre un paciente y un analista en la búsqueda de la verdad).

En “Transformaciones” (Bion, 1972), considera que el analista debe “transformar” las asociaciones del paciente de una forma adecuada para que pueda ser transmitida como experiencia sensorial en sus interpretaciones.

La sesión para el analista en “Notas sobre la memoria y el deseo” (Bion, 1969), debe centrarse en lo que está sucediendo, en el ahora, es decir, carecer del pasado (sin memoria) y de lo que pasará (sin deseo). Esta clínica se caracteriza por su particular estilo interpretativo, que se adecua a la definición del análisis como una experiencia emocional aquí y ahora con el analista como objeto.

Asimismo, destaca que lo trascendental en cada sesión es lo que no se conoce y lo desconocido que el analista debe interpretar, ya que si el analista “sabe” algo sobre el paciente lo conduciría hacia lugares intencionalmente marcados y no hacia su “verdad”, su “incognoscible”. Psicoanalizar es precisamente transformar esa experiencia emocional actual en una interpretación.

Por último, la experiencia analítica, a pesar de todas las apariencias de la comodidad, es realmente una experiencia emocional tormentosa para ambas personas (Bion, 1977).

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

En los escritos de Winnicott se observan suficientes referencias que lo diferencian tanto de la Escuela Americana como del Kleinismo. Desde su postura, el analista debe tener la capacidad para poner un tiempo y un espacio entre sí y el paciente, una capacidad que contrartransferencial-

mente lo desidentifique del lugar o la relación de objeto que el paciente le propone y, simultáneamente, aceptar ser el objeto de la transferencia. La transferencia se despliega en el campo de la ilusión y en ésta podemos encontrar el origen o creación de la tercera zona o espacio potencial para la creatividad. Este espacio opera como refugio y no debe ser invadido o cuestionado. La técnica consiste en esperar y colaborar con el despliegue del funcionamiento psíquico de cada sujeto, en el registro de la ilusión transferencial y en un tiempo anterior al de la interpretación (Pelorosso & Etchevers, 2010; Winnicott, 1965).

Origen y desarrollo del concepto de Alianza Terapéutica

Es en el seno de la Psicología del yo donde nace el concepto de AT (Zetzel, 1956; Greenson, 1965). Dicho concepto encuentra su origen en los debates respecto del yo y la disociación del mismo, en autores como Sterba (1934) y Bibring (1937) quienes plantean una disociación del yo en una parte que colabora con el analista (*ego alliance*) y otra que se opone e integra en sí misma los impulsos del ello, las defensas del yo y los dictados del superyó. Dichos debates plantean una alianza entre las partes saludables del paciente y del analista (Etchegoyen, 2010).

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

Greenson (1965) ha resaltado la idea de que la alianza de trabajo (*working alliance*) es esencial para la terapia psicoanalítica y la define como “la relación racional y relativamente no neurótica que tiene el paciente con su analista” (Greenson, 1967). En función de ello, ha recomendado que el terapeuta promueva el trabajo conjunto desde el comienzo mismo de la terapia usando términos como “podemos ver” o “veamos esto”. Estas indicaciones prácticas han sido desarrolladas más tarde en otras formas de psicoterapia y en técnicas de las terapias dinámicas, incluyendo lo que se denomina *alliance-fostering psychotherapy* (Crits-Christoph, Gibbons, Temes, Elkin & Gallop, 2010).

En la misma línea, Greenson (1960) sostiene que para

que la alianza se produzca es necesaria “un área libre de conflictos”. De manera similar, Hartley (1985) ha definido la alianza terapéutica como una relación compuesta por la “relación real” y la “alianza de trabajo”. La primera refiere al vínculo entre el paciente y el terapeuta mientras que la segunda alude a la capacidad de ambos para trabajar conjuntamente según los objetivos previstos.

Por otra parte, Luborsky (1976) da otro matiz al concepto de alianza terapéutica (*helping alliance*) para reflejar el grado en que un paciente experimenta que la relación terapéutica es útil o potencialmente útil para lograr los objetivos en psicoterapia. Asimismo, señala dos tipos de alianza según la fase o etapa de la terapia. Así es posible distinguir: alianza de tipo 1, aquella que se da en el inicio de la terapia y alude a la sensación del paciente de contar con el apoyo del terapeuta, y alianza de tipo 2, la que se desarrolla en fases posteriores y consiste en la sensación de trabajo conjunto.

Greenson en concordancia con Gelso (1985, 2011) introduce un modelo en base a la proposición de que todas las relaciones de terapia están compuestas por tres partes: transferencia, alianza y relación real. De todos estos conceptos, el que recibió mayor aceptación por parte de otros modelos teóricos no psicoanalíticos es el de Alianza Terapéutica, redefinida por Luborsky (1976) y, en particular, por Bordin (1994) como un componente genérico de todas las relaciones de ayuda (Horvath & Bedi, 2002; Horvath & Luborsky, 1993). Los otros dos conceptos (transferencia y relación real) se abordan exclusivamente en la teoría psicodinámica, en el cual la relación real es una consecuencia lógica de la anterior (transferencia). “Real es experimentar y percibir al otro en términos que encajen con él o ella (en lugar de proyecciones que se basan en miedos y deseos que se relacionan con los otros significativos del pasado)”; de esta forma, lo real se opone a la transferencia. Por lo tanto, para describir el concepto de lo real es necesario considerarlo en conjunto con su contraparte, la transferencia.

La Alianza Terapéutica bajo la perspectiva de las terapias psicodinámicas y psicoanalíticas

A partir de la década '70 junto con el incremento de los estudios de proceso y resultado en psicoterapias, este concepto se utiliza, no sólo en diferentes modelos teóricos sino en diseños que consideran cuadros psicopatológicos específicos, tales como los trastornos de la personalidad, la depresión, la ansiedad, por citar algunos de ellos.

La importancia de la alianza terapéutica en los tratamientos de pacientes con trastornos de la personalidad ha sido ampliamente estudiada. Piper, *et al.* (1991) observaron que el nivel de alianza terapéutica y el resultado del tratamiento se encuentra asociado a la calidad de las relaciones objetales de los pacientes. En este sentido, los abandonos en psicoterapia representan una gran dificultad en los pacientes con trastornos de la personalidad (Gunderson, *et al.*, 1989; Skodol, *et al.*, 1983). Tal como establecen Perry & Bond (2002) estos pacientes tienen

problemas interpersonales que pueden transferir a la psicoterapia afectando el desarrollo de la alianza terapéutica. Asimismo, una alianza deteriorada o pobre puede llevar a la terminación prematura del tratamiento. En relación a esto, Hilsenroth, *et al.* (1998) sugieren que la capacidad o necesidad del paciente de establecer vínculos afectivos es un predictor en la continuación de la terapia, mientras que el egocentrismo y la indiferencia predicen el abandono. A modo de evitar los abandonos y resaltando la importancia del factor relacional en psicoterapia, Piper, *et al.* (1995) advierten que es de suma importancia que los terapeutas controlen los cambios en la alianza en las primeras fases de la terapia, abordando los problemas cuando ésta se deteriora o no mejora.

Por otra parte, Gunderson (2002) propone un esquema, una guía, señalando las distintas fases de cambio durante la terapia en los pacientes con diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad para que, de esta forma, tanto terapeuta, como paciente y sus familiares puedan reconocer la eficacia del tratamiento.

En la Fase I de la terapia planteada por Gunderson (2002), ubica la construcción de una alianza contractual (de 0 a 3 meses). Este proceso implica la definición de papeles y objetivos y establecer una estructura determinada, de esta forma destaca la importancia de generar un contrato entre terapeuta y paciente el cual permite reducir el problema de los abandonos. Esto se realiza con la finalidad de conseguir que estos pacientes establezcan una mejor implicación en la terapia.

En la Fase II, hace referencia a la construcción de una alianza relacional (de 1 mes – 1 año). Comienza luego de establecer la alianza contractual y consiste en el control emocional y conductual. Desarrollar una alianza relacional requiere un carácter responsable y afable por parte del terapeuta, así como la percepción de que se puede esperar un futuro mejor.

En la Fase III, se observa la dependencia positiva (de 1-2 o 3 años), la cual consiste en una sensibilidad extrema a los estados ánimo, actitudes y ausencias del terapeuta. Los pacientes no se resisten tanto a hablar sobre ellos mismos y las observaciones realizadas por el terapeuta son valoradas por los mismos. Esta dependencia positiva genera una actitud tranquilizadora en los pacientes. El trabajo en la terapia sigue siendo básico, ya que se continúa intentando conectar los sentimientos a situaciones y conductas. Al mismo tiempo que se reducen las conductas características de estos pacientes en relación a poner a prueba al terapeuta y los límites de la terapia, por parte del terapeuta se observa un rol más asociado a la contención y a proporcionar apoyo, ayudando a mejorar la tolerancia emocional.

En la Fase IV (a partir de 2 o 3 años), el objetivo es formar una relación más estable y segura, y asumir una alianza de trabajo en colaboración. Los terapeutas deben impulsar la competitividad en los pacientes, logrando que los mismos no se sientan culpables, sean autónomos y generen relaciones estables. La terminación de esta fase se corresponde con la implicación y satisfacción en el trabajo y en las relaciones fuera de la terapia.

En esta línea, Gunderson (2002) desarrolla tres formas de Alianza Terapéutica que se dan de forma consecutiva durante la terapia. En primer lugar, ubica la Alianza Contractual la cual hace referencia al acuerdo inicial entre el paciente y el terapeuta en cuanto a los objetivos terapéuticos y a su papel en la consecución de éstos, dicha forma de alianza se puede observar en la Fase I. En segundo lugar, ubica la forma relacional, dimensión afectiva y empática, en la cual el paciente considera que el terapeuta es atento, comprensivo, auténtico y amable, y se corresponde con la Fase II. En tercer y último lugar, ubica a la Alianza de trabajo, que resalta la dimensión cognitiva y emocional; y busca que el paciente considere al terapeuta como un colaborador, como una persona confiable. En el establecimiento de esta alianza se observa una mejoría significativa para los pacientes límite. Esta forma de alianza se corresponde con la Fase III y IV de la terapia.

En relación a los pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad, durante los años '90 en University College London, Fonagy & Target (1996) desarrollaron la Terapia basada en la Mentalización que resalta la importancia de los vínculos de apego del paciente en su desarrollo temprano siendo éstos fundamentales en su posterior capacidad de mentalización. En otras palabras, Fonagy (2000) destaca que la función reflexiva y su contexto de apego son la base de la organización del *self*. De esta forma, el niño que se desarrolla en un ambiente de maltrato ve disminuida su capacidad reflexiva ya que, al no verse a sí mismo como digno de ser querido, se niega o distorsiona el significado de los estados intencionales de sus figuras de apego, evitando así tener que pensar sobre los deseos de sus cuidadores de hacerles daño. En este sentido, la Terapia basada en la Mentalización tendrá como foco la comprensión de los estados mentales, la reactivación de la función reflexiva, en un contexto interpersonal donde la relación de apego con el paciente permitirá recrear la situación de reconocimiento del *self* como intencional, real y claramente percibido por él mismo.

Los estudios sobre Psicoterapia focalizada en transferencia (Studies of Transference-Focused Psychotherapy - TFP) presentan en la actualidad buenas perspectivas y ofrecen resultados prometedores aunque aún es escasa la evidencia sobre la efectividad de la TFP en comparación con los modelos de la DBT y la terapia de apoyo. (TSE).

La TFP se basa en técnicas de clarificación, confrontación e interpretación de la transferencia en la relación del terapeuta y su paciente.

Bateman y Fonagy (2004) al igual que otros modelos de abordaje como la DBT, consideran que al inicio del tratamiento el foco principal debe establecerse en los temas que más afectan al paciente y que se despliegan en la transferencia del tratamiento.

Per Høglend (2014) enfatiza en la importancia de los factores genéticos, la infancia, y experiencias interpersonales posteriores en la manera en que los pacientes se relacionan con los terapeutas. El autor toma la definición de transferencia propuesta por la APA (American Psychological Association) conceptualizada como un “desplazamiento de los patrones de sentimientos, pensamientos y

comportamientos, experimentados originalmente en relación con figuras significativas en la infancia, en una persona involucrada en una relación interpersonal actual”, y enfatiza en la importancia que los teóricos relacionales le han dado en las últimas décadas a las reacciones contra-transferenciales, centrándose en la transferencia como una co-construcción del paciente y el terapeuta. Desde esta óptica, define la transferencia como los patrones de sentimientos, pensamientos, percepciones y comportamientos del paciente que surjan dentro de la relación terapéutica y reflejen aspectos del funcionamiento de la personalidad del paciente (independientemente del origen del desarrollo de estos patrones).

Por otra parte, este investigador considera al trabajo transferencial como cualquier intervención del terapeuta que señala, se refiere a, se pregunta acerca de, o explica la experiencia del terapeuta y del paciente, en la interacción paciente-terapeuta en curso.

El trabajo transferencial puede ser operacionalizado en cinco categorías de las intervenciones con referencia explícita al terapeuta (Amlo, Ulberg, Høglend, escalas inéditas, 2012):

1. *El terapeuta se dirige a las transacciones en la relación paciente-terapeuta.*
2. *El terapeuta facilita la exploración de los pensamientos y sentimientos acerca de la terapia, del terapeuta, y del estilo y comportamiento del terapeuta.*
3. *El terapeuta anima al paciente a discutir cómo él o ella cree que el terapeuta puede sentir o pensar.*
4. *El terapeuta se incluye a sí mismo de manera explícita en la vinculación interpretativa de elementos dinámicos (conflictos), manifestaciones directas de la transferencia, y alusiones a la transferencia.*
5. *El terapeuta interpreta patrones repetitivos interpersonales (Incluidas las relaciones con los padres) y vincula estos patrones a los intercambios entre el paciente y el terapeuta.*

A partir de la operacionalización de las intervenciones en la transferencia, Per Høglend, *et al.*, (2006) realizaron un estudio experimental donde se observó que las terapias con una baja frecuencia de intervenciones de transferencia (promedio, 1 por sesión) tuvieron un resultado más favorable que los tratamientos con una alta frecuencia de estas intervenciones (media, 6 por sesión), lo que sugirió un efecto causal negativo del uso frecuente de las intervenciones de transferencia.

El autor, recupera dos estudios previos que examinaron la eficacia de la psicoterapia centrada en la transferencia. Uno de ellos (Clarkin, Levy, Lenzenweger, Kernberg, 2007) consistía en un ensayo clínico, en el cual 90 pacientes ambulatorios (93% mujeres) con trastorno límite de la personalidad, fueron asignadas aleatoriamente a psicoterapia centrada en la transferencia, a terapia dialéctica del comportamiento y psicoterapia de apoyo psicodinámica. El tratamiento centrado en la transferencia considera que la comprensión de cómo los pacientes se relacionan con su terapeutas, puede mejorar las relacio-

nes del paciente fuera de la terapia. Si bien, no hubo diferencias significativas entre los tres tratamientos en las variables de resultado primarias, la psicoterapia centrada en la transferencia fue superior con respecto a las variables tales como capacidades meta-cognitivas y socio-cognitivas (patrones de apego y la función reflexiva). El otro estudio de terapia centrada en la transferencia (Doering et. al, 2010) incluyó 104 pacientes de sexo femenino con trastorno límite de la personalidad que fueron asignados al azar a la terapia centrada en la transferencia y al tratamiento por terapeutas experimentados de la comunidad. Los autores informaron que la terapia centrada en la transferencia era superior en la reducción de síntomas *borderline* y problemas interpersonales, pero no en la ansiedad y la depresión.

Otra corriente psicoterapéutica considerada por Per Høglend (2014) es el tratamiento centrado en la alianza como una forma de terapia breve relacional basada en los principios del psicoanálisis relacional. Su objetivo es que el paciente, junto con el terapeuta, exploren lo que está pasando en la relación terapéutica realizando un seguimiento de las rupturas en la alianza. También incluye la auto-revelación del terapeuta y el reconocimiento de la propia responsabilidad en su contribución a las rupturas de la alianza y malentendidos. El autor enfatiza en dos estudios realizados por representantes de esta línea. Por una parte, Muran et al. (2005) realizaron un estudio con 128 pacientes con trastornos de la personalidad del grupo C que fueron asignados al azar a 30 sesiones de terapia breve relacional, psicoterapia dinámica a corto plazo, y la terapia cognitivo-conductual. Como resultado, se observó que los tres tratamientos fueron igualmente efectivos, pero la terapia relacional breve tuvo menos abandonos. Por otra parte, Crits-Christophet *al.*, (2010), realizaron un estudio piloto en el cual encontraron que la formación de los terapeutas en una terapia centrada en la alianza produjo pequeñas mejoras, no significativas en los síntomas pero sí en la calidad de vida. El enfoque consistió en acordar metas, identificar las rupturas de la alianza y explorar los sentimientos subyacentes en la relación del paciente con el terapeuta.

Per Høglend, *et al.*, (2006) realizaron el Primer Estudio Experimental del Trabajo Transferencial (FEST). Con el objetivo de investigar los efectos a largo plazo del trabajo transferencial en psicoterapia dinámica fueron asignados al azar 100 pacientes a 1 año de psicoterapia dinámica con un bajo nivel a moderado de trabajo transferencial o psicoterapia dinámica sin trabajo transferencial. Los mismos terapeutas administran ambos tratamientos después de una amplia formación. La integridad del tratamiento se documentó con puntuaciones de más de 450 sesiones completas. En los resultados se observó en primer lugar, que no hubo un efecto general del trabajo transferencial. Sin embargo, los pacientes con una baja calidad en las relaciones de objeto se beneficiaron significativamente más con la terapia con trabajo transferencial que con la terapia sin trabajo transferencial. Este efecto se mantuvo durante un seguimiento de 3 años. En segundo lugar, los pacientes con relaciones maduras y

mayores recursos psicológicos se beneficiaron igualmente de ambos tratamientos. Además, los pacientes femeninos respondieron significativamente mejor que los hombres a la terapia con trabajo transferencial. En tercer lugar, la tasa de deserción es de 0% en el grupo de terapia con trabajo transferencial y 22% en el grupo de comparación. Los pacientes que no recibieron trabajo transferencial tuvieron cerca de cuatro veces más tratamiento especializado en salud mental (adicional) durante un período de 3 años de seguimiento, en comparación con los pacientes que recibieron trabajo transferencial.

Por último, el efecto a largo plazo del trabajo transferencial entre los pacientes con baja calidad las relaciones de objeto es explicado por el aumento de autocomprensión durante la terapia. Varios estudios sugieren que los cambios en la visión o autocomprensión son específicos de la psicoterapia dinámica y no están asociados con otros tratamientos, como la terapia cognitivo-conductual o medicamentos antidepresivos.

Aunque el concepto de alianza se originó de las teorías psicoanalíticas (por ejemplo, Freud, 1912/1958, 1913/1958; Greenson, 1967; Zetzel, 1956), dentro de los últimos veinte años toma relevancia dentro de las conceptualizaciones e investigaciones sobre el proceso terapéutico. Una de las razones por la que el estudio de la alianza ha crecido en importancia es el hecho de que los investigadores de distintos marcos teóricos de la psicoterapia, han postulado que la alianza terapéutica es un elemento esencial del proceso terapéutico, ya que han encontrado consistentemente que la alianza se relaciona con el resultado del tratamiento (Horvath & Symonds, 1991; Høglend, 2014).

Por otro lado, otra razón de interés es la dificultad de los investigadores para encontrar una diferencia consistente en la efectividad de la psicoterapia a través de orientaciones. Como resultado de la conclusión de que psicoterapias son generalmente eficaces (por ejemplo, Lambert & Bergin, 1994; Smith, Glass & Miller, 1980; Stiles, Shapiro & Elliot, 1986), muchos investigadores han buscado factores comunes a través de terapias que puedan explicar los resultados terapéuticos. De estos investigadores, varios han empezado a conceptualizar la alianza como un factor común a través de disciplinas terapéuticas; algunos incluso han comenzado a argumentar que la calidad de la alianza es más importante que el tipo de tratamiento en la predicción de los resultados terapéuticos positivos (por ejemplo, Safran & Muran, 1995).

Mc Cullough (2000) retoma recientemente con énfasis la utilidad para los tratamientos de los planteos de Gelso acerca de la realidad real como un aspecto personal de la relación. Considera que involucra el cuidado y los sentimientos individuales de adultos de igual estatus que se involucran emocionalmente uno con el otro de tal manera que promueven la curación del paciente.

Según Hatcher (2009) la división más básica en investigación en psicoterapia implica diferenciar la técnica de la relación. Retoma a Gelso que propone modelo tripartito de relación. El primer elemento que destaca es la alianza, como el esfuerzo por involucrar la paciente en el trabajo de la terapia. Un segundo elemento es la relación real,

englobando a aquellos comportamientos genuinos y reales de paciente y terapeuta. Y por último, la transferencia, que son los comportamientos distorsionados por las experiencias pasadas. Basado en esta conceptualización, Gelso propone el Inventario de Relación Real (RRI) para medir la autenticidad de la relación. Hatcher critica tanto a la teoría como al instrumento. Por una parte, señala que el enfoque reduce la comprensión de lo que está sucediendo en una terapia debido a que cualquier actividad o actitud sirve a múltiples propósitos, no pudiendo pertenecer a una categoría exclusiva, de esta forma, la alianza puede ser expresada, promovida y encarnada en todas las actividades y actitudes en terapia. Retoma la definición de alianza de trabajo que incluye “todas las acciones e intenciones conscientes de los participantes que se relacionan directamente con el logro del trabajo de terapia” (Gelso, 2009, p.257), y refiere que no se están considerando aquellas acciones inadvertidas, destinadas a otros fines, que pueden contribuir a la alianza.

Por otra parte, Hatcher (2009) refiere que los sentimientos y actitudes personales, también aparecen en cualquier momento de la terapia, y no sólo en los momentos de relación real. En relación al instrumento para medir la relación real, dirá que la operacionalización se ve dificultada por este motivo, y que es ambicioso pretender cubrir el grado de autenticidad y realismo, y medir la valencia, la positividad o la negatividad de las actitudes o sentimientos hacia el otro. A su vez, refiere que los ítems son ambiguos y las definiciones difusas.

Discusión

En el presente hemos reseñado el concepto de transferencia y contratransferencia. Seguidamente hemos reseñado y comentado algunos de los recientes y numerosos estudios con apoyo empírico de modelos psicoterapéuticos de raíz psicoanalítica que han encontrado diversos grados de validación y la utilidad del concepto de Alianza Terapéutica.

Consideramos que hay tres aspectos que nos permitirían comprender la utilidad del concepto y el desarrollo del mismo. Es claro dada la prolífica cantidad de autores que utilizan el concepto dentro de las terapias psicoanalíticas, y también en otras terapias de diversas orientaciones, que dicho concepto es útil, no sólo clínicamente sino también en la investigación en psicoterapias. La operacionalización del mismo en muchos estudios aún en progreso da cuenta de su utilidad a la hora de la búsqueda de validación y efectividad de los modelos de psicoterapia.

La valoración de la operacionalización de conceptos de raíz psicoanalítica y la validación de modelos psicoterapéuticos de la misma orientación es una tendencia que se ha iniciado hace ya varias décadas, sin embargo no es una dirección que no haya generado controversias. No es objeto del presente trabajo realizar una revisión de las múltiples posturas que se han generado a partir del desarrollo de la investigación en psicoterapia. De manera global podemos señalar que las opiniones se dividen entre aquellos autores

que se inclinan por la búsqueda de evidencia empírica que se adecue a los requerimientos actuales en salud y la universalización de determinados hallazgos, y aquellos otros que, fieles a algunos postulados de las diferentes corrientes psicoanalíticas, consideran que la utilización de métodos empíricos implica una pérdida de riqueza, complejidad y profundidad de los conceptos.

Dentro del grupo de los modelos que buscan su apoyo en la investigación, diferentes autores (Luborsky, 2002) destacan a aquellos que le han otorgado un mayor énfasis al estudio de los factores relacionales basados en el conocido veredicto del pájaro Dodó que destaca la relevancia de los factores comunes y la alianza terapéutica. Consideramos que son valiosas las dos posiciones pero que lo novedoso que permite hacer frente a los requerimientos de validez y confiabilidad está probado en los buenos resultados extensamente detallados por Fonagy et al. (2014) en el famoso trabajo: “What Works for whom?”. Esta discusión se encuentra reflejada en el ámbito local en numerosos artículos de Juan Pablo Jiménez (2005).

A su vez, la elaboración de instrumentos de medición que acompañen los desarrollos conceptuales es un tema en crecimiento que tiene en su base en diferentes perspectivas de la llamada relación real y su utilidad en la psicoterapia. Este tema se ha tratado desde distintas perspectivas en los últimos años (Del Re, Flückiger, Horvath, Symonds, & Wampold, 2012; Hatcher, 2009; Horvath Del Re, Flückiger, Symonds, 2011).

Desde un punto de vista teórico clínico, creemos es interesante retomar la discusión planteada por Etchegoyen, que además de mantener los postulados clásicos de la realidad psíquica vincula al tema de la alianza con la asimetría en la relación analítica. La situación real es parte de la alianza y como tal debe ser cuidada ya que permite la asimetría necesaria para el desarrollo de cualquier tarea, no solo la analítica en la cual el rol es ocuparse de la neurosis de transferencia. Por lo tanto, plantea que la asimetría es complementaria o doble y es propia a toda relación humana. Sin embargo, hace referencia a que la asimetría de la transferencia no debe ser utilizada para manejar aspectos de la situación real ya que forman parte de la alianza de trabajo.

Esto nos lleva a pensar que si bien tanto Etchegoyen como otros autores han podido resolver este problema de la asimetría, al menos en términos teóricos, en la base de esto consideramos que se ubica una crítica al desarrollo quizás dogmático de tratamientos que necesitaban adecuarse a una mayor cantidad de población con otro tipo de problemáticas psicosociales a partir de la década del '50 como consecuencia de la II Guerra Mundial. Es por ello que pensamos que el concepto de alianza terapéutica, en buena medida, “soluciona” o es utilizado para flexibilizar el uso extremo de la asimetría en la transferencia. Harry Guntrip (1975) da testimonio, desde la perspectiva del paciente y autor, de la asimetría de la relación y del problema de la utilización de esta polarización conceptual.

Por otro lado, Winnicott (1959) no recurre a esta “solución” dada a partir de la relación real, ya que su

tratamiento no transcurre ni totalmente en la realidad real ni en la relación objetal primaria. El desarrollo del concepto de objeto transicional, fenómeno y espacio evita caer en la dicotomía entre transferencia (objeto interno) y realidad real (objeto externo).

Conclusión

A través de este estudio quisimos remarcar los aportes desde la teoría psicoanalítica al concepto de alianza terapéutica. Un concepto que es inherente a toda práctica clínica, y que se desarrolla justamente en el vínculo terapéutico.

Si la presente tendencia continúa afianzándose con el correr de los años nuevos aportes, producto del desarrollo de metodologías, permitirán reducir las diferencias entre clínicos, teóricos e investigadores y contribuirán a afianzar los modelos psicoterapéuticos que se nutren de conceptos psicoanalíticos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amlo, S., Ulberg, R., & Høglend, P. (2012). *Manual for coding the content, timing, and valence of transference work interventions and patient responses*. Oslo, Norway: University of Oslo, Department of Psychiatry.
- Baranger, W. y Baranger, M. (1961-62). *Problemas del campo psicoanalítico*, Buenos Aires Kargieman, 1969.
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2004). "Mentalization-based treatment of BPD". *Journal of personality disorders*, 18(1), 36-51.
- Bibring, E. (1937). "On the theory of the results of psychoanalysis". *International Journal of Psychoanalysis*, 18, 170-189.
- Bion, W. (1955). "Desarrollo del pensamiento esquizofrénico". En *Volviendo a pensar*, 55-63. Buenos Aires: Hormé.
- Bion, W. (1957). "Diferenciación de las personalidades psicóticas y no psicóticas". En *Volviendo a pensar*, 64-91. Buenos Aires: Hormé.
- Bion, W. (1957). "Sobre la arrogancia". En *Volviendo a pensar*, 86. Buenos Aires: Hormé.
- Bion, W. (1959). "Ataques al vínculo". En *Volviendo a pensar*, 128-158. Buenos Aires: Hormé.
- Bion, W. (1962). *Aprendiendo de la experiencia*. Buenos Aires: Paidós.
- Bion, W. (1969). "Notas sobre la memoria y el deseo". *Revista Argentina de Psicoanálisis*, XXVI, 679-682.
- Bion, W. (1977). *Volviendo a pensar*. Buenos Aires: Hormé.
- Bion, W. R., & de Breyter, H. F. (1972). *Transformaciones: del aprendizaje al crecimiento*. Centro Editor de América Latina.
- Bordin, E. S. (1994). "Theory and research on the therapeutic working alliance: New directions". *The working alliance: Theory, research, and practice*, 13-37.
- Clarkin JF, Levy KN, Lenzenweger MF, Kernberg OF: *Evaluating three treatments for borderline personality disorder: a multiwave study*. *Am J Psychiatry* 2007; 164:922-928
- Crits-Christoph, P., Gibbons, M. B. C., Crits-Christoph, K., Narducci, J., Schamberger, M., & Gallop, R. (2006). "Can therapists be trained to improve their alliances? A preliminary study of alliance-fostering psychotherapy". *Psychotherapy Research*, 16(03), 268-281.
- Crits-Christoph, P., Gibbons, M. B. C., Temes, C. M., Elkin, I., & Gallop, R. (2010). "Interpersonal accuracy of interventions and the outcome of cognitive and interpersonal therapies for depression". *Journal of consulting and clinical psychology*, 78(3), 420.
- De Bagnulo, S. B. (2003). "Agresividad y transferencia negativa". En *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 97, 50-59.
- Del Re, A. C., Flückiger, C., Horvath, A. O., Symonds, D., & Wampold, B. E. (2012). "Therapist effects in the therapeutic alliance-outcome relationship: A restricted-maximum likelihood meta-analysis". *Clinical psychology review*, 32(7), 642-649.
- Doering, S., Hörz, S., Rentrop, M., Fischer-Kern, M., Schuster, P., Benecke, C., & Buchheim, P. (2010). "Transference-focused psychotherapy v. treatment by community psychotherapists for borderline personality disorder: randomized controlled trial". *The British Journal of Psychiatry*, 196(5), 389-395.
- Gunderson, J. G., Prank, A. F., Ronningstam, E. F., Wachter, S., Lynch, V. J., & Wolf, P. J. (1989). "Early discontinuance of borderline patients from Psychotherapy". *The Journal of nervous and mental disease*, 177(1), 38-42.
- Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). "Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis". *Journal of counseling psychology*, 38(2), 139.
- Horvath, A.O. & Luborsky, L. (1993). "The role of the therapeutic alliance in Psychotherapy". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 561-573.
- Horvath, A.O. & Bedi, T. (2002). "The alliance". En J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 37-70). New York: Oxford University Press.
- Etchevoyen, H. (2010). *Los fundamentos de la técnica analítica*. Amorrortu, Buenos Aires.
- Etchevers, M., Pietra, G., & Battaglia, G. (2004). "Acerca de la Transferencia, la Contratransferencia y la Abstinencia en la Escuela Inglesa de Psicoanálisis: D. Winnicott". *Memorias de las XI Jornadas de Investigación*, 3, 50-53.
- Etchevers, M., Garay, C. J., Korman, G. P., González, M. M., & Simkin, H. (2012). Principales desarrollos y enfoques sobre alianza y relación terapéutica. *Anuario de Investigación*, Facultad de Psicología, UBA, 19(1), 225-232.
- Fonagy, P. (2000). "Attachment and borderline personality disorder". *Journal of the american psychoanalytic association*, 48(4), 1129-1146.
- Fonagy, P., Cottrell, D., Phillips, J., Bevington, D., Glaser, D., & Allison, E. (2014). *What works for whom?: a critical review of treatments for children and adolescents*. Guilford Publications.
- Fonagy, P., & Target, M. (1996). "Playing with reality: I. Theory of mind and the normal development of psychic reality". *International Journal of Psycho-Analysis*, 77, 217-233.
- Freud, S. (1910). "Las perspectivas futuras de la terapia psicoanalítica". En *Obras Completas*, Volumen XI. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1979.
- Freud, S. (1912). "Sobre la dinámica de la transferencia". En *Obras Completas*, Volumen XII. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1979.
- Freud, S. (1914). "Recordar, repetir y reelaborar". En *Obras Completas*, Volumen XII. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1979.
- Freud, S. (1915). "La represión". En *Obras Completas*, Volumen XIV. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1979.135-152.
- Freud, S. (1915). "Puntualizaciones sobre el amor de transferencia" (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis, III).

- En *Obras Completas*, Volumen XII. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1979.
- Freud, S. (1917). "Conferencia 27. La transferencia" (Conferencias de introducción al psicoanálisis). En *Obras Completas*, Volumen XVI. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1979. Freud, S. (1917). "Duelo y melancolía". En *Obras Completas*, 14, 235-255.
- Freud, A. (1927/1977). *Psicoanálisis de niños*. Buenos Aires: Paidós.
- Gelso, C.J. (1985). "The relationship in counseling and psychotherapy: Components, consequences and theoretical antecedents". *The Counseling Psychologist*, 2, 155-243
- Gelso, C. J. (2009). "The real relationship in a postmodern world: Theoretical and empirical explorations". *Psychotherapy Research*, 19(3), 253-264.
- Gelso, C.J. (2011). "The real relationship in psychotherapy: The hidden foundation of change". Washington, DC: American Psychological Association.
- Greenson, R. R. (1960). "Pathology of Empathy". *International Journal of Psycho Analysis*, 41, 418-424.
- Greenson, R. R. (1965). "The working alliance and the transference neuroses". *Psychoanalysis Quarterly*, 34, 155-181.
- Greenson, R. (1967). *The Technique and practice of Psychoanalysis*. New York: Basic Books.
- Gundersen, J. (2002). "Psicoterapia psicodinámica en el trastorno límite de la Personalidad". En J. Gundersen y G. O. Gabbard (Eds.), *Psicoterapia en los trastornos de la personalidad* (pp. 28). Barcelona: Ars Medica.
- Guntrip, H. (1975). "My experience of analysis with Fairbairn and Winnicott". *Int. J. Psycho-Anal.* 2, 145-156.
- Hartley, D. (1985). "Research on the therapeutic alliance in psychotherapy". *Psychiatry update annual review*, 4, 532-549.
- Hatcher, R. L. (2009). "Considering the real relationship: Reaction to Gelso's 'The real relationship in a postmodern world: Theoretical and empirical explorations'". *Psychotherapy Research*, 19(3), 269-272.
- Hilsenroth, M. J., Holdwick Jr, D. J., Castlebury, F. D., & Blais, M. A. (1998). "The effects of DSM-IV cluster B personality disorder symptoms on the termination and continuation of psychotherapy". *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 35(2), 163.
- Høglend, P., Amlo, S., Marble, A., Bøgwald, K. P., Sørbye, Ø. Mary Cosgrove Sjaastad, M. D., & Heyerdahl, O. (2006). "Analysis of the patient-therapist relationship in dynamic psychotherapy: An experimental study of transference interpretations". *American Journal of Psychiatry*.
- Høglend, P. (2014). "Exploration of the patient-therapist relationship in Psychotherapy". *American Journal of Psychiatry*.
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). "Alliance in individual psychotherapy". *Psychotherapy*, 48(1), 9.
- Kapelowitz, L.H. (1987). *To Love and To Work/ A Demonstration and Discussion of Psychotherapy*. New York: Grune & Stratton.
- Klein, M. (1927). "Simposium sobre análisis infantil". En *Amor, Culpa y Reparación. Obras Completas*, 1, 148-177. Buenos Aires: Paidós.
- Klein, M. (1932). "El psicoanálisis de niños". En *Obras Completas*. Parte 1: capítulo I, II, III, IV, V, VI. Buenos Aires: Paidós.
- Klein, M. (1952). "Algunas conclusiones teóricas sobre la vida emocional del bebé. En *Envidia y Gratitud. Obras Completas*, 3, 70-101. Buenos Aires: Paidós.
- Klein, M. (1953). "Los orígenes de la transferencia". En *Envidia y Gratitud*. En *Obras Completas*, 3, 57-65. Buenos Aires: Paidós.
- Lambert, M.J., & Bergin, A.E. (1994). *The effectiveness of psychotherapy*.
- Laznik, D. (2003). Configuraciones de la transferencia: masoquismo y separación. *Revista Universitaria Psicoanalítica*; 3: 67-76.
- Luborsky, L. (1976). *Helping alliances in psychotherapy. Successful psychotherapy*, 92-116.
- McCullough, J.P. (2000). *Treatment for chronic depression: Cognitive behavioral analysis system of psychotherapy (CBASP)*. New York: Guilford Press.
- Mitchell, S. (1988). "Relational Concepts in Psychoanalysis". *An Integration*. Cambridge, MA (Harvard University Press) 1988.
- Muran, J. C., Safran, J. D., Samstag, L. W., & Winston, A. (2005). "Evaluating an alliance-focused treatment for personality disorders". *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42(4), 532.
- Piper, W. E., Azim, H. F., Joyce, A. S., McCallum, M., Nixon, G. W., & Segal, P. S. (1991). "Quality of object relations versus interpersonal functioning as predictors of therapeutic alliance and psychotherapy outcome". *The Journal of nervous and mental disease*, 179(7), 432-438.
- Piper, W. E., Boroto, D. R., Joyce, A. S., McCallum, M., & Azim, H. F. (1995). "Pattern of alliance and outcome in short-term individual psychotherapy". *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 32(4), 639.
- Pelorusso, A., & Etchevers, M. (2010). "Potenciales psíquicos de salud y capacidad para el cambio psíquico en jóvenes y adultos en conflicto con la ley". *Investig. psicol.* 15(3), 85-100.
- Perry, J. C., & Bond, M. (2002). "Estudios empíricos sobre psicoterapia en trastornos de la personalidad". JG Gundersen y GO Gabbard. *Psicoterapia de los trastornos de la personalidad*, 1-35.
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (1995). "Resolving therapeutic alliance ruptures: Diversity and integration". In *Session: Psychotherapy in Practice*.
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2006). "Has the concept of the therapeutic alliance outlived its usefulness?" *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43(3), 286.
- Skodol, A. E., Buckley, P., & Charles, E. (1983). "Is There a Characteristic Pattern to the Treatment History of Clinic Outpatients with Borderline Personality?" *The Journal of nervous and mental disease*, 171(7), 405-410.
- Smith, M. L., Glass, G. V., & Miller, T. I. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Johns Hopkins University Press.
- Slapak, S. (1985). *Transferencia e identificación proyectiva*. Dpto. de Publicaciones. Facultad de Psicología. UBA.
- Slapak, S; Cervone, N; Luzzi, A (2009). "Estrategias Metodológicas en la Investigación Clínica". En *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XVIII (2), 157-176.
- Sterba, R. (1934). "The Fate of the Ego in Analytic Therapy". *International Journal of Psychoanalysis*, 15, 117-126.
- Stiles, W. B., Shapiro, D. A., & Elliott, R. (1986). "Are all psychotherapies equivalent?" *American psychologist*, 41(2), 165.
- Spillius, E. (2007). "Encounters with Melanie Klein: Selected papers of Elizabeth Spillius". Routledge. Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) for Windows (2006). Release 15.0.1. Chicago, Illinois: SPSS Inc.
- Winnicott, D. W. (1955). "Metapsychological and clinical aspects of regression within the psychoanalytical set-up". *The International Journal of Psychoanalysis*.

- Winnicott, D. W. (1955). "The depressive position in normal emotional development". *British Journal of Medical Psychology*, 28(23), 89-100.
- Winnicott, D. W. (1956). *Primary maternal preoccupation* (pp. 300-305). London: Tavistock.
- Winnicott, D.W. (1965b) *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*. Barcelona: Paidós, 1992 [W9].
- Winnicott, D.W. (1959). "El destino del objeto transicional". En *Exploraciones psicoanalíticas I*. (pp. 72-78). Barcelona: Paidós, 1991.
- Zetzel, E. R. (1956). An Approach to the Relation Between Concept and Content in Psychoanalytic Theory—(With Special Reference to the Work of Melanie. *Psychoanalytic Study of the Child*, 11, 99-121.
- Zetzel, E. R., & Meissner, W. W. (1973). *Basic concepts of psychoanalytic psychiatry*. Basic Books.
- Zukerfeld, R. (2001). Alianza terapéutica y encuadre analítico. *VERTEX Revista Argentina de Psiquiatría*, 12, 211-20.