



UNIVERSIDAD  
**NACIONAL**  
DE COLOMBIA

# **Comunicación Terapéutica y su Relación con la Resolución Exitosa o Fracasada de las Rupturas en la Alianza Terapéutica**

**Andrés Mauricio Sánchez Solarte**

Universidad Nacional de Colombia  
Facultad de Ciencias Humanas  
Departamento de Psicología  
Bogotá D.C.- Colombia  
Marzo 2017

# **Comunicación Terapéutica y su Relación con la Resolución Exitosa o Fracasada de las Rupturas en la Alianza Terapéutica**

**Andrés Mauricio Sánchez Solarte**

Tesis presentada como requisito parcial para optar al título de:  
**Magister en Psicología**

Directora:  
M.A. Carmen Elvira Navia Arroyo

Línea de Investigación:  
Psicología clínica, bienestar psicológico y sistemas

Universidad Nacional de Colombia  
Facultad de Ciencias Humanas  
Departamento de Psicología  
Bogotá D.C.- Colombia  
Marzo 2017

*A mi madre*

*La primera y más importante maestra de mi vida,  
quien me enseñó que las relaciones son aquello que  
cambia a las personas. Que escuchar alivia el dolor  
de la existencia y nos hace sentir parte de un lugar.  
Te fuiste demasiado pronto...*

## RUPTURAS EN LA ALIANZA Y COMUNICACIÓN TERAPÉUTICA

### Resumen

La alianza terapéutica (AT) atraviesa a lo largo de la psicoterapia momentos de ruptura, los cuales suponen una lucha de poder explícita o implícita entre las partes, que de manejarse inadecuadamente puede resultar en menores ganancias terapéuticas para el consultante o en deserción. En este sentido, el presente estudio buscó establecer aquellos manejos del control relacional que aumentan o disminuyen la probabilidad de resolución de los episodios de ruptura y secundariamente, la asociación de variables como reactancia, dominancia y tipo de ruptura con la resolución de la ruptura. Para tal fin, se analizaron 68 sesiones de terapia individual con 5 terapeutas y 11 consultantes, quienes completaron la Escala de Reactancia Terapéutica (TRS) en la primera sesión. Las rupturas en la alianza en tales sesiones fueron identificadas a través del Inventario de Alianza de Trabajo Segmentada con medida basada en el Observador (S-WAI-O). Se usó el acuerdo inter-jueces para determinar si las rupturas eran de tipo confrontativo o evitativo. Posteriormente, los episodios de ruptura fueron analizados a través del Sistema de Codificación del Control de la Comunicación Relacional (RCCCS), el cual permitió identificar los patrones de control relacional ahí presentes. Los análisis de regresión logística revelaron algunos patrones de control que incrementaron o disminuyeron la probabilidad de reparación de la ruptura, incluyendo aquellos con connotaciones de dominancia de los terapeutas sobre los consultantes y viceversa. Ni la reactancia, ni el tipo de ruptura predijeron la resolución de la ruptura de forma significativa. Finalmente, se ofrecen algunas recomendaciones técnicas a los terapeutas sobre el manejo del control relacional para favorecer la resolución de las rupturas en la AT.

Palabras clave: rupturas en la alianza, comunicación relacional, control, dominancia, reactancia, psicoterapia, alianza terapéutica.

# RUPTURAS EN LA ALIANZA Y COMUNICACIÓN TERAPÉUTICA

## Abstract

The therapeutic alliance (TA) goes, along therapy, through ruptures which suppose an explicit or implicit power struggle between the parts. If inadequately handled, this can result in less therapeutic gains for the consultant or dropping out of the treatment. This study sought, primarily, to establish the handling of relational control that increases or decreases the probability of resolution for the rupture episodes and, secondarily, the association of variables such as reactance, dominance and rupture type with the resolution of the rupture. Accordingly, 68 individual therapy sessions with 5 therapists and 11 consultants, who completed the Therapeutic Reactance Scale (TRS) on the first session, were analyzed. The ruptures of the alliance in the sessions were identified using the segmented Working Alliance Inventory Observer-based form (S-WAI-O). Inter-rater agreement was used to determine if the ruptures were confrontative or withdrawal. Subsequently, the rupture episodes were analyzed with the Relational Communication Control Coding System (RCCCS). This allowed to identify the relational control patterns in those episodes. Logistic regression analysis was used, revealing some control patterns which increased or decreased the odds ratio of the rupture resolution, including those with connotations of dominance of therapists over consultants and viceversa. Neither the reactance, nor the rupture type predicted the resolution of the rupture significantly. Finally, some technical recommendations are offered to therapists regarding the adequate handling of relational control to foster the resolution of ruptures in the TA.

Keywords: alliance ruptures, relational communication, control, dominance, reactance, psychotherapy, therapeutic alliance.

## RUPTURAS EN LA ALIANZA Y COMUNICACIÓN TERAPÉUTICA

### Agradecimientos

A todas aquellas personas que hicieron posible la realización de esta tesis, en especial a Roger Rojas y Karenth Jiménez, por sus incansables jornadas de análisis del material. A Manuel Moreno por su apoyo en la realización de los análisis estadísticos. A todos los terapeutas quienes venciendo sus propios fantasmas permitieron el registro de las sesiones.

Quiero agradecer también a mi directora, Carmen Elvira Navia, por enseñarme a tomar riesgos, a defender mis ideas y por su acompañamiento riguroso en todos estos años.

A mi familia por su paciencia y apoyo. A mi esposa María Fernanda por todos los años en los que ha permanecido a mi lado sorteando las crisis y los momentos de oscuridad, mientras este trabajo se materializaba.

Finalmente, a “mi vieja” Elisa, quien me cuida eternamente desde algún lugar desconocido...

**Tabla de Contenidos**

<b>Lista de Tablas .....</b>	<b>2</b>
<b>Lista de Figuras.....</b>	<b>3</b>
<b>Introducción .....</b>	<b>4</b>
<b>Marco Teórico .....</b>	<b>6</b>
<b>La alianza terapéutica .....</b>	<b>10</b>
Factores implicados en el desarrollo de la alianza terapéutica .....	16
<b>Rupturas en la alianza terapéutica.....</b>	<b>21</b>
Resolución de rupturas en la alianza terapéutica .....	27
<b>Comunicación terapéutica: rupturas en la alianza y control relacional.....</b>	<b>30</b>
<b>Pragmática de la comunicación y control relacional .....</b>	<b>32</b>
<b>Método .....</b>	<b>40</b>
<b>Participantes.....</b>	<b>40</b>
<b>Diseño .....</b>	<b>42</b>
Variables e instrumentos.....	42
<b>Procedimiento.....</b>	<b>52</b>
<b>Resultados.....</b>	<b>57</b>
<b>Discusión .....</b>	<b>72</b>
<b>Referencias.....</b>	<b>84</b>

**Lista de Tablas**

Tabla 1. <i>Extracto de codificación empleando el RCCCS</i> .....	56
Tabla 2. <i>Frecuencia de patrones de control relacional</i> .....	58
Tabla 3. <i>Patrones de control relacional en episodios de ruptura reparados y no reparados</i> .....	60
Tabla 4. <i>Patrones de control relacional en episodios de ruptura evitativa</i> .....	61
Tabla 5. <i>Patrones de control relacional en episodios de ruptura confrontativa</i> .....	62
Tabla 6. <i>Niveles de reactancia psicológica de consultantes y terapeutas -TRS</i> .....	63
Tabla 7. <i>Parámetros del MRL con efectos mixtos: efectos aleatorios</i> .....	65
Tabla 8. <i>Parámetros del MRL con efectos mixtos: efectos fijos</i> .....	67
Tabla 9. <i>Comparación de modelos de efectos mixtos</i> .....	69

**Lista de Figuras**

Figura 1. *Diseño y variables de la investigación*.....43

### **Introducción**

La investigación realizada en el campo clínico de la psicología en las últimas décadas, da cuenta de una clara asociación positiva entre los resultados de la terapia y la calidad de la alianza terapéutica (AT) (Ackerman & Hilsenroth, 2001; Horvath, 2013; Norcross, 2010; Norcross & Wampold, 2011a), esta última definida como una relación de cooperación y acuerdo entre consultantes y terapeutas respecto a las tareas y objetivos de la psicoterapia (Bordin, 1979). Cabe anotar que el desarrollo de esta relación es fluctuante (Horvath, Del Re, Flückiger & Symonds, 2011; Kalogerakos, 2010) y en ocasiones llega a tensionarse.

En consecuencia, estos momentos de tensión o ruptura deben abordarse adecuadamente, no solo para evitar la deserción del consultante (Safran & Muran, 2000; Safran, Muran, & Proskurov, 2009; Safran & Boutwell, 2013), sino porque se ha encontrado que una mayor frecuencia de episodios exitosos de reparación de rupturas en la AT, se asocia con un mejor resultado terapéutico (Safran, Muran, & Eubanks-Carter, 2011). En esta medida, es necesario hacer que el proceso de resolución de rupturas en la AT sea eficiente y que los terapeutas logren ajustar su intervención a las características individuales de aquellos que asisten a consulta (Lambert & Barley, 2001).

El desarrollo y mantenimiento de la alianza terapéutica es un proceso de negociación dinámico entre consultante y terapeuta, que tiene lugar primordialmente a través de intercambios comunicativos. Sin embargo, existe poca evidencia empírica sobre dicho proceso interaccional y aún menos, en relación a cómo esta relación llega a tensionarse y a la forma en la cual los terapeutas mediante determinados procesos

comunicativos pueden restablecer el trabajo colaborativo con sus consultantes (Muntigl & Horvath, 2014, 2016). Teniendo en cuenta lo anterior, la presente investigación busca comprender el proceso terapéutico y determinar las interacciones comunicativas del terapeuta, vistas desde la perspectiva del control relacional, entendido como el proceso mediante el cual las acciones comunicativas favorecen o promueven determinadas acciones/respuestas entre los interactuantes (Millar & Rogers, 1987; Rogers & Escudero, 2004) y que se relacionan con la resolución exitosa o fallida de los episodios de rupturas en la alianza. Se espera poder así ofrecer algunas recomendaciones para el manejo de estos episodios en la práctica clínica.

A continuación, se presentan los aspectos teóricos generales de esta investigación, iniciando en primer lugar con la importancia y características de la dimensión relacional dentro de la cual se enmarca la alianza terapéutica. Posteriormente, se muestran los elementos de un modelo interaccional, donde se concibe la comunicación como un proceso dinámico y en el cual las rupturas en la alianza son vistas desde la negociación continua y recíproca a partir de la búsqueda, cesión o neutralización del control.

### **Marco Teórico**

La psicoterapia es un proceso que se realiza fundamentalmente a través de la relación entre un consultante y un terapeuta. Para algunos modelos esta relación representa un medio en el cual la técnica puede implementarse de forma óptima (Barlow, 2004), mientras que otros le otorgan un papel preponderante como medio de análisis y transformación (Bachelor & Horvath, 1999; Gelso, 2014; Rogers, 1957).

El auge del movimiento de los tratamientos empíricamente soportados (TES) tuvo una marcada incidencia en el descuido de la dimensión relacional, prevaleciendo un claro interés por la técnica con el fin de establecer la eficacia de tratamientos particulares para desordenes específicos (Chambless & Ollendick, 2001). No obstante, en años recientes se ha cuestionado de forma sistemática la validez de este tipo de abordaje (Navia, 2006; Norcross, 2011; Starcevic, 2003), razón por la cual, a principios del milenio surge una fuerza de tarea dedicada a rescatar la importancia de la relación terapéutica y estudiar el impacto de los factores comunes en el resultado terapéutico (Horvath, 2011; Norcross, 2002; Wampold, 2015). De esta forma, la centralidad en los ingredientes terapéuticos específicos ha cedido paso a un progresivo protagonismo de la relación, incluso en modelos que anteriormente mostraban poco interés en ella (Lejuez, Hopko, Levine, Gholkar, & Collins, 2005; Raue, Goldfried, & Barkham, 1997).

En este panorama es necesario preguntarse por aquello que se entiende cuando se habla de relación terapéutica. Gelso y Carter (1994) la definen como el conjunto de sentimientos y actitudes que el terapeuta y el consultante tienen uno hacia el otro y la manera en la cual estos son expresados. Para los autores, la relación terapéutica en varios

modelos clínicos consta de tres elementos interrelacionados: una relación real, una alianza de trabajo y una configuración de transferencia (*i.e.* transferencia del consultante y contratransferencia del terapeuta).

La relación real es el fundamento de toda relación terapéutica y se define como la relación personal entre terapeuta y consultante, la cual se encuentra marcada por el grado de genuinidad del uno con el otro y la forma en la cual sus percepciones o experiencias se corresponden con los atributos de ese otro. Por lo tanto, en la relación real se pueden distinguir dos características: la genuinidad y el realismo (o percepciones realistas del otro). En esta medida, desde una perspectiva psicométrica, Gelso (2014) sostiene que la cuantía de genuinidad y realismo se considera como la magnitud de la relación real, mientras que el grado en que estos son positivos o negativos se denomina valencia. Por ejemplo, un consultante puede percibir al terapeuta realísticamente, valorándolo como una persona genuina, pero esto no necesariamente quiere decir que el terapeuta le agrade. En consecuencia, la combinación de magnitud y valencia pueden considerarse como un índice de la relación real, siendo una mayor magnitud y una valencia más positiva indicadores de una relación real más fuerte y mejor.

El segundo componente de la relación es la alianza terapéutica (AT), definida como el compromiso de trabajo establecido racionalmente entre el consultante y el terapeuta, la cual permite a cada uno observar, entender y hacer el trabajo de la psicoterapia, a pesar de los distintos obstáculos emocionales y resistencias que permean todas las terapias (Greenson, 1965; Sandler, Dare, & Holder, 1986). Bordin (1979) propone tres componentes de esta AT, a saber: un vínculo de compromiso con la terapia, acuerdos en

las metas de la terapia y sobre la forma en la que éstas han de ser alcanzadas (Gelso, 2014; Horvath *et al.*, 2011).

El tercer y último aspecto es la configuración transferencial, la cual se encuentra constituida por la transferencia y la contratransferencia. Existen variadas definiciones y discusiones respecto al concepto de transferencia; sin embargo, desde una perspectiva relacional esta puede concebirse como el aspecto de la relación terapéutica que se encuentra mediado por los esquemas relacionales -formados a lo largo de la historia personal del consultante y que operan de manera no consciente- los cuales generan expectativas y reacciones particulares frente a la figura del terapeuta. En cuanto al concepto de contratransferencia, el término hace alusión al conjunto de emociones, pensamientos, asociaciones y comportamientos del terapeuta en respuesta a la transferencia del consultante, en conjunción con vulnerabilidades y conflictos emocionales, pasados y presentes, de este último (Gelso & Hayes, 2007).

Gelso (2014) señala que las reacciones contratransferenciales internas del terapeuta (*i.e.* no actuadas o expresadas comportamentalmente) tienden a ocurrir en un alto porcentaje de las sesiones, mientras que la actuación de la contratransferencia ocurre en un número significativamente menor. No obstante, cuando se traduce en acción, la contratransferencia tiende a afectar de forma adversa los resultados del tratamiento (Hayes, Gelso, & Hummel, 2011).

En este punto cabe mencionar que si bien los orígenes conceptuales de lo que se ha denominado como configuración transferencial están anclados al desarrollo de la teoría psicoanalítica, esta es un fenómeno que, aunque no siempre se trabaja o se toma en cuenta,

se presenta en todas las terapias, tanto analíticas como no analíticas (Andersen & Przybylinski, 2012; Gelso & Bhatia, 2012). Por ejemplo, Gluhoski (1994) en su revisión sobre los conceptos erróneos de la terapia cognitiva, afirma que es importante para el terapeuta cognitivo prestar atención a las reacciones de transferencia del consultante y favorecer la discusión abierta de esas reacciones, en tanto indican que esquemas particulares han sido activados en relación con las acciones del terapeuta y por tanto, son objeto de modificación.

En una revisión más reciente, Prasko *et al.* (2010) sugieren que tanto la transferencia como la contratransferencia sean examinadas abiertamente y cuidadosamente en el marco de la terapia cognitivo-conductual. Mientras que un análisis de la transferencia apunta a mejorar el funcionamiento interpersonal del consultante, el examinar las reacciones contra-transferenciales ofrece al terapeuta un reflejo de lo que el consultante suele evocar en sus relaciones fuera del contexto terapéutico.

Vistas las posibles discrepancias que los adherentes a algunas orientaciones terapéuticas puedan tener respecto a la idea de desplazamiento o movilización inconsciente de afectos y comportamientos de una situación pasada a la interacción presente con el terapeuta, se hace conveniente redefinir la noción de transferencia y contra-transferencia. Estas habrán de ser entendidas como una actualización de esquemas relacionales –cuyos orígenes pueden trazarse o remontarse a las experiencias tempranas con figuras cuidadoras-, que se ponen en acción en la interacción consultante-terapeuta (Scarvalone, Fox, & Safran, 2005).

Por último, cabe puntualizar que tanto la relación real como los fenómenos de transferencia ocurren en todas las relaciones humanas (Andersen & Przybylinski, 2012; Gelso, 2014), mientras que la AT es propia de las relaciones de ayuda. En este sentido, la alianza de trabajo es solo una de las dimensiones de la relación terapéutica, que no debe ser confundida con la totalidad de la relación, lo cual es un error bastante común (Horvath, 2013). En consecuencia, se hace necesario contar con una mayor claridad respecto a su naturaleza y el porqué de su centralidad en la terapia.

### **La alianza terapéutica**

El término alianza fue inicialmente planteado dentro de la corriente psicoanalítica, encontrándose diferentes acepciones a lo largo de la historia, tanto dentro de esta escuela como en otros modelos clínicos. Enseguida se presentan los puntos clave de su evolución conceptual y formas de medición en diferentes orientaciones teórico-clínicas.

Zetzel (1956) estableció formalmente que la alianza terapéutica es esencial para la efectividad de cualquier intervención terapéutica, definiéndola como la identificación o transferencia positiva del paciente con el terapeuta, que permite al paciente trabajar de forma colaborativa con el analista a pesar de las sensaciones de conflicto respecto a este último y al proceso.

Posteriormente, Greenson (1965) acuñó el término de alianza de trabajo (AT), entendida como una sintonía racional que el paciente experimenta con su analista y la capacidad tanto del paciente como del terapeuta de trabajar conjunta y deliberadamente en el tratamiento. En otras palabras, esta definición de la AT hace énfasis en el deseo o

motivación racional del paciente para cooperar con su analista, de utilizar sus intervenciones e interpretaciones y de llegar a alcanzar un estado de bienestar.

Por su parte, Luborsky (1994) sugirió que la alianza entre consultante y terapeuta se desarrollaba en dos etapas. La primera (alianza tipo I) implica la creencia del consultante en el terapeuta como una fuente de ayuda y como alguien con quien puede establecer una relación cálida, de cuidado y de soporte. Una vez establecida esta relación segura es posible avanzar a la segunda fase (alianza tipo II), la cual supone confiar en el proceso terapéutico, comprometerse con los supuestos ofrecidos por el terapeuta sobre la naturaleza del problema y sobre la importancia de realizar ciertas acciones dentro de la sesión, aunada al deseo del consultante de implicarse y apropiarse del proceso terapéutico. Una medida derivada de esta concepción es la Penn Helping Alliance Scale (Horvath & Bedi, 2002) la cual parece hacer énfasis tanto en los aspectos del trabajo terapéutico como en la relación entre consultante y terapeuta, pero únicamente desde la perspectiva individual del consultante.

Gaston y Marmar (1994) desarrollaron un modelo que incluye cuatro dimensiones: a) el vínculo entre el consultante y terapeuta, b) el acuerdo y la colaboración en las tareas y metas de la terapia; c) la sintonía empática por parte del terapeuta y por último, d) la capacidad de trabajo del consultante (o fuerza del ego) para movilizar recursos con el fin de implicarse con el tratamiento. Estas cuatro dimensiones están reflejadas en el California Psychotherapy Alliance Scale –CALPAS-. Esta concepción de la AT da primacía a los aspectos relacionales sobre los componentes más cognitivos (*i.e.* acuerdos en metas y métodos).

En este punto es conveniente resaltar que tanto la definición de alianza propuesta por Luborsky (1994), como la de Gaston y Marmar (1994), mantienen en su conceptualización aspectos del modelo psicodinámico como la fortaleza del ego, - presentes ya en la conceptualización de Greenson (1965) y Zetzel (1956)- incluyendo aspectos del terapeuta como la sintonía empática. Por otra parte, tomando distancia de las concepciones psicodinámicas sobre la AT, Bordin (1979) planteó un modelo transteórico fundamentado en el análisis de los aspectos comúnmente trabajados en diversas orientaciones terapéuticas respecto a la alianza de trabajo. Según Bordin, la AT es un trabajo colaborativo y con propósito entre consultante y terapeuta que, como ya se mencionó, implica acuerdos sobre las tareas o metodologías de trabajo, acuerdos en cuanto a las metas a ser alcanzadas y un vínculo de compromiso con la terapia (Horvath *et al.*, 2011).

Las metas de la terapia se definen como aquellos objetivos generales hacia los cuales se orienta el tratamiento, objetivos que se definen con base en el problema y en concordancia con la orientación teórica del terapeuta. Por ejemplo, en el psicoanálisis tradicional se concibe la problemática del sujeto en términos de procesos poco adaptativos de negociación entre instancias psíquicas y la meta consiste en desarrollar una forma más adaptativa de negociar dicho conflicto. En contraste, un terapeuta conductual define las metas en términos de cambio comportamental (Safran & Muran, 2000).

Las tareas de la terapia hacen alusión a las metodologías que caracterizan el trabajo del terapeuta, en las que el consultante debe participar para beneficiarse del tratamiento. Nuevamente, la naturaleza de las tareas depende de la orientación teórica particular a la

que adhiera el terapeuta. En este sentido, algunos terapeutas recurren a la asociación libre y a la interpretación, otros a la aplicación de técnicas conductuales y algunos más, a los ejercicios experienciales.

Finalmente, en tanto las metas y tareas suponen aspectos más cognitivos de la alianza, la dimensión del vínculo tiene que ver con la cualidad afectiva de la relación entre el terapeuta y el consultante (*i.e.* en qué medida este último se siente entendido, respetado, valorado, cuidado). Para Bordin, la calidad del vínculo apoya o favorece el grado en el cuál el consultante y el terapeuta son capaces de negociar un acuerdo respecto a las tareas y metas de la terapia y, recíprocamente, la habilidad para llegar a acuerdos con respecto a tareas y metas influye en la calidad del vínculo (Safran & Muran, 2000). Cabe aclarar que esta dimensión vincular de la alianza se refiere en mayor medida al compromiso y no tanto al aprecio por el terapeuta, ni tampoco a otras dimensiones de la relación como la empatía, la aceptación positiva, la congruencia y los aspectos transferenciales. Esta dimensión vincular es lo que da soporte al trabajo terapéutico. Puede agregarse que uno de los instrumentos que siguen esta última noción tripartita de la alianza es el Working Alliance Inventory- WAI, tanto en sus versiones de autoreporte WAI-C y WAI-T (*i.e.* consultante y terapeuta) como para observadores (WAI-O), el cuál ha sido ampliamente validado y utilizado para evaluar la alianza de trabajo (Horvath, 2013). En años recientes se han refinado los métodos observacionales para evaluar la AT y obtener información más precisa de su desarrollo dentro de una sesión (Berk, 2013; Eubanks-Carter, Gorman, & Muran, 2012).

En cuanto a la evidencia del papel de la AT en la terapia, cabe mencionar que han sido varios los estudios que en las últimas tres décadas han dado cuenta de este hecho. En una revisión meta-analítica de 24 estudios sobre alianza, Horvath y Symonds (1991) concluyeron que existe una asociación moderada entre la AT y el resultado en distintos tipos de tratamiento ( $r = .26$ ,  $k = 24$ ). A su vez, los autores encontraron que las puntuaciones dadas por los consultantes a la alianza eran mejores predictores del resultado que las de los terapeutas u observadores. Estos resultados fueron replicados por Luborsky (1994) quien además encontró que las puntuaciones de la alianza en las primeras sesiones de la terapia eran más predictivas de un buen resultado ( $d = 0.30$ ) que las obtenidas en momentos medios y finales del proceso terapéutico ( $d = 0.20$ ).

Martin, Graske y Davis (2000) validaron los resultados recién descritos, aun excluyendo la incidencia de variables moderadoras *-i.e.* tipo de medida utilizada, tipo de resultado, tipo de codificación de la alianza, y tipo de tratamiento provisto - en la asociación entre AT y resultado ( $r = .22$ ,  $k = 79$ ). En la misma línea, un número robusto de investigaciones subsecuentes permite afirmar la existencia de una clara asociación entre la calidad de la alianza y los resultados del tratamiento (Ackerman & Hilsenroth, 2001; Flückiger, Del Re, Wampold, Symonds, & Horvath, 2012; Horvath, 2013; McClintock, Perlman, McCarrick, Anderson, & Himawan, 2017; Wampold, 2015).

De igual manera, la evidencia muestra que la calidad de la alianza temprana, es decir, en la tercera sesión, es el mejor predictor del resultado del tratamiento en comparación con la AT evaluada en otros momentos del mismo y esta predicción es independiente de los cambios que puedan ocurrir en la sintomatología del consultante en

esas primeras sesiones (Anker, Owen, Duncan, & Sparks, 2010; Barber, Connolly, Crits-Christoph, Gladis, & Siqueland, 2009).

Como es evidente luego de este recuento histórico, el término alianza ha tenido una amplia difusión y existe mucha investigación al respecto. No obstante, Krause, Altimir y Horvath (2011) afirman que aún no se cuenta con una delimitación conceptual precisa de esta, ni de su forma de medición. Más bien, el término ha servido como una sombrilla bajo la cual investigadores con orientaciones teóricas divergentes pueden, al unísono, enfocar y validar la importancia crítica de la calidad de la relación terapéutica en general.

Para efectos de la presente investigación se tomó como base la noción de AT de Bordin (1979) por las siguientes razones: a) es un concepto transteórico, mientras que los otros modelos de alianza revisados están claramente orientados hacia elementos propios de un modelo más psicodinámico; b) es el modelo que ha recibido mayor soporte empírico (Horvath, 2013); c) hace mayor énfasis respecto a otros modelos en la colaboración y el consenso entre los participantes (Horvath & Bedi, 2002) y d) en mayor o menor medida al usar términos genéricos como tareas y metas, diversas orientaciones teóricas pueden acomodarse y definir lo que entienden por tarea y método (C.E. Navia, comunicación personal, 10 de Junio, 2014).

En líneas generales, la negociación de la alianza entre consultante y terapeuta implica el establecimiento de acuerdos sobre los elementos ya mencionados y, aunque se establece al iniciar la terapia, su desarrollo continúa a lo largo de la misma. Dicha negociación se da entre las expectativas del terapeuta -guiado por una teoría clínica- y las

expectativas del consultante, que reflejan su entendimiento de los problemas y la mejor forma de solucionarlos (Safran & Muran, 2006).

### **Factores implicados en el desarrollo de la alianza terapéutica**

Dentro de las características de los consultantes que influyen en la construcción de la alianza se han estudiado: el nivel de reactancia, los estadios del cambio, la cultura, los estilos de afrontamiento, los conflictos interpersonales, el diagnóstico, las expectativas, el estilo de apego, las relaciones de objeto y la religión/espiritualidad (Norcross & Wampold, 2011b). De ellas, el estilo de apego, la calidad de las relaciones actuales y las expectativas de cambio son las que mayor apoyo empírico han recibido.

En cuanto al apego se ha observado que los consultantes que presentan un estilo de apego seguro experimentan con mayor probabilidad una AT más positiva, en comparación con aquellos que muestran un estilo de apego inseguro. En general, los consultantes que se sienten más cómodos con la cercanía e intimidad en las relaciones, así como aquellos más dispuestos a confiar y depender, forman alianzas más fuertes con sus terapeutas (Navia & Arias, 2012). Por el contrario, consultantes más ansiosos y temerosos de la cercanía personal, que evitan o no desean confiar y depender de otros para obtener comodidad y soporte y son despectivos hacia los demás, experimentan alianzas de trabajo mucho más débiles con sus terapeutas (Bachelor, Meunier, Laverdière, & Gamache, 2010; Bernecker, Levy, & Ellison, 2014; Horvath, 2000).

Sobre el impacto del estilo del apego del terapeuta parece no existir acuerdo al respecto. Mientras que algunos autores afirman que no existe asociación entre esta variable y la calidad de la alianza (Ligiéro & Gelso, 2002), otros han encontrado que un estilo de

apego seguro del terapeuta se asocia con una mayor habilidad para desarrollar y mantener una buena alianza (Black, Hardy, Turpin, & Parry, 2005) y para responder empáticamente en episodios de rupturas (Sauer, Lopez, & Gormley, 2003).

Estudios más complejos han buscado establecer una interacción entre los estilos de apego del consultante y del terapeuta con la AT, mostrando que probablemente es esa interacción de los dos tipos de apego puestos en juego lo que favorece la alianza y no necesariamente el apego seguro. En esta línea, se ha sugerido que consultantes con un estilo de apego evitativo se beneficiarían más de un terapeuta con apego seguro que tienda a mostrar también algunas características de apego ansioso. Por el contrario, consultantes con apego ansioso obtendrían mayor beneficio con terapeutas seguros, que también exhiban rasgos correspondientes a un estilo de apego evitativo (Bernier & Dozier, 2002). Sin embargo, al día de hoy la evidencia es contradictoria para soportar esta idea de complementariedad entre el apego del consultante y del terapeuta en relación con mayores niveles de AT (Marmarosh *et al.*, 2014).

En lo que respecta a las expectativas de los consultantes (*i.e.* creencias acerca de las consecuencias de entrar en el tratamiento y sobre el curso de la terapia), estas pueden cambiar en función de la historia personal del consultante, la interacción con el terapeuta y la valoración del curso y eficacia del tratamiento (Constantino, Glass, Arnkoff, Ametrano, & Smith, 2011). Estas creencias pueden facilitar el establecimiento inicial de la AT (p.e. “hace años tuve excelentes resultados tratando mis ataques de pánico, seguro que la terapia de pareja también nos ayudará”) o por el contrario, entorpecer dicho proceso (p.e. “voy a

terapia porque mi esposa lo quiere pero yo no creo en eso; para mí, es una pérdida de tiempo y dinero”).

Por otro lado, en momentos posteriores a las sesiones de terapia, las expectativas positivas del consultante en el proceso (p.e. “Esto me va a ayudar a cambiar mi situación, entonces lo voy a hacer.”) facilitarán la implicación con, y el cumplimiento de las tareas asignadas por el terapeuta (Hoffart, Borge, Sexton, Clark, & Wampold, 2012). Finalmente, los consultantes que se presentan con una elevada ansiedad interpersonal o que presentan trastornos de personalidad tienden a ser particularmente desafiantes en términos del desarrollo y mantenimiento de la alianza (Horvath *et al.*, 2011; Muran, Safran, Samstag, & Winston, 2005).

Por último, aunque menos estudiados, existen factores de personalidad del consultante que podrían ser una variable relevante para el desarrollo de la AT. El primero de ellos, la reactancia, hace referencia a un estado desencadenado por una amenaza percibida a la propia autonomía, motivando al individuo a restaurar el equilibrio perdido y a proteger su sentido de libertad personal mediante conductas oposicionales, poca colaboración y rigidez. La evidencia señala que la reactancia del consultante impide el logro de las metas terapéuticas (Dowd, Milne, & Wise, 1991), de modo que la psicoterapia funciona mejor si el terapeuta logra minimizar la evocación de la misma (Karno & Longabaugh, 2005). En el contexto terapéutico la reactancia se manifiesta de varias maneras. Por ejemplo, el rechazo a realizar tareas ya acordadas, validar y contradecir las devoluciones del terapeuta (*i.e.* "Si, pero...), o que expresa ira hacia este último o hacia el proceso (Beutler, Molerio, & Talebi, 2002). Beutler, Harkwood, Michelson, Song y

Holman (2011) señalan que una actitud demasiado confrontativa o directiva con un consultante que exhiba altos niveles de reactividad podría dar lugar a mayores episodios de rupturas en la AT.

Un segundo factor de personalidad es la dominancia, entendida como una predisposición hacia relaciones o interacciones no igualitarias dentro de un grupo. Es decir, las personas que presentan este rasgo en mayor cuantía son personas que buscan el poder y ubicarse en la parte superior de la jerarquía en el grupo dentro del cual se encuentran inmersas. Por lo tanto, con respecto a la terapia, es esperable que un consultante con altos niveles de dominancia tienda a querer tomar el control de la sesión, es decir, que diga al terapeuta cómo y cuándo proceder (Guimond, Dambrun, Michinov, & Duarte, 2003; Pratto, Sidanius, Stallworth, & Malle, 1994). La literatura también señala que consultantes menos dominantes están más dispuestos a ceder el poder en la interacción con sus terapeutas, lo cual puede facilitar que se establezca mayor cooperación entre ambos (Beretta *et al.*, 2005).

Otros factores que se han estudiado en el desarrollo y mantenimiento de la AT son los atributos personales del terapeuta, tales como flexibilidad, experticia, honestidad, respeto, confiabilidad, interés, calidez, apertura, entendimiento y el uso de técnicas específicas (Ackerman & Hilsenroth, 2003). En cuanto a los aspectos de carácter más técnico, se ha encontrado que la exploración de contenidos que emerjan en sesión, el reflejo de sentimientos, señalar los logros terapéuticos alcanzados, hacer interpretaciones transferenciales precisas, facilitar la expresión emocional y centrarse en la experiencia del

consultante dentro de la sesión, contribuyen a una mayor calidad de la AT (Castonguay, Constantino, & Holtforth, 2006).

A su vez Dunkle y Friedlander (1996) han sugerido que las características de personalidad del terapeuta pueden tener un impacto sobre la calidad del vínculo, mientras que la calidad de la alianza respecto al componente de metas y tareas depende en mayor medida de la destreza y de las características profesionales del terapeuta. Estos autores encontraron que los consultantes cuyos terapeutas presentan menores niveles de hostilidad autodirigida y que se sienten más cómodos con la cercanía interpersonal reportaban un vínculo emocional más fuerte en las primeras fases del tratamiento, es decir, estos atributos del terapeuta eran predictores de la calidad del componente vincular de la AT.

Coleman (2006) abordó la posible relación de los factores de personalidad en la interacción entre el consultante y el terapeuta, en términos de semejanza y complementariedad. En su reporte menciona que no hay evidencia para asumir que la complementariedad de los factores de personalidad entre consultante y terapeuta tenga un efecto benéfico o nocivo con respecto a la calidad de la alianza y de los resultados terapéuticos. Por otro lado, en lo relativo a la semejanza entre las personalidades del consultante y el terapeuta, el mismo autor reporta la existencia de una asociación positiva moderada entre semejanza y AT, especialmente con consultantes mujeres, y entre semejanza y resultado para consultantes de ambos sexos.

Específicamente, en cuanto al tema de interés del presente proyecto, Coutinho (2010) encontró que la capacidad para resolver los episodios de ruptura de la AT parece no depender de aspectos del terapeuta como su estilo de apego, estrategias de regulación

emocional, apertura a la experiencia y esquemas interpersonales, sino más bien de la forma en la cual el terapeuta se siente en aquellos episodios y otros procesos más de tipo técnico, como la formación en el modelo de reparación de rupturas en la AT (Muran & Barber, 2011; Safran & Muran, 2000) y la supervisión. El desarrollo de la AT y las rupturas que surgen en este proceso son el tema del siguiente apartado.

### **Rupturas en la alianza terapéutica**

Como toda relación humana, la AT es dinámica (Stiles & Goldsmith, 2011) y su calidad cambia a lo largo del proceso y a través de la sesión misma, presentándose tensiones que han sido denominadas rupturas en la AT (Safran & Muran, 2000). Además de estas fluctuaciones es posible pensar en dos grandes fases en su desarrollo: una fase inicial que abarca las primeras cinco sesiones de la terapia y alcanza su máximo alrededor de la tercera sesión, durante la cual se establecen los acuerdos respecto a las metas y los procedimientos y se desarrolla la relación de colaboración y confianza. En una segunda fase, cuando se entra de lleno al trabajo terapéutico, aparecen factores amenazantes de la calidad de la AT, como son confrontar lo que no se quiere ver, evidenciar el esfuerzo que requiere realizar los cambios, enfrentar la decepción de no poder hacer algo diferente a lo habitual, entre otros (Ardito & Rabellino, 2011).

La búsqueda de patrones del desarrollo de la AT asociados con un buen resultado terapéutico ha sido objeto de interés en las últimas décadas (Kivlighan, Dennis, & Shaughnessy, 2000; Kramer, De Roten, Beretta, Michel, & Despland, 2009); sin embargo, la evidencia empírica es variada. Al respecto, Kalogerakos (2010) identificó cuatro patrones del desarrollo de la AT: a) un patrón estable, donde la AT no muestra cambios

significativos respecto a su calidad inicial a lo largo del tratamiento; b) un patrón lineal, que refleja aumentos significativos y sostenidos en el tiempo; c) un patrón curvilíneo, donde luego de un claro aumento en su magnitud la alianza se estabiliza y d) patrones mixtos, donde pueden aparecer los patrones recién descritos en distintas combinaciones. Asimismo, es posible concluir que ningún patrón del desarrollo de la AT se encuentra consistentemente establecido como un mejor predictor del buen resultado terapéutico, tanto en diferentes terapias como en distintas duraciones del tratamiento (Horvath *et al.*, 2011; Kalogerakos, 2010).

Cabe la posibilidad de que las diferencias observadas pueden estar relacionadas con los instrumentos empleados y el momento de evaluación de la AT, ya que como se verá más adelante, existen procesos de fluctuación en la calidad de la alianza dentro de una única sesión que no necesariamente se reflejan cuando se considera el desarrollo de la misma a lo largo de todo un tratamiento.

Kalogerakos (2010) afirma igualmente que los diversos patrones de la AT, por sí mismos, no predicen diferencialmente el resultado terapéutico. Por su parte, Horvath *et al.* (2011) sostienen que el hallazgo más consistente parece ser la idea que cierta fluctuación - *i.e.* cambios a lo largo del tiempo, particularmente en la fase media de la terapia- está asociada con resultados positivos, en comparación con un patrón lineal o estable. Sin embargo, en tratamientos donde la calidad de la alianza decae continuamente, el resultado es pobre (Stiles & Goldsmith, 2011; Stiles *et al.*, 2004). En resumen, existe alguna convergencia en que cierta variabilidad en la calidad de la alianza es un indicador de resultados superiores en comparación con aquellos desarrollos donde la alianza se

mantiene a un nivel estable, siempre y cuando la calidad general no decline significativamente a lo largo del tiempo (Horvath *et al.*, 2011).

En los patrones generales de desarrollo de la AT recién descritos, lo que se observa es que no éstos no siguen una única trayectoria. Hay momentos donde la alianza llega a deteriorarse y en tal punto debe ser trabajada para que no continúe deteriorándose. De no tener lugar esa reparación cuando se presenta la tensión la alianza irá deteriorándose progresivamente hasta llegar a romper la relación de trabajo. El hecho de que existan patrones lineales ascendentes puede indicar que no en todos los procesos terapéuticos habrá que manejar rupturas, pero cuando éstas se presentan hay que darles algún manejo para reestablecer la AT. Al respecto, Edward Bordin sugirió (Horvath *et al.*, 2011) que la reparación de las tensiones en la AT hace una importante contribución a las ganancias terapéuticas.

En suma, si bien es necesario que una buena AT sea establecida tempranamente en la terapia (*i.e.* alrededor de la tercera sesión), los terapeutas deben estar atentos a los cambios que puedan surgir en esta a lo largo de las sesiones. En varios momentos del proceso terapéutico pueden ocurrir fluctuaciones en la calidad de la AT, que de tornarse muy marcadas, se convierten en lo que ha sido denominado por varios autores como rupturas en la AT (Safran & Muran, 2000; Safran *et al.*, 2011, 2009; Safran, Muran, & Shaker, 2014).

Muntigl y Horvath (2014) encuentran que el término “ruptura” puede resultar potencialmente confuso, en tanto los eventos a los que refiere varían en severidad, desde las interrupciones menores hasta la interrupción total de la relación, por lo que sugieren que

el término más adecuado sería el de tensión. No obstante, el término de rupturas es el que se ha usado con mayor frecuencia en el ámbito de la investigación y la práctica clínica. En su revisión sobre la prevalencia de rupturas en terapia individual, Safran, *et al.* (2011) encontraron que en las medidas de auto reporte los consultantes refieren la ocurrencia de rupturas entre el 19% y el 42% de las sesiones, mientras que los terapeutas lo hacen entre el 43% y el 56% de las sesiones. Muy por encima, los observadores externos tienden a identificar rupturas entre el 41% y el 100% de las sesiones.

Desde un punto de vista operativo y, siguiendo el modelo de Bordin, Safran *et al.* (2011) clasifican las rupturas en la AT como: a) desacuerdos acerca de las tareas de la terapia, b) desacuerdos sobre las metas del tratamiento y c) tensiones en el vínculo entre consultante y terapeuta. Estas expresiones de la ruptura no son excluyentes entre sí, de manera que, por ejemplo, un consultante que perciba a su terapeuta poco dispuesto a negociar las tareas o las metas del tratamiento puede sentirse poco comprendido o irrespetado. A su vez, aquel consultante que siente poca confianza hacia el terapeuta probablemente tenderá a estar en desacuerdo con él o ella respecto a las metas o a las tareas a realizar.

Las rupturas en cualquiera de los tres componentes de la AT pueden manifestarse de forma evitativa o confrontativa, o en una combinación de ambas. Una ruptura evitativa tiene lugar cuando el consultante se aleja del terapeuta, de la terapia o de su propia experiencia interna, por lo general debido a conflictos a nivel de la autonomía y el temor al rechazo. En lugar de manifestar abiertamente sus necesidades, inconformidades o desacuerdos y negociar con el terapeuta, el consultante las niega o las expresa de forma

indirecta, a través de silencios, ausencias, evitación de temas, etc. Mediante este proceso, el consultante logra satisfacer su deseo de relacionarse, a expensas de vulnerar su sentido de agencia personal (Safran & Muran, 2000).

En el polo opuesto están las rupturas confrontativas, las cuales tienen lugar cuando el consultante actúa de forma agresiva u hostil hacia el terapeuta, o hacia algún aspecto del proceso, manifestando resentimiento o insatisfacción (Harper, 1989a, 1989b, citado por Berk, 2013). Por lo general, este tipo de rupturas se asocia con problemas a nivel de la estima de los consultantes. No obstante, no todos los desacuerdos pueden ser considerados como una ruptura, de manera que si un consultante expresa su insatisfacción de forma colaborativa y buscando resolver el problema con el terapeuta, ello no debe considerarse como un marcador de ruptura.

En las rupturas mixtas (Mitchel, Eubanks-Carter, Muran, & Safran, 2011) el consultante evita y se va en contra del terapeuta en un mismo movimiento. Por ejemplo, el consultante puede responder con un "¡no!" (aquí habría una respuesta evitativa mínima) expresado de manera hostil (confrontación en tanto el consultante rechaza la intervención del terapeuta) frente a los intentos del terapeuta de explorar y entender su experiencia. Por último, las manifestaciones de las rupturas evitativas, confrontativas o mixtas varían en intensidad, desde las tensiones menores que pueden pasar inadvertidas para los miembros de la diada terapéutica, hasta las mayores interrupciones en la colaboración, entendimiento o comunicación (Safran *et al.*, 2011).

A partir de una serie de trabajos investigativos, autores como Safran y Muran (2000) han establecido que determinadas acciones del consultante pueden ser consideradas

como marcadores o indicadores de ruptura y han sugerido determinados manejos posibles del terapeuta en tales situaciones. Entre los marcadores de rupturas evitativas se encuentran: a) negación de un estado afectivo o de la importancia de las relaciones o situaciones; b) respuestas mínimas (monosilábicas, silencios) ante los esfuerzos del terapeuta por explorar y entender su experiencia; c) cambio de tema o relato de situaciones triviales, cómicas; d) obediencia y deferencias excesivas con el terapeuta; e) escisión entre el contenido y el afecto, es decir, los contenidos de la narrativa no concuerdan con la expresión afectiva y f) autocrítica o desesperanza del tipo -“esto no va a cambiar, por lo que no tiene sentido hablar de ello”-, cerrando toda posibilidad de ser ayudado por el terapeuta. En lo concerniente a los marcadores de rupturas confrontativas se encuentran: a) quejas o preocupaciones acerca del terapeuta, de las metodologías de la terapia o de los resultados; b) rechazo de la formulación o interpretación del terapeuta en una forma no colaborativa; c) reacciones defensivas ante los comentarios del terapeuta y d) esfuerzos por controlar al terapeuta de forma directa (Safran *et al.*, 2009; Tufekcioglu, Muran, Safran, & Winston, 2013).

Para cerrar este apartado cabe agregar que el concepto de rupturas en la alianza tiende a traslaparse, en cierto grado, con otros conceptos como el de resistencia y el de transferencia (Safran & Kraus, 2014). Esta última entendida como los esquemas relacionales impuestos sobre la relación, promueve el desarrollo de tensiones durante el proceso (Locati, De Carli, Tarasconi, Lang, & Parolin, 2016; Safran *et al.*, 2009; Scarvalone *et al.*, 2005; Zilcha-Mano, McCarthy, Dinger, & Barber, 2014). Las rupturas en la AT y transferencia son similares en tanto connotan oposición al trabajo terapéutico,

pero quizás al hablar de ruptura no se pone toda la responsabilidad en el consultante ni se le da un sentido de conflicto o de relación de oposición al terapeuta. Las rupturas asociadas a la aplicación rígida y persistente de tales esquemas –manifiestas con frecuencia en la dimensión del vínculo- son más frecuentes en consultantes con trastornos de personalidad (Bond, Banon, & Grenier, 1998; Richardson-Vejlgaard, Broudy, Brodsky, Fertuck, & Stanley, 2013; Safran *et al.*, 2009; Tufekcioglu *et al.*, 2013).

En cuanto al concepto resistencia, este ha sido utilizado dentro de las terapias psicoanalíticas, connotando la oposición de los elementos y fuerzas del paciente que se oponen al proceso de análisis, expresándose de variadas formas que cumplen una función defensiva (Sandler *et al.*, 1986). Posteriormente, desde un modelo interaccional, la resistencia ha sido redefinida con el término reactancia, que alude a una característica de personalidad que predispone a los individuos a reaccionar ante la percepción de amenaza a la autonomía, lo cual induce un estado de no cooperación (Beutler *et al.*, 2011). Si bien la resistencia o reactancia suponen obstáculos al proceso de trabajo terapéutico, e incluso las manifestaciones de la resistencia coinciden con los marcadores de ruptura que se describen en el apartado siguiente, en la noción de rupturas el énfasis está puesto en procesos interactivos donde consultantes y terapeutas contribuyen a la ruptura y no en variables intrapsíquicas usualmente del lado del consultante.

### **Resolución de rupturas en la alianza terapéutica**

En cuanto al proceso de resolución de las rupturas, se eligen distintas estrategias para su manejo dependiendo de lo que busca el terapeuta con ello. Estas estrategias apuntan al componente de metas y tareas o al vínculo y pueden clasificarse en directas o

indirectas. Abordar directamente la ruptura supone por ejemplo: a) mostrar las razones o la utilidad de hacer determinada tarea o alcanzar cierto objetivo, b) responder de forma no defensiva a las preocupaciones del consultante y explorar sus inquietudes, c) invitar al consultante a discutir pensamientos o sensaciones respecto al terapeuta o hacia algún aspecto de la terapia, d) revelar al consultante la experiencia interna del terapeuta acerca de la relación, e) clarificar el malentendido, f) hacer un nexo entre la ruptura y los patrones interpersonales del consultante. Por su parte, entre los manejos indirectos se consideran: cambiar las tareas o las metas, b) resignificar el significado de una tarea o una meta, c) sintonía empática con lo que expresa el consultante, d) facilitar una experiencia emocional correctiva, e) justificar la postura defensiva del consultante haciendo un manejo paradójal de la ruptura (Mitchel, *et al.*, 2011; Safran & Muran, 2000).

En aquellas ocasiones donde se hace un manejo explícito y exploratorio de la ruptura, se recomienda en primer lugar que el terapeuta note que existe alguna tensión en la alianza y llame la atención del consultante sobre ello (p.e. "Siento que hay tensión en nuestra relación justo ahora. ¿Sientes algo similar?"). Posteriormente, el terapeuta debe ahondar en la experiencia de ruptura del consultante (p.e. "¿Tienes alguna idea sobre lo que estás experimentando justo ahora?"). En términos más globales el proceso general relativo a la resolución de las rupturas evitativas consiste en facilitar las verbalizaciones de descontento promoviendo la autoafirmación de manera que el terapeuta reconoce y valida la necesidad de agencia del consultante. En cambio, en lo referente a las rupturas confrontativas, la labor del terapeuta consiste en permitir que el consultante vaya más allá

de los sentimientos de rabia y confronte los sentimientos de decepción y dolor generados por algún aspecto del proceso o de la relación con el terapeuta (Muran & Barber, 2011).

Se puede ver entonces como la experiencia clínica y la investigación han ofrecido una serie de recomendaciones sobre el manejo de rupturas, señalando una serie de tareas específicas que el terapeuta debe desarrollar; no obstante, no se encuentra en la literatura evidencia concluyente respecto a cuáles de los manejos propuestos presentan mejores resultados en función de las características del consultante, o si interactúan con otras variables como el diagnóstico, el tipo de conflictos interpersonales, etc. (Safran *et al.*, 2009).

Un ejemplo de lo anterior son los resultados entorno al uso de interpretaciones transferenciales como forma de manejo de las rupturas en la AT. Crits-Christoph y Connolly-Gibbons (2002, 2001) sugieren que un alto nivel de interpretaciones transferenciales, *-i.e.* aquellas que refieren a la relación entre el consultante y el terapeuta se asocian con un pobre resultado terapéutico, mientras que un uso moderado de estas interpretaciones, en especial cuando abordan de forma puntual aspectos centrales de la dinámica interpersonal del consultante, se asocian con resultados más positivos. Por el contrario, Høglend *et al.* (2006) no encontraron diferencias en la calidad de la alianza y el resultado terapéutico con respecto al uso de interpretaciones transferenciales. Como es evidente, no existe respuesta definitiva sobre si el uso de interpretaciones transferenciales impacta o no negativamente el resultado de la terapia.

Independiente del poco conocimiento respecto a la efectividad de las formas de particulares de manejar las rupturas, a partir de la revisión de varios estudios (Stevens,

Muran, Safran, Gorman, & Winston, 2007; Stiles *et al.*, 2004; Strauss *et al.*, 2006), Safran, *et al.* (2011) concluyen en su revisión meta-analítica que la presencia de episodios de rupturas reparadas está positivamente asociada con un buen resultado terapéutico ( $r = .24$ ,  $z = 3.06$ , 95% IC [0.09, 0.39],  $p = .002$ ,  $k = 3$ ,  $N = 148$ ). Con todo, la evidencia sigue siendo escasa, lo cual hace necesario realizar mayores estudios que permitan dar soporte a la asociación recién mencionada (Baillargeon, Coté, & Douville, 2012; Lingardi & Colli, 2015).

### **Comunicación terapéutica: rupturas en la alianza y control relacional**

Safran y Muran (2000) afirman que las rupturas en la alianza son el resultado de procesos de influencia mutua entre el consultante y el terapeuta, es decir, que su comprensión implica estudiar la interacción recíproca y continua de las características y las acciones que cada miembro trae al proceso (Coutinho, 2010). De esta manera, en los episodios de ruptura el terapeuta busca influir sobre el consultante quien, de manera confrontativa o evitativa, se desliga momentáneamente del trabajo colaborativo para alcanzar las metas de la terapia.

Como se vio en el apartado anterior, el manejo adecuado de la ruptura tiene lugar a través de una serie de estrategias verbales, con las que el terapeuta influye sobre el consultante para reencaminar el trabajo hacia una misma dirección sin producir quiebres aún mayores en la alianza en particular, o en la relación terapéutica de forma más amplia. Por ejemplo, en terapia psicodinámica, cuando el consultante se muestra renuente a hablar —llevando a su vez al terapeuta a insistir en hacer preguntas—, se puede entrar en un ciclo donde a mayores intentos de indagación del terapeuta, mayor evitación por parte del

consultante para abordar algún aspecto que el terapeuta considere que es un tema fundamental a tratar. Frente a esto, el terapeuta puede facilitar la labor del consultante mediante la exploración del patrón de interacción que está teniendo lugar, o haciendo alguna interpretación que haga un nexo entre lo que ahí sucede y otras relaciones del consultante fuera de la consulta. En últimas, el terapeuta tendrá que romper el patrón de interacción que se esté presentando, con el fin de que el consultante retome su cooperación activa con el proceso esperado según las metodologías y las metas de la terapia.

Esta influencia recíproca entre consultantes y terapeutas (Doran, 2016) está en sintonía con la noción de control relacional (Rogers & Escudero, 2004), o el proceso mediante el cual las acciones comunicativas de uno de los interactuantes favorecen o promueven determinadas acciones del interlocutor y viceversa. No se refiere únicamente a dominar o a manejar el poder, sino también a las acciones mediante las cuales se renuncia o se neutraliza la imposición o cesión de poder por parte del otro. Adicionalmente, este manejo del control no ocurre necesariamente de forma deliberada, sucede muchas veces sin que los interactuantes tengan conciencia de ello. Sin embargo, en la interacción terapéutica es esperable un manejo mucho más consciente de esta dimensión, al menos de parte del terapeuta, puesto que tiene el rol de estructurar la interacción en pro de un objetivo final.

Para efectos del presente trabajo, la dimensión del control es relevante ya que en episodios de ruptura el consultante puede rechazar, no cooperar o simplemente evitar al terapeuta y este último tendrá que determinar si en ese momento conviene ser más dominante y buscar el control, o entregarlo, o asumir una posición más transitoria frente a

este. A continuación, se muestran los aspectos concernientes al control relacional enmarcado dentro del modelo pragmático de la comunicación más relevantes, seguidos de la pregunta y los objetivos de la presente investigación.

### **Pragmática de la comunicación y control relacional**

El establecimiento y mantenimiento de la AT implica un proceso de negociación entre los miembros de la díada terapéutica (Doran, 2016), el cual se da primordialmente en el intercambio conversacional entre consultantes y terapeutas, de tal modo que la terapia puede concebirse, en gran medida, como un sistema lingüístico cuyo estudio implica la descripción de los diferentes juegos del lenguaje que se presentan durante la interacción terapéutica (Beyebach & Escudero, 1997). Paul Watchel (2011) afirma que las palabras y las frases que se intercambian, continua y recíprocamente entre consultante y terapeuta dan forma al clima de la relación y por lo tanto, a la alianza. Lo que se dice y la forma cómo se dice tendrán un impacto sobre la dinámica de la relación en la díada terapéutica.

Dentro de las aproximaciones al estudio de la comunicación, Morris (1971) propuso que el lenguaje podría ser entendido como un sistema social de signos que produce disposiciones a comportarse y su estudio puede subdividirse en tres áreas interrelacionadas: sintáctica, semántica y pragmática. La primera tiene que ver con los problemas relativos a la transmisión de información; la segunda, la semántica, se interesa fundamentalmente por el estudio del significado y la pragmática hace referencia a los efectos de la comunicación sobre las acciones de los interlocutores (Watzlawick, Beavin-Bavelas, & Jackson, 1997). Esta última, el área pragmática de la comunicación, es la más relevante para el propósito de la presente investigación, dado que hace referencia a sus

efectos sobre la conducta de los interactuantes, es decir, la interacción entre consultante y terapeuta.

Los teóricos de la comunicación que se adhieren a una perspectiva de corte interaccional y pragmático afirman que "(...) la comunicación puede definirse como un sistema de comportamiento integrado que calibra, regulariza, mantiene y, por ello, hace posibles las relaciones entre los hombres" (Bateson, 1994, p.163). Es decir, asumen que la conducta es sinónimo de comunicación, de manera que, en la medida en que no es posible no comportarse, se hace imposible que no haya comunicación: todo comunica, lo que se dice y lo que no se dice (Watzlawick *et al.*, 1997). Birdwhistell (1959) resalta la necesidad de entender la comunicación como un sistema y no un simple modelo de acción y reacción.

Precisamente, es en el intercambio comunicativo donde los interactuantes se definen a sí mismos y a la relación (Cummings, 2012). En este sentido, Sigman (1988, citado por Rogers & Escudero, 2004, p.23) afirma que "(...) una relación no es una entidad de la cual emana la comunicación, sino que más bien es una locación en el flujo continuo de comportamiento, es la comunicación la que produce y sostiene una relación" y viceversa. Millar y Rogers (1987) propusieron una matriz a la luz de la cual pueden ser abordadas las relaciones interpersonales: intimidad, confianza y control. La primera de estas, *intimidad o afecto*, tiene que ver con las conductas mutuamente expresadas que reflejan cercanía o separación afectiva de los miembros en la relación. La dimensión de *confianza*, alude a la potencial incertidumbre y vulnerabilidad de la dinámica relacional y refleja el grado en el cual las personas encuentran que sus expectativas acerca del

comportamiento de los otros son correspondidas con conductas semejantes por parte de estos, lo cual forma la base para la previsibilidad mutua entre los sujetos relacionales.

Finalmente, el *control* se define como el proceso por el cual se establece el derecho a dirigir, definir y delimitar las acciones de la díada interactiva en el momento presente. A partir del manejo que hagan del control, las interacciones que se establecen entre las personas pueden caracterizarse por cismogénesis complementaria y cismogénesis simétrica (Bateson, 1994). En el primer caso, un mensaje de dominancia de una persona se empareja con una respuesta de sumisión de otra. En el segundo caso se encuentran dos mensajes o maniobras de competitividad de las dos partes, bien hacia la dominancia o bien hacia la sumisión. Desde este sistema, el control no es una característica inherente a los individuos o a lo dicho en sí, sino más bien depende del contexto interpersonal en el cual se da el mensaje (Heatherington y Friedlander, 1990).

El modelo pragmático de la comunicación humana de Watzlawick, *et al.*, (1997) retoma estos planteamientos de Bateson haciendo énfasis en el impacto pragmático del discurso y en la manera en que las personas usan el lenguaje para influir en otros, siendo la noción de intercambios comunicativos simétricos y complementarios el elemento más relevante relativo al manejo del control relacional (Rogers & Escudero, 2004). Existen tres tipos de intercambios simétricos, a saber, competitivos, sumisos y transitorios donde los interactuantes buscan simultáneamente ganar, ceder o neutralizar el control en la interacción respectivamente. A continuación, se muestra un ejemplo de cada tipo de intercambio simétrico, en el mismo orden en el cual se presentó su descripción: a) el terapeuta puede pedirle al consultante que hable sobre su madre y este se niega, afirmando

que es una pérdida de tiempo y que hoy mejor hablará sobre su problema de pareja actual; b) el consultante agradece al terapeuta por su tiempo y el terapeuta a su vez le agradece por su apertura durante la sesión y c) el terapeuta hace una devolución empática y el consultante a su vez agrega información sobre el tema.

Por su parte, la complementariedad se puede dar entre un mensaje que busca ganar el control y otro que lo cede, un mensaje que busca ganar el control y otro que lo neutraliza o un mensaje que busca ceder el control y otro que lo neutraliza. Como es evidente, ambos participantes asumen posiciones opuestas, en las cuales o bien uno asume la posición superior y el otro la inferior -renunciando al control mediante aceptación, aprobación o cumplimento-, o neutraliza el intento de su interlocutor por tomar o ceder el control de la interacción.

Es importante aclarar que los términos superior o inferior, no deben confundirse con asumir una posición "favorable" o "desfavorable", sino que deben entenderse como una interrelación que se sostiene recíprocamente e implica en alguna medida, jerarquía, aunque esta no sea socialmente determinada como aquella que se da entre madre e hijo, o médico y paciente (Heatherington y Friedlander, 1990). Por ejemplo, el terapeuta pregunta al consultante si considera que es momento de finalizar la sesión y este responde afirmativamente. El caso contrario, donde es el consultante quien ocupa la posición superior, estaría representado por la siguiente situación: el consultante indica al terapeuta de manera enfática que le muestre qué acciones seguir para empezar a poner límite a su pareja y el terapeuta le da algunos ejemplos de cómo hacerlo.

En resumen, toda acción comunicativa dentro de una interacción puede considerarse como una maniobra que busca ganar el control, entregar control al interlocutor o minimizar/balancear el asunto del control. Es decir, el control solo tiene sentido en su contexto interaccional, por lo que la transacción de mensajes entre dos interlocutores es la unidad mínima a analizar. A partir de la combinación por pares de estas tres maniobras de control, es posible obtener nueve transacciones o patrones de control relacional que serán descritos en detalle en el apartado correspondiente a instrumentos (Muñiz de la Peña, Friedlander, Escudero, & Heatherington, 2012).

De vuelta al desarrollo de la alianza, desde la perspectiva del control relacional se ha encontrado que un tipo de interacción complementaria con el terapeuta en la posición dominante ocurre con mayor frecuencia que en los casos con mejores alianzas. Sin embargo, cuando dicha complementariedad es muy acentuada —es decir, el terapeuta se perpetúa rígidamente en la posición dominante—, o también si se presenta un elevado número de interacciones simétricas en las primeras sesiones del proceso es probable que los consultantes abandonen el tratamiento (Beyebach & Escudero, 1997; Muñiz de la Peña *et al.*, 2012).

Hasta el momento las investigaciones han buscado establecer las consecuencias de las rupturas y su reparación con el resultado de la terapia (Safran *et al.*, 2011), o evaluar la calidad, la cantidad, la presencia o la ausencia de determinados elementos relacionales (*i.e.* empatía, aceptación positiva, alianza) en una sesión terapéutica o a lo largo del tratamiento (Elvins & Green, 2008).

Aunque existen varias sugerencias clínicas por parte de los expertos en el manejo de las rupturas en la AT (Eubanks-Carter, Muran, & Safran, 2015; Muran & Barber, 2011), es poca la investigación empírica sobre manejos relacionales entre terapeutas y consultantes para ajustar las diferencias que surgen inevitablemente en cuanto a las expectativas de lo que necesita ser logrado, encontrar consenso respecto al tipo de cosas que podrían hacer juntos para promover el cambio y finalmente, lograr establecer o restablecer un vínculo terapéutico (Orlinsky, 2009).

En la presente investigación, se parte del supuesto de que las rupturas son un asunto de poder. El terapeuta pierde control (i.e. asumiendo que este da cierta guía o estructura el encuentro) dado que el consultante o bien lo cuestiona o desafía; o bien se calla y asume una posición silenciosa de cooperación mínima que no permite el avance del trabajo. Para recuperar la cooperación y los acuerdos, el terapeuta deberá manejar tales tensiones. Por esta razón, se propuso abordar las rupturas a un nivel micro desde la perspectiva del control relacional, dado que son esencialmente un tema de control.

Una posibilidad de conocer esas dinámicas comunicacionales consistiría en estudiar la relación a un nivel micro analítico, mediante la observación de eventos interpersonales que suceden durante la sesión de terapia, los cuales tienen efectos inmediatos en el desarrollo de la relación terapéutica y más específicamente, de la AT (Hatcher & Barends, 2006; Horvath, 2006). Los momentos de tensión o ruptura en la alianza hacen más explícita la necesidad de una negociación entre los miembros de la diada terapéutica y, como ya se ha mencionado, la forma como se manejen estas tensiones permitirá consolidar la relación de compromiso o por el contrario, contribuirá a

su deterioro, situación que puede conducir al abandono de la terapia o a escasos resultados terapéuticos (Samstag *et al.*, 2008). De ahí la importancia de comprender cuáles procesos comunicativos, inherentes a esa negociación, podrían estar asociados de forma sistemática con una resolución satisfactoria de estos episodios de ruptura.

La presente investigación supone un avance en este aspecto, pues busca establecer si determinados manejos del control – ya sea ejerciendo un papel más dominante, cediendo o neutralizando el control del otro- en los episodios de ruptura en la AT tienen una relación favorable o negativa en su resolución. A la fecha, no existe ningún estudio que aborde explícitamente la dimensión del control relacional en referencia a los procesos de reparación de rupturas en la alianza dentro de la terapia individual, razón por la cual este trabajo contribuye de manera original.

Adicionalmente, como ya se comentó en la introducción teórica sobre los factores que influyen en el desarrollo de la AT, la reactancia y la dominancia características de personalidad que tienen necesariamente que ver con el manejo en las relaciones del poder y de la autonomía. La reactancia se expresa en el hecho de responder de forma oposicional y poco cooperativa ante la percepción de que la propia autonomía está siendo amenazada (Beutler *et al.*, 2011). La dominancia por su parte, remite a aquella tendencia de un individuo a ocupar la posición de poder en las relaciones que establece con otros (Pratto *et al.*, 1994). En esta investigación, existe también un interés por conocer si mayores o menores niveles de reactancia y dominancia, en consultantes y terapeutas, guardan relación con la resolución de los episodios de ruptura en la AT.

A partir de estos resultados, se espera poder ofrecer un mayor conocimiento técnico sobre el manejo de rupturas en la AT, lo cual impactaría positivamente la permanencia y ganancia de los consultantes en los procesos de terapia individual. Estas recomendaciones pueden ser de utilidad, especialmente para el entrenamiento de nuevos terapeutas quienes muchas veces están centrados en el dominio de determinados protocolos de intervención y pasan por alto elementos fundamentales de la dimensión relacional de la terapia.

Puntualmente, las preguntas de investigación fueron las siguientes: ¿Cuáles son los patrones de control relacional que están asociados significativamente con resoluciones exitosas o no exitosas en la AT? ¿Existe alguna asociación entre la reparación exitosa y no exitosa de rupturas en AT y variables como tipo de ruptura, reactancia, y dominancia? A partir de ahí, el objetivo general fue el de determinar qué aspectos del control relacional, de la naturaleza de la ruptura y de algunas variables de personalidad, se asocian a la reparación de las rupturas en la AT.

## Método

### Participantes

En la presente investigación, se trabajó con 68 sesiones de terapia individual de cinco terapeutas, cuya duración media aproximada fue de 62,3 minutos ( $DT = 8.9'$ , rango: 51':28'' - 72:00''). En 41 de las 68 sesiones pudieron identificarse 56 episodios de ruptura en la AT, correspondientes a 11 casos de consultantes adultos entre los 20 y los 34 años; 3 hombres con una media de edad de 27,7 años ( $DT = 4.9$ ) y 8 mujeres con una media de 25 años de edad ( $DT = 4.3$ ) quienes asistieron a consulta externa en un centro universitario de atención psicológica ubicado en la ciudad de Bogotá, D.C.

Los consultantes fueron atendidos por terapeutas mujeres, profesionales en psicología entre los 23 y los 34 años con una media de 28 años de edad ( $DT = 5.3$ ), con nivel de especialista o de maestría en curso, todas con un promedio de tres años de experiencia en atención clínica. Los participantes eran de nacionalidad colombiana, pertenecientes al estrato socioeconómico medio y medio bajo, residentes en esa misma ciudad. Cabe mencionar que se trabajó con una muestra no probabilística autoseleccionada, incluyendo así a aquellos terapeutas y consultantes que aceptaron participar voluntariamente, previo conocimiento de las condiciones descritas en el consentimiento informado (Anexos A y B).

Las sesiones tuvieron lugar entre los meses de febrero de 2015 y junio de 2016. A la fecha de cierre de la recolección de las sesiones, seis casos se encontraban finalizados con cumplimiento de objetivos, con una media de 10.6 sesiones ( $DT = 4.1$ , rango: 7 - 18), dos casos continuaban activos con una media de 10.5 sesiones ( $DT = 4.9$ , rango: 7- 14) y

tres casos fueron cerrados por deserción entre la primera y la tercera sesión del proceso terapéutico.

Los terapeutas videograbaron la totalidad de las sesiones hasta la interrupción o finalización del caso. De este material, se incluyeron en la muestra 68 sesiones en las cuales se evaluó la fluctuación de la calidad de la alianza intrasesión, para identificar episodios de ruptura y analizar en estos el manejo del control relacional entre consultantes y terapeutas, según los siguientes criterios: en los casos de deserción, se analizó la última sesión ejecutada mientras que para los demás casos se analizaron las sesiones a partir de la tercera sesión y se continuó analizando hasta que se no se encontraron rupturas durante dos sesiones consecutivas. Como excepción, en dos casos el análisis tuvo lugar a partir de la segunda sesión, pues durante la observación de la tercera sesión se encontraron elementos que permitieron inferir que en la sesión previa se presentó algún tipo de desacuerdo entre consultante y terapeuta.

No se consideró la orientación teórica del terapeuta (tres adherían a un modelo psicodinámico, una al sistémico y una al cognitivo-conductual) como un factor de inclusión o exclusión, puesto que el interés de la investigación no era la eficacia de determinados modelos clínicos, sino más bien el manejo de la relación como factor común. En lo relativo a los consultantes, uno de los criterios de exclusión fue el haber sido diagnosticado con un trastorno de personalidad y/o psicosis, debido a que se ha encontrado que problemáticas de este tipo suponen procesos más complejos desde el punto de vista del manejo de la alianza (Bond *et al.*, 1998; Coutinho, Ribeiro, Fernandes, Sousa, & Safran, 2014; Richardson-Vejlgaard *et al.*, 2013; Safran *et al.*, 2009; Tufekcioglu *et al.*, 2013).

**Diseño**

En la presente investigación se empleó un abordaje descriptivo- correlacional, ex post facto.

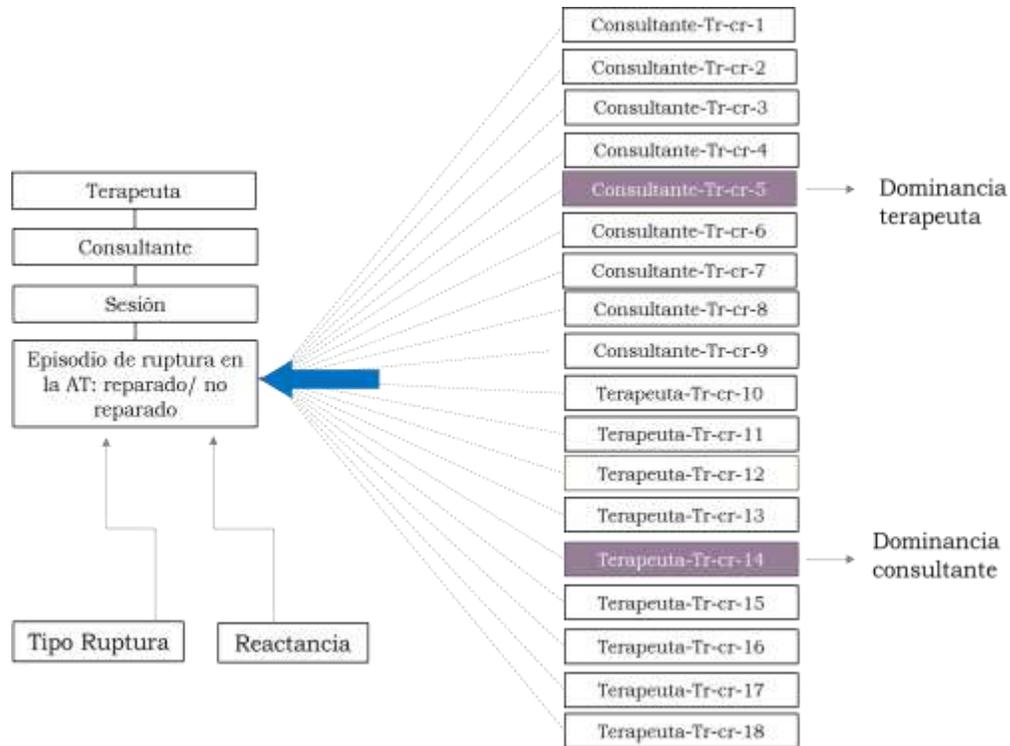


Figura 1. *Diseño y variables de la investigación*

**Variables e instrumentos**

***Episodios de ruptura en la alianza terapéutica.*** Las rupturas se definen como una disminución significativa en la calidad de la alianza terapéutica en determinado intervalo de una sesión. Para su identificación se empleó el Inventario de Alianza de Trabajo

Segmentada con medida basada en el Observador (S-WAI-O), instrumento de tipo observacional compuesto por seis ítems relativos a tareas y seis ítems al vínculo.

El S-WAI-O fue diseñado para ser empleado por jueces entrenados para identificar rupturas en la AT y su reparación intrasesión y está dividido en segmentos de observación de cinco minutos a lo largo de toda la sesión videograbada. La calificación de los segmentos se hace directamente a partir de la observación del video, por lo que no es necesario transcribir las sesiones para su uso (Berk, Safran, & Muran, 2013).

Cada uno de los 12 ítems se califica en una escala Likert de 1 a 7 con base en lo observado y el puntaje total es el promedio de la suma de los ítems, de tal manera que la calidad de la alianza en el segmento de la sesión evaluada puede tener un valor entre 1 y 7. Con base en el puntaje dado a cada segmento observado, se elabora un gráfico que contempla en el eje X los segmentos observados y en el eje Y el puntaje de cada uno de ellos. Adicionalmente, se incluye una línea horizontal que corresponde al promedio de la AT en la sesión y, a su vez se ubican dos líneas horizontales paralelas a esta media, las cuales indican los límites -superior e inferior- que denotan dos desviaciones estándar de la media y se emplean para determinar la presencia de rupturas (véase Anexo D).

Una vez hecho esto, se puede determinar que hay una ruptura cuando: a) el valor de la AT en un segmento cae por debajo del límite de control inferior, o sea, por debajo de dos desviaciones estándar (ones); b) los valores de la AT en tres o más intervalos consecutivos están por debajo de la media (runs); c) se observa una secuencia descendente en tres intervalos en los valores de la AT, uno o dos de los cuales caen por debajo de la media (trends). Asimismo, una ruptura se considera reparada una vez suceda lo siguiente:

a) cuando el valor siguiente de la AT regresa dentro de los límites de control (ones); b) cuando el valor siguiente se ubica en o por encima de la media (runs); o c) cuando el valor siguiente comienza a ascender. Cabe señalar que toda una sesión puede considerarse de ruptura si todos los puntajes de los segmentos están por debajo de 4, aunque no haya indicadores ones, runs o trends.

En estudios previos como el de Berk (2013), se observó una buena confiabilidad entre jueces que evaluaron los segmentos empleando el cociente de correlación intraclase ( $MCCI = .79$ ,  $DT = .07$ , rango: .64 -1). En cuanto a la validez convergente, se reporta una correlación moderada y significativa entre el puntaje promedio de la sesión con el S-WAI-O y las puntuaciones del WAI- C ( $r = .49$ ,  $p < .001$ ,  $d = 0.78$ ) y terapeutas ( $r = .50$ ,  $p < 0.001$ ,  $d = 0.05$ ). El análisis factorial exploratorio muestra dos factores con todos los ítems cargados en sus componentes teóricos a excepción del ítem 7, el cual tuvo un peso alto tanto en el componente de tareas como en el de vínculo (véase Anexo D).

Asimismo, fue necesario realizar un procedimiento de traducción y equivalencia semántica del instrumento al idioma español, con la ayuda de dos expertos en traducción inglés-español y una experta bilingüe en clínica para garantizar la validez del contenido, esto es, que las categorías y contenido del instrumento fuesen adecuados para el contexto. Para la identificación de los episodios de ruptura dentro de las sesiones analizadas se obtuvo un alto nivel de confiabilidad entre observadores ( $MCCI = .89$ ,  $p < .05$ , rango: .82 - .98).

Por último, para determinar si los episodios de ruptura identificados correspondían a un tipo evitativo o confrontativo, se recurrió al acuerdo entre tres observadores quienes

clasificaron estos episodios de manera independiente en una de las dos categorías observando la videograbación del episodio según la presencia de marcadores de ruptura tal como se describieron en el marco teórico ( $k = .892$ ,  $p < .05$ ). En general, en las rupturas confrontativas el consultante cuestiona o muestra malestar hacia algún aspecto del terapeuta o de la terapia, mientras que en las rupturas evitativas el consultante se aleja de su propia experiencia interna, del terapeuta o de la terapia (Mitchel, *et al.*, 2011).

**Control relacional.** Esta variable es entendida como la acción de delimitar y restringir las acciones comunicativas del interlocutor dentro de un sistema interpersonal. Este manejo de la interacción tiene lugar ya sea ejerciendo dominancia, cediendo ante el dominio del interlocutor o asumiendo neutralidad frente a la entrega o búsqueda del control por parte de este último (Rogers & Escudero, 2004). Para evidenciar el tipo de manejo del control preponderante en la díada terapéutica en episodios de rupturas en la AT, se empleó el Sistema de Codificación del Control en la Comunicación Relacional (RCCCS). Este es un instrumento observacional que mediante el análisis de segmentos de interacción permite determinar secuencias o patrones con diferentes tendencias en términos de simetría y complementariedad, reflejando los efectos de la comunicación sobre la conducta del interlocutor.

De acuerdo con la propuesta del control relacional, las interacciones que se establecen entre personas pueden ser complementarias, simétricas y transitorias. En el primer caso, un mensaje de dominancia de una persona se empareja con una respuesta de sumisión de la otra y viceversa; en el segundo caso, la simetría o respuestas con la misma tendencia pueden darse o hacia la dominancia, hacia la sumisión o bien hacia la

neutralidad. Desde este sistema, el control no es una característica inherente a los individuos o al contenido del mensaje, sino más bien depende del contexto interpersonal en el cual se da el mensaje y la finalidad interpersonal que tenga (Heatherington & Friedlander, 1990).

Para la observación, uno de los codificadores transcribe la videograbación del episodio de interacciones a analizar y segmenta el diálogo transcrito en turnos de palabra (i.e. cuando uno de los interactuantes toma y cede la palabra). Asimismo, debe encerrar el fragmento de la transcripción entre corchetes “[ ]” en aquellas ocasiones cuando se presenten superposiciones de palabra exitosas en el diálogo (i.e. uno de los interactuantes habla mientras su interlocutor tenía el turno de palabra y este último interrumpe su locución) y entre paréntesis “( )” cuando dicho intento por superponerse falla. Las respuestas no verbales que pueden ser interpretadas claramente tales como asentimientos, negaciones o silencios se indican en la transcripción utilizando doble paréntesis “(( ))”. A este primer paso en la preparación del material se le denomina segmentación.

Posteriormente, otro codificador revisa la transcripción y la segmentación con ayuda del video de la sesión y se verifica que haya un porcentaje de acuerdo superior al 95%. Una vez hecho esto, los dos observadores pasan a unitizar de manera independiente cada turno de palabra, es decir, a indicar el número de mensajes presentes dentro de dicho turno. Se considera que la unitización es exitosa cuando se observa un porcentaje de acuerdo superior al 95%.

Una vez realizada la segmentación, los codificadores asignan de manera independiente a cada mensaje un código de tres dígitos, donde el primero corresponde al

hablante (*i.e.* 1= Terapeuta 2= consultante); el segundo representa la forma gramatical (*i.e.* 1= Aserción; 2= Pregunta Abierta; 3= Superposición exitosa; 4= Superposición no exitosa; 5=Incompleto; 6= Pregunta cerrada; 0= Ininteligible) y el tercero describe el modo de respuesta en relación al mensaje anterior (*i.e.* 1= Aprobación; 2=Desaprobación; 3= Extensión; 4= Respuesta a pregunta abierta; 5= Instrucción; 6= Orden; 7= Desconfirmación; 8=Cambio de tema; 9= Respuesta a pregunta cerrada; 10= Ininteligible). (Véase Anexo F para las definiciones correspondientes a los códigos recién descritos).

El paso siguiente consiste en asignar a cada mensaje una de las tres direcciones de control relacional: one-up (↑), para aquellos mensajes que intentan dominar la interacción; one-down (↓), para los mensajes que buscan ceder el poder a, o aceptar el control del interlocutor en la interacción; en cuanto a aquellos mensajes que permiten dar continuidad a la conversación o donde no es evidente que se busque ganar o ceder el control (*i.e.* neutralizan o nivelan el control) se les asigna el código one-across (→). Lo anterior con base en los criterios establecidos en el manual de codificación de este sistema (Heatherington & Friedlander, 1987), según el modo de respuesta y forma gramatical de cada mensaje. Por esta razón, no se verifican niveles de acuerdo entre los observadores como se hizo con el formato y modo de respuesta (Anexo F).

Junto a estos criterios y siguiendo la sugerencia de uno de los desarrolladores del sistema RCCCS (V. Escudero, comunicación personal, noviembre 4 , 2015), los codificadores recibieron la indicación de considerar las maniobras técnicas de los terapeutas tales como interpretaciones, confrontaciones, señalamientos o preguntas estratégicas como una maniobra que busca ganar control (↑), en tanto pretenden

deliberadamente conducir al consultante a notar, redefinir o actuar fuera de su marco de referencia habitual.

El paso final de la codificación, en tanto que la transacción de dos mensajes es la unidad mínima de análisis en el RCCCS, consiste en combinar los códigos de control de cada mensaje de manera secuencial según se ordenaron en la transcripción, formando así secuencias de intercambios diádicos donde cada mensaje es a la vez respuesta del anterior y contexto del siguiente. Estos intercambios diádicos corresponden a nueve patrones de control relacional: patrones complementarios donde un mensaje que busca tomar el control es correspondido con una entrega del mismo o viceversa (i.e.  $\uparrow\downarrow$  o  $\downarrow\uparrow$ ); patrones transitorios donde un mensaje que busca ganar o ceder control es seguido de un mensaje que neutraliza el control y a su vez, un mensaje neutralizante es correspondido con un mensaje dominante o sumiso del interlocutor (i.e.  $\uparrow\rightarrow$ ,  $\downarrow\rightarrow$ ,  $\rightarrow\uparrow$  o  $\rightarrow\downarrow$ ); los tres patrones restantes corresponden a intercambios simétricos donde ambos interlocutores luchan bien sea por tomar el control en la interacción (i.e. competitivos  $\uparrow\uparrow$ ), por cederlo (i.e. sumisos  $\downarrow\downarrow$ ) o por balancear el control o mantener una posición neutral frente al mismo (i.e. transitorios  $\rightarrow\rightarrow$ ). El RCCCS permite obtener una descripción de las frecuencias de tales patrones de control relacional en los episodios de rupturas en la AT (Muñiz de la Peña *et al.*, 2012).

Dado que ni en el manual de codificación (Heatherington & Friedlander, 1987), ni en la literatura sobre interpretación del RCCCS (Rogers & Escudero, 2004) aparecen referencias claras de cómo conducir un análisis estadístico para hacer comparaciones e inferencias sobre el comportamiento de grupos, se optó por asignar a cada uno de los

nueve patrones de control relacional descritos un código para identificar el tipo de patrón y describir si en esa transacción se está considerando como respondiente al consultante o al terapeuta (p.e. el código Tr-cr-1 describe una interacción simétrica competitiva donde el consultante responde con una maniobra de dominancia frente a una maniobra de dominancia del terapeuta y el Tr-cr-10 describe la situación inversa). Los 18 códigos resultantes fueron incluidos en la matriz para el análisis que se describe en el apartado de resultados (véase Anexo G). Cabe mencionar que para dicho análisis se consideraron principalmente las respuestas de los terapeutas a las acciones de los consultantes, pero también se describen algunos hallazgos relevantes cuando se consideran las respuestas de estos hacia los terapeutas.

De vuelta a las características de este instrumento, el RCCCS ha demostrado tener validez en diferentes contextos incluyendo el clínico (Rogers & Escudero, 2004), su confiabilidad se basa en el acuerdo de dos jueces entrenados en dicho sistema quienes siguen unas reglas específicas de codificación de la comunicación que tiene lugar entre los interactuantes del evento a observar. La literatura reporta porcentajes de acuerdo para la segmentación y la unitización de los mensajes cercanos al 94%. En cuanto a la confiabilidad promedio para los códigos de formato y modo de respuesta, se encuentran valores de  $k = .84$  y  $k = .66$ . respectivamente (Heatherington & Friedlander, 1987).

La validez tiene que ver con el grado en el cual los procedimientos de codificación –aparte de ser usados de manera confiable- identifican la dimensión del control en la comunicación relacional, de tal forma que sea lógicamente consistente con su definición conceptual. Abordar la validez del RCCCS en términos de la precisión de la observación

supone cierta complejidad, pues no existe un criterio “real” o “correcto” con el cual contrastar la codificación de un mensaje dado. Por lo tanto, los temas centrales del RCCCS son la validez de constructo y la validez predictiva (Rogers & Escudero, 2004). Desde la publicación de Ayers y Minura (1981), se han realizado varios estudios en estos dos tipos de validez para el RCCCS (Bennett, Erchul, Young, & Bartel, 2012; Gaul, Simon, Friedlander, Cutler, & Heatherington, 1991; Grissom, Erchul, & Sheridan, 2003; Heatherington, 1988; McNeilis & Thompson, 1995; Tracey & Miars, 1986).

En esta investigación, se empleó una versión en español del manual del RCCCS publicado en 1987 por Heatherington y Friedlander (Escudero, Presedo, Revuelta, & Wardle, 1988). La comprensión del procedimiento y de las categorías descritas fue verificada con los codificadores, durante el entrenamiento en este sistema de observación y se obtuvieron niveles altos de confiabilidad respecto a formato ( $k = .87$ ) y modo de respuesta ( $k = .82$ ).

**Reactancia.** La reactancia se define como una reacción oposicional activada por la percepción de amenaza a la autonomía personal (Beutler *et al.*, 2011). Para evaluarla se empleó la Escala de Reactancia Terapéutica –TRS- (Dowd *et al.*, 1991), una medida de auto-reporte compuesta por 28 ítems en escala tipo Likert que se califican con valores de 1 a 4 correspondientes al grado de acuerdo con el enunciado de cada ítem. Por ende, el puntaje total de la escala se encuentra entre 28 y 112, donde un mayor valor equivale a un mayor nivel de reactancia psicológica en el individuo. Para la calificación de la escala se invierten los puntajes de los ítems 7, 11, 13, 14, 18, 21, 24, 25, 2 y posteriormente, se suman los puntajes de la totalidad de los ítems.

La TRS, aparte de poseer un nivel adecuado de confiabilidad ( $\alpha = .84$ ), cuenta con evidencia de validez convergente (Branagan, 2012; Wong, Beutler, & Zane, 2007) y divergente (Dowd, *et al.*, 1991). Para la presente investigación, los puntajes totales de escala aplicada a consultantes y terapeutas fueron empleados para crear una variable que permitiese caracterizar a cada uno de los 57 episodios de ruptura, analizados en términos de si era el consultante quien presentaba un mayor o menor nivel de reactancia en comparación con su interlocutor. Su cálculo se realiza a partir de la razón entre los puntajes de la TRS del consultante, sobre la puntuación en esa misma escala para el terapeuta en el episodio de ruptura observado.

En los casos donde el consultante presentó un mayor nivel de reactancia el valor de la razón fue  $> 1$ , y en los que el consultante presentó un nivel de reactancia menor al del terapeuta el resultado fue  $< 1$ . Los valores de esta razón de reactancias para cada episodio de ruptura, se incluyeron en el análisis para determinar así la relación de esta variable con la reparación de rupturas en la AT. En cuanto a la TRS, se realizó un procedimiento de traducción y equivalencia semántica de la escala al idioma español, con la ayuda de un experto en traducción inglés-español y una experta bilingüe en psicología clínica para garantizar la validez del contenido (Anexo D).

***Dominancia.*** Se define como una tendencia por parte del consultante o terapeuta a establecer interacciones no igualitarias en relación con su interlocutor (Pratto *et al.*, 1994). Dentro del RCCCS, la dominancia es un índice que se operacionaliza como la frecuencia de interacciones, en las cuales uno de los interactuantes muestra una conducta dominante (one-up) y esta es respondida con una cesión del control (one-down) por parte del

interlocutor. En otras palabras, la dominancia corresponde a patrones complementarios donde los intentos por controlar la interacción son aceptados por el interlocutor (Bennett *et al.*, 2012).

Como se verá más adelante, estas interacciones están representadas por los códigos “Tr-cr-14” que indican la dominancia del consultante sobre el terapeuta y “Tr-cr-5” que representa la situación contraria (Anexo G). Estos patrones de control junto a los otros descritos más arriba en el RCCCS fueron incluidos dentro del análisis para determinar su asociación con la reparación de las rupturas en la AT.

### **Procedimiento**

Los terapeutas fueron contactados personalmente por el investigador principal, se les explicó el propósito general del estudio, su rol en el mismo y quienes aceptaron participar firmaron el consentimiento informado (Anexo A). En este encuentro recibieron copias del formato de consentimiento informado para consultantes (Anexo B), copias de la escala de reactividad terapéutica (TRS), discos de grabación, sobres y una guía visual sobre cómo realizar la videograbación de las sesiones de terapia, para garantizar que el material fuera adecuado para el análisis (véase Anexo C). Una vez grabada una sesión, los terapeutas debían descargar la sesión en un disco óptico para almacenamiento de datos (DVD) y borrar la sesión de la videocámara. El investigador principal contactó periódicamente a cada terapeuta para la recolección del material, el cual se guardó en un archivo confidencial revisado solo por los asistentes de investigación.

A su vez, los consultantes fueron invitados por su terapeuta a participar directamente antes del inicio de su primera sesión de terapia. Una vez leído y firmado el

consentimiento informado por parte del consultante, se procedió a la videograbación de la totalidad de sesiones de la terapia según las indicaciones dadas a los terapeutas. En esa primera sesión, tanto consultantes como terapeutas completaron la escala de reactividad terapéutica (TRS) y el terapeuta guardó ambas escalas en un sobre sellado para ser entregado al investigador junto con los consentimientos informados.

De todas las sesiones videograbadas se analizaron 68 escogidas según los criterios descritos en la sección de participantes, con el fin de identificar episodios de ruptura en la alianza terapéutica. Para ello, se procedió a calificar la alianza en segmentos de cinco minutos hasta completar la totalidad de la sesión empleando el Inventario de Alianza de Trabajo Segmentada con medida basada en el Observador (S-WAI-O) siguiendo las pautas ya descritas en el apartado instrumentos.

Siete observadores, estudiantes de último año de pregrado en psicología, fueron entrenados en el uso del S-WAI-O en sesiones de tres horas de duración en las cuales se presentó inicialmente una revisión conceptual de la alianza terapéutica y los tipos de ruptura en la misma, complementando lo anterior con la observación de un video sobre manejo de rupturas evitativas y confrontativas en sesiones conducidas por Jeremy Safran y Christopher Muran (2006b), dos de los investigadores relevantes en la investigación sobre AT. Asimismo, los potenciales observadores realizaron ejercicios de calificación de la AT con sesiones grabadas en video de casos diferentes a la muestra. El entrenamiento continuó hasta que tuvieron un nivel de confiabilidad  $CCI \geq .8$  en la observación de tres sesiones consecutivas. Fueron excluidos dos observadores debido a que sistemáticamente presentaban niveles de confiabilidad por debajo del mínimo especificado.

Una vez entrenados los observadores, se procedió a la calificación de cada sesión de la muestra, según los parámetros establecidos en la sección de instrumentos. Para evitar un sesgo en la observación, esto es, que alguna dupla tendiera a subestimar o sobreestimar los valores de la alianza, se formaron pares intercambiados de los observadores (p.e. 1 y 2, 1 y 3, 1 y 4, 1 y 5, 2 y 3, 2 y 4, etc.). En tanto que cada sesión se analizó por segmentos, la confiabilidad de las calificaciones del par de observadores para cada uno de estos fue evaluada y en caso que se obtuviera un valor por debajo del mínimo establecido ( $CCI < .7$ ), un tercer codificador analizaba toda la sesión y se tomaban las dos codificaciones con mayor valor de coincidencia. Los cinco observadores que realizaron la identificación de rupturas tuvieron un nivel de confiabilidad alto ( $M_{CCI} = .89, p < .05$ , rango: .82 - .98) para todas las sesiones de terapia evaluadas.

Al finalizar la observación y calificación de la totalidad de la muestra e identificados los episodios de ruptura, tres de los cinco observadores revisaron el intervalo de la videgrabación correspondiente y clasificaron independientemente si se trataba de una ruptura de tipo evitativo o confrontativo según los marcadores descritos por Mitchel *et al.* (2011). En este proceso se encontró un alto nivel de acuerdo entre estos tres observadores ( $k = .892, p < .05$ ).

Ya identificados los episodios de ruptura en la AT, el paso siguiente fue transcribir las interacciones verbales entre consultantes y terapeutas en tales episodios, con el fin de preparar el material para analizar el manejo del control empleando el Sistema de Codificación del Control en la Comunicación Relacional (RCCCS). Para este nuevo análisis, se contó con la ayuda de dos de los cinco observadores que identificaron las

rupturas en la fase anterior de la investigación, quienes participaron en un nuevo entrenamiento en el uso de este sistema durante varias sesiones de trabajo, aprendiendo cómo preparar las transcripciones y codificando sesiones de terapia que no fueron incluidas en la muestra.

Este trabajo continuó hasta que los codificadores alcanzaron niveles aceptables de confiabilidad empleando el RCCCS ( $k = .84$  para la dimensión de formato y  $k = .66$  para la dimensión modo de respuesta), según los criterios sugeridos por el manual de este sistema (Escudero *et al.*, 1988). La transcripción y codificación de todos los episodios de ruptura fue realizada de manera independiente por los dos codificadores, quienes no tuvieron conocimiento sobre del tipo de ruptura y si los episodios a analizar correspondían a una ruptura resuelta o no resuelta.

En el proceso de segmentación de los turnos de palabra contenidos en todos los episodios de rupturas en la AT, según se describió en el apartado correspondiente a instrumentos, se observó un porcentaje de acuerdo promedio del 96.3% (rango: 94.7% - 98.6%). Para la unitización de los turnos de palabra el acuerdo promedio fue del 94.4% (rango: 91.9% - 97.3%)

Después de verificar la confiabilidad de la codificación del formato y modo de respuesta, se asignaron códigos de control relacional a los mensajes, (*i.e.*, si un mensaje buscaba ganar ( $\uparrow$ ), ceder ( $\downarrow$ ) o neutralizar ( $\rightarrow$ ) el control respecto al mensaje anterior de su interlocutor) siguiendo las reglas establecidas en el manual y las sugerencias ya mencionadas en la descripción del instrumento. Una vez asignados, los códigos de control fueron tomados por pares según el transcurso de la interacción para formar patrones de

control relacional tal como se ejemplifica en la Tabla 1. Finalmente, a cada uno de los nueve patrones de control relacional identificados dentro de un episodio de ruptura en la AT, se les asignó uno de 18 códigos, los cuales identifican el tipo de patrón y si se toma el consultante o terapeuta como respondiente en la interacción (véase Anexo G).

Tabla 1

*Extracto de codificación empleando el RCCCS*

	Hablante	Formato	Modo de respuesta	Cod. control	Transacción	Cod. matriz
T: Pero si hay mucha comunicación.	1	1	5	↑		
C: Uhum, si...	2	1	1	↓	↑↓	Tr-cr-5
T: como me dijiste, no es la que tú quisieras, no la que esperarías.	1	1	3	→	↓→	Tr-cr-18
C: Si pero, pero si, ella me dice con la sonrisa o con la risa o cuando me mira o demás, sí, ella trata...como de decirme algo.	2	1	3	→	→ →	Tr-cr-3
T: Como que volver a pasar sobre estos dolores es muy difícil.	1	1	3	→	→ →	Tr-cr-12
C: ((Silencio)). Mmm ¿Dolores cómo?	2	2	1	↓	→↓	Tr-cr-7
T: Estos tres dolores de los que acabas de hablar.	1	1	4	↑	↓↑	Tr-cr-13

### **Resultados**

Los datos fueron analizados mediante estadística descriptiva, con el fin de determinar la frecuencia de los episodios de ruptura en la alianza y las tendencias generales en cuanto al manejo del control relacional en la muestra observada. Posteriormente, se realizaron análisis de regresión logística con el propósito de determinar la relación entre determinados patrones de control relacional, tipo de ruptura, o reactancia y la reparación exitosa o fallida de los episodios de ruptura. Se empleó este tipo de análisis dada la naturaleza de las variables y la estructura de los datos, como se describirá detalladamente en las páginas siguientes.

En el 70.6% de las 68 sesiones observadas, se identificó al menos un episodio de ruptura y en todas estas sesiones se observó un total de 56 episodios de ruptura. De estos, el 66.7% fueron episodios reparados y el 33.3% no reparados. En los 56 episodios observados, el 64.28% fueron rupturas de tipo evitativo y el 35.72% restante rupturas confrontativas. Dentro de los episodios evitativos, el 62.16% fueron resueltos exitosamente, en tanto que en los episodios de ruptura confrontativa, se dio una reparación exitosa en el 80% de los mismos. Los datos parecen reflejar una mayor tendencia a reparar las rupturas en especial las de tipo confrontativo, quizás porque es difícil para los terapeutas ignorar que el consultante los cuestiona o desafía de una forma no cooperativa.

Con respecto al análisis de la interacción entre consultantes y terapeutas empleando el RCCCS durante los episodios de ruptura, se identificaron 6778 intercambios comunicativos en los 56 episodios. Posterior a la descripción porcentual de

los patrones de control relacional en la totalidad de la muestra observada (Tabla 2), se presenta una comparación del manejo de control relacional a partir de las medianas de las frecuencias relativas de cada uno de los nueve patrones de control en la interacción dada durante los episodios de ruptura. Se empleó la mediana, dada la gran dispersión en las frecuencias de los tipos de control relacional presentes en los episodios de ruptura en la AT. En tanto los datos no siguen una distribución simétrica, la mediana y los cuartiles son menos propensos a presentar sesgos inducidos por datos extremos.

Cabe agregar que en este análisis descriptivo, se presenta solamente el tipo de patrón de control relacional formado y no se hace énfasis en si en la interacción se observa como respondiente al consultante o terapeuta, ya que la contribución de cada uno de los interactuantes al proceso de reparación de rupturas es el objeto del análisis de regresión logística.

Tabla 2

*Frecuencia de patrones de control relacional*

Tipo de patrón de control relacional	%	n=
Simetría competitiva (el terapeuta y el consultante luchan por dominar la interacción)	5.71	387
Simetría sumisiva (el terapeuta y el consultante luchan por ceder el poder al otro)	2.73	185
Simetría transitoria (el terapeuta y el consultante no buscan tomar o ceder el poder)	13.51	915
Complementario I (cuando el terapeuta ocupa la posición dominante y el consultante una sumisa)	21.96	1489
Complementario II (cuando el consultante ocupa la posición dominante y el terapeuta una sumisa)	4.74	321
Transitorio I (cuando el terapeuta asume una posición neutral y el consultante una dominante)	7.74	524

Transitorio II (cuando el terapeuta asume una posición neutral y el consultante una sumisa)	18.31	1241
Transitorio III (cuando el consultante asume una posición neutral y el terapeuta una dominante)	18.38	1246
Transitorio IV (cuando el consultante asume una posición neutral y el terapeuta una sumisa)	6.93	470
	Total=	100 6778

Como se puede ver en la generalidad de las interacciones entre consultantes y terapeutas para todos los episodios de ruptura observados, se encuentra una mayor frecuencia de interacciones simétricas transitorias, complementarias I, transitorias II Y III. Estas tendencias muestran respectivamente a: consultantes y terapeutas ampliando y devolviendo información; terapeutas ejerciendo un rol más estructurante de la sesión en comparación a los consultantes quienes cedieron el control en tales interacciones; consultantes asumiendo una posición neutral en términos de control junto a maniobras de dominancia o sumisión del terapeuta.

Al comparar las interacciones de los episodios reparados con los no reparados (Tabla 3), se observa que la transacción de control que más se diferencia es la complementaria I en las rupturas no reparadas ( $Mdn_{nr} = 27.12\%$ ,  $Q_1 20.94\%$  -  $Q_3 36.34\%$   $> Mdn_r = 18.92\%$ ,  $Q_1 12.66\%$  -  $Q_3 24.75\%$ ). Le siguen la transitoria II con una mayor frecuencia en los episodios reparados ( $Mdn_r = 18.04\%$ ,  $Q_1 13.46\%$  -  $Q_3 23.25\%$   $> Mdn_{nr} = 14.89\%$ ,  $Q_1 9.66\%$  -  $Q_3 18.27\%$ ), y transitoria III con mayor frecuencia en los episodios no reparados ( $Mdn_{nr} = 19.37\%$ ,  $Q_1 18.12\%$  -  $Q_3 25.58\%$   $> Mdn_r = 16.99\%$ ,  $Q_1 11.60\%$  -  $Q_3 20.57\%$ ). En otras palabras, en los episodios no resueltos se encontraron más

interacciones complementarias con el terapeuta en la posición dominante junto a posiciones de sumisión o transitorias de los consultantes, mientras que en aquellos que fueron reparados de manera exitosa se observó con mayor frecuencia un manejo transitorio del control por parte del terapeuta junto con consultantes que lo ceden.

Tabla 3

*Patrones de control relacional en episodios de ruptura reparados y no reparados*

Episodios		Simetría competitiva	Simetría sumisiva	Simetría transitoria	Complementaria I	Complementaria II	Transitoria I	Transitoria II	Transitoria III	Transitoria VI
Reparados (n = 4629)	<i>Q<sub>1</sub></i>	3,22%	0,00%	4,18%	12,66%	2,19%	5,50%	13,46%	11,60%	3,13%
	<i>Mdn</i>	5,31%	2,19%	5,78%	18,92%	4,77%	7,56%	18,04%	16,99%	4,82%
	<i>Q<sub>3</sub></i>	7,50%	4,80%	7,48%	24,75%	8,15%	10,27%	23,25%	20,57%	7,14%
No reparados (n = 2149)	<i>Q<sub>1</sub></i>	3,02%	1,08%	2,68%	20,94%	1,38%	3,78%	9,66%	18,12%	2,68%
	<i>Mdn</i>	4,34%	1,53%	3,80%	27,12%	2,94%	5,46%	14,89%	19,37%	4,03%
	<i>kQ<sub>3</sub></i>	6,14%	3,16%	5,35%	36,34%	5,16%	8,49%	18,27%	25,58%	6,85%

Cuando se compararon los patrones de control relacional en las rupturas de tipo evitativo reparadas y no reparadas (Tabla 4), se observó en las primeras una menor cantidad de interacciones complementarias I ( $Mdn_r = 17.10\%$ ,  $Q_1 8.78\% - Q_3 29.59\% < Mdn_{nr} = 27.12\%$ ,  $Q_1 26.31\% - Q_3 38.22\%$ ) y más interacciones transitorias II ( $Mdn_r = 19.45\%$ ,  $Q_1 14.09\% - Q_3 24.45\% > Mdn_{nr} = 14.89\%$ ,  $Q_1 10.71\% - Q_3 18.93\%$ ). Mientras que en los episodios no reparados de este tipo, se dieron más interacciones transitorias III ( $Mdn_{nr} = 19.37\%$ ,  $Q_1 16.82\% - Q_3 26.01\% > Mdn_r = 15.63\%$ ,  $Q_1 10.08\% - Q_3 19.12\%$ ) y

menores interacciones simétricas transitorias ( $Mdn_{nr} = 3.80\%$ ,  $Q_1 2.82\%$  -  $Q_3 5.16\%$  <  $Mdn_r = 6.68\%$ ,  $Q_1 4.87\%$  -  $Q_3 7.40\%$ ).

Es decir, en los episodios evitativos reparados se observaron menos interacciones complementarias con el terapeuta en la posición dominante y más prominencia de un terapeuta haciendo manejos neutralizantes del control, junto a una renuncia del control por parte de los consultantes. Por su parte, en los no resueltos, se dieron menos interacciones simétricas transitorias y más interacciones complementarias con el terapeuta en una posición dominante.

Tabla 4

*Patrones de control relacional en episodios de ruptura evitativa*

Episodios		Simetría competitiva	Simetría sumisiva	Simetría transitoria	Complementaria I	Complementaria II	Transitoria I	Transitoria II	Transitoria III	Transitoria VI
Reparados (n = 2548)	$Q_1$	2.48%	0.00%	4.87%	8.78%	1.04%	5.39%	14.09%	10.08%	2.22%
	$Mdn$	3.99%	1.58%	6.68%	17.10%	3.90%	7.88%	19.45%	15.63%	4.73%
	$Q_3$	5.82%	4.80%	7.40%	29.59%	6.55%	11.01%	24.45%	19.12%	6.39%
No reparados (n = 1458)	$Q_1$	2.80%	1.06%	2.82%	26.31%	0.54%	3.77%	10.71%	16.82%	2.66%
	$Mdn$	4.34%	1.53%	3.80%	27.12%	2.94%	5.46%	14.89%	19.37%	4.03%
	$Q_3$	5.68%	3.34%	5.16%	38.22%	4.62%	7.02%	18.93%	26.01%	7.01%

Para el caso de los episodios de ruptura de tipo confrontativo (Tabla 5), se encontró en aquellos reparados exitosamente un predominio de interacciones complementarias I ( $Mdn_r = 19.81\%$ ,  $Q_1 14.85\%$  -  $Q_3 23.25\%$  >  $Mdn_{nr} = 14.47\%$ ,  $Q_1 9.08\%$

-  $Q_3$  16.18%) y transitorias II ( $Mdn_r = 17.55\%$ ,  $Q_1$  8.60% -  $Q_3$  20.57% >  $Mdn_{nr} = 10.99\%$ ,  $Q_1$  1.01% -  $Q_3$  18.45%). Mientras que en los episodios no reparados, se pudo apreciar una mayor frecuencia de simetría competitiva ( $Mdn_{nr} = 13.19\%$ ,  $Q_1$  3.74% -  $Q_3$  37.26% >  $Mdn_r = 6.93\%$ ,  $Q_1$  4.92% -  $Q_3$  11.17%) e interacciones transitorias III ( $Mdn_{nr} = 21.95\%$ ,  $Q_1$  15.78% -  $Q_3$  31.60% >  $Mdn_r = 18.90\%$ ,  $Q_1$  13.44% -  $Q_3$  21.03%).

Tabla 5

*Patrones de control relacional en episodios de ruptura confrontativa*

Episodios		Simetría competitiva	Simetría sumisiva	Simetría transitoria	Complementaria I	Complementaria II	Transitoria I	Transitoria II	Transitoria III	Transitoria VI
	$Q_1$	4,92%	1,16%	2,71%	14,85%	3,76%	5,56%	8,60%	13,44%	3,61%
Reparados ( $n = 2081$ )	$Mdn$	6,93%	2,42%	4,32%	19,81%	5,59%	7,52%	17,55%	18,90%	4,88%
	$Q_3$	11,17%	4,61%	8,43%	23,25%	11,08%	9,67%	20,57%	21,03%	7,32%
No reparados ( $n = 691$ )	$Q_1$	3,74%	0,82%	2,48%	9,08%	2,56%	4,18%	1,01%	15,78%	0,67%
	$Mdn$	13,19%	1,65%	4,01%	14,47%	5,15%	7,30%	10,99%	21,95%	3,49%
	$Q_3$	37,26%	2,86%	6,35%	16,18%	11,14%	9,49%	18,45%	31,60%	7,00%

Tomando la información descrita sobre los tipos de ruptura y su reparación, al ver los casos de reparación exitosa de uno y otro, se encuentra que en los episodios evitativos hubo una menor presencia de interacciones complementarias con el terapeuta en la posición dominante, en tanto que en los confrontativos se observó una tendencia inversa con una mayor prevalencia de estos. También se encontró en ambos una mayor frecuencia de interacciones transitorias con el terapeuta en una posición neutral y del consultante cediendo el poder en los episodios reparados.

En lo que respecta a los episodios no reparados de ambos tipos, hubo más interacciones simétricas competitivas en comparación con los episodios donde si hubo reparación y específicamente, en las rupturas confrontativas este tipo de interacción fue tres veces mayor. Asimismo, se encontró una mayor presencia de patrones transitorios con el terapeuta en una posición dominante, junto con un manejo neutralizante del control por parte del consultante en los episodios no reparados.

Los últimos datos descriptivos a presentar corresponden a las puntuaciones totales provenientes de la aplicación de la escala de reactividad terapéutica -TRS-, a cada uno de los terapeutas y consultantes que participaron en el estudio. Como se muestra en la Tabla 6, el grupo de los terapeutas tuvo en general una menor reactividad ( $M_t= 68.2$ ) en comparación con sus consultantes ( $M= 69.27$ ), siendo el terapeuta 2 la única excepción. Es clara también la existencia de una mayor variabilidad en términos de reactividad dentro del grupo de los consultantes ( $DT_{consultantes}= 10.21 > DT_{terapeutas}= 5.22$ ).

Tabla 6

*Niveles de reactividad psicológica de consultantes y terapeutas -TRS*

Consultante	Puntaje reactividad	Terapeuta	Puntaje reactividad
101	66	1	64
102	73	2	70
103	72	3	68
201	59	4	76
202	58	5	63
301	80		
401	82		
501	81		
502	56		
503	58		
504	77		

---

$M=$	69.27	68.2
$DT=$	10.21	5.22

---

(TRS) Escala de reactancia terapéutica.

**Control relacional y resolución de rupturas.** Más allá de hacer una descripción del manejo del control relacional en la díada terapéutica, el propósito de este estudio fue determinar si existían o no patrones de control relacional asociados con la reparación exitosa o no exitosa de las rupturas en la alianza. Como ya se mencionó, los datos obtenidos no siguieron una distribución normal y se observó una anidación de los mismos, es decir, no se pudo asumir independencia entre las transacciones de control relacional pues varias transacciones de control relacional pertenecen a una misma sesión y a una misma díada terapéutica.

Para controlar los sesgos de dicha anidación, se empleó un modelo lineal generalizado de regresión logística con efectos mixtos -MRL- (Hedeker & Gibbons, 2006), con el fin de modelar la probabilidad de éxito en la reparación en la AT, en presencia de determinadas transacciones o patrones de control relacional. Para la elaboración del modelo, se utilizó el software estadístico R<sup>®</sup> V.3.3.2 y el paquete Linear Mixed-Effects Models -LME-, el cual contiene las funciones con las que se calcula el modelo dentro del software R. A continuación, se reportan los resultados obtenidos para los efectos aleatorios y efectos fijos del modelo.

En la Tabla 7, se presenta la estimación del intercepto aleatorio para cada uno de los terapeutas ( $\epsilon_{1i}$ ) y consultantes ( $\epsilon_{2j}$ ). Tomando la estructura de varianza para terapeutas y consultantes en general, se encontró que la variación intragrupo es baja para los terapeutas ( $\sigma^2 = 0.84$ ,  $DT= 0.91$ ) y alta para el caso de los consultantes ( $\sigma^2 = 17.93$ ,  $DT=$

4.23). Podría pensarse que la menor variación entre los terapeutas significa que estos suelen tener una forma de actuar similar ante determinada interacción de los consultantes, mientras que estos últimos muestran mayor variación debido a su espontaneidad en la interacción.

Tabla 7

*Parámetros del MRL con efectos mixtos: efectos aleatorios*

Intercepto Aleatorio para cada terapeuta			Intercepto Aleatorio para cada consultante		
Terapeuta	Coefficiente ( $\epsilon_{1i}$ )	Exp ( $\epsilon_{1i}$ )	Consultante	Coefficiente ( $\epsilon_{2j}$ )	Exp ( $\epsilon_{2j}$ )
1	-5.19	0.006	101	-1.438	0.237
			102	-1.177	0.308
			103	-9.702	0.000
2	-5.18	0.006	201	-5.026	0.007
			202	-1.754	0.173
3	-5.25	0.005	301	-2.911	0.054
4	-5.24	0.005	401	-2.692	0.068
			501	-9.067	0.000
			502	-1.910	0.148
			503	-9.080	0.000
5	-5.74	0.003	504	-9.536	0.000

En cuanto a los efectos fijos (Tabla 8), se encontró que 10 de las 18 transacciones de control relacional entre consultantes y terapeutas fueron significativas sobre la reparación de las rupturas en la AT. Cuatro de estas corresponden a interacciones vistas desde los terapeutas como respondientes y seis desde los consultantes. En cuanto a los patrones que se mostraron favorables para la resolución de la ruptura se encuentra en primer lugar la simetría sumisiva, tanto para un movimiento de cesión del control por

parte del terapeuta frente a un mensaje de cesión de control ( $\beta_{11} = 3.74^{***}$ ,  $OR = 41.92$ ) o a la inversa ( $\beta_2 = 3.49^{***}$   $OR = 32.87$ ).

Esto se vio reflejado en respuestas afirmativas del terapeuta frente a peticiones de soporte por parte del consultante (p.e. “C: “¡No se, ya no entiendo por qué cada vez que me meto en una relación veo a esa persona como la más maravillosa de todas y luego me estrello con la realidad!” / T: “Claro, debe ser muy frustrante ver cómo el sueño se hace pesadilla una y otra vez. Y precisamente estamos juntas aquí para comprender un poco más eso”) o en mensajes de aprobación del consultante frente a una expresión de apoyo del terapeuta (p.e. T: “Muy bien, pudiste decirle eso que tanto te dolía. Lo lograste”/ C: “Fue gracias a ti, esa tarea me sirvió muchísimo, la de escribir y ahí caí en cuenta de las vainas”).

El segundo patrón favorable fueron los transitorios donde terapeutas ( $\beta_{16} = 3.24^{***}$   $OR = 25.49$ ) y consultantes ( $\beta_7 = 3.54^{***}$   $OR = 34.45$ ) cedían el poder ante un mensaje neutral de su interlocutor. Por ejemplo en aquellos casos donde un consultante ofrecía información y el terapeuta respondía explorando a través del uso de preguntas abiertas (C: “Esperé y esperé y pues mhm. No se, lo mismo con esa gente de la universidad” / T: “¿Qué te habría gustado que pasara esa tarde con ellos?”) O cuando un consultante respondía con aprobación ante una devolución empática del terapeuta (T: “Suena como si te incomodara el que todos en tu casa están pendientes de tu examen en la armada” / C: “Me tienen muy cansada con el tema, qué puedo hacer?”).

Respecto a los patrones que no favorecen la reparación se encuentran los transitorios pero, a diferencia del patrón recién descrito, los consultantes ( $\beta_6 = -0.58^*$ ,

OR= 0.56) y terapeutas ( $\beta_{15} = -0.47^*$  OR= .62) respondieron de manera dominante a mensajes de su interlocutor. En el primer caso, los consultantes descalificaban las devoluciones empáticas de los terapeutas (p.e. T: “Puedo imaginarme todo el esfuerzo que has hecho para sacar a tu hija adelante” / C: No lo creo ¿Eres mamá? Sino dudo que lo entiendas”). Y en caso contrario, los terapeutas hacían interpretaciones respuesta a mensajes de los consultantes que ofrecían información (p.e. C: “Como te decía antes, ayer me sentí mal porque me reuní con mis amigos para realizar el trabajo que te conté y nuevamente me sentí aislado y no siendo parte del grupo” / T: “Bueno, como que esto nos lleva nuevamente a la idea de que la ansiedad que experimentas se relaciona con tu miedo a no ser aprobado o aceptado por los otros, tal como pasa en tu familia y como te ocurrió antes cuando vivías con tu madre y temías ser abandonado por ella.”).

Las interacciones simétricas competitivas tampoco favorecieron la resolución de la ruptura pero sólo cuando los consultantes quienes respondieron de manera dominante ( $\beta_1 = -5.36^{***}$ , OR= 0.01) frente a un mensaje similar del terapeuta (p.e. T: “Aunque ames a tu hermano no puedes seguir tapando sus errores” / C: “No me pidas hacer eso porque yo no voy a abandonarlo”).

Tabla 8

*Parámetros del MRL con efectos mixtos: efectos fijos*

Interacciones vistas desde el consultante	Tipo de patrón de control relacional	$\beta$ estimado	ET	Exp $\beta$ (OR)
Consultante responde de manera dominante frente a un mensaje dominante del terapeuta (↑↑).	Simetría competitiva	$\beta_1 = -5.36^{***}$	1.56	0.01

Consultante responde cediendo el control frente a un mensaje sumiso del terapeuta (↓↓).	Simetría sumisiva	$\beta_2 = 3.49^{***}$	0.42	32.87
Consultante responde neutralizando el control frente a un mensaje transitorio del terapeuta (→→).	Simetría transitoria	$\beta_3 = 0.69$	0.49	1.99
Consultante responde de manera dominante frente a un mensaje sumiso del terapeuta (↓↑).	Complementario	$\beta_4 = -0.09$	0.27	0.91
Consultante responde cediendo el control frente a un mensaje dominante del terapeuta (↑↓).	Complementario	$\beta_5 = 3.40^{***}$	0.35	30.09
Consultante responde de manera dominante frente a un mensaje transitorio del terapeuta (→↑).	Transitorio	$\beta_6 = -0.58^*$	0.26	0.56
Consultante responde cediendo el control ante un mensaje transitorio del terapeuta (→↓).	Transitorio	$\beta_7 = 3.54^{***}$	0.37	34.45
Consultante responde neutralizando el control frente a un mensaje dominante del terapeuta (↑→).	Transitorio	$\beta_8 = 0.42$	0.48	1.53
Consultante responde neutralizando el control frente a un mensaje sumiso del terapeuta (↓→).	Transitorio	$\beta_9 = 1.04^*$	0.51	2.82
Interacciones vistas desde el terapeuta				
Terapeuta responde de manera dominante frente a un mensaje dominante del consultante (↑↑).	Simetría competitiva	$\beta_{10} = -0.36$	0.21	0.69
Terapeuta responde cediendo el control frente a un mensaje sumiso del consultante (↓↓).	Simetría sumisiva	$\beta_{11} = 3.74^{***}$	0.41	41.92
Terapeuta responde neutralizando el control frente a un mensaje transitorio del consultante (→→).	Simetría transitoria	$\beta_{12} = 0.57$	0.49	1.78
Terapeuta responde de manera dominante frente a un mensaje sumiso del consultante (↓↑).	Complementario	$\beta_{13} = -0.27$	0.18	0.76
Terapeuta responde cediendo el control frente a un mensaje dominante del consultante (↑↓).	Complementario	$\beta_{14} = 3.39^{***}$	0.39	29.76

Terapeuta responde de manera dominante frente a un mensaje transitorio del consultante (→↑).	Transitorio	$\beta_{15} = -0.47^*$	0.19	0.62
Terapeuta responde cediendo el control ante un mensaje transitorio del consultante (→↓).	Transitorio	$\beta_{16} = 3.24^{***}$	0.4	25.49
Terapeuta responde neutralizando el control frente a un mensaje dominante del consultante (↑→).	Transitorio	$\beta_{17} = 0.92$	0.51	2.51
Terapeuta responde neutralizando el control frente a un mensaje sumiso del consultante (↓→).	Transitorio	$\beta_{18} = 0.94$	0.49	2.55

\* $p < .05$ . \*\* $p < .01$ . \*\*\* $p < .000$

**Tipo de ruptura.** Los resultados recién descritos son indistintos del tipo de ruptura en la AT, es decir, no variaron dependiendo de si las rupturas reparadas o no reparadas correspondían a episodios de rupturas evitativas o confrontativas. Lo anterior teniendo en cuenta que el modelo que incluía la variable tipo de ruptura (Tabla 9), no presentó un comportamiento mejor que un modelo más parsimonioso que la excluía. Esto se evidenció a través de un test de razón de verosimilitudes ( $X^2(3, N = 6778) = 500.38, p < .000$ ), entre estos modelos anidados.

Tabla 9

*Comparación de modelos de efectos mixtos*

	<i>gl</i>	<i>BIC</i>	<i>AIC</i>	<i>logLik</i>	<i>D</i>
Modelo 1 (Incluye la variable tipo de ruptura)	27	5596.2	5780.3	-2771.1	5542.2
Modelo 2 (Excluye la variable tipo de ruptura)	30	5101.8	5306.4	-2520.9	5041.8

**Reactancia y dominancia.** Otro de los objetivos específicos de la investigación fue determinar si la reparación exitosa o no de los episodios de ruptura en la AT,

guardaba relación con variables como la dominancia y la reactividad de los consultantes y los terapeutas. En lo que respecta a la reactividad (*i.e.* una reacción oposicional activada por la percepción de amenaza a la autonomía personal), los valores de la razón de reactividad fueron incluidos dentro del MRL para determinar su incidencia o no, sobre la probabilidad de reparación de las rupturas en la AT. Aunque los resultados no alcanzaron el nivel de significancia estadística requerido, sí evidenciaron que cuando la reactividad del consultante era mayor que la del terapeuta, disminuía la probabilidad de que ocurriera una reparación en el episodio de ruptura ( $\beta = -1.55, p = .12, OR = 0.21$ ).

En lo referente a la dominancia, se encontró que tanto las respuestas de cesión del control por parte del terapeuta frente a un mensaje dominante del consultante (*i.e.* dominancia del consultante,  $\beta_{14} = 3.39, p < .000, OR = 29.76$ ), como en la situación inversa (*i.e.* dominancia de los terapeutas ( $\beta_5 = 3.4, p < .000, OR = 30.09$ )) aumentaron las probabilidades de reparación de la ruptura en la AT.

Las respuestas de cesión del control por parte de los terapeutas en general, se dieron por el uso de preguntas abiertas o asentimientos frente a las afirmaciones o cuestionamientos que hacía el consultante (p.e. C: “Bueno..sin filtros... Me molestó que me hayas dejado esperando la otra vez” / T: “Discúlpame, se alargó un poco la consulta antes que contigo”). En el caso contrario, en aquellas interacciones donde el consultante entregó el control al terapeuta, lo hizo ofreciendo mayor información luego de que este último formuló una pregunta cerrada o también aceptando los señalamientos, interpretaciones o confrontaciones (p.e. “T: ¿piensas que si ella no tuviera una condición de autismo sería más sencillo? / C: “Pienso que sí... Sí sería por lo menos un poco más

llevadera la situación”). Puede decirse entonces que las interacciones de dominancia por parte de consultante y terapeuta aumentaron la probabilidad de que haya una reparación de la ruptura en la AT.

En síntesis, El presente estudio permitió evidenciar algunos manejos comunicativos específicos desde la perspectiva del control relacional asociados a la reparación de los episodios de ruptura en la alianza terapéutica. En concreto, se encontró que en los episodios reparados exitosamente dentro de las sesiones registradas, el patrón transitorio -donde consultantes o terapeutas cedían el control en respuesta a un mensaje transitorio de su interlocutor-, el patrón simétrico sumiso y el complementario -tanto con el consultante como con el terapeuta- en la posición dominante fueron característicos.

En el caso de los episodios no reparados, las interacciones simétricas competitivas se asociaron con una menor probabilidad de reparación de la ruptura y se observó también un patrón transitorio, pero a diferencia de lo sucedido en las reparaciones exitosas de la ruptura, los terapeutas buscaban tomar el control frente a un mensaje neutral del consultante. Estos patrones relacionales asociados con una mayor o menor probabilidad de reparación del episodio, no difirieron entre rupturas de tipo evitativo o confrontativo. Asimismo, los niveles de reactancia de consultantes y terapeutas, no se asociaron significativamente con la resolución o no del episodio de ruptura.

### Discusión

Los hallazgos muestran que efectivamente el control relacional juega un papel en la resolución de las rupturas, especialmente el hecho de que el terapeuta establezca interacciones complementarias y transitorias donde cede control al consultante. Estas últimas, se explican por el hecho de que el terapeuta asume una postura abierta, de exploración ante la información que ofrece el consultante, estrategias que han sido documentadas como facilitadoras o potenciadoras de la relación terapéutica (Kimpara, Holt, Alsante, & Beutler, 2016; Langhoff, Baer, Zubraegel, & Linden, 2008).

En el caso contrario, cuando el terapeuta respondió de manera dominante (por ejemplo, desaprobando, desconfirmando, interpretando), esto no fue algo que ayudó a la reparación, ya que de alguna manera estas interacciones cortan la expresión comunicativa espontánea de los consultantes y esa afirmación del poder del terapeuta en tales situaciones restringe el curso de la interacción. Cabe anotar que la literatura corrobora que el uso de interpretaciones en episodios de ruptura no tienen un efecto favorable (Crits-Christoph y Connolly-Gibbons, 2002, 2001).

En cuanto a las interacciones complementarias (que tienen que ver con la dominancia), tal vez favorecieron la resolución porque en ellas se da una aceptación de la definición de la relación propuesta por el otro: “yo oriento, tú sigues” o “dame orientación; ok, te indico” siendo un patrón característico de las primeras sesiones de aquellos procesos terapéuticos cuyos casos tuvieron continuidad, en comparación con aquellos en los que hubo deserción (Rodríguez-Arias, 2004). En esta línea, podría asumirse que los consultantes necesitan expresar esa dependencia hacia el terapeuta, pero

al mismo tiempo ser autónomos frente a este y, estas dos caras, se reflejan en el hecho de que ambos patrones de control que connotan dominancia hayan sido significativos.

En la cara opuesta, que las interacciones simétricas competitivas no hayan sido favorables para la alianza es algo que ya ha sido reportado en otros estudios, estando este patrón asociado a episodios de conflicto, especialmente cuando se presentan dos o más de este tipo, de manera secuencial (Rogers & Escudero, 2004). Probablemente, si el terapeuta insiste en la búsqueda de poder en esos intercambios, el consultante podría sentir que su autonomía no está siendo tenida en cuenta y tanto terapeuta como consultante avanzarían de manera paralela en el encuentro, cada quien buscando afirmarse frente al otro sin lograrlo, deteriorando el vínculo de cooperación y acentuando el desacuerdo. Tal vez resultaría útil evitar una competencia por el control con los consultantes y tomar conciencia de que, si el intento por tomar el control en la interacción es respondido simétricamente, el terapeuta pueda ceder momentáneamente, como se menciona más arriba.

Por otra parte, la simetría sumisiva describe una interacción donde el consultante se siente entendido y aceptado por parte del terapeuta, así como una en la que el consultante busca el soporte del terapeuta para tomar acción o avanzar. Aunque los hallazgos la describen como favorable para la reparación, existe evidencia de que la simetría sumisiva es un patrón característico en las primeras sesiones de aquellos procesos terapéuticos que presentan mayores niveles de recaída una vez finalizada la terapia (Rodríguez-Arias, 2004).

Probablemente este tipo de intercambios, aunque transmitan soporte y aceptación, implican el riesgo de promover un enganche entre consultantes y terapeutas donde prime la deferencia excesiva, la cual es un marcador de ruptura evitativa (Safran & Muran, 2000). Es decir, este tipo de intercambios pueden limitar el cuestionamiento o desafío de algunas pautas relacionales del consultante, resolviendo la ruptura quizás solo momentáneamente en vista de ese aparente entendimiento.

En lo concerniente a la reactancia, en este estudio no se encontró una asociación significativa entre dicha variable y la resolución del episodio de ruptura, pero la tendencia encontrada en la muestra –donde a mayor reactancia del consultante menor probabilidad de reparación del episodio de ruptura- también ha sido reportada en estudios previos (Beutler et al., 2011; Chappa y Dowd, 2008). Aquí, se observó que los consultantes que presentaron rupturas de tipo confrontativo fueron aquellos con mayores niveles de reactancia. Posiblemente, con una muestra de mayor tamaño, se podría alcanzar el nivel de significancia esperado.

Aunque el análisis de regresión logística reveló que los patrones de control relacional asociados con una mayor o menor probabilidad de reparación del episodio no variaron en función del tipo de ruptura, los análisis descriptivos muestran algunas tendencias específicas a considerar. Posiblemente, esto obedeció a que en la muestra la mayor parte de las rupturas fueron de tipo evitativo.

En cuanto a los episodios reparados de ruptura evitativa, se observó una menor presencia de patrones complementarios con el terapeuta en la posición dominante; por el contrario, en los no reparados se observaron más patrones transitorios donde el terapeuta

ocupaba una posición dominante. Esto se explica desde la teoría, ya que los consultantes que muestran este tipo de marcadores de ruptura pueden tender a ser deferentes o a aceptar de una forma sumisa todo lo que propongan los terapeutas. Si los terapeutas no permiten que en la interacción los consultantes tengan la posibilidad de afirmarse y expresar claramente lo que necesitan, piensan o esperan de ellos (Muran & Barber, 2011), estarían perpetuando el patrón comunicativo disfuncional que el consultante recrea en sus relaciones por fuera de la terapia y el cual está relacionado con la problemática por la cual acude a consulta (Safran & Muran, 2000; Scarvalone et al., 2005; Watchel, 2011).

Con respecto a los episodios confrontativos reparados, se observó una tendencia inversa con mayores intercambios complementarios con el terapeuta en la posición dominante y mayor uso de mensajes transitorios, junto con una cesión del control por parte de los consultantes. En contraste, en los episodios no resueltos, se encontraron el doble de interacciones simétricas competitivas y mayores interacciones complementarias, con un terapeuta ejerciendo el poder frente a movimientos de transición de los consultantes al igual que en las rupturas evitativas. Muran y Barber (2011) afirman que, las rupturas confrontativas usualmente inician con una queja o reclamo por parte del consultante, por lo cual, si un terapeuta responde ejerciendo control establecerá una interacción simétrica competitiva. Frente a lo anterior, un manejo adecuado sería que el terapeuta clarifique el malentendido y explore la necesidad o los sentimientos de vulnerabilidad de los consultantes. Precisamente, las interacciones transitorias con el terapeuta en una posición neutral dan cuenta de una postura no defensiva y de un deseo de reconocer y explorar su contribución a la ruptura.

Aunque el foco de la presente investigación no fue el de cuestionar la teoría del control relacional o de la alianza, los hallazgos permiten corroborar algunos planteamientos y entrar en controversia con otros. La literatura reporta que en aquellas sesiones donde el terapeuta ejercía mayor control sobre el consultante, había una alianza más sólida en comparación a cuando era el consultante quien dominaba, o en aquellos casos donde compartían el control con sus terapeutas (Cabero-Alvarez, 2004 citado en Muñiz de la Peña *et al.*, 2012; Friedlander, Wildman & Heatherington, 1991; Lichtenberg *et al.*, 1998). En esta línea, Haley (1963) afirmaba que el terapeuta debe ejercer todo el control para impulsar al consultante a comportarse de manera más funcional, al señalar que si es el consultante quien controla la definición de la relación, entonces recreará en ella los mismos modelos interactivos disfuncionales que lo trajeron a consulta en primer lugar, impidiendo por lo tanto que el cambio ocurra. Corroborando este planteamiento, Muñiz de la Peña *et al.* (2012) encontraron que, en aquellas sesiones con pobres alianzas, se observaba una dinámica en donde los consultantes ejercían mayor control sobre su interlocutor o este era compartido equitativamente por consultantes y terapeutas.

Sin embargo, a la luz de los resultados de la presente investigación puede plantearse que en momentos específicos de la terapia -como los episodios de ruptura-, la posibilidad de que la relación sea definida tanto por los consultantes como por los terapeutas parece ser favorable para la resolución de la AT. Esto lleva a considerar que probablemente no se puede generalizar la idea de que el terapeuta, en los episodios de ruptura, deba ejercer control de la misma manera que a lo largo de la sesión, sino que ha de tenerse en cuenta la evolución del proceso comunicativo y estar abierto a un manejo

flexible del poder. Cabe señalar que la AT en los estudios mencionados fue evaluada de manera global para cada sesión, mientras que en esta investigación se hizo un análisis a un nivel más específico, revelando cómo fluctúa esa relación en función de determinados manejos del poder entre consultantes y terapeutas.

Por otro lado, puede concluirse que la teoría del control relacional aporta a la comprensión de los procesos comunicacionales de las rupturas en la alianza. Muestra el proceso de desarrollo de las rupturas y su resolución turno a turno y cómo pueden los terapeutas manejar esa interacción. A partir de esto puede pensarse que un TES que se aplica de manera manualizada, probablemente no tendría en cuenta estos elementos, ya que no parece haber una forma fija de aplicación de la psicoterapia, sino un terapeuta flexible que sea sensible momento a momento a los manejos de ese control.

En lo que concierne a la teoría de la alianza (Safran y Muran, 2000; Safran et al., 2009), los hallazgos de esta investigación sirven como evidencia para corroborar que los procesos de negociación de la alianza implican la regulación entre consultantes y terapeutas de sus necesidades de dependencia y autonomía (Safran y Muran, 2000; Safran et al., 2009) Es decir, que la resolución de las rupturas implica una negociación mutua, que busca volver a ganar la cooperación del consultante y no por el contrario una imposición del trabajo terapéutico (Safran & Boutwell, 2013).

A manera de comentario, Según Safran y Muran (2000), la metacomunicación es un paso necesario dentro de los manejos directos de los episodios de ruptura. Esta maniobra del terapeuta dirige la atención de la diada hacia lo que está sucediendo entre los participantes en la sesión, permitiendo así un reconocimiento o discusión sobre la

ruptura misma (p.e. T: justo ahora parece que no importa las cosas que diga, siempre parece no ser suficiente, y entre más le damos vueltas al asunto, más desesperanza comienza a sentirse).

En el sistema de codificación empleado (RCCCS), las maniobras metacomunicacionales de los terapeutas se codifican como un mensaje dominante. Sin embargo, en los casos analizados no se encontró el uso de esta técnica por parte de los terapeutas, por lo cual los hallazgos recién mencionados sobre lo poco favorable de las respuestas dominantes de los terapeutas frente a mensajes transitorios de los consultantes, no permiten dar cuenta de la relación entre el uso de metacomunicaciones y la reparación de los episodios de ruptura. Entonces, en la muestra observada los terapeutas lograron reparar las rupturas en la AT, sin metacomunicar sobre la ocurrencia de la misma y recurrieron más bien a manejos indirectos tales como cambiar la tarea o buscar redefinir el sentido de la misma, lo cual suma evidencia para corroborar la eficacia de los modelos de resolución indirecta (Aspland, Llewelyn, Hardy, Barkham, & Stiles, 2008; Muran & Barber, 2011).

En el análisis realizado, tampoco se encontró evidencia para afirmar que una respuesta transitoria del terapeuta, frente a cualquier movimiento de control del consultante aumentara la probabilidad de reparación de la ruptura. Por lo general, este tipo de maniobras del terapeuta corresponden a reflejos o paráfrasis, lo cual podría indicar que únicamente hacer uso de la escucha activa como forma de manejo de la ruptura, no necesariamente es suficiente. Si el terapeuta solo hace manejos empáticos de la ruptura puede transmitir mucha aceptación, pero no estructura la negociación de la

alianza, corriendo el riesgo de ser negligente al permitir a los consultantes divagar y evitar temas en la terapia (Watson, 2007).

En cuanto a las implicaciones prácticas, esta propuesta investigativa, además de ser innovadora y pionera en este tipo de investigaciones en el medio, permitió la adaptación lingüística de dos instrumentos, el S-WAI-O y la TRS. Uno de ellos útil para evaluar el desarrollo de la alianza a lo largo de una misma sesión que puede emplearse para optimizar los procesos entrenamiento y supervisión clínica. En cuanto a la TRS, no se encontró en la revisión de la literatura un instrumento que evalúe específicamente esta variable en población colombiana lo cual abre la puerta para su mayor utilización y estudios psicométricos del mismo. El diseño metodológico propuesto puede ser transferido a otras investigaciones de proceso, relacionando el desarrollo a nivel micro de la AT o la comunicación relacional con otras variables mediadoras o moderadoras del resultado.

Adicionalmente, abordar los micromomentos del proceso terapéutico como los episodios de ruptura en la AT permitió comprender el proceso de interacción y desarrollar estrategias de manejo que sean adecuadas a los procesos, pues la terapia es en esencia una relación. Pudieron verse aquellas prácticas comunicativas a través de las cuales consultantes y terapeutas lograron restablecer o deteriorar la relación de colaboración (Muntigl y Horvath, 2016; Westerman y de Roten, 2017). Por lo tanto, es importante empezar a estudiar más esta dimensión micro en tanto que en la comunicación se da una transformación y hay que lograr sensibilidad de los terapeutas a esos cambios.

Para finalizar, puede mencionarse que en los últimos cinco años se han publicado algunos estudios sobre el diseño y eficacia de intervenciones enfocadas a mejorar la capacidad de los terapeutas para reconocer, abordar y resolver rupturas en la alianza – usualmente basadas en autoconciencia, autorregulación y metacomunicación de los procesos relacionales-, pero en ninguno se hace mención explícita de criterios o pautas para el manejo de la comunicación (Baillargeon et al., 2012; Eubanks-Carter, Muran, y Safran, 2015).

Cabe reafirmar que el objetivo no es entrenar al terapeuta en unas pautas fijas de lo que debe decir, sino a entender lo que está pasando comunicacionalmente para que él pueda determinar de acuerdo con los datos de la experiencia, por ejemplo, cómo contrarrestar cierto tipo de manejos que haga el consultante. La presente investigación informa sobre algunos de esos manejos.

Los terapeutas en formación usualmente se muestran mucho más preocupados por adquirir herramientas que reduzcan la sintomatología, por realizar adecuadamente las técnicas de evaluación y diagnóstico propias de su modelo o se ven abrumados en el manejo de sus propias respuestas contratransferenciales (Hayes et al., 2011). Con base en los hallazgos de la presente investigación, se pueden extraer una serie de recomendaciones para ser tomadas en cuenta en el entrenamiento de nuevos terapeutas.

En general resulta favorable que el terapeuta ceda el control en tres tipos de contextos interaccionales: a) cuando un consultante ofrezca información o responda al terapeuta de manera no comprometida (movimiento transitorio), momento en el cual se hace pertinente ceder el control a través de preguntas abiertas o validando el punto de

vista de este; b) en aquellas ocasiones cuando el consultante cede el control pidiendo aclaración o apoyo, situación en la cual se aconseja que el terapeuta ceda el control satisfaciendo la petición del consultante y c) cuando el consultante haga un movimiento dominante, por ejemplo, expresar sus desacuerdos o dar alguna instrucción, frente a lo cual los terapeutas deben ceder el control asumiendo una postura no defensiva. Sin embargo, esta cesión del control no debe ser permanente, ya que los resultados también indican que se hace necesario que el terapeuta pueda ejercer dominancia frente al consultante.

Adicionalmente, los terapeutas deberían evitar asumir una posición dominante mediante preguntas cerradas, desaprobaciones, interpretaciones, o desconfirmaciones, con respecto a los contenidos que el consultante expresa frente a un tema determinado o cuando los consultantes se encuentran siguiendo el flujo de la conversación. Esto hace referencia a una postura de aceptación y no enjuiciamiento (Farber & Lane, 2002; Rogers, 1957). Asimismo, los terapeutas deben estar atentos al hecho de que, si en su intento por tomar el control los consultantes responden con un mensaje dominante, es aconsejable no prolongar la competencia por el control o entrar en controversia con el consultante innecesariamente para lograr mantener su alianza y permanencia en el tratamiento (Muran, Safran, Gorman, Samstag, Eubanks-Carter, & Winston, 2009).

La última parte de la discusión atañe a las limitaciones encontradas a lo largo de esta investigación, dentro de las cuales pueden mencionarse en primer lugar, aquellas relacionadas con la muestra, dado que el no haber podido contar con una muestra aleatoria reduce en gran parte la posibilidad de generalizar los resultados. Asimismo, el

hecho de que todos los terapeutas hayan sido mujeres puede tener algún efecto sobre la AT, ya que según Bhati (2014), las terapeutas mujeres tienden a presentar mejores alianzas con hombres y mujeres en comparación con las díadas donde terapeuta y consultante son de sexo masculino.

Adicionalmente, en futuros estudios sería conveniente incluir a consultantes con trastornos de la personalidad como el antisocial, limítrofe, paranoico y narcisista, con el fin de poder observar mayores rupturas de tipo confrontativo, dado que en esta muestra muchos de los episodios analizados fueron de rupturas evitativas.

Un camino diferente para abordar la comunicación en los episodios de ruptura podría contemplar las otras dos dimensiones que acompañan al control en la matriz definida por Millar y Rogers (1987), como la intimidad y la confianza, ambas relevantes en el proceso de construcción y mantenimiento de la alianza terapéutica (Dillard, Solomon, y Palmer, 1999; Muñiz de la Peña et al., 2012). En esta línea, un análisis conversacional (Muntigl & Horvath, 2014) de las interacciones entre consultantes y terapeutas podría arrojar información sobre tales dimensiones, el cual podría enfocarse en la dominancia de los terapeutas en el manejo de rupturas y explorar el lenguaje empleado por los terapeutas asociado a esa cesión del control por parte de los consultantes.

También, se recomienda realizar estudios longitudinales que incluyan resultados y seguimiento del proceso terapéutico para determinar su relación con la simetría sumisiva, el cual fue un patrón de control relacional útil para resolver la ruptura, pero que como ya se mencionó con anterioridad, se ha asociado también a mayores índices de recaída. En la misma línea, replicar este estudio con una muestra más grande y balanceada en términos

del tipo de ruptura podría ayudar a esclarecer si hay manejos específicos del control en función de esta variable.

**Referencias**

- Ackerman, S. J., & Hilsenroth, M. J. (2003). A review of therapists characteristics and techniques negatively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review, 23*(1), 1–33. doi: 10.1016/S0272-7358(02)00146-0
- Andersen, S. M., & Przybylinski, E. (2012). Experiments on transference in interpersonal relations: Implications for treatment. *Psychotherapy, 49*(3), 370–383. doi: 10.1037/a0029116
- Anker, M. G., Owen, J., Duncan, B. L., & Sparks, J. A. (2010). The alliance in couple therapy: Partner influence, early change, and alliance patterns in a naturalistic sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78*(5), 635–645. doi: 10.1037/a0020051
- Ardito, R. B., & Rabellino, D. (2011). Therapeutic alliance and outcome of psychotherapy: Historical excursus, measurements, and prospects for research. *Frontiers in Psychology*. doi: 10.3389/fpsyg.2011.00270
- Aspland, H., Llewelyn, S., Hardy, G. E., Barkham, M., & Stiles, W. (2008). Alliance ruptures and rupture resolution in cognitive–behavior therapy: A preliminary task analysis. *Psychotherapy Research, 18*(6), 699–710. doi:10.1080/10503300802291463
- Ayres, J., & Miura, S. Y. (1981). Construct and predictive validity of instruments for coding relational control communication. *Western Journal of Speech Communication, 45*(2), 159–171. doi: 10.1080/10570318109374038
- Bachelor, A., & Horvath, A. (1999). The therapeutic relationship. En S. D. Miller, M. A.

- Hubble, & B. L. Duncan, (Eds.), *The heart and soul of change: What works in therapy* (pp. 133–178). Washington: American Psychological Association Press.
- Bachelor, A., Meunier, G., Laverdière, O., & Gamache, D. (2010). Client attachment to therapist: Relation to client personality and symptomatology, and their contributions to the therapeutic alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 47(4), 454–468. doi: 10.1037/a0022079
- Baillargeon, P., Coté, R., & Douville, L. (2012). Resolution process of therapeutic alliance ruptures: A review of the literature. *Psychology*, 3(12), 1049–1058. doi: 10.4236/psych.2012.312156
- Barber, J. P., Connolly, M. B., Crits-Christoph, P., Gladis, L., & Siqueland, L. (2009). Alliance predicts patients' outcome beyond in-treatment change in symptoms. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 5(1), 80–89. doi: 10.1037/1949-2715.5.1.80
- Barlow, D. H. (2004). Psychological treatments. *American Psychologist*, 59(9), 869–878. doi: 10.1037/0003-066X.59.9.869
- Bateson, G. (1994). Comunicación. En Y. Winkin (Ed.), *La nueva comunicación* (pp. 119–163). Barcelona: Kairós.
- Bennett, M. S., Erchul, W. P., Young, H. L., & Bartel, C. M. (2012). Exploring relational communication patterns in prereferral intervention teams. *Journal of Educational and Psychological Consultation*, 22(3), 187–207. doi: 10.1080/10474412.2012.706128
- Beretta, V., de Roten, Y., Stigler, M., Drapeau, M., Fischer, M., & Despland, J. N.

- (2005). The Influence of patient's interpersonal schemas on early alliance building. *Swiss Journal of Psychology*, *64*(1), 13–20. doi: 10.1024/1421-0185.64.1.13
- Berk, E. A. (2013). *Detecting alliance ruptures and rupture repair with the segmented working alliance inventory—observer form* (tesis doctoral). Recuperado de [http://www.safranlab.net/uploads/7/6/4/6/7646935/elizabeth\\_berk\\_with\\_revisions.pdf](http://www.safranlab.net/uploads/7/6/4/6/7646935/elizabeth_berk_with_revisions.pdf)
- Berk, E. A., Safran, J. D., & Muran, J. C. (2013). S-WAI-O: Manual for the segmented working alliance inventory observer-based measure. Instrumento no publicado. Recuperado de <https://www.dropbox.com/s/6efa7ymvn2qksou/SWAIIO%20Manual%202013%20%282%29.pdf?dl=0>
- Bernecker, S. L., Levy, K. N., & Ellison, W. D. (2014). A meta-analysis of the relation between patient adult attachment style and the working alliance. *Psychotherapy Research*, *24*(1), 12–24. doi: 10.1080/10503307.2013.809561
- Bernier, A., & Dozier, M. (2002). The client-counselor match and the corrective emotional experience: Evidence from interpersonal and attachment research. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, *39*(1), 32–43. doi: 10.1037/0033-3204.39.1.32
- Beutler, L. E., Harwood, T. M., Michelson, A., Song, X., & Holman, J. (2011). Resistance/reactance level. *Journal of Clinical Psychology*, *67*(2), 133–142. doi: 10.1002/jclp.20753
- Beutler, L. E., Molerio, C. M., & Talebi, H. (2002). Resistance. En J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness*

- to patients* (pp. 129–143). New York: Oxford University Press.
- Beyebach, M., & Escudero, V. (1997). Therapeutic interaction and dropout: Measuring relational communication in solution-focused therapy. *Journal of Family Therapy*, *19*(2), 173–212. doi: 10.1111/1467-6427.00047
- Bhati, K. S. (2014). Effect of client-therapist gender match on the therapeutic relationship: An exploratory analysis. *Psychological Reports*, *115*(2), 565–583. doi: 10.2466/21.02.PR0.115c23z1
- Birdwhistell, R. L. (1959). Contribution of linguistic-kinesic studies to the understanding of schizophrenia. En A. Auerback (Ed.), *Schizophrenia: An integrated approach* (pp. 99–123). New York: Ronald Press
- Black, S., Hardy, G., Turpin, G., & Parry, G. (2005). Self-reported attachment styles and therapeutic orientation of therapists and their relationship with reported general alliance quality and problems in therapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, *78*(3), 363–377. doi:10.1348/147608305X43784
- Bond, M., Banon, E., & Grenier, M. (1998). Differential effects of interventions on the therapeutic alliance with patients with personality disorders. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, *7*(4), 301–18.
- Bordin, E. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, *16*(3), 252–260. doi: 10.1037/h0085885
- Branagan, W. T. (2012). *Therapist directiveness and client reactance in the administration of homework in therapy: An analog study* (tesis de maestria).

Recuperado de <http://diginole.lib.fsu.edu/islandora/object/fsu:182729>

- Castonguay, L. G., Constantino, M. J., & Holtforth, M. G. (2006). The working alliance: Where are we and where should we go? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, *43*(3), 271–279. doi: 10.1037/0033-3204.43.3.271
- Chambless, D. L., & Ollendick, T. H. (2001). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, *685*–716. doi: 10.1146/annurev.psych.52.1.685
- Chappa, H., & Dowd, E. T. (2008). Influencia de la reactancia vomportamental en la interrupción prematura del tratamiento. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, *18*(3), 209–214.
- Coleman, D. (2006). Therapist-client five-factor personality similarity: A brief report. *Bulletin of the Menninger Clinic*, *70*(3), 232–241. doi: 10.1521/bumc.2006.70.3.232
- Constantino, M. J., Glass, C. R., Arnkoff, D. B., Ametrano, R. M., & Smith, J. Z. (2011). Expectations. En J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness* (2nd ed., pp. 354–376). New York: Oxford University Press.
- Coutinho, J. (2010). *The development of the therapeutic Alliance: Rupture processes and the role of the therapist's experience* (tesis doctoral). Recuperado de <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/12364/1/Tese.pdf>
- Coutinho, J., Ribeiro, E., Fernandes, C., Sousa, I., & Safran, J. D. (2014). The development of the therapeutic alliance and the emergence of alliance ruptures. *Anales de Psicología*, *30*(3), 985–994.

- Crits-Christoph, P., & Connolly Gibbons, M. B. (2002). Relational interpretations. En J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 285–300). New York: Oxford University Press.
- Crits-Christoph, P., & Gibbons, M. B. C. (2001). Relational interpretations. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), 423–428. doi: 10.1037/0033-3204.38.4.423
- Cummings, J. A. (2012). *Relational communication in mother/adolescent daughter interaction* (tesis doctoral). Recuperado de <http://content.lib.utah.edu/cdm/ref/collection/etd3/id/643>
- Dillard, J. P., Solomon, D. H., & Palmer, M. (1999). Structuring the concept of relational communication. *Communication Monographs*, 66(1), 49–65. doi: 10.1080/03637759909376462
- Doran, J. (2016). The working alliance: Where have we been, where are we going? *Psychotherapy Research*, 26(2), 146–163. doi: 10.1080/10503307.2014.954153
- Dowd, E. T., Milne, C. R., & Wise, S. L. (1991). The therapeutic reactance scale: A measure of psychological reactance. *Journal of Counseling & Development*, 69(6), 541–545. doi: 10.1002/j.1556-6676.1991.tb02638.x
- Dunkle, J. H., & Friedlander, M. L. (1996). Contribution of therapist experience and personal characteristics to the working alliance. *Journal of Counseling Psychology*, 43(4), 456–460. doi: 10.1037/0022-0167.43.4.456
- Elvins, R., & Green, J. (2008). The conceptualization and measurement of therapeutic alliance: An empirical review. *Clinical Psychology Review*, 28(7), 1167–1187. doi:

10.1016/j.cpr.2008.04.002

Escudero, V., Presedo, M. G., Revuelta, C., & Wardle, N. J. (1988). FRCCCS: Manual del sistema de codificación del control de la comunicación relacional familiar.

Instrumento no publicado.

Eubanks-Carter, C., Gorman, B. S., & Muran, J. C. (2012). Quantitative naturalistic methods for detecting change points in psychotherapy research: An illustration with alliance ruptures. *Psychotherapy Research*, 22(6), 621–637. doi:

10.1080/10503307.2012.693772

Eubanks-Carter, C., Muran, J. C., & Safran, J. D. (2015). Alliance-focused training.

*Psychotherapy*, 52(2), 169–173. doi: 10.1037/a0037596

Farber, B. A., & Lane, J. S. (2002). Positive regard. En J. C. Norcross (Ed.),

*Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 175–194). New York: Oxford University Press

Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., Symonds, D., & Horvath, A. O. (2012).

How central is the alliance in psychotherapy? A multilevel longitudinal meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 59(1), 10–17. doi: 10.1037/a0025749

Friedlander, M. L., Wildman, J., & Heatherington, L. (1991). Interpersonal control in

structural and Milan systemic family therapy. *Journal of Marital and Family*

*Therapy*, 17(4), 395–408. doi:10.1111/j.17520606.1991.tb00909.x

Gaston, L., & Marmar, C. R. (1994). The California psychotherapy alliance scales. En A.

O. Horvath & L. S. Greenberg (Eds.), *The working alliance: Theory, research, and practice* (pp. 85–108). Oxford, Inglaterra: John Wiley & Sons.

Gaul, R., Simon, L., Friedlander, M. L., Cutler, C., & Heatherington, L. (1991).

Correspondence of family therapists' perceptions with FRCCCS coding rules for triadic interactions. *Journal of Marital and Family Therapy*, *17*(4), 379–393. doi: 10.1111/j.1752-0606.1991.tb00908.x

Gelso, C. (2014). A tripartite model of the therapeutic relationship: theory, research, and practice. *Psychotherapy Research : Journal of the Society for Psychotherapy Research*, *24*(2), 117–31. doi: 10.1080/10503307.2013.845920

Gelso, C., & Hayes, J. A. (2007). *Countertransference and the therapist's inner experience: Perils and possibilities*. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

Gelso, C. J., & Bhatia, A. (2012). Crossing theoretical lines: The role and effect of transference in nonanalytic psychotherapies. *Psychotherapy*, *49*(3), 384–390. doi: 10.1037/a0028802

Gelso, C. J., & Carter, J. a. (1994). Components of the psychotherapy relationship: Their interaction and unfolding during treatment. *Journal of Counseling Psychology*, *41*(3), 296–306. doi: 10.1037/0022-0167.41.3.296

Gluhoski, V. L. (1994). Misconceptions of cognitive therapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, *31*(4), 594–600. doi: 10.1037/0033-3204.31.4.594

Greenson, R. R. (1965). The working alliance and the transference neurosis. *Psychoanalytic Quarterly*, *34*(1), 155–181. doi: 10.1002/j.2167-4086.2008.tb00334.x

Grissom, P. F., Erchul, W. P., & Sheridan, S. M. (2003). Relationships among relational

- communication processes and perceptions of outcomes in conjoint behavioral consultation. *Journal of Educational & Psychological Consultation*, 14(2), 157–180.  
doi: 10.1207/s1532768xjepc1402\_4
- Guimond, S., Dambrun, M., Michinov, N., & Duarte, S. (2003). Does social dominance generate prejudice? Integrating individual and contextual determinants of intergroup cognitions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(4), 697–721. doi: 10.1037/0022-3514.84.4.697
- Haley, J. (1963). *Strategies of psychotherapy*. New York: Grune & Stratton.
- Hatcher, R. L., & Barends, A. W. (2006). How a return to theory could help alliance research. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43(3), 292–299.  
doi: 10.1037/0033-3204.43.3.292
- Hayes, J. A., Gelso, C. J., & Hummel, A. M. (2011). Managing countertransference. En J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work* (2nd ed., pp. 239–258). New York: Oxford University Press.
- Heatherington, L. (1988). Coding relational communication control in counseling: Criterion validity. *Journal of Counseling Psychology*, 35(1), 41–46. doi: 10.1037/0022-0167.35.1.41
- Heatherington, L., & Friedlander, M. L. (1987). Family relational communication control coding system manual. Instrumento no publicado.
- Heatherington, L., & Friedlander, M. L. (1990). Complementarity and symmetry in family therapy communication. *Journal of Counseling Psychology*, 37(3), 261–268.  
doi: 10.1037/0022-0167.37.3.261

Hedeker, D., & Gibbons, R. D. (2006). *Longitudinal data analysis*. doi: 10.1002/04700

36486

Hoffart, A., Borge, F. M., Sexton, H., Clark, D. M., & Wampold, B. E. (2012).

Psychotherapy for social phobia: How do alliance and cognitive process interact to produce outcome? *Psychotherapy Research*, 22(1), 82–94. doi:

10.1080/10503307.2011.626806

Høglend, P., Amlo, S., Marble, A., Bøgwald, K. P., Sørbye, Ø., Sjaastad, M. C., &

Heyerdahl, O. (2006). Analysis of the patient-therapist relationship in dynamic psychotherapy: An experimental study of transference interpretations. *American Journal of Psychiatry*, 163(10), 1739–1746. doi: 10.1176/appi.ajp.163.10.1739

Horvath, A. O. (2000). The therapeutic relationship: from transference to alliance.

*Journal of Clinical Psychology*, 56(2), 163–73.

Horvath, A. O. (2006). The alliance in context: Accomplishments, challenges, and future

directions. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43(3), 258–263.

doi: 10.1037/0033-3204.43.3.258

Horvath, A. O. (2011). Alliance in common factor land: A view through the research

lens. *Research in Psychotherapy, Research in Psychotherapy*, 14(1): 121-135. doi:

10.4081/ripppo.2011.45

Horvath, A. O. (2013). You can't step into the same river twice, but you can stub your

toes on the same rock: psychotherapy outcome from a 50-year perspective.

*Psychotherapy*, 50(1), 25–32. doi: 10.1037/a0030899

Horvath, A. O., & Bedi, R. P. (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.
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. En J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness* (2nd ed., pp.25-69). New York: Oxford University Press.
- Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38(2), 139–149. doi: 10.1037/0022-0167.38.2.139
- Kalogerakos, A. F. (2010). *An examination of therapeutic alliance patterns, client attachment, client interpersonal problems, and therapy outcome in process-experiential and cognitive-behavioural treatment for depression* (tesis doctoral). Recuperado de [https://tspace.library.utoronto.ca/bitstream/1807/19150/6/Kalogerakos\\_Afroditi\\_F\\_200911\\_PhD\\_thesis.pdf](https://tspace.library.utoronto.ca/bitstream/1807/19150/6/Kalogerakos_Afroditi_F_200911_PhD_thesis.pdf)
- Karno, M. P., & Longabaugh, R. (2005). Less directiveness by therapists improves drinking outcomes of reactant clients in alcoholism treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(2), 262–267. doi: 10.1037/0022-006X.73.2.262
- Kimpara, S., Holt, H., Alsante, J., & Beutler, L. E. (2016). Client, therapist, and treatment variables. En S. Maltzman (Ed.), *The oxford handbook of treatment processes and outcomes in psychology: A multidisciplinary, biopsychosocial approach*. Oxford University Press.
- Kivlighan, Dennis M., J., & Shaughnessy, P. (2000). Patterns of working alliance

- development: A typology of client's working alliance ratings. *Journal of Counseling Psychology*, 47(3), 362–371. doi: 10.1037/0022-0167.47.3.362
- Kramer, U., de Roten, Y., Beretta, V., Michel, L., & Despland, J. N. (2009). Alliance patterns over the course of short-term dynamic psychotherapy: The shape of productive relationships. *Psychotherapy Research*, 19(6), 699–706. doi: 10.1080/10503300902956742
- Krause, M., Altimir, C., & Horvath, A. (2011). Deconstructing the therapeutic alliance: Reflections on the underlying dimensions of the concept. *Clínica Y Salud*, 22(3), 267–283. doi: 10.5093/c12011v22n3a7
- Lambert, M. J., & Barley, D. E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), 357–361. doi: 10.1037//0033-3204.38.4.357
- Langhoff, C., Baer, T., Zubaegel, D., & Linden, M. (2008). Therapist–patient alliance, patient–therapist alliance, mutual therapeutic alliance, therapist–patient concordance, and outcome of CBT in GAD. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 22(1), 68–79. doi: 10.1891/0889.8391.22.1.68
- Lejuez, C., Hopko, D., Levine, S., Gholkar, R., & Collins, L. (2005). The therapeutic alliance in behavior therapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42(4), 456–468. doi: 10.1037/0033-3204.42.4.456
- Lichtenberg, J. W.; Wettersten, K. B., Mull, H., Moberly, R. L., Merkley, K. B., & Corey, A. T. (1998). Relationship formation and relational control as correlates of

psychotherapy quality and outcome. *Journal of Counseling Psychology*, 45(3), 322-337. doi: 10.1037/0022-0167.45.3.322

Ligiéro, D. P., & Gelso, C. J. (2002). Countertransference, attachment, and the working alliance: The therapist's contribution. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 39(1), 3–11. doi: 10.1037/0033-3204.39.1.3

Lingiardi, V., & Colli, A. (2015). Therapeutic alliance and alliance ruptures and resolutions: Theoretical definitions, assessment issues, and research findings. En O. Gelo, A. Pritz, & B. Rieken (Eds.), *Psychotherapy Research: Foundations, Process, and Outcome* (pp. 311–329). Vienna: Springer

Locati, F., De Carli, P., Tarasconi, E., Lang, M., & Parolin, L. (2016). Beyond the mask of deference: exploring the relationship between ruptures and transference in a single-case study. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 19(2), 89-101. doi: 10.4081/ripppo.2016.212

Luborsky, L. (1994). Therapeutic alliances as predictors of psychotherapy outcomes: factors explaining the predictive success. En A. O. Horvath & L. S. Greenberg (Eds.), *The working alliance: theory, research, and practice* (pp. 38–50). Oxford, Inglaterra: John Wiley & Sons.

Marmarosh, C. L., Kivlighan, D. M., Bieri, K., LaFauci Schutt, J. M., Barone, C., & Choi, J. (2014). The insecure psychotherapy base: Using client and therapist attachment styles to understand the early alliance. *Psychotherapy*, 51(3), 404–412. doi: 10.1037/a0031989

Martin, D. J., Garske, J. P., & Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance

- with outcome and other variables: a meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(3), 438–450. doi: 10.1037/0022-006X.68.3.438
- McClintock, A. S., Perlman, M. R., McCarrick, S. M., Anderson, T., & Himawan, L. (2017). Enhancing psychotherapy process with common factors feedback: A randomized clinical trial. *Journal of Counseling Psychology*. Publicación anticipada en línea. doi: 10.1037/cou0000188
- McNeilis, K. S., & Thompson, T. L. (1995). The impact of relational control on patient compliance in dentist/patient interactions. En G. Kreps & D. O'Hair (Eds.), *Communication and health outcomes* (pp. 57–72). Cresskill, New Jersey: Hampton.
- Millar, F. E., & Rogers, L. E. (1987). Relational dimensions of interpersonal dynamics. En M. E. Roloff & G. R. Miller (Eds.), *Interpersonal processes: New directions in communication research* (pp. 117–139). Newbury, CA: Sage.
- Mitchel, A., Eubanks-Carter, C., Muran, J. C., & Safran, J. D. (2011). Rupture resolution rating system manual (3RS). Instrumento no publicado. Recuperado de [http://www.safranlab.net/uploads/7/6/4/6/7646935/3rs\\_manual\\_december\\_2014.doc](http://www.safranlab.net/uploads/7/6/4/6/7646935/3rs_manual_december_2014.doc)
- Morris, C. (1971). *Writings on the general theory of signs*. Berlin: De Gruyter Mouton.
- Muran, J. C., Safran, J. D., Gorman, B. S., Samstag, L. W., EubanksCarter, C., & Winston, A. (2009). The relationship of early alliance ruptures and their resolution to process and outcome in three timelimited psychotherapies for personality disorders. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 46(2), 233–248. doi: 10.1037/a0016085.
- Muntigl, P., & Horvath, A. O. (2014). The therapeutic relationship in action: How

- therapists and clients co-manage relational disaffiliation. *Psychotherapy Research*, 24(3), 327–345. doi: 10.1080/10503307.2013.807525
- Muntigl, P., & Horvath, A. O. (2016). A conversation analytic study of building and repairing the alliance in family therapy. *Journal of Family Therapy*, 38(1), 102–119. doi: 10.1111/1467-6427.12109
- Muñiz de la Peña, C., Friedlander, M. L., Escudero, V., & Heatherington, L. (2012). How do therapists ally with adolescents in family therapy? An examination of relational control communication in early sessions. *Journal of Counseling Psychology*, 59(3), 339–351. doi: 10.1037/a0028063
- Muran, J. C., & Barber, J. P. (2011). *The therapeutic alliance: An evidence-based guide to practice*. New York: Guilford Press.
- 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), 532–545. doi: 10.1037/0033-3204.42.4.532
- Navia, C. E., & Arias, E. M. (2012). Alianza terapéutica y su relación con las variables de apego del terapeuta y del consultante. *Universitas Psychologica*, 11(3), 885–894.
- Norcross, J. C. (2002). *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. New York: Oxford University Press.
- Norcross, J. C. (2010). The therapeutic relationship. En S. D. Miller, M. A. Hubble, & B. L. Duncan, (Eds.), *The heart and soul of change: What works in therapy The heart and soul of change: Delivering what works in therapy* (pp. 113–141). Washington: American Psychological Association Press.

- Norcross, J. C. (2011). *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness* (2nd ed.). New York: Oxford University Press.
- Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2011a). Evidence-based therapy relationships: Research conclusions and clinical practices. En J.C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness* (2nd ed., pp. 423-430). New York: Oxford University Press.
- Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2011b). What works for whom: Tailoring psychotherapy to the person. *Journal of Clinical Psychology*, *67*(2), 127–132. doi: 10.1002/jclp.20764
- Orlinsky, D. E. (2009). The “generic model of psychotherapy” after 25 years: Evolution of a research-based metatheory. *Journal of Psychotherapy Integration*, *19*(4), 319–339. doi: 10.1037/a0017973
- Prasko, J., Diveky, T., Grambal, A., Kamaradova, D., Mozny, P., Sigmundova, Z., ... Vyskocilova, J. (2010). Transference and countertransference in cognitive behavioral therapy. *Biomedical Papers*, *154*(3), 189–198. doi: 10.5507/bp.2010.029
- Pratto, F., Sidanius, J., Stallworth, L. M., & Malle, B. F. (1994). Social dominance orientation: A personality variable predicting social and political attitudes. *Journal of Personality and Social Psychology*, *67*(4), 741–763. doi: 10.1037/0022-3514.67.4.741
- Raue, P. J., Goldfried, M. R., & Barkham, M. (1997). The therapeutic alliance in psychodynamic-interpersonal and cognitive-behavioral therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *65*(4), 582–587. doi: 10.1037/0022-

006X.65.4.582

Richardson-Vejlgaard, R., Broudy, C., Brodsky, B., Fertuck, E., & Stanley, B. (2013).

Predictors of psychotherapy alliance in borderline personality disorder.

*Psychotherapy Research*, 23(5), 539–546. doi: 10.1080/10503307.2013.801001

Rodriguez-Arias, J. L. (2004). Relational research in brief family therapy: Clinical

implications. En L. E. Rogers & V. Escudero (Eds.), *Relational communication: An interactional perspective to the study of process and form* (pp. 148–165). Mahwah,

New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality

change. *Journal of Consulting Psychology*, 21(2), 95–103. doi: 10.1037/h0045357

Rogers, E. L., & Escudero, V. (2004). *Relational communication: An interactional*

*perspective to the study of process and form*. New York: Psychology Press.

Safran, J. D., & Boutwell, C. (2013). Repairing ruptures in the therapeutic alliance. En G.

P. Koocher, J. C. Norcross, & B. A. Greene (Eds.), *Psychologists' Desk Reference*

(3rd ed., pp. 255–258). Oxford University Press.

Safran, J. D., & Kraus, J. (2014). Alliance ruptures, impasses, and enactments: A

relational perspective. *Psychotherapy*, 51(3), 381–387. doi: 10.1037/a0036815

Safran, J. D., & Muran, J. C. (2000). *Negotiating the Therapeutic Alliance*. New York:

Guilford Press.

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–

291. doi: 10.1037/0033-3204.43.3.286

- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2006). *Resolving therapeutic impasses* [DVD].
- Safran, J. D., Muran, J. C., & Eubanks-Carter, C. (2011). Repairing alliance ruptures. En J.C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness* (2nd ed., pp. 224-238) . New York: Oxford University Press.
- Safran, J. D., Muran, J. C., & Proskurov, B. (2009). Alliance, negotiation and rupture resolution. En R. A. Levy & J. S. Ablon (Eds.), *Handbook of evidence-based psychodynamic psychotherapy: Bridging the gap between science and practice* (pp. 201–225). New York: Humana Press.
- Safran, J. D., Muran, J. C., & Shaker, A. (2014). Research on therapeutic impasses and ruptures in the therapeutic alliance. *Contemporary Psychoanalysis*, 50(1–2), 211–232. doi: 10.1080/00107530.2014.880318
- Samstag, L. W., Muran, J. C., Wachtel, P. L., Slade, A., Safran, J. D., & Winston, A. (2008). Evaluating negative process: A comparison of working alliance, interpersonal behavior, and narrative coherency among three psychotherapy outcome conditions. *American Journal of Psychotherapy*, 62(2), 165–94.
- Sandler, J., Dare, C., & Holder, A. (1986). *El Paciente y el Analista*. Buenos Aires: Paidós.
- Sauer, E. M., Lopez, F. G., & Gormley, B. (2003). Respective contributions of therapist and client adult attachment orientations to the development of the early working alliance: A preliminary growth modeling study. *Psychotherapy Research*, 13(3), 371–382. doi: 10.1093/ptr/kpg027
- Scarvalone, P., Fox, M., & Safran, J. D. (2005). Interpersonal schemas: Clinical theory,

- research, and implications. En M. W. Baldwin (Ed.), *Interpersonal cognition* (pp. 359–387). New York: Guilford Press.
- Starcevic, V. (2003). Psychotherapy in the era of evidence-based medicine. *Australasian Psychiatry*. doi: 10.1046/j.1440-1665.2003.00575.x
- Stevens, C. L., Muran, J. C., Safran, J. D., Gorman, B. S., & Winston, A. (2007). Levels and patterns of the therapeutic alliance in brief psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 61(2), 109–129.
- Stiles, W. B., Glick, M. J., Osatuke, K., Hardy, G. E., Shapiro, D. A., Agnew-Davies, R., ... Barkham, M. (2004). Patterns of alliance development and the rupture-repair hypothesis: Are productive relationships u-shaped or v-shaped? *Journal of Counseling Psychology*, 51(1), 81–92. doi. 10.1037/0022-0167.51.1.81
- Stiles, W. B., & Goldsmith, J. Z. (2011). The alliance over time. En J. C. Muran & J. P. Barber (Eds.), *The therapeutic alliance: an evidence-based approach to practice and training* (pp. 44–62). New York: Guilford Press.
- Strauss, J. L., Hayes, A. M., Johnson, S. L., Newman, C. F., Brown, G. K., Barber, J. P., ... Beck, A. T. (2006). Early alliance, alliance ruptures, and symptom change in a nonrandomized trial of cognitive therapy for avoidant and obsessive-compulsive personality disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(2), 337–345. doi: 10.1037/0022-006X.74.2.337
- Tracey, T. J., & Miars, R. D. (1986). Interpersonal control in psychotherapy: A comparison of two definitions. *Journal of Clinical Psychology*, 42(4), 585–592.
- Tufekcioglu, S., Muran, J. C., Safran, J. D., & Winston, A. (2013). Personality disorder

- and early therapeutic alliance in two time-limited therapies. *Psychotherapy Research*, 23(6), 646–657. doi: 10.1080/10503307.2013.843803
- Wachtel, P. L. (2011). *Therapeutic communication: Knowing what to say when* (2nd ed). New York: Guilford Press.
- Wampold, B. E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry*, 14(3), 270–277. doi: 10.1002/wps.20238
- Watson, J. (2007). Reassessing Rogers' necessary and sufficient conditions of change. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 44(3), 268-273. doi: 10.1037/0033-3204.44.3.268
- Watzlawick, P., Beavin-Bavelas, J., & Jackson, D. D. (1997). *Teoría de la comunicación humana* (11th ed.). Barcelona: Herder.
- Westerman, M. A., & de Roten, Y. (2017). Investigating how interpersonal defense theory can augment understanding of alliance ruptures and resolutions: A theory-building case study. *Psychoanalytic Psychology*, 34(1), 13–25. doi: 10.1037/pap0000122
- Wong, E. C., Beutler, L. E., & Zane, N. W. (2007). Using mediators and moderators to test assumptions underlying culturally sensitive therapies: An exploratory example. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 13(2), 169–177. <https://doi.org/10.1037/1099-9809.13.2.169>
- Zetzel, E. R. (1956). Current concepts of transference. *International Journal of Psychoanalysis*, 37, 369–375.
- Zilcha-Mano, S., McCarthy, K. S., Dinger, U., & Barber, J. P. (2014). To what extent is

alliance affected by transference? An empirical exploration. *Psychotherapy*, 51(3),

424–433. doi: 10.1037/a0036566