#### Resumen

Con el fin de lograr una mayor aproximación al constructo alianza terapéutica, se profundizó en la lectura de diferentes autores psicoanalíticos y de otras corrientes psicológicas, que influenciadas por el psicoanálisis han teorizado sobre dicho constructo desde finales del siglo XIX hasta principios del XXI. Recientes investigaciones han comprobado la existencia de factores comunes presentes en todas las orientaciones psicoterapéuticas, de entre los cuales destaca la alianza terapéutica. Se profundizó en la conceptuación de Bordin que la presenta como configurada por el acuerdo en las tareas y objetivos, y en el vínculo positivo entre paciente y terapeuta. Se intentó dilucidar la relación alianza terapéutica-transferencia, por medio del estudio de autores como Freud, Safran y Muran, Sandler, Coderch, y por la lectura de trabajos de diferentes investigadores latinoamericanos. Se llegó a la conclusión de que en la alianza terapéutica están presentes elementos tanto del orden de lo consciente como de lo transferencial y que la permanencia de la alianza en todo el proceso psicoterapéutico depende no sólo de las características de la personalidad e historia del paciente, y de la responsabilidad y formación del terapeuta, sino que la participación y subjetividad del terapeuta resultan de gran relevancia. Se ilustran dos casos de psicoterapia, uno basado en el trabajo con la transferencia y el otro desde la alianza terapéutica.

Palabras claves: alianza terapéutica, psicoanálisis, subjetividad, transferencia, vínculo.

#### Introducción

La relación terapéutica es un elemento considerado fundamental en toda psicoterapia ya que la calidad emocional y relacional del vínculo entre el paciente y el terapeuta constituye una parte imprescindible del éxito del proceso psicoterapéutico. Para que esta relación se establezca, el terapeuta debe ser capaz de acoger al paciente empáticamente y el paciente debe tener la capacidad de establecer una relación de confianza con el terapeuta. En el vínculo terapéutico interactúan aspectos simétricos y asimétricos que reflejan el rapport interpersonal.

Se han realizado importantes cambios en la teoría y en la práctica psicoterapéutica. al reconocer que la relación terapéutica es un mecanismo fundamental del cambio. En 1999 las investigaciones de Assay y Lambert atribuyen un 30 % de responsabilidad a los factores de la relación terapéutica, un 40% a factores del paciente y eventos extraterapéuticos, un 15% a efecto placebo y un 15% a la técnica específica. En 2002 Wampold afirma que los factores específicos de distintas técnicas (psicoanalítica, cognitivo-conductual etc.) explicarían sólo el 8% de la varianza de los resultados de la terapia; un 70% se debería a efectos generales, y un porcentaje restante de 22% estaría determinado probablemente por diferencias entre los pacientes. En ambas investigaciones los porcentajes otorgados a las técnicas (15% y 8%) estarían demostrando que hay otros factores que tienen mayor incidencia en el cambio. De estos factores, los más investigados son los que se refieren a la relación terapéutica y han dado lugar al concepto alianza terapéutica. En 2005 Opaso afirma que el cambio en el proceso psicoterapéutico sería atribuible a estos potentes factores curativos comunes independientemente de las técnicas o el marco teórico empleado.Los mismos incluyen: la disposición del paciente, la persona del terapeuta, y la relación entre ambos. (Arredondo y Salinas, 2005, Corbella y Botella, 2003, de la Parra 2006, Jiménez 2005).

La investigación de proceso ha contribuido de manera relevante al conocimiento sobre aspectos esenciales de la psicoterapia. Krause et al. (2006) elaboraron una lista de indicadores de cambio sucesivos con el objetivo de identificar eventos o episodios relevantes para el cambio. En la investigación se trabajó con un total de 78 sesiones correspondientes a los siguientes cuatro procesos psicoterapéuticos: 23 sesiones de una Terapia Psicodinámica Breve, 18 sesiones de una Terapia Psicodinámica-Cognitiva, 20 sesiones de una Terapia Familiar Construccionista -Social 7 y 17 sesiones de una Terapia de grupo, integrativa, para adictos.

Los indicadores se observaron en las cuatro psicoterapias aunque en diferentes

momentos del proceso.

Se transcriben dichos indicadores de cambio en orden jerárquico: desde cambios iniciales hacia cambio de períodos más avanzados de la terapia.

- 1. Aceptación de la existencia de un problema.
- Aceptación del reconocimiento de los propios límites y reconocimiento de la necesidad de ayuda.
- 3. Aceptación del terapeuta como un profesional competente.
- Expresión de esperanza (remoralización o expectativa de ser ayudado o de superar los problemas).
- 5. Descongelamiento (o cuestionamiento) de formas de entendimiento, comportamientos y emociones habituales (fisura). Puede implicar reconocimiento de problemas antes no vistos, autocrítica y/o redefinición de expectativas y metas terapéuticas.
- 6. Expresión de la necesidad de cambio.
- 7. Reconocimiento de la propia participación en los problemas.
- 8. Descubrimiento de nuevos aspectos de sí mismo.
- 9. Manifestación de un comportamiento o de una emoción nuevos.
- 10. Aparición de sentimientos de competencia.
- 11. Establecimiento de nuevas conexiones entre:
  - Aspectos propios (creencias, conductas, emociones, etc.).
  - Aspectos propios y del entorno (personas o sucesos).
  - Aspectos propios y elementos biográficos.
- 12. Reconceptualización de los propios problemas y/o síntomas.
- 13. Transformación de valoraciones y emociones en relación a sí mismo u otros.
- 15. Formación de constructos subjetivos respecto de sí mismo a través de la interconexión de aspectos personales y del entorno, incluyendo problemas y síntomas.
- 16. Enraizamiento de los constructos subjetivos en la propia biografía.
- 17. Autonomía en cuanto al manejo propio del contexto de significado psicológico.
- 18. Reconocimiento de la ayuda recibida.
- 19. Disminución de la asimetría entre paciente y terapeuta.
- 20. Construcción de una Teoría Subjetiva, biográficamente fundada, sobre sí mismo y la relación con el entorno (indicador global).

Los items N°3,4, 5,7,12,18 y 19 dan cuenta de una co-construcción entre paciente y terapeuta, en la que se vuelven relevantes las expectativas y opiniones de ambos con respecto al trabajo que están llevando a cabo, así como su relación y la visión del otro. Estos resultados motivaron la investigación sobre los factores comunes presentes en

todas las orientaciones psicoterapéuticas, de entre los cuales destaca la alianza terapéutica

Hay consenso general con respecto a que la alianza terapéutica recoge el elemento colaborador de la relación entre paciente y terapeuta y que la misma toma en cuenta las capacidades de ambos para negociar un contrato apropiado a la terapia. (Arredondo y Salinas, 2005).

"...Bordin (1976) definió la alianza como el encaje y colaboración entre el cliente y el terapeuta e identificó tres componentes que la configuran: (a) acuerdo en las tareas, (b) vínculo positivo y (c) acuerdo en los objetivos. Las tareas se refieren a las acciones y pensamientos que forman parte del trabajo en el proceso terapéutico, de modo que la percepción de estas acciones o tareas como relevantes para la mejoría es una parte importante del establecimiento de la alianza. También el acuerdo entre terapeuta y paciente respecto a cuáles son los objetivos a alcanzar con la psicoterapia, así como compartir mutuamente confianza y aceptación son elementos esenciales para una buena alianza" (Corbella y Botella, 2003, p.208).

Corbella y Botella (2003) puntualizan que en las evaluaciones realizadas por Hatcher en 1999 sobre la alianza terapéutica, el *factor de colaboración confiada del terapeuta* se correspondió con la máxima puntuación dada por el terapeuta y el paciente con respecto a la mejoría mientras que en los casos de resultados pobres, se evidenciaban procesos interpersonales negativos como ser: hostilidad, o relaciones complejas entre terapeuta y paciente.La calidad de la alianza se presenta así como el predictor de mayor peso en el éxito del tratamiento.

El presente trabajo pretende dar respuesta a las siguientes interrogantes:

- ¿Cómo surge el vínculo y cuáles son sus características? ¿Es una construcción conjunta sólo del orden de lo consciente?
- ¿Es la alianza una condición suficiente o necesaria, para que se instale la acción terapéutica?
- Si la alianza terapéutica está presente durante todo el proceso de la psicoterapia,
   ¿es posible que los ajustes o los impasses que sobrevengan surjan solamente de de la resistencia de parte del paciente?

# El concepto de Freud sobre la transferencia y su relación con el concepto de alianza terapéutica

El concepto *alianza terapéutica* tiene su origen en el psicoanálisis. Freud (1937/1991c) establece que es necesario un *pacto o contrato -Vertag-*, entre el enfermo y el analista de manera que el yo debilitado del enfermo y la persona del analista formen un bando contra la exigencias pulsionales del ello y la conciencia moral del superyó. El pacto consiste en que el enfermo promete sinceridad absoluta mientras que el analista pone a su servicio su experiencia con la interpretación del material que el inconsciente deja fluir, manteniendo una estricta discreción.

Para que el yo del enfermo pueda aliarse en este trabajo,tiene que conservar cierto grado de coherencia por eso Freud se limitaba a analizar a los neuróticos ya que el yo de los neuróticos es capaz de mejor resistencia que el de los psicóticos porque se ha desorganizado menos.

Desde sus comienzos se tuvo en claro que no solamente se investigaban los procesos psíquicos para los que eran suficientes los métodos de indagación ordinarios de la vida cotidiana; sino que también había procesos psíquicos inconscientes que requerían de un instrumento especial, como ser la *talking cure* (cura de conversación). En esto consiste la situación analítica: se le compromete al enfermo a abservar la regla fundamental del psicoanálisis: no sólo debe comunicar lo que diga adrede y de buen agrado, sino también todo cuanto le acude a la mente aunque sea desagradable decirlo, le parezca sin importancia o sin sentido.

Strachey (1955), decía que "suele considerarse a los *Estudios sobre la histeria* el punto de partida del psicoanálisis" (p.10). En dicho trabajo, Freud (1893-1895/1992a), narra el descubrimiento de obstáculos que deben ser superados en el análisis, por ejemplo, la amnesia característica de la paciente histérica Anna O., advirtiendo que el contenido psíquico manifiesto de la paciente no lo era todo, sino que había detrás un contenido psíquico inconsciente.

Otro obstáculo es *la transferencia*, el cual es otro de los principales instrumentos de la técnica psicoanalítica. Freud (1912/1991a) decía que todo ser humano adquiere determinada característica para el ejercicio de su vida amorosa así como para decidir las metas que se fijará en la vida, y esta forma de actuar se repetirá en la trayectoria de la misma. Sin embargo, sólo una parte de las mociones libidinosas recorrerán su pleno desarrollo psíquico y se mantendrá en la realidad objetiva constituyendo una pieza de la personalidad consciente; otra parte no se habrá desarrollado y sólo se habrá desplegado en la fantasía o habrá permanecido inconsciente, por lo tanto fuera de la conciencia de la

personalidad. Esa necesidad de amor insatisfecha tenderá a volcarse en representaciones -expectativa libidinosas hacia las personas que se le presenten. "Es entonces del todo normal e inteligible que la investidura libidinal aprontada en la expectativa de alguien que está parcialmente insatisfecho, (...) insertará al médico en una de las *series* psíquicas que el paciente ha formado hasta ese momento" (Freud, 1912/1991a, p. 98).

En 1909 Freud se refirió por primera vez a la transferencia como agente terapéutico: subrayando que "...este fenómeno no sólo cuenta decisivamente para el convencimiento del enfermo, sino también para el del médico" (Freud 1910/1972, p.48).

Al referirse a cuándo deben darse al paciente las primeras interpretaciones sobre la transferencia, Freud (1913/1991b) planteaba: "no antes de que se haya establecido en el paciente una transferencia operativa, un rapport en regla. La primera meta del tratamiento sigue siendo allegarlo a éste y a la persona del médico" (p.140). Por lo tanto, daba prioridad al establecimiento del vínculo como condición previa a la interpretación.

Freud (1916-1917/1991d) decía comprobar que el paciente manifestaba un particular interés por la persona del analista, y que parecía darle más importancia que a sus propios asuntos, haciendo así que las relaciones que se establecían entre ambos fuesen durante algún tiempo muy agradables. El paciente se mostraba afable y dócil, se esforzaba en testimoniar su reconocimiento siempre que podía, revelando sutilezas y cualidades de su carácter, que quizá él mismo no se hubiese detenido a buscar. El análisis realizaba grandes progresos; el paciente comprendía las indicaciones, profundizaba en los problemas, producía abundantes recuerdos y asociaciones, con asombrosa seguridad y acierto en sus interpretaciones, aceptando de buena gana las novedades psicológicas que le comunicaba su analista. Correlativamente, se evidenciaba una mejoría objetiva en todos los aspectos del estado patológico. Observaba que el paciente no sólo percibe al analista como auxiliador y consejero, sino que ve en él un retorno (reencarnación) de una persona importante en su infancia, su pasado y por eso transfiere sobre la persona del analista sentimientos y reacciones que se referían a ese arquetipo.. Esta transferencia positiva se convierte en el resorte que pulsiona su colaboración ya que el yo frágil se vuelve fuerte; se pone sano en apariencia, sólo por amor al analista. El analista o nuevo superyó del paciente, tiene así la oportunidad para una suerte de pseudo educación, pudiendo corregir desaciertos en que incurrieren los padres del paciente en su educación. Pero no es el cometido del analista convertirse en maestro, arquetipo e ideal de otros, y debe, a pesar de su empeño en mejorar y educar, respetar la peculiaridad del paciente.

Otra ventaja de la transferencia es que el paciente escenifica en el análisis un fragmento importante de su biografía, que quizás no hubiera podido transmitir de otra

manera. Actúa en lugar de informar.

Freud (1912/1991a) discrimina entre transferencia positiva y transferencia negativa. La transferencia adecuada para la cura es la negativa, o la positiva que procede de mociones eróticas reprimidas.

En la transferencia positiva el paciente actúa sentimientos (mociones libidinosas) que provienen del inconsciente y han sido reprimidas al no haber podido consequir ser satisfechos. El paciente ve en la persona del analista por ejemplo, a su padre, su madre o su hermano. En la transferencia negativa por el contrario, expresa sentimientos hostiles hacia el analista. Al ser la transferencia la reproducción del vínculo con los padres, también mostrará su ambivalencia cuando, al serle denegado por parte del analista el deseo erótico, la transferencia positiva se transformará en negativa, y si permanece será contraproducente a los logros obtenidos por la transferencia positiva; ya no seguirá cumpliendo el pacto de decir todo lo que le venga a la mente y dejará de creer en la eficacia del mismo. Se siente enfrentado y odiará al analista y estará decidido a dejar el análisis. Habrá olvidado el pacto y no tendrá la capacidad para seguir el trabajo en común. El analista deberá tratar de que ni el enamoramiento ni la hostilidad se vuelvan extremas prepararando al paciente antes de que suceda. En la transferencia negativa se expresan conflictos infantiles no resueltos, por lo general con la figura paterna. Se actualiza el complejo de Edipo. Al lograr que el paciente tome conciencia de la transferencia, se produce un despegue de estos sentimientos sobre el analista facilitando el camino hacia una mejoría duradera.

El otro tipo de transferencia positiva que se mencionaba anteriormente es la que puede volverse consciente; el paciente proyecta sentimientos de amistad y confianza sobre la persona del analista que se mantendrán a lo largo del tiempo que dure el análisis. Es el que se asocia a la noción de *vínculo* en la alianza terapéutica: el paciente se siente comprendido, respetado, valorado: "...subsiste y es en el psicoanálisis al igual que en los otros métodos de tratamiento, el portador del éxito" (Freud, p.103).

"...Dice Greenson que para considerar una reacción como transferencial, ésta debe tener dos características: debe ser una repetición del pasado y debe ser inapropiada en el presente" (Sandler et.al 1973,p.36).

Sandler (1973) afirma que han habido diferentes definiciones de transferencia según el contexto en que haya sido usado el concepto por diferentes autores psicoanalíticos .

De la Parra (2006) puntualiza que desde los comienzos del psicoanálisis se discutió la

posibilidad de separar conceptualmente alianza y transferencia, ya que "la alianza no es otra cosa que la transferencia de relaciones tempranas de características gratificantes, por muy discretas que éstas hayan sido" (p.16).

Se entiende entonces que la alianza terapéutica estaría conformada por elementos tanto del orden de lo consciente como de lo inconsciente: por una parte los sentimientos positivos que afloran inconscientemente y por otra el reconocimiento de los mismos que favorecería la permanencia del pacto analítico.

## Historia del concepto alianza terapéutica

Siguiendo la línea de Freud, en 1956, Elizabeth Zetzel sostuvo que la alianza terapéutica es esencial para que cualquier intervención terapéutica fuese efectiva. La alianza se expresaría en la capacidad del paciente de establecer una relación de confianza con el terapeuta. Dió "...cuenta de cómo tanto la neurosis de transferencia como la alianza terapéutica son fenómenos en el fondo transferenciales, donde ésta última se apoya en las funciones autónomas del yo remitiéndose a las primeras relaciones de objeto (satisfactorias) del niño". (de la Parra, 2006 p4)

En 1967, Ralph Greenson consideró que la alianza de trabajo es la capacidad que tienen tanto el paciente como el terapeuta para trabajar intencionadamente juntos en el tratamiento que ambos han aceptado (entre el yo razonable del paciente y el yo analizador del analista.) Esta relación la describía como una configuración de transferencia y de la relación real (respuesta mutua del paciente y terapeuta inclluyendo las percepciones no distorsionadas y la confianza, el respeto y el aprecio mutuo), aunque decía que lo esencial es la relación real - la parte objetiva y razonable de los sentimientos que el paciente tiene por el analista -, subrayando así la importancia de la racionalidad y la objetividad en la terapia.

En 1988 Bowlby , anteriormente Bibring en 1937, y Gitleson en 1962 consideraron la situación terapéutica como una nueva relación de objeto donde el cliente desarrolla la capacidad de formar una relación positiva con el terapeuta. Dentro del marco psicodinámico, en 1985 Hartley definió la alianza psicoterapéutica como una relación compuesta por la *relación real* y la *alianza de trabajo*. La relación real se refiere al vínculo entre cliente y terapeuta mientras que la alianza de trabajo se refiere a la capacidad de ambos para trabajar conjuntamente hacia los objetivos previstos.

Entre 1985 y 1990 el enfoque de tratamiento seguía siendo experimentado como un modelo externo al que los terapeutas trataban de adaptarse y no como un

modo personalmente integrado de proceder con los pacientes.

Desde la década del '80 se ha producido algo que muchas personas conciben como un *cambio de paradigma* en el pensamiento psicoanalítico así como en la tradición experiencial (gestalt y terapia centrada en el cliente) y la terapia cognitiva. Se pasa de teorías muy influídas por el psicoanálisis clásico (psicología unipersonal) a la psicología de dos personas cuyos teóricos son Mitchell, en 1988 y Aron en 1996. En las primeras existe la concepción de que el saber lo posee el terapeuta y éste es como una pantalla vacía sobre la que el paciente proyecta todas sus fantasías mientras que los teóricos de la psicología bipersonal la definen como una co-construcción entre paciente y terapeuta. Desde la mirada psicoanalítica, el terapeuta deja de ser una pantalla en blanco donde el paciente proyecta sus demandas; la intersubjetividad del terapeuta y del paciente se ponen en juego para producir nuevos significados. La neutralidad y abstinencia clásica defendida por el psicoanálisis ha ido dejando paso a una mayor inclusión de la interacción, espontaneidad y autenticidad del terapeuta. (de la Parra, 2006, Safran y Muran, 2000)

Estos avances se deben a la influencia de puntos de vista influidos por la teoría feminista, el discurso constructivista social y la noción de intersubjetividad.

Para algunos teóricos como Safran y Muran (2000), ha tenido particular influencia una serie de avances en la teoría psicoanalítica contemporánea a la que colectivamente se le ha denominado *teoría relacional* de naturaleza integradora, que trata de sintetizar los avances de áreas tan diversas como la teoría interpersonal americana, la teoría británica de las relaciones de objeto, la psicología del self, el pensamiento existencial y el pensamiento feminista y pos-moderno.

Coderch (2012) afirma que el psicoanálisis va evolucionando de acuerdo con las necesidades de cada momento en una cultura determinada, La cultura pos moderna, en constante dialéctica con la modernidad, ha creado el psicoanálisis que necesita. El pensamiento de esta cultura, no busca descubrir verdades y leyes universales, reclama la libertad de conciencia individual, no soporta la autoridad, reivindica el individualismo, reclama la satisfacción inmediata de los deseos; se mueve más por la égida del principio de placer que por el principio de realidad; considera a la verdad como plural, discontinua, fragmentada y siempre cambiante. Por lo tanto el paciente ya no debe adaptarse más a valores propios de una cultura que lo determina, sino que deberá buscar su sentido de la vida.(Hacia un psicoanálisis Relacional, 2012) El fundamento de la teoría relacional es que terapeuta y paciente participan continuamente en una configuración relacional que no pueden ver y el proceso que

lleva a su comprensión y desarrollo es un mecanismo central del cambio. La fuerza terapéutica se encuentra en la relación de persona a persona, no en la relación del paciente con un objeto proyectado en el terapeuta, como es propio de las relaciones de objeto; por lo tanto la participación y subjetividad del terapeuta resultan de gran relevancia. (Coderch, 2012).

Se ha podido cuestionar la distinción entre lo objetivo/subjetivo, observador/ observado en la relación terapéutica, gracias a los aportes provenientes del construccionismo social y la noción de intersubjetividad (y del desarrollo del pensamiento postcartesiano), y se ha avanzado hacia la noción de verdades coconstruídas. Ya no tendrá sentido la separación entre transferencia y otros aspectos de la relación, dado que van a estar todos estos elementos formando parte de la construcción relacional. Posiblemente ésta sea la razón de que se le preste mayor atención a la investigación de la alianza desde la tradición psicoanalítica y psicodinámica .

Desde las perspectivas interpersonal y relacional se plantea una reconceptualización de la alianza terapéutica, ya que la experiencia relacional entre terapeuta y paciente es considerada no solamente un prerrequisito para el cambio, sino que el proceso de desarrollo junto a la resolución de los impasses constituyen la esencia misma del proceso de cambio. (de la Parra, 2006. Safran y Muran,2000).

En 1976, uno de los de los primeros que dió cuenta de la alianza como factor multidimensional, y que sus aportes permitieron institucionalizarla, y aplicarla a la investigación empírica fue Bordin. Plantea que la alianza está conformada por el acuerdo entre paciente y terapeuta en las tareas de la terapia, el acuerdo sobre los objetivos, y el vínculo (que corresponde a la relación afectiva terapeuta paciente). Hay una negociación continua entre terapeuta y paciente acerca de las tareas y de los objetivos, sea en el ámbito consciente como inconsciente; de esta forma se establecerán las condiciones necesarias para el cambio, y esta negociación será una parte intrínseca del proceso de cambio.

Probablemente, por haberse incorporado el concepto de alianza terapéutica en la mayoría de las escuelas psicoterapéuticas, el concepto de alianza terapéutica recibe en la actualidad en algunos círculos psicoanalíticos menos atención teórica que en períodos previos.

Los teóricos experienciales han adoptado explícitamente el concepto de alianza y aunque la perspectiva cognitivo- conductual tradicionalmente le ha dado menos importancia, los teóricos cognitivo-conductuales contemporáneos reconocen cada vez

más su valor.

#### Desarrollo

Se entiende a la alianza terapeútica como la relación no neurótica que tiene el paciente con su analista, gracias a la cual se puede trabajar intencionalmente en la situación analítica (Sandler, Dare y Holder 1973), mientras que en la transferencia van a ser los productos mentales inconscientes en su mayor parte, los que actuará el paciente en la relación con el terapeuta: lo reprimido en el pasado pero como vivencia presente (Freud 1901/1992b).

Los psicólogos del yo, en 1958 en Estados Unidos establecieron las condiciones para el desarrollo del concepto de alianza al fijar la atención en los aspectos reales de la relación terapéutica. En 1956 Zetzel profundizó en la distinción entre *alianza terapéutica* y *transferencia*, afirmando que la alianza es la parte no neurótica de la relación entre paciente y terapeuta; que la misma posibilita el insight (revelación) así como el poder hacer uso de las interpretaciones que formula el terapeuta para distinguir entre las experiencias relacionales del pasado y la relación real con el terapeuta.

Para el psicoanálisis, la transferencia puede facilitar o entorpecer el trabajo de la alianza, mientras que otros autores son partidarios de no diferenciar entre alianza y transferencia ya que consideran la relación entre el terapeuta y el paciente como la manifestación de la transferencia neurótica del paciente, de manera que separar alianza de transferencia restaría importancia a uno de los principios básicos de la teoría psicoanalítica como es la interpretación de la transferencia. Algunos de los investigadores como Friedman afirmaron que la alianza abarca incluso las transferencias maternales más infantiles planteando el debate sobre hasta qué punto las relaciones pasadas del cliente influyen en la alianza con el terapeuta . (Corbella y Botella, 2003)

En 1934 Sterba había señalado que el analista tenía la posibilidad de crear un vínculo, haciendo uso del terapeuta - observador que hay dentro del paciente y que se podía motivar al paciente para trabajar en la consecución de las tareas terapéuticas comunes establecidas gracias a la identificación positiva con el terapeuta. Destacaba la importancia de ayudar a que el paciente formara una partición terapéutica del ego entre sus funciones de observación y participación, para que los elementos del ego que estuvieren centrados en la realidad se pudieran aliar con el terapeuta en la tarea de la auto-observación. Intentó separar la racionalidad y la irracionalidad. (Safran y Muran 2000)

"En la historia de la alianza terapéutica, fueron los trabajos de Bordin en 1979 los que permitieron generalizarla, ser integrada por otras orientaciones y ser tomada como objeto de investigación empírica". (de la Parra 2006, p.4) Desde su conceptualización, la alianza posibilita la aceptación y el seguimiento del trabajo terapéutico. Una buena alianza no es curativa por sí misma, pero sí es el prerrequisito para el cambio en todas las formas de psicoterapia. La alianza terapéutica está compuesta porlas tareas, los objetivos, y el vínculo.

Las tareas de la terapia consisten en las actividades específicas (tanto abiertas como encubiertas) que el paciente debe ejecutar para beneficiarse del tratamiento. Por ejemplo, el psicoanálisis clásico requiere al paciente que trate de asociar libremente manifestando todo lo que le viene a la cabeza sin censura alguna. Una tarea importante en terapia cognitiva podría consistir en completar una asignación conductual entre dos sesiones así como para los terapeutas Gestalt pedir a sus pacientes que ejecuten un diálogo entre dos partes diferentes de sí mismos. Estas tareas significan diferentes demandas para los pacientes, y las percibirán como más o menos útiles dependiendo de sus propias capacidades y formas de relacionarse consigo mismo y los demás. Por ejemplo, para algunos pacientes tener que examinar su experiencia emocional, puede resultar especialmente difícil; para otros lo será el tener que examinar la relación terapéutica en el aquí y ahora; por el contrario podrán sentir que el tener que realizar ejercicios cognitivos conductuales estructurados les será tranquilizador, para otros, las tareas para realizar en su casa pueden significar un esfuerzo por ser controlado o dominado, por lo tanto, cualquier intervención puede ser experimentada como más o menos facilitadora según sea el vínculo que paciente y terapeuta hayan establecido.

Para el terapeuta, el sentido que una tarea signifique para el paciente, podrá servirle como marco de trabajo para guiar sus intervenciones de manera flexible. Podrá darle información sobre cómo experimenta una cuestión exploratoria; si le facilita la comprensión en algún aspecto. Es importante que el terapeuta explore desde el principio los preconcepto que su paciente tiene sobre el modo de funcionamiento de la terapia, para poder negociar acuerdos en caso de que existieran desacuerdos visibles. A menudo suele ser útil que el terapeuta explique en qué consistirá el trabajo de la terapia, ver sus reacciones y preguntarle si tiene dudas al respecto.

Los *objetivos de la terapia* son los objetivos generales hacia lo que se dirige el tratamiento. Por ejemplo, el psicoanálisis clínico, asume que los problemas que las personas traen a la terapia se derivan de un modo mal adaptativo de negociar el

conflicto entre los instintos y las defensas y el objetivo consiste en desarrollar un modo más adaptativo de negociar tal conflicto. Un terapeuta conductual, por contraste, puede ver el objetivo del tratamiento como el modo de eliminar el síntoma específico. Es importante que se ayude a los pacientes a articular sus objetivos de tratamiento.para poder iniciar un diálogo sobre los objetivos desde el comienzo; se realiza por medio de preguntas explícitas sobre los que les gustaría trabajar y devolviéndoles lo que se entiende de sus respuestas, tanto a nivel explícito como implícito de lo que han dicho. Ésto colabora a la comprensión empática de lo que le preocupa al paciente para así explicitarlas y poder modificarlas a posteriori si fuera necesario por lo que aporte el feedback del paciente. Todo esto fortifica la alianza y el paciente se siente entendido y siente al terapeuta en su misma onda.

El componente del *vínculo de la alianza* consiste en la calidad afectiva de la relación entre el paciente y el terapeuta (por ejemplo, el grado en el que el paciente se siente comprendido, respetado, valorado, etc.) Implica confianza y aceptación.

Las dimensiones del vínculo, de la tarea y de los objetivos de la alianza influyen entre sí y de modo continuo. La calidad del vínculo determina el tono emocional de la vivencia que el paciente tiene del terapeuta y determina el grado en el que el paciente y el terapeuta son capaces de negociar un acuerdo sobre las tareas y los objetivos de la terapia. La alianza terepéutica es de naturaleza compleja, dinámica y multidimensional. Mientras que la calidad de la alianza es crítica en todos los enfoques terapéuticos, las variables específicas variarán en función del enfoque, del terapeuta y del paciente. (Safran y Muran 2000).

# Cualidades de relevancia para establecer una buena alianza de parte del terapeuta

"Ferenczi fue (...) el primero en considerar el rol de la personalidad y la experiencia del analista en el proceso de tratamiento. Subrayó la importancia del analista como persona real... (Ferenczi,1932)" (Safran y Muran 2000, p.33).

Dos cualidades importantes (pero no suficientes) que debe tener un terapeuta y en que coinciden la mayoría de los investigadores son: la *empatía* y la *calidez*. El contacto comunicativo y el afecto mutuo constituyen aspectos simétricos o de doble simetría. "Si el analista posee un mínimo de sensibilidad y empatía, ayuda al paciente mediante su relación, aunque crea que le ayuda por el contenido cognitivo de sus interpretaciones" (Coderch, 2012. p.11).

El encuentro empático se da de forma no verbal, a través del contexto visual, de las

posiciones corporales, de los gestos faciales, del tono de voz, del silencio. El afecto mutuo está determinado por las actitudes emocionales que tanto paciente como terapeuta expresan y reciben uno del otro, como por ejemplo la sonrisa. La sonrisa del terapeuta sirve para dar apoyo y evitar el conflicto con ciertos pacientes, mientras que con otros pacientes es un pre-requisito para poder establecer una relación (Jiménez, 2005).

Importancia de la responsabilidad: Freud (1913/1991b) establecía que si el terapeuta demostraba un serio interés, apartaba las primeras resistencias y evitaba ciertas torpezas posibles, el paciente establecía inmediata y espontáneamente un *enlace*.

En investigaciones sobre las cualidades y conductas del terapeuta que se asocian a una buena alianza percibida por el paciente, "no solo (...) la historia familiar del paciente influye (...) (Trad 1992, en Hentschel 2005), (...)también la historia familiar del terapeuta (Lawson y Brossart, 2003 en Hentschel, 2005) y su estilo de apego (Sauer, López & Gormley, 2003 en Hentschel 2005)" (de la Parra 2006 p.7)

## Variables de parte del paciente

- La expresividad (entendida como capacidad de comunicación eficacaz)
- Que sea capaz de pedir ayuda, de mostrar su dolor psíquico
- Sus relaciones sociales y familiares :
  - "... Hentschel (2005) ha intentado mostrar empíricamente cómo la alianza se corresponde con imagos infantiles que se repiten en la relación terapéutica.(...) La investigación se realizó en 126 pacientes (...) Los resultados confirmaron que las imágenes internalizadas de la madre y el padre influenciaron la alianza terapéutica; por ejemplo, tanto los pacientes con imágenes internas de madres tímidas depresivas y como los de imágenes de madres fálicas energéticas recibieron los mejores puntajes de alianza terapéutica. La imagen de la madre idealizada fue obstáculo para una buena alianza. Pacientes con madres rígidas compulsivas puntuaron más bajo (...) Los autores concluyen que el estudio muestra cómo el desarrollo de la alianza puede ser seguida retrospectivamente a sus orígenes, a las imágenes parentales formadas en la infancia, lo que no es exactamente lo mismo que la transferencia, pero algo muy cercano" (de la Parra 2006, p 15).
- La calidad de las relaciones de objeto: Las personas con una riqueza importante en sus relaciones interpersonales tienen mayor probabilidad de

desarrollar una buena alianza terapéutica.

 La motivación, espectativas y las actitudes: Se relacionan con a la dificultad para crear una buena relación de trabajo terapéutico la defensividad, la desgana, la hostilidad y la dominancia del paciente; problemas interpersonales vinculados a la hostilidad, la frialdad, la inseguridad y la evitación social y experiencias de eventos estresantes.

La severidad de los síntomas del paciente tiene poco impacto en el desarrollo del establecimiento de la alianza terapéutica. En pacientes con esquizofrenia, el establecimiento de la alianza terapéutica está relacionado con la aceptación de la farmacología y la disminución de las ausencias a la terapia.

En evaluaciones de la alianza, los pacientes con apego ansioso puntuaban una menor alianza y los pacientes con apego confiado con puntuaciones altas. Existe una relación significativa entre el patrón de vinculación dependiente y la alianza terapéutica.

La alianza terapéutica se apoya en las funciones autónomas del yo; y se remite a las primeras relaciones de objeto (satisfactorias) del niño. La relación diádica que se establece se daría por la capacidad del paciente de mantener una relación de confianza (básica) con el terapeuta .De carecer el paciente de esta capacidad de confiar, el terapeuta debería construirla mediante una actitud e intervenciones de apoyo (De la Parra, 2006).

## Formación de los terapeutas

"Una formación psicoanalítica pluralista, que confronte críticamente el conocimiento clínico con la diversidad teórica en psicoanálisis y con los hallazgos en ciencias neurocognitivas, en investigación en proceso y resultados en psicoterapia y psicoanálisis, y la relación temprana madre-bebé, debiera fomentar la formación de una disposición y una actitud terapéutica flexible" (Jiménez 2005,p.164).

La supervisión individual, en la que se examinan y discuten los tratamientos que hacen los terapeutas nóveles , revisando y corrigiendo la *relación terapéutica problemática forma parte de la* mayoría de los proyectos exitosos en entrenamiento psicoterapéutico. Parecería que la eficacia del terapeuta es determinante para facilitar el desarrollo de la alianza terapéutica. *Otras variables que pueden favorecer* la formación de la Alianza son similitudes de edad, sexo y valores ( *de la Parra 2006*) (Safran y Muran, 2000).

## Actividades técnicas y acciones del terapeuta

Cuando el terapeuta centra su actividad en el aquí y el ahora está facilitando el establecimiento de la alianza terapéutica. Asimismo sus habilidades sociales contribuyen a dicho establecimiento.La adquisición de las destrezas se ve mediada por factores personales y emocionales complejos. Por ello , el crecimiento como terapeutas está inextricablemente vinculado al crecimiento personal y al desarrollo de la conciencia sobre uno mismo .Muchas orientaciones terapéuticas asumen que el crecimiento personal del terapeuta es importante; evidentemente, el análisis de la contratransferencia se encuentra en el núcleo de la terapéutica psicoanalítica contemporánea Una de las destrezas terapéuticas más importante consiste en el manejo terapéutico de procesos negativos y en la reparación de las rupturas que se producen en la alianza terapéutica Dada la complejidad de las destrezas requeridas para el manejo de los procesos terapéuticos negativos, es crítico que su entrenamiento sea de naturaleza más experiencial y subraye la auto exploración como el principal vehículo de aprendizaje.

Por su parte, los pacientes a los que les cuesta establecer una buena relación terapéutica pueden beneficiarse más de técnicas específicas, mientras que los que han establecido una buena alianza con el terapeuta pueden beneficiarse de intervenciones menos técnicas y más exploratorias.

"Desde el punto de vista de una concepción estratégica de la terapia, es altamente relevante no perder de vista las características de un vínculo terapéutico exitoso, pues la promoción de tales cualidades del vínculo pasan así a convertirse en heurísticas, es decir, en principios técnicos y objetivos estratégicos que determinan intervenciones de acuerdo con las reglas del buen arte terapéutico" (Jiménez, 2005 p159)

## Establecimiento y evolución de la alianza terapéutica

"Según Horvath y Luborrsky (1993) las investigaciones actuales llevan a suponer que existirían dos fases importantes de la alianza: la primera corresponde a la formación de ésta que se desarrolla en las primeras cinco sesiones y que alcanzaría su cima en la tercera sesión.(...)La segunda fase crítica ocurre cuando el terapeuta comienza a cuestionar las antiguas pautas neuróticas del paciente y éste puede experimentar las intervenciones más activas del terapeuta como una disminución de la empatía y el apoyo (Safran y col. 1992 en Horvath y Luborsky, op. cit.)" (Arredondo y Salinas, 2005 p.64).

En la primera fase, es necesario establecer niveles satisfactorios de colaboración y confianza; el paciente tiene necesidad de sentirse unido al terapeuta participando del proceso psicoterapéutico; de acordar metas y de tener confianza en los procedimientos de la terapia.

"El modelo propuesto por Horvath y Luborsky (1993) está basado en los conceptos propuestos por Luborsky (1976), Bordin (1975, 1976), Safran y col. (1990) y Horvath (1991)" (Arredondo y Salinas, 2005 p.65). Dichos autores señalan que habrían evidencias de la presencia de la primera fase de la alianza.

En la segunda fase, el cuestionamiento del terapeuta podría aparejar un debilitamiento o ruptura de la alianza terapéutica lo que debe ser reparado para que la terapia continúe exitosamente.

La alianza se puede resentir en diferentes momentos y por diferentes razones y según sea el momento en que ocurra será el modo en que la terapia resulte afectada. Al principio de la terapia pueden surgir dificultades para desarrollar una relación de contención y para lograr acuerdo en los procedimientos terapéuticos; en estos casos es poco probable que el paciente adhiera al régimen terapéutico, produciéndose una ruptura prematura de la relación. Si no ocurren este tipo de situaciones se puede pensar que el tratamiento psicoterapéutico no está siendo lo suficientemente efectivo. O se está evitando tratar los verdaderos problemas del paciente, o éste tiene una respuesta idealizada, irreal y no aprovecha las sesiones de terapia para tratar temas importantes.

Si durante la segunda fase de la alianza los desafíos a la misma son demasiado severos, o no se logra enfrentarlos de manera adecuada, las rupturas que se producen en la alianza no son reparadas. Según la fase en que se encuentre la terapia, el paciente sentirá al terapeuta como más contenedor, y al progresar el trabajo terapéutico se dará una sensación de trabajo conjunto. Parecería que la alianza medida en las primeras sesiones es un mejor predictor de resultados finales que si es medida en otras instancias posteriores.

La colaboración y el acogimiento son aspectos comunes a todos los instrumentos de evaluación. Asimismo, relacionado con los resultados se destaca el grado de compromiso, la complementariedad y la compatibilidad entre terapeuta y paciente. el factor colaboración y confianza es el que presenta una mayor correlación con los resultados.( Arredondo y Salinas 2005)

Si el paciente siente el vínculo como amparándolo y dándole seguridad y apoyo para un comportamiento exploratorio independiente, su habilidad para suspender reacciones defensivas se verá fortalecida y mejorará la capacidad para aprender maneras más adaptativas de enfrentar situaciones previamente amenazantes. No obstante, esta alianza puede verse amenazada por un desapego excesivo si el terapeuta se rige bajo la consigna de neutralidad analítica; asimismo, si se estimula la dependencia del paciente en la convicción de que es necesaria para la marcha de un proceso analítico.(Jiménez , 2005)

De la Parra (2006) presenta dos casos que ilustran cómo trabajar desde la transferencia o desde la alianza terapéutica según las características e historia personal de cada paciente:la primer paciente tiene 33 años, es casada y tiene tres hijos, es ama de casa y consulta por dolores, sensaciones parestésicas, y estados de ansiedad; debe cuidar a se suegra quien tiene deterioro psico-orgánico y se ocupa de su madre esquizofrénica que vive cerca de su casa. Cinco meses antes de la consulta su marido había atropellado a una anciana que había quedado hospitalizada, y la paciente se ha involucrado intensamente en esta situación.

Como dato biográfico importante de la paciente, es la segunda de tres hermanos, fue un nacimiento no deseado por parte del padre quien abandonó el hogar durante seis meses cuando su madre no aceptó abortar; en su infancia pasó privaciones económicas,y recuerda que la castigaban. Vivía con la familia su abuelo paterno con quien mantenía una cálida relación.

En la relación con el terapeuta la paciente se presenta condescendiente y dependiente y a pesar de que se le presentan dificultades, (por ejemplo: horarios incómodos), muestra un modo sobre-adaptado de relacionarse, al aceptarlos sin objeción alguna. El terapeuta toma en consideración las situaciones de maltrato y abandono y las asocia principalmente a dolor y sentimientos de hostilidad hacia la madre, los que se supone han sido reprimidos y como consecuencia aparece el carácter sobreadaptado al usar la defensa como formación reactiva. Esto trae aparejado el no poner límites a los demás. Los demás se aprovechan , aumentando así la hostilidad de la paciente y se perpetúa el círculo vicioso.

El terapeuta hace foco en torno al conflicto con la madre y el sistema defensivo de la paciente dada la existencia de un conflicto actual que reactiva un conflicto nuclear del pasado. Indica una psicoterapia focal de 20 sesiones, de predominio expresivo.

En la psicoterapia se fue elaborando el foco conflictivo usando cuando era oportuno la transferencia para mostrarle a la paciente cómo era su funcionamiento, el cual tenía un alto costo para su salud mental y sus relaciones interpersonales.

Fue un proceso exitoso en el que el patrón intepersonal con los objetos primarios de la

paciente permitió se repitió con el terapeuta (transferencia) permitiendo por momentos trabajar en el aquí y ahora de la relación.

Un segundo caso: paciente de un poco más de 40 años, profesora de Educación media. Es soltera y vive sola a los fondos de la casa de su padre con el cual mantiene una relación simbiótica. (su padre le resuelve el tema medicamentos que le ha recetado el psiquiatra y todos los asuntos domésticos). Ha estado hospitalizada 6 veces llegando a recibir tratamiento electroconvulsivo. Dice que está con angustia permanente desde hace 11 años. Presenta síntomas obsesivos y compulsivos importantes, y períodos de bulimia y anorexia. Es impulsiva y no tolera la frustración, llegando a la agitración psicomotora. Fluctúa entre períodos de minusvalía y grandiosidad. Presenta reiteradas licencias en su trabajo y también es inestable en sus relaciones sentimentales. Su padre aunque se dedica a cuidarla mantiene con ella una relación fría y formal. En cuanto a su madre, por el relato se tiene noticia de que poseía una personalidad infantil, muy violenta, que maltrataba a sus hijos.

Al terapeuta observa al dialogar con la paciente la falta de funciones yoicas que le permitan a la paciente ubicarse con los objetos y en secuencias temporales. Se indica una terapia de apoyo, sin fecha de término y se supone un pronóstico reservado de adherencia al tratamiento por sus antecedentes con otros profesionales.

Las primeras sesiones de la psicoterapia se dedican al establecimiento de un vínculo, pues el mismo oscila entre la descalificación y la idealización irreal.

Como segundo objetivo el terapeuta considera acordar el encuadre, distribuyendo las tareas, explicándole a la paciente cual será el rol del terapeuta y qué se espera de ella en la terapia. Un tercer paso: terapeuta y paciente se dedican a revisar y ubicar temporalmente la relación sentimental que habría desencadenado el cuadro angustioso de la paciente y a establecer algún paralelo entre esta relación y la relación con su padre. La paciente le hace una visita a su ex-novio como producto de un planteamiento dentro de la terapia y el refuerzo del terapeuta al estimularla a enfrentar situaciones largamente postergadas.

La paciente empieza a tomar conciencia de lo vacío de su vida y aparece la necesidad de vincularse rescatando viejas amistades.

Pasa de sesiones evacuativas a *ver al terapeuta* expresando sentimientos de verguenza por cosas que ha dicho.

Este segundo caso se basó en el trabajo desde la alianza terapéutica .

En su investigación, de la Parra (2006) concluye que es importante mantener la

separación conceptual entre los contructos *transferencia* y *alianza terapéutica* ya que "ambos aspectos de la relación son susceptibles de ser investigados separadamente y en su integración y mutua dependencia" (p.17)

#### **Impasse**

"...Como han señalado Robert Storolow y sus colaboradores (Storolow, Brandcraft & Atwood, 1994) las rupturas en la alianza terapéutica constituyen el camino real hacia la comprensión de los principios organizativos del paciente" (Safran y Muran 2000, p.41). Están conformadas por los desacuerdos sobre las tareas y objetivos de la terapia o por problemas en el vínculo, si bien los problemas con las tareas y objetivos también reflejan tensiones en la dimensión del vínculo y viceversa.

Examinar los factores que están por debajo a la construcción que un paciente realiza, de una intervención por parte del terapeuta como inoportuna o molesta, puede ser de utilidad en la comprensión de los procesos constructivos idiosincrásicos del paciente y de sus relaciones objetales internas.

El terapeuta puede manejar los diferentes tipos de rupturas empleando estrategias directas o indirectas,por ejemplo: en desacuerdos sobre tareas u objetivos el terapeuta puede dar una justificación terapéutica (estrategia directa),o proponer un reencuadre del sentido de los mismos (estrategia indirecta). Con respecto a como afrontar los problemas relacionados con el vínculo, el terapeuta podría optar por clarificar malentendidos, o aliarse con la resistencia.

Asimismo, en algunas situaciones, el proceso de clarificación llevará a examinar los temas nucleares relacionales del paciente. Tales temas pueden ser por ejemplo, el sentimiento de que las preguntas del terapeuta son experimentadas como intrusas y este sentimiento estar relacionado con una experiencia en que su privacidad no fue respetada; o que el paciente no vea la utilidad de una interpretación y ésto se puede deber a que su sentimiento de incomprensión por parte de los demás.

Las rupturas pueden se manejadas a un nivel superficial o a nivel del significado

subyacente .Por lo general se manejan a nivel superficial, sin dedicarle demasiado pensamiento consciente, aunque sopesando intuitivamente un resultado positivo para la alianza. Ejemplo de esto lo es una respuesta dada al paciente sobre la finalidad de una intervención o disculparse de un error. Este manejo a nivel superficial impacta también en el nivel del significado subyacente: no sólo fortalece la alianza animando al paciente a implicarse en una tarea, sino que transmite el mensaje de que el terapeuta recibe las preocupaciones del paciente con responsabilidad y está dispuesto a explicar

su justificación. Si el paciente no comprende una justificación terapéutica y deja entrever escepticismo o desconfianza, es necesario motivarlo a articular las preocupaciones que subyazcan a ese escepticismo o confusión aparente.

Cuando hay desconfianza por parte del paciente y se resiente la alianza, el terapeuta puede intentar clarificar lo que está sucediendo en la relación terapéutica sin tener en cuenta temas que pueden ser de naturaleza más nuclear. Si el paciente parece reservarse, el terapeuta puede evaluar que es lo que está sucediendo en el aquí y ahora de la relación terapéutica de manera de permitir que el paciente exprese que quizá se siente herido por algo que dijo el terapeuta, y éste poder examinar el malentendido. El terapeuta admite que su intervención ha sido algo crítica y se lo comunica al paciente. De esta forma se repara una tensión temporal de la alianza.

Así como al examinar los desacuerdos sobre las tareas y objetivos puede llevar a el examen de temas subyacentes importantes, al explorar las tensiones en el vínculo de la alianza, o los factores que dificultan su desarrollo, se pueden llegar a elaborar temas relacionales nucleares. Un ejemplo: el sentimiento de un paciente que no está en armonía con el terapeuta puede llevar a examinar una experiencia relacional de ser incomprendido por los demás. Asimismo,í el sentimiento de ser tratado de forma paternalista por parte del terapeuta puede llevar a examinar el tema relacional de verse tratado con indiferencia por los demás ( de la Parra, 2006 Safran y Muran, 2000).

Safran y Muran (2000) hacen una puntualización sobre opiniones de diversos investigadores a lo largo del siglo XX: establecen que uno de los presupuestos para comprender mejor los tipos de conflictos que están por debajo de muchas rupturas de la alianza terapéutica es que la agencia (necesidad de auto-definirse e individuarse), y la afiliación (establecer y mantenerse afiliado) son necesidades fundamentales del ser humano; las mismas se hallan en conflicto y existen en una relación dialéctica entre sí, dependiendo una de la otra. Están relacionadas con el proceso de maduración: el sujeto busca la individuación de sus progenitores y a la vez que se siente culpable porque dicha individuación es una amenaza a la relación establecida con los padres. El proceso de individuación puede producir una intensa ansiedad productora de culpabilidad cuando al estar el sujeto adherido al objeto en forma dependiente, el mismo le significa una amenaza de separación; o puede estar cargado de tensión al amenazar la afiliación: el sujeto se protege de una amenaza de ruptura brusca evitando las relaciones y convirtiéndose en excesivamente dependiente de sí mismo. Pero no se puede mantener una forma madura de afiliación si no se tiene una sensación de sí mismo como individuo. Se nace en un estado de afiliación objetal en

la que el bebe tiene deseos de la relación simbiótica con su madre a la vez que tiende a individuarse.La teoría psicoanalítica busca la resolución de esta tensión: el paciente expresa necesidades infantiles inapropiadas para su situación actual que serán analizadas al emerger en la terapia en forma de transferencia. El proceso primario se sustituirá por el proceso secundario al lograr el paciente reconocer sus necesidades y deseos infantiles. Renunciará a los impulsos infantiles y a su libre expresión.

En 1933 Ferenczi consideraba como último objetivo terapéutico, *re-interpretar* en el contexto de la relación terapéutica el trauma que había experimentado el paciente en su niñez (por los fracasos empáticos de sus padres), permitiéndole elaborar los conflictos con el terapeuta de una nueva manera en que no se prescindiese de ninguna parte de sí mismo.

En 1945, Rank se centraba en la *importancia del deseo de un funcionamiento* sano y del cambio terapéutico, reconociendo la tensión existente entre agencia y afiliación.

En 1949 Reich dirá que *la expresión libre de la energía libidinal* era el fin último del psicoanálisis, a la que aludía Perls en 1973, como *la expresión espontánea de la emoción*, tendencia a la auto-actualización y la idealización del instinto natural del hombre, que, retornando a su estado natural se hallaría en convivencia armoniosa con los demás.

Balint, Winnicott y Kohut retomaron la alternativa de Ferenczi , la cual conlleva un proceso de maduración que es el resultado de negociar entre las necesidades propias y las del otro, aceptando la validez de las mismas, así como el hecho de que no siempre son satisfechas.

En 1988 Mitchell se refiere al *auto-desarrollo*; propone una perspectiva relacional contemporánea en la que subraya el desarrollo de un sentido de sí mismo más auténtico y rico .En el contexto de una sociedad progresivamente más fragmentada adquiere relevancia la búsqueda de sentido personal y de formas adecuadas que permitan al individuo sentirse vinculado a los demás. No obstante, dicha conceptualización afirma los desequilibrios de una cultura excesivamente individualista.

En 1996 Aron propondrá el aprendizaje a negociar constructivamente las necesidades de agencia y afiliación, el cual brinda un marco más amplio y más comprensivo para el cambio, aportando elementos a la comprensión y resolución de las rupturas en la alianza terapéutica.

Jiménez (2005) puntualiza que en el modelo del psicoanálisis clásico si no se

resuelve la transferencia por medio de la interpretación tenderá al impasse, mientras que en otros modelos al experimentar los pacientes que el vínculo es un entorno que ampara y ofrece seguridad y apoyo fortalecerán su posibilidad para suspender reacciones defensivas y desarrollarán más su capacidad de adaptación al enfrentar situaciones que anteriormente han sido amenazantes. La neutralidad analítica puede llevar al terapeuta a una actitud de desapego que amenace la permanencia de la alianza. Por otra parte

"El cúmulo de trabajos empíricos permiten concluir que las interpretaciones transferenciales crudas parecen no provocar reacciones positivas inmediatas en los pacientes, aumentarían el riesgo de reacciones defensivas, pueden perjudicar la alianza, llevar a disminuir el compromiso del paciente en el proceso y aumentar la tasa de deserción" (de la Parra, 2006 p.10).

#### Conclusiones

Diiferentes autores psicoanalíticos han sostenido diversas definiciones de transferencia. Existe un tipo de transferencia positiva que es la que puede volverse consciente: el paciente proyecta sentimientos de amistad y confianza sobre la persona del analista que se mantendrán a lo largo del tiempo que dure el análisis. Es el que se asocia a la noción de *vínculo* en la alianza terapéutica.

Por otro lado, los acuerdos técnicos entre paciente y terapeuta se trabajan desde lo consciente, del aquí y el ahora. Aún así, hay aspectos inconscientes involucrados en la toma de decisiones.

En cuanto a la alianza terapéutica como factor de cambio en sí mismo o más bien una condición necesaria pero no suficiente para lograr el cambio, compartimos la opinión de de la Parra cuando dice "en la mayoría de las terapias, la alianza provee del *contexto relacional* donde se instalan las técnicas necesarias para poner en marcha el proceso. ("de la Parra 2006 p.8). Según el tipo de paciente y su historia personal, se podrá trabajar desde la transferencia o desde la alianza terapéutica.

Las rupturas en la alianza terapéutica no son debidas exclusivamente a resistencias por parte del paciente, sino que las intervenciones por parte del terapeuta también tienen su cuota parte de responsabilidad en los problemas que surjan en el vínculo.

#### Referencias

- Arredondo, M. y Salinas, P. (2005). Alianza terapéutica en Psicoterapia.
  - Recuperado de www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2005/arredondo\_m/.../arredondo\_m.pdf
- Balbuena Rivera, F. (2013). Del campo intersubjetivo al sistema paciente- terapeuta en la obra clínica Laingiana. *Clínica e Investigación Relacional*, 7(2),373-389

  Recuperado de http://www.psicoterapiarelacional.es/Portals/0/eJournalCeIR/V7N2\_2013/11 Balbuena Del-campo-intersubjetivo-al-sistema CeIR V7N2.pdf
- Bleichmar, S. (2012). Límites y excesos del concepto de subjetividad en psicoanálisis. Recuperado de www.apuruguay.org/bol\_pdf/bol-bleichmar-2.pdf
- Coderch, J. (2010a). Impasse . Revista electrónica de Psicoterapia Vol 4 (3), 531-541
- Coderch, J. (2010b). La práctica de la psicoterapia relacional. Madrid: Agora Relacional.
- Coderch, J. (2012). Identidad, contexto y mentalización . *Clínica e Investigación*\*Relacional, 6 (2), 218-234. Recuperado de

  http://www.psicoterapiarelacional.es/Portals/0/eJournalCeIR/V6N2\_2012/05\_Coderch\_

  Identidad-Contexto-Mentalizacion CeIR V6N2.pdf
- Coderch, J. (2013). Los traumatismos en la infancia y adolescencia y la necesidad de amor. *Clínica e Investigación Relacional*, 7 (2), 338-347. Recuperado de http://www.psicoterapiarelacional.es/Portals/0/eJournalCeIR/V7N2\_2013/09\_Coderch \_Traumatismos-Emocionales-Infancia-Adolescencia\_CeIR\_V7N2.pdf
- Corbella, S. y Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de psicología, 19* (2), 205-221
- De la Parra, G. (2006) Investigación, vínculo y cambio: ¿algo nuevo bajo el sol? *Aperturas* psicoanalíticas, 23 Recuperado de http://www.aperturas.org
- De la Torre Carreras, E. (2012). Reflexiones sobre el devenir terapeuta desde las

- aportaciones de Donald Woods Winnicott. *Clínica e Investigación Relacional, 6* (2): 302-311. Recuperado de www.ceir.org.es
- De León de Bernardi, B.(1999) Contratransferencia, comunicación análitica y neutralidad Revista Uruguaya de Psicoanálisis, 89,(94-111) Recuperado de http://www.apuruguay.org/node/870
- Díaz-Benjumea, M. (2010). Acción terapéutica y técnica analítica en Owen

  Renik. Crítica de su posición teórica y elaboración sobre su actuación

  clínica *Aperturas Psicoanalíticas*, 36 Recuperado de

  http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000668&a=Accion-terapeutica--y-tecni

  ca-analitica-en-Owen-Renik-Critica-de-su-posicion-teorica-y-elaboracion-sobre-suactuacion-clinica
- Ferenczi, S. (1909). *V Conferencia* En *Obras completas* (Vol.11,45-51),

  Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1913)
- Freud ,S. (1972). Cinco conferencias sobre Psicoanálisis. 5a Conferencia En *Obras completas* (Vol. 11, 45-51) Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1910)
- Freud, S. (1991a). Sobre la dinámica de la transferencia. En *Obras completas* (Vol.12, 93-105), Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado 1912)
- Freud,S. (1991b). Sobre la iniciación del tratamiento.En *Obras completas* (Vol.12,121- 144), Buenos Aires:Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1913)
- Freud, S. (1991c). *La* técnica psicoanalítica. En *Obras completas* (Vol. 23,173-182), Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado 1937)
- Freud,S. (1991d).La trasferencia .En *Obras completas* (Vol.16, 392-407), Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1916)
- Freud, S. (1992a). Estudios sobre la histeria. En *Obras completas (Vol. 2*, 45-194), Buenos

- Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado 1893-1895)
- Freud, S. (1992b).Fragmento de análisis de un caso de histeria.En *Obras completas (Vol. 7*,15-56), Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado 1922)
- Freud, S. (2008 b). *Lecciones introductorias al psicoanálisis*. Recuperado de http://www.tuanalista.com/1/Sigmund.Freud.htm (Trabajo original publicado 1901)
- Hacia un psicoanálisis relacional. (2102). *Entrevista al Dr. Joan Coderch En Temas de Psicoanálisis*. Vol.3 Recuperado de www.temasdepsicoanalisis.org/hacia-un-psicoanalisis-relacional-entrevista-al-dr-joan-coderch
- Jimenez, J. (2005). *La investigación apoya una técnica psicoanalítica relacional y flexible*. ISSN 1688-7247 Revista uruguaya de psicoanálisis (En línea) (101), 146-177.
- Krause, M. (2006). Indicadores genéricos del cambio en el proceso psicoterapéutico. Revista Latinoamericana de psicología, 38 (2), 299-325.
- Maldavsky, D. et al.(2011). Investigación de los aportes positivos y negativos de paciente y terapeuta a la alianza terapéutica. *Subjetividad y Procesos* cognitivos, 15(1), 146-176
- Martín Alfonso, L. (2004). Acerca del concepto de adherencia terapéutica. *Rev. Cubana de Salud Pública* 30 (4), 0-0. ISSN 0864-3466 Recuperado de http://scielo.sld.cu/cgi-bin/wxis.exe/iah/
- Martínez, J (2012). Entrevista con Jessica Benjamin Clínica e Investigación Relacional 6
  (2) 317-333 Recuperado de
  http://www.psicoterapiarelacional.es/Portals/0/eJournalCeIR/V6N2\_2012/14\_Entrev
  ista%20a%20Jessica%20Benjamin\_CeIR\_V6N2.pdf
- Naranjo, R. (2011). Entrevista con: Joan Coderch. Clínica e Investigación Relacional

- Vol. 5 (1)177-187 Recuperado de
- http://www.psicoterapiarelacional.es/Portals/0/eJournalCeIR/V5N1\_2011/Entrevista-a-Joan-Coderch CeIR V5N1.pdf
- Psicoterapia 2.Diccionario Psicoanálisis (2008) Recuperado de http://www.tuanalista.com/Diccionario-Psicoanalisis/6930/Psicoterapia-2.htm
- Rodríguez Sutil, C. y Ávila Espada, A. (2013). Reseña de la obra de André Sassenfeld, J.

  Principios Clínicos de la Psicoterapia Relacional. *Clínica e Investigación elacional*,
  7 (1), 234-237 Recuperado de
  - http://www.psicoterapiarelacional.es/Portals/0/eJournalCeIR/V7N1\_2013/Rodriguez-Avila\_Review\_Sassenfeld-Principios-Clinicos\_CeIR\_V7N1.pdf
- Rodríguez Sutil, C (2010). Reseña de la obra de Joan Coderch "La práctica de la psicoterapia relacional. El modelo interactivo en el campo del psicoanálisis" Clínica e Investigación Relacional,5 (1),188-206. Recuperado de http://www.psicoterapiarelacional.es/Portals/0/eJournalCeIR/V5N1\_2011/Review\_Code rch 2010 CRSutil CeIR V5N1.pdf
- Rodríguez Sutil, C. (2013). ¿Qué es una emoción? Teoría relacional de Las emociones
  \*Clínica e Investigación Relacional Relacional, 7 (2), 348-372. Recuperado de

  http://www.psicoterapiarelacional.es/Portals/0/eJournalCeIR/V7N2\_2013/10-Rodriguez

  -Sutil Que-es-una-emocion CeIR V7N2.pdf
- Safran , J. y Muran, C (2000) La Alianza terapéutica. Una guía para el tratamiento Relacional. Bilbao: Desclée de Brouwer
- Sandler, J., Dare, C. H., y Holder, A. (1973). *El paciente y el analista*. Buenos Aires:Paidós
- Santibáñez, P. (2003). La Alianza terapéutica en psicoterapia: El "Inventario de

- Alianza de Trabajo" en Chile. Psykhe, 1, 109-118
- Santibáñez, P., Román, M., y Vinet, E. (2009). Efectividad de la psicoterapia y su relación con la alianza terapéutica *Interdisciplinaria*, 26 (2) 267-287

  Recuperado de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S1668-7027200900020000
- Strachey, J.(1955). Introducción. En Estudios sobre la histeria: Importancia de los Estudios para el psicoanálisis (pp.10-15) Buenos Aires: Amorrortu.
- Velasco Fraile, R. (2009). Qué es el Psicoanálisis Relacional?, Clínica e Investigación Relacional, Revista electrónica de Psicoterapia, 3 (1), 58-67
- Winnicott,D (1961) Psicoanálisis y ciencia: ¿amigos o parientes? Donald Winnicott,Obras completas, 273-276 Recuperado de
  - http://clivajepsiquico.files.wordpress.com/2012/06/d-w-winnicott-obras-completas.pdf
- Winnicott, D. (2007) Los Procesos de maduración y el ambiente facilitador Estudios para una teoría del desarrollo Emocional Buenos Aires: Paidós