

## ALIANZA TERAPÉUTICA EVALUADA POR EL PACIENTE Y MEJORA SINTOMÁTICA A LO LARGO DEL PROCESO TERAPÉUTICO

*L. Botella y S. Corbella*

Luis Botella es Profesor Titular en la Facultad de Psicología de la Universitat Ramon Llull. Sergi Corbella es Profesor de Psicología en la misma Universidad.

La alianza terapéutica es el componente de la relación terapéutica que ha generado mayor interés en los investiga-

dores (Gelso y Carter, 1994). Bordin (1976) la definió como el encaje y colaboración entre el cliente y el terapeuta e identificó tres componentes que la configuran: (a) acuerdo en las tareas, (b) vínculo positivo y (c) acuerdo en los objetivos. Las tareas se refieren a las acciones y pensamientos que forman parte del trabajo en el proceso terapéutico, de modo que la percepción de estas acciones o tareas como relevantes para la mejoría es una parte importante del establecimiento de la alianza. También el acuerdo entre terapeuta y paciente respecto a cuáles son los objetivos a alcanzar con la psicoterapia, así como compartir mutuamente confianza y aceptación son elementos esenciales para una buena alianza. A pesar de la importancia atribuida a la alianza terapéutica, Bordin (1980, citado en Horvath y Luborsky, 1993) afirmó que una alianza positiva no es curativa por sí misma, sino que es un ingrediente que hace posible la aceptación y el seguimiento del trabajo terapéutico.

Las investigaciones diseñadas con el objetivo de estudiar la relación entre la alianza terapéutica y la eficacia de la psicoterapia conforman un cuerpo considerable de publicaciones en la última década (véase por ejemplo, Bachelor, 1991; Barber, *et al.*, 2000; Dinger, Strack, Leichsenring y Schauenburg, 2007; Elvins y Green, 2008; Green, 2009; Horvath y Symonds, 1991; Langhoff, Baer, Zubaegel y Linden, 2008; Stiles, Agnew-Davies, Ardí, Barkham y Shapiro, 1998; Weerasekera, Linder, Greenberg y Watson, 2001).

La mayoría de investigaciones encuentran una relación significativa entre la alianza y el resultado final de la psicoterapia (para una revisión ver Corbella y Botella, 2003). Distintas revisiones y estudios (Luborsky, Barber y Crits-Christoph, 1990; Horvath y Symond, 1991; Macneil, Hastty, Evans, Redlich y Berk, 2009; Luborsky, 2000) coinciden en destacar la relevancia de la alianza terapéutica en el resultado final de la psicoterapia. La alianza terapéutica resulta ser un buen predictor de los resultados psicoterapéuticos (Horvath y Symond, 1991; Luborsky, 1994, 2000). Por otro lado, Orlinky, Grawe y Parks (1994) encontraron que el 66% de estudios mostraban una correlación significativa entre el vínculo terapéutico/cohesión y los resultados de los tratamientos. El factor de colaboración y confianza es el que presenta una mayor correlación con los resultados de la terapia (Hatcher, 1999; Stiles *et al.*, 1998).

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

Se han planteado matices diferenciales en cuanto al papel de la alianza terapéutica en función de la orientación teórica de la terapia (Gundersen *et al.*, 1997), como considerar que para algunas orientaciones la alianza sirve de condición necesaria de fondo para que los esfuerzos terapéuticos sean exitosos, mientras que para otras la alianza ayuda a los pacientes a realizar cambios en los diseños interpersonales dentro de la relación terapéutica, siendo ésta el aspecto central para conseguir las mejorías terapéuticas (Westerman, Foote y Winston, 1995). Sin embargo, de cara a la práctica de la psicoterapia, estas diferencias conceptuales históricas resultan más teóricas que prácticas en cuanto a la vivencia de la relación entre terapeuta y paciente.

Uno de los aspectos cuestionados en los trabajos de alianza-resultados ha sido la posibilidad de que los clientes tengan una buena alianza terapéutica sólo cuando la terapia les está resultando útil, pero hay datos que sugieren que la alianza es una cualidad intrínseca de la relación que contribuye al éxito de la terapia por encima de las ganancias terapéuticas alcanzadas en el momento; por lo tanto, la alianza no es un reflejo de los resultados beneficiosos (Gaston, Marmar, Thompson y Gallagher, 1991; Lambert y Bergin, 1994; Weerasekera *et al.*, 2001). Safran y Muran (2000a) comentan que el desarrollo y la resolución de problemas en el establecimiento de la alianza terapéutica no es el prerequisite del cambio, pero sí que se trata de una parte esencial del proceso de cambio. Una de las investigaciones del proceso de cambio sugiere que la negociación entre dos subjetividades distintas como son las del terapeuta y del paciente es el núcleo del mecanismo del cambio (Benjamin, 1990).

La relación entre alianza y resultado de la terapia obtenía más fuerza cuando la alianza se evaluaba en la fase inicial del proceso (segunda a

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

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

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

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

En la presente investigación pretendemos estudiar la relación entre la alianza terapéutica evaluada por el paciente en diferentes momentos de la terapia psicológica y la mejora sintomática de los pacientes a lo largo del proceso terapéutico.

## Método

### Participantes

i. *Clientes: variables demográficas básicas.* Los clientes incluidos en este estudio fueron 239; 191 mujeres (79,9%) y 48 hombres (20,1%) que recibieron tratamiento psicoterapéutico ambulatorio (con una periodicidad de una sesión semanal de una hora de duración) en un servicio universitario de psicoterapia de Barcelona: el *Servei d'Assessorament i Assistència Psicològica Blanquerna* cuyo funcionamiento se describe más adelante en el apartado *procedimiento*. Los tratamientos que se analizan corresponden a todos aquellos pacientes que empezaron su proceso terapéutico en cualquier momento del período temporal comprendido entre el inicio y el final de este estudio.

La media de edad de los participantes fue de 25,7 años, con una desviación típica de 8,7 y una puntuación mínima de 14 y máxima de 70.

En referencia precisamente a la distribución de la muestra de pacientes en cuanto a su situación socio-laboral (codificada según las categorías del sistema de evaluación *CORE—Clinical Outcomes in Routine Evaluation; CORE System Group; 1998*), esta era la siguiente: estudiantes a tiempo completo (41,42%); estudiantes a tiempo parcial (22,59%); trabajo remunerado a dedicación completa (20,5%); trabajo remunerado a dedicación parcial (8,79%); otros (amas de casa, parados, jubilados, pensionistas...) (6,69%.)

ii. *Clientes: variables clínicas básicas.* Los motivos de demanda de los pacientes se clasificaron también según las categorías del sistema de evaluación *CORE*. Dichos motivos de demanda fueron, por orden de mayor a menor frecuencia, los que se presentan en la Tabla 1.

**Tabla 1**

Distribución de la muestra de pacientes según los motivos de demanda

| Motivo de demanda                        | Porcentaje de pacientes |
|--|-------------------------|
| Ansiedad/estrés                          | 25,9%                   |
| Problemas relacionales e interpersonales | 20,5%                   |
| Depresión                                | 17,2%                   |
| Problemas de autoestima                  | 10%                     |
| Trastornos alimentarios                  | 5%                      |
| Problemas de ámbito laboral o académico  | 3,8%                    |
| Pérdida/duelo                            | 3,8%                    |
| Demandas inespecíficas                   | 3,8%                    |
| Problemas de personalidad                | 3,3%                    |
| Adicciones                               | 2,9%                    |
| Problemas físicos/psicosomáticos         | 2,1%                    |
| Trauma, abuso o maltrato                 | 1,3%                    |
| Condiciones de vida desfavorables        | 0,4%                    |

En cuanto al período de tiempo transcurrido desde que se manifestó por primera vez el problema motivo de demanda, la muestra se distribuye de la siguiente forma: más de un año (42,68%); menos de seis meses (22,59%); siempre/recurrente (19,67%); entre seis meses y un año (12,55%); sin especificar (2,51%).

De los 239 pacientes que componen la muestra, 169 (un 70,71%) solicitaban ayuda psicoterapéutica por primera vez. De los 70 restantes, 49 (un 70%) habían recibido algún tipo de tratamiento psicoterapéutico más de un año antes de hacer la demanda de ayuda al SAAP; 12 (un 17,14%) hacía menos de un año y 9 (un 12,86%) la estaban recibiendo simultáneamente.

Por lo que respecta a la combinación de tratamiento psicoterapéutico con tratamiento farmacológico, un 78,7% de la muestra no recibía ningún tratamiento psicofarmacológico; mientras que un 20,5% sí lo recibía<sup>1</sup>. Del porcentaje de pacientes que sí recibían tratamiento farmacológico, un 46,8% tomaba (o había tomado en algún momento) ansiolíticos; un 40,5% antidepresivos; un 3% una combinación de ansiolíticos y antidepresivos y un 8,9% otro tipo de medicación.

*iii. Terapeutas.* Los terapeutas participantes en este estudio fueron 9 en total; 7 mujeres y 2 hombres. En el momento de iniciar el estudio (Diciembre de 1999) la edad de los terapeutas estaba comprendida entre 26 y 40 años ( $M=33,22$ ;  $SD=6,48$ .) Todos ellos eran psicólogos clínicos y psicoterapeutas acreditados, con formación específica de máster en psicoterapia. Ocho de ellos eran doctores en psicología. Los años de experiencia de los terapeutas oscilaban entre los 3 y los 17 años ( $M=10,22$ ;  $SD=6,48$ .)

### **Instrumentos**

*i. Evaluación de resultados.* Para la evaluación del estado sintomático de los clientes se utilizó la versión española del Cuestionario de Evaluación de Resultados *CORE Outcome Measure (CORE-OM; CORE System Group, 1998.)* Como ya se ha mencionado, las siglas *CORE* corresponden a *Clinical Outcomes in Routine Evaluation*. El *CORE-OM* forma parte de un protocolo de evaluación de los servicios de asistencia psicológica elaborado por el *CORE System Group* en la Universidad de Leeds. En la actualidad se considera el método más breve de evaluación de resultados (Beutler, 2001), es el más empleado en el Reino Unido (véase Corbella y Botella, 2004) y está diseñado especialmente para la evaluación de servicios de psicoterapia dirigidos a pacientes externos.

---

<sup>1</sup> En el SAAP se realizan tratamientos exclusivamente psicoterapéuticos sin la prescripción de fármacos. Los tratamientos farmacológicos mencionados en este apartado se refieren a aquellos que los clientes del SAAP seguían (o habían seguido) bajo la prescripción y el control de sus médicos.

Es un cuestionario de 34 ítems autoadministrado que evalúa el estado del cliente centrándose en las siguientes dimensiones: *Bienestar subjetivo*, evaluado a partir de 4 ítems. *Problemas/síntomas*, evaluados mediante 12 ítems que valoran el grado de ansiedad, depresión, trauma y síntomas físicos. *Funcionamiento general*, evaluado a partir de 12 ítems que valoran el funcionamiento general del cliente respecto a las relaciones de intimidad, relaciones sociales y nivel de funcionamiento cotidiano. *Riesgo*, además de las tres escalas anteriores, el *CORE-OM* incluye 6 ítems que se utilizan como indicadores clínicos del riesgo de intentos de suicidio, autolesiones o actos de agresión a terceros.

Cada uno de los 34 ítems del *CORE-OM* se puntúa en una escala tipo Likert que va desde 0 hasta 4. La puntuación total directa del instrumento se computa sumando los valores de la respuesta a cada uno de los 34 ítems (así, la puntuación directa mínima es de 0 y la máxima de 136.) La puntuación media se calcula dividiendo la puntuación total por el número de ítems contestados (34 si no se deja ninguno en blanco.)

El instrumento está diseñado basándose en una dimensión de problemas, por lo que a mayor puntuación mayor nivel de problemas o síntomas. Teniendo esto en cuenta, la puntuación de la escala *bienestar subjetivo* resulta ligeramente contradictoria (puesto que a mayor puntuación mayor *malestar*), pero los autores optaron por mantener el nombre de la escala —aunque la puntuación que se obtenga esté invertida— por criterios de consistencia con las demás puntuaciones. En todo caso, es especialmente importante tener este punto en cuenta si se quiere interpretar esta escala por separado.

Desde su creación en 1998 el *CORE-OM* ha sido ampliamente validado y existen numerosas publicaciones que demuestran sus buenas propiedades psicométricas y su utilidad para la evaluación clínica (p.e., Barkham, Evans, Margison, McGrath, Mellor-Clark, Milne, y Connell, 1998; Barkham y Mellor-Clark, 2000; Barkham, Margison, Leach, Luccock, Mellor-Clark, Evans, Benson, Connell, Audin, y McGrath, 2001; Evans, Connell, Barkham, Margison, Mellor-Clark, McGrath, y Audin, 2002; Evans, Mellor-Clark, Margison, Barkham, McGrath, Connell, y Audin, 2000.) Evans *et al.* (2002) en su estudio de validación con una muestra clínica de 890 pacientes y una muestra no clínica de 1.106 sujetos demostraron que la fiabilidad del *CORE-OM*, evaluada a partir del cálculo de la consistencia interna del test mediante la  $\alpha$  de Cronbach, era adecuada en ambas muestras y oscilaba entre 0,75 y 0,95 en todas las subescalas del cuestionario.

La fiabilidad test-retest (al cabo de una semana) fue también excelente, oscilando todas las correlaciones  $\rho$  entre 0,87 y 0,91, a excepción de la referida al factor *riesgo* que, aún siendo significativa, fue la más baja ( $\rho=0,64$ .) En cuanto a la validez convergente, el *CORE-OM* demostró correlacionar adecuadamente con otros 7 instrumentos de eva-

luación sintomática. Evans *et al.* (2002), también encontraron que el CORE-OM discriminaba adecuadamente entre población clínica y no clínica y que tenía una adecuada sensibilidad al cambio terapéutico.

Por lo que respecta a la versión española, Corbella (2003) comparó las puntuaciones de una muestra de 400 pacientes (250 españoles y 150 argentinos) con las de una muestra de 87 voluntarios sin demanda de atención psicológica. A partir de la comparación de las medias de (a) la muestra con demanda clínica y (b) la muestra sin demanda clínica, se demostró que las diferencias eran estadísticamente significativas en todas las escalas del cuestionario ( $p < 0,001$  bilateral.)

ii. *Evaluación de la alianza terapéutica.* La evaluación de la alianza terapéutica se llevó a cabo mediante el inventario *Working Alliance Theory of Change Inventory* (WATOCI; Duncan y Miller, 1999). Este inventario está formado por 4 subescalas (a) acuerdo en tareas, (b) acuerdo en objetivos, (c) vínculo positivo y (d) teoría del cambio. Las tres primeras subescalas del WATOCI son las que configuran el WAI (Working Alliance Inventory; Horvath y Greenberg, 1989), fundamentadas en los tres componentes de la alianza descritos por Bordin (1976; 1979) —véase una revisión en Corbella y Botella (2003):

1) *Acuerdo en los objetivos de la terapia:* terapeuta y cliente están de acuerdo en los objetivos del proceso terapéutico. El cliente es consciente de la relevancia de los objetivos y se siente identificado con los temas explícitos e implícitos del proceso particular en el que está involucrado. El terapeuta tiene alguna evidencia directa o indirecta de que los objetivos establecidos en la relación terapéutica son compartidos y aceptados por el cliente.

2) *Acuerdo en las tareas de la terapia:* terapeuta y paciente tienen la sensación mutua de que las tareas propuestas en la terapia son razonables, asequibles y están relacionadas con los objetivos del tratamiento.

3) *Vínculo emocional entre terapeuta y paciente:* terapeuta y paciente experimentan una sensación de vínculo. Algunos de los aspectos que ayudan a construir este vínculo son: confianza mutua, agrado, comprensión, cuidado y/o dedicación.

Cada subescala del WAI está formada por 12 ítems que se puntúan en una escala tipo Likert. La versión corta del WAI utilizada en este estudio (*WAI Short Version; WAI-S*) fue elaborada por Tracey y Kokotovic (1989) a partir de un análisis factorial confirmatorio del WAI que permitió depurar una versión reducida del cuestionario con el objetivo de facilitar su uso en ámbitos clínicos (véase Corbella y Botella, 2004.) El WAI-S tiene una estructura factorial adecuada y, aunque elimina algunos de los ítems originales del WAI, mantiene la estructura de tres subescalas.

Cada una de las tres subescalas (*acuerdo en los objetivos, acuerdo en las tareas y vínculo emocional*) se evalúa mediante 4 ítems —en lugar de los 12 originales del WAI. El WAI-S se compone en total de 12 ítems que el cliente puntúa según la escala Likert de 7 intervalos origi-

nal, que oscila desde 1 “nada” hasta 7 “totalmente”. Así, la puntuación final del *WAI-S* puede oscilar entre 12 y 84 puntos. En cuanto a la fiabilidad interna del *WAI-S*, Tracey y Kokotovic (1989) demostraron que es adecuada y alcanza una  $\alpha$  de Cronbach de 0,98.

La versión española del *WAI-S* fue elaborada y validada por Corbella y Botella (2004) a partir de una muestra de 102 pacientes no psicóticos que recibían psicoterapia en un contexto ambulatorio. La fiabilidad del inventario se evaluó a partir de su consistencia interna mediante la  $\alpha$  de Cronbach y resultó ser adecuada (0,93.) En cuanto a la estructura factorial del cuestionario, el Análisis de Componentes Principales con rotación Varimax reveló la presencia de tres factores con valores propios de 5,66 para el primer factor; 2,81 para el segundo y 2,59 para el tercero. Los tres factores explicaban un 65% de la varianza en total. El primer factor estaba formado por ítems pertenecientes a todas las subescalas del *WAI-S*, el segundo estaba compuesto por algunos ítems de la escala *Acuerdo en Objetivos* y el tercero por ítems de la escala *Vínculo Emocional*. En síntesis, entre las subescalas *Acuerdo en Tareas*, *Acuerdo en Objetivos* y un ítem de la subescala *Vínculo Emocional*, se explicaban los dos primeros factores, mientras que el tercero se componía únicamente de ítems referidos a la subescala *Vínculo Emocional*.

Duncan y Miller (1999) añadieron 5 ítems sobre la teoría del cambio, creando así el *Working Alliance Theory of Change Inventory* (WATOCI). Está formado por 17 ítems, 12 de los cuales evalúan las 3 subescalas del *WAI* y los otros 5 evalúan la subescala de la teoría del cambio. Los 17 ítems están formulados para ser contestados por el paciente en una escala tipo Likert de 7 puntos. La versión española del WATOCI presenta unas características psicométricas satisfactorias (Corbella y Botella, 2004b).

### **Procedimiento**

El procedimiento seguido en este estudio fue el habitual del protocolo de funcionamiento del SAAP Blanquerna, es decir:

1. Tras la llamada telefónica del cliente solicitando la consulta, este era convocado a una entrevista inicial de contacto con uno de los terapeutas del SAAP especializados en estas entrevistas.

2. Entrevista de contacto inicial: la finalidad de esta entrevista, de aproximadamente una hora de duración, era evaluar la problemática y el motivo de demanda del paciente así como informarlo de las características de las psicoterapias en el SAAP (periodicidad y formato de las sesiones, precio, política de anulación de sesiones, confidencialidad, etc.) Esta evaluación inicial servía para planificar el diseño y formato de las intervenciones así como para seleccionar al terapeuta más indicado para el caso. La entrevista se desarrollaba siguiendo el formato de entrevista semiestructurada *Therapy Assessment Form* del sistema *Clinical Outcomes in Routine Evaluation* (CORE.)

Además, durante esta entrevista de contacto se administraba al paciente el cuestionario de evaluación sintomática del sistema *CORE* descrito con anterioridad así como algunos cuestionarios específicos no incluidos en esta investigación.

Por último, se entregaba al paciente el documento *Hoja de Información para el Cliente* en el que se especifican las condiciones de funcionamiento del SAAP mencionadas antes y se solicitaba su consentimiento informado respecto a todo lo antedicho (incluida la posibilidad de emplear el material generado por su proceso terapéutico en proyectos de investigación siempre de forma anónima y confidencial.)

3. Reunión del equipo de terapeutas: basándose en la información aportada por el proceso antedicho se contemplaba la viabilidad e idoneidad de iniciar un proceso psicoterapéutico o no. Caso que pareciese adecuado iniciarlo, se seleccionaba al terapeuta más indicado en función de las características del paciente y de la demanda y se planificaba el diseño y formato de las intervenciones iniciales.

4. Inicio y desarrollo de la terapia: el terapeuta responsable del caso implementaba la terapia contando siempre con el apoyo y la supervisión periódica del resto de terapeutas del equipo. Como forma de monitorizar el resultado y el proceso de cambio terapéutico se administraban al cliente periódicamente cuestionarios sintomáticos (*CORE Outcome Measure* en las sesiones número 3, 8 y final) y de alianza terapéutica (*WATOC* en las sesiones número 3 y 7).

5. Final de la terapia: una vez alcanzados los objetivos terapéuticos, y previo acuerdo de terapeuta y paciente, se pactaba el final de la terapia. Una vez más, como forma de monitorizar el resultado y proceso de cambio terapéutico se administraban al cliente cuestionarios sintomáticos (*CORE Outcome Measure*) y de alianza terapéutica (*Working Alliance Inventory*).

6. Seguimiento: transcurridos seis y doce meses del final de la terapia, y mediante entrevista telefónica, se administraba de nuevo al cliente el cuestionario sintomático (*CORE Outcome Measure*) como forma de monitorizar el mantenimiento de los cambios terapéuticos.

## Resultados

La fuerza de la Alianza Terapéutica evaluada en la 3ª sesión correlaciona negativamente de forma leve pero estadísticamente significativa ( $p < 0,001$ ) con el nivel de síntomas de los pacientes evaluado en cada una de las sesiones que constituían los momentos de evaluación de este estudio (sesiones 3ª, 8ª y final —véase Tabla 2).

La fuerza de la Alianza Terapéutica evaluada en la 7ª sesión correlaciona negativamente de forma moderada y estadísticamente significativa ( $p < 0,001$ ) con el nivel de síntomas de los pacientes evaluado en las sesiones 8ª y final --véase Tabla 2).

Se llevó a cabo un análisis diferencial de la fuerza de la Alianza Terapéutica en los casos en que se produjo abandono de la terapia- definido como un final de terapia prematuro y sin el conocimiento o acuerdo del terapeuta. El número total de dichos casos en la muestra fue de 6 (que abandonaron el tratamiento después de la tercera sesión). El contraste no paramétrico mediante a prueba de Kruskal-Wallis de la que la fuerza de la Alianza Terapéutica en la tercera sesión era significativamente inferior ( $p < 0,05$  bilateral) en los casos de abandono de la terapia que en el resto.

**Tabla 2**  
Correlación entre Alianza Terapéutica y nivel sintomático

|                                |                        | Alianza Terapéutica<br>Sesión 3 | Alianza Terapéutica<br>Sesión 7 |
|--------------------------------|------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| Nivel de Síntomas Sesión 3     | Correlación de Pearson | -0,346**                        | -0,317**                        |
|                                | Sig. (bilateral)       | 0,000                           | 0,000                           |
|                                | N                      | 133                             | 133                             |
| Nivel de Síntomas Sesión 8     | Correlación de Pearson | -0,332**                        | -0,485**                        |
|                                | Sig. (bilateral)       | 0,000                           | 0,000                           |
|                                | N                      | 130                             | 131                             |
| Nivel de Síntomas Sesión Final | Correlación de Pearson | -0,271**                        | -0,298**                        |
|                                | Sig. (bilateral)       | 0,001                           | 0,000                           |
|                                | N                      | 137                             | 138                             |

### Discusión

Los resultados de este estudio avalan el cuerpo creciente de investigación que demuestra la importancia que revisten las primeras sesiones de los tratamientos psicoterapéuticos de cara a la construcción y consolidación de un vínculo terapéutico seguro y productivo. Esta importancia no sólo se justifica en el sentido de contribuir a una buena alianza de trabajo entre terapeuta y cliente, sino que parece demostrado que puede llegar a correlacionar con la propia mejor sintomática del paciente a largo plazo (como indica el hecho de que la Alianza Terapéutica evaluada en la 7ª sesión correlacione negativamente de forma estadísticamente significativa con el nivel de síntomas de los pacientes evaluado en la sesión final).

Es más, y aunque en esta caso nuestros resultados procedan de una pequeña proporción de la muestra total del estudio (los pacientes que

abandonan la terapia de forma prematura e incipiente), parece que uno de los criterios que distingue a los pacientes que abandonan la terapia de aquellos que no es la menor fuerza de la Alianza Terapéutica en los casos de abandono comparada con la de los que acaban sus tratamientos psicoterapéuticos.

Sin embargo, cabría hacer dos precisiones a este resultado. En primer lugar no hay duda de que la Alianza Terapéutica por sí misma no explica el 100% de los resultados finales de la terapia. Las técnicas, estrategias y procedimientos propiamente terapéuticos (los denominados “ingredientes activos”) juegan un papel importante en dicho resultado final. Afirmar lo contrario sería reducir la psicoterapia a los factores comunes propios de la Alianza Terapéutica (Vínculo, Tareas y Metas) que, por trascendentes que puedan resultar, no constituyen la única fuente de cambio terapéutico. Es muy probable que la Alianza Terapéutica constituya un elemento necesario, pero no suficiente, para el fomento del cambio terapéutico.

En segundo lugar, los resultados de este estudio no permiten descartar una de las posiciones en el debate que rodea la conexión causal entre síntomas y alianza. Es decir, no se puede descartar la interpretación de que una reducción sintomática pueda llevar a una mejor relación terapéutica y, por tanto, a un fortalecimiento de la Alianza Terapéutica. Esta sería la lectura más propia de las visiones más “tecnocráticas” de la psicoterapia, es decir, de las que parten de la base de que la relación es subsidiaria de la eficacia del tratamiento (y no a la inversa). En todo caso el establecimiento de una sólida Alianza Terapéutica es un factor facilitador del desarrollo del proceso terapéutico y de la consiguiente mejora sintomática.

## **Referencias**

- Bachelor, A. (1991): Comparison and relationship to outcome of diverse dimensions of the helping alliance as seen by client and therapist. *Psychotherapy*, 28, 534-549.
- Barber, J.P., Connolly, M.B., Crits-Christoph, P., Gladis, L. y Siqueland, L. (2000): Alliance predicts patients' outcome beyond in-treatment change in symptoms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(6), 1027-1032.
- Barber, J., Luborsky, L., Crits-Christoph, P., Thase, M., Weiss, R., Onken, L. y Gallop, R. (1999): Therapeutic alliance as a predictor of outcome in treatment of cocaine dependence. *Psychotherapy Research*, 1, 54-73.
- Benjamin, J. (1990): An outline of intersubjectivity: The development of recognition. *Psychoanalytic Psychology*, 7, 33-46.
- Bordin, E.S. (1976): The generalization of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16, 252-260.
- Bordin, E.S. (1979): The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16(3), 252-260.
- Cailhol, L., Rodgers, R., Burnand, Y., Brunet, A., Damsa, C. y Andreoli, A. (2009): Therapeutic alliance in short-term supportive and psychodynamic psychothera-

- pies: A necessary but not sufficient condition for outcome?. *Psychiatry Research*, 170(2-3), 229-233.
- Corbella, S. y Botella, L. (2003): *La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación* [versión electrónica]. *Revista Anales de Psicología*, 2(19), 205-221.
- Dinger, U., Strack, M., Leichsenring, F. y Schauenburg, H. (2007): Influences of patients' and therapists' interpersonal problems and therapeutic alliance on outcome in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 17(2), 148-159.
- DeRubeis, R.J. y Feeley, M. (1990): Determinants of change in cognitive therapy for depression. *Cognitive Therapy Research*, 14(5), 469-482.
- Eaton, T.T., Abeles, N. y Gutfreund, M.J. (1988): Therapeutic alliance and outcome: Impact of treatment length and pretreatment symptomatology. *Psychotherapy*, 25(4), 536-542.
- Elvins, R. y Green, J. (2008): The conceptualization and measurement of therapeutic alliance: An empirical review. *Clinical Psychology Review*, 28(7), 1167-1187.
- Frank, A.F. y Gunderson, J.G. (1990): The role of the therapeutic alliance in the treatment of schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 47, 228-236.
- Gaston, L., Marmar, C.R., Thompson, L.W. y Gallagher, D. (1988): Relation of patient pretreatment characteristics to the therapeutic alliance in diverse psychotherapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(4), 483-489.
- Gelso, C.J. y Carter, J.A. (1994): Components of the psychotherapy Relationship: Their interaction and unfolding during treatment. *Journal of Counseling Psychology*, 41, 296-306.
- Golden, B.R. y Robbins, S.B. (1990): The working alliance within time-limited therapy: A case analysis. *Professional Psychology - Research and Practice*, 21(6), 476-481.
- Green, J. (2009): The therapeutic alliance. *Child: Care, Health and Development*, 35(3), 298-301.
- Gurman, A.S. y Razin, A.M. (1977): *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis*. New York: Wiley.
- Hatcher, R. (1999): Therapists' views of treatment Alliance and collaboration in Therapy. *Psychotherapy Research*, 4, 405-423.
- Henry, W.P. y Strupp, H.H. (1994): The therapeutic alliance as interpersonal process, Horvath, Adam O. (Ed); Greenberg, Leslie S. (Ed). (1994). *The working alliance: Theory, research, and practice*. Wiley series on personality processes. (pp. 51-84). New York: John Wiley and Sons.
- Horvath, A.O. y Luborsky, L. (1993): The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(4), 561-573.
- Horvath, A.O. y Marx, R.W. (1990): The development and decay of the working alliance during time-limited counselling. *Canadian Journal of Counselling*, 24(4), 240-260.
- Horvath, A.O. y Greenberg, L.S. (1989): Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36, 223-233.
- Horvath, A.O. y Luborsky, L. (1993): The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(4), 561-573.
- Horvath, A.O. y Symonds, B.D. (1991): Relation between alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 139-149.
- Lambert, M.J. y Bergin, A.E. (1994): The effectiveness of psychotherapy. En A.E. bergin and S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4<sup>th</sup> ed., pp. 143-189). New York: Wiley.
- Langhoff, C., Baer, T., Zubraegel, D. y Linden, M. (2008): Therapist-patient alliance, patient-therapist alliance, mutual therapeutic alliance, therapist-patient concor-

- dance, and outcome of CBT in GAD. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 22(1), 68-79.
- Luborsky, L. (1994): Therapeutic alliances as predictors of psychotherapy outcomes: Factors explaining the predictive success. En A.O. Horvath y L.S. Greenberg (Eds.), *The working alliance: Theory, research, and practice* (pp. 38-50). New York: Wiley.
- Luborsky, L. (2000): A pattern-setting therapeutic alliance study revisited. *Psychotherapy research*, 1, 17-29.
- Luborsky, L., Barber, J.P. y Crits-Christoph, P. (1990): Theory-based research for understanding the process of dynamic psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58(3), 281-287.
- Macneil, C., Hasty, M., Evans, M., Redlich, C. y Berk, M. (2009): The therapeutic alliance: Is it necessary or sufficient to engender positive outcomes?. *Acta Neuropsychiatrica*, 21(2), 95-98.
- Mohl, P.C., Martinez, D., Ticknor, C., Huang, M. y Cordell, J. (1991): Early dropouts from psychotherapy. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 179(8), 478-481.
- Orlinsky, D., Grawe, K. y Parks, B. (1994): Process and outcome in psychotherapy- Noch ein mal. En A. Bergin y J.S. Garfield, (Eds.). *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4<sup>th</sup> Edition) (pp. 270-378). New York: Wiley and Sons.
- Piper, W.E., Azim, H.F. A., Joyce, A.S. y McCallum, M. (1991): Transference Interpretations, therapeutic alliance and outcome in short-term individual psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 28, 946-953.
- Safran, J.D. y Muran, J.C. (2000a): *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. New York, NY, US: The Guilford Press.
- Saunders, S.M., Howard, K.I. y Orlinsky, D.E. (1989): The Therapeutic Bond Scales: Psychometric characteristics and relationship to treatment effectiveness. *Psychological Assessment*, 1(4), 323-330.
- Stiles, W.B., Agnew-Davies, R., Hardy, G.E., Barkham, M. y Shapiro, D.A. (1998): Relations of the alliance with psychotherapy outcome: Findings in the second Sheffield Psychotherapy Project. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(5), 791-802.
- Tryon, G.S. y Kane, A.S. (1995): Client involvement, working alliance, and type of therapy termination. *Psychotherapy Research*, 5(3), 189-198.
- Weerasekera, P., Linder, B., Greenberg, L. y Watson, J. (2001): The working alliance in client-centered and process-experiential therapy of depression. *Psychotherapy Research*, 11(2), 221-233.
- Westerman, M.A., Foote, J.P. y Winston, A. (1995): Change in coordination across phases of psychotherapy and outcome: Two mechanisms for the role played by patients' contribution to the alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(4), 672-675.