

Universidad de Belgrano

Facultad de Humanidades

Licenciatura en Psicología



Rupturas y reparaciones en la alianza terapéutica durante sesiones de terapia cognitivo conductual en cuatro casos de trastorno depresivo y su vínculo con cambios terapéuticos

**Trabajo Final de Carrera**

**20/10/2023**

Alumno: von Oppen, Andrés

Matrícula: 402 21760

ID: 164990

Tutora: Rochi, Agnese

# Índice

<b>Índice</b>	<b>2</b>
<b>Agradecimientos</b>	<b>3</b>
<b>Resumen</b>	<b>4</b>
<b>Introducción</b>	<b>5</b>
Presentación de la temática	5
Problema y pregunta de investigación	7
Relevancia de la temática	8
<b>Objetivos Generales y específicos</b>	<b>9</b>
Objetivo General	9
Objetivos Específicos	10
<b>Alcances y límites del trabajo</b>	<b>10</b>
Alianza terapéutica	10
La alianza como negociación	14
Depresión	16
La depresión como trastorno	17
Tratamientos para la depresión	18
Conceptualización de la depresión desde la teoría cognitiva	19
Tratamientos para la depresión desde la teoría cognitiva	20
Evidencia para la eficacia de los tratamientos para la depresión	21
<b>Estado del arte</b>	<b>22</b>
<b>Marco teórico</b>	<b>24</b>
<b>Desarrollo metodológico</b>	<b>26</b>
Diseño	26
Participantes	26
Criterios de inclusión y exclusión	27
Tratamientos	27
Materiales	27
<b>Aspectos Éticos</b>	<b>28</b>
<b>Análisis de datos y Resultados</b>	<b>29</b>
Características de la muestra	29
Resultados: procesos de negociación de la alianza en las sesiones	29
Características de los procesos de rupturas de retirada en la alianza durante las sesiones y su vínculo con los cambios terapéuticos (objetivo específico #1)	32
Características de los procesos de rupturas de confrontación en la alianza durante las sesiones y su vínculo con los cambios terapéuticos (objetivo específico #2)	33
Características de las estrategias de reparación del terapeuta durante las sesiones y su vínculo con los cambios terapéuticos (objetivo específico #3)	33
Discusión y Conclusión	33
<b>Referencias bibliográficas</b>	<b>35</b>
<b>Apéndice</b>	<b>45</b>

## Agradecimientos

En este apartado deseo reconocer a quienes han hecho esto posible. La ayuda que recibí para terminar esta tesina estuvo ampliamente por encima de lo que inicialmente habría esperado.

Agradezco a mis tutoras, Anna, Rocío y Agnese, por su paciente, generosa y amorosa guía que llegó a conmoverme.

Agradezco a Martín y a su equipo, EIPSI, por sostenerme y ayudarme más allá de lo esperable.

Agradezco a Nahuel y a Andrés, por leer el manuscrito y compartir conmigo sus acertadas observaciones.

Agradezco a Melisa, por creer en mí y ayudarme a activar mi conducta cuando hizo falta.

Agradezco a FEMEC, y en particular a Martín, por su sostén.

Agradezco a mi familia y a mi esposa, por su apoyo incondicional.

Agradezco a Mateo, que desde marzo de este año y por su sola presencia me inspira a ser mejor persona.

## Resumen

**Objetivo:** Este estudio exploratorio tiene como objetivo evaluar las características de la negociación de la alianza terapéutica durante las sesiones de terapia cognitivo conductual en pacientes con trastornos depresivos y su correlación con el cambio terapéutico. **Método:** Análisis secundario tomando los datos de cuatro pacientes con trastorno depresivo que habían participado en un estudio anterior: fueron tratados con TCC por  $25 \pm 3$  sesiones semanales. Interpretamos los resultados iniciales y finales del Inventario de Depresión de Beck (BDI) y mediciones del Sistema de valoración de reparación de ruptura 3RS a lo largo del tratamiento. **Resultados:** Los resultados sugieren que las rupturas de la alianza en la primera sesión pueden tener un valor predictivo para el éxito en psicoterapia. El proceso de negociación de la alianza en las últimas sesiones es más activo en pacientes sin remisión de síntomas. El uso de estrategias de reparación dependió del estilo de terapeuta y fue mayor en casos sin cambio terapéutico, pero no se verificó que tuviera un efecto en los resultados del tratamiento. Estos hallazgos tienen implicancias para la práctica de la terapia cognitivo conductual y sugieren áreas para futuras investigaciones.

Palabras clave: alianza terapéutica, negociación de la alianza terapéutica, tcc, depresión, cambio en psicoterapia

# Introducción

## **Presentación de la temática**

La alianza terapéutica se define como la relación de colaboración en la que el terapeuta y el paciente trabajan juntos para alcanzar los objetivos de la terapia (Bordin, 1979). Bordin realiza una definición transteórica del concepto de Alianza Terapéutica basada en tres componentes: 1) el acuerdo entre paciente y terapeuta en las metas de la terapia; 2) el acuerdo entre paciente y terapeuta en las tareas para alcanzar estas metas; y 3) la calidad emocional del vínculo entre pacientes y terapeuta (Bordin, 1979, 1994).

La alianza terapéutica es un predictor robusto y modesto de resultados en psicoterapia (Flückiger et al., 2018, 2020). Los resultados de numerosas investigaciones indican que es una de las principales variables predictoras de los resultados que tiene un proceso psicoterapéutico (Crits-Christoph y Connolly Gibbons, 2003; Horvath y Bedi, 2002; Norcross y Wampold, 2011; Summers y Barber, 2003).

Safran y su equipo (Safran et al., 2009) entienden a la alianza como un proceso dinámico e interpersonal, constantemente negociado entre terapeuta y paciente, que incluye momentos de rupturas y resoluciones. Una ruptura en la alianza terapéutica es entendida como una tensión o quiebre en el proceso colaborativo entre paciente y terapeuta. A su vez, una ruptura puede clasificarse en dos grandes tipos: rupturas de confrontación y rupturas de retirada. Es característico del primer tipo que haya por parte del paciente o del terapeuta una afirmación agresiva y acusatoria de insatisfacción o rencor hacia su interlocutor o algún aspecto de la terapia. En las rupturas de retirada, el paciente o el terapeuta se desconecta del interlocutor, algún aspecto del proceso terapéutico o su experiencia interna (Safran et al., 2009).

Las rupturas en la alianza terapéutica pueden surgir debido a tensiones o desajustes que se producen durante la terapia en la relación de colaboración entre paciente y terapeuta. Estas tensiones pueden ir desde pequeños malos entendidos hasta quiebres significativos en el entendimiento de los participantes, que podrían derivar en abandonos abruptos por parte de los pacientes o malos resultados en la terapia. El surgimiento de estas rupturas lleva a los procesos de negociación a un nivel explícito, en donde la negociación emerge como un proceso de intercambio y confrontación entre individuos con diferentes percepciones, motivos subyacentes y expectativas de la terapia. Por lo tanto, es de esperarse que durante el proceso de psicoterapia ocurran rupturas debido a la complejidad de la relación entre el paciente y el terapeuta. (Safran y Muran, 2000). Las rupturas y reparaciones son bastante prevalentes (por ejemplo, entre el 30 % y el 50 % de las sesiones según el autoinforme o entre el 30 % y el 100 % según observadores externos) y predictivos del resultado (Eubanks et al., 2018); Mientras que reconocerlas y ocuparse de ellas está asociado con una mejor alianza y cambios

terapéuticos (Chen et al., 2016), las fallas en identificarlas por parte del terapeuta están asociadas con abandono de terapia (Eubanks-Carter et al., 2010).

La reparación de la alianza es el proceso a través del cual el terapeuta procura reestablecer una buena alianza terapéutica después de que ésta se ha deteriorado en una ruptura. Safran y Muran (1996) propusieron un modelo de cómo se lleva a cabo esta reparación: respuestas neutrales u hostiles marcan el inicio de la ruptura. El terapeuta debería 1) notar la ruptura y traerla a discusión; 2) descubrir cómo se sintió la ruptura, tanto para él como para el paciente; 3) explorar la respuesta del paciente hacia esta; y 4) ayudar al paciente a expresar lo que tiene para decir sobre ella (incluso si está enojado con el terapeuta). Después de que el terapeuta valida (reconoce, acepta y apoya) la perspectiva del paciente, disculpándose donde haga falta, la ruptura posiblemente se haya reparado y la alianza restaurada.

Estudios previos concluyen que los terapeutas entrenados en establecer buenas alianzas pueden llegar a tener mejores resultados, que se manifiestan en la calidad de vida del paciente (Crits-Christoph et al., 2006), funcionamiento interpersonal (Safran et al., 2014) y menor tasa de abandono de terapia (Muran et al., 2005).

Para esta investigación usamos los datos de cuatro pacientes con trastorno depresivo, parte de un estudio más amplio (Babl et al., 2022) de la universidad de Berna, Suiza, en el que se midió la negociación de la alianza terapéutica para 56 pacientes en determinadas sesiones que habían sido grabadas, usando el Sistema de valoración de reparación de ruptura (3RS). Babl. et al. a su vez usaron material de un estudio anterior, que se realizó en la clínica ambulatoria del departamento de psicología de la universidad de Zurich, Suiza a principios de los años 2010 (grosse Holtforth et al., 2019) El estudio en cuestión fue un ensayo controlado aleatorio de terapia cognitivo-conductual para la depresión con técnicas integradas de terapias centradas en la emoción y la exposición y participaron 149 pacientes con depresión, a los que se les asignó aleatoriamente a uno de dos grupos de tratamiento. Los terapeutas recibieron capacitación en técnicas de terapia cognitivo-conductual, así como en técnicas de terapia centrada en la emoción y la exposición.

Elegimos los datos correspondientes a cuatro pacientes, que fueron tratados con TCC durante  $25 \pm 3$  sesiones por dos terapeutas, a razón de dos pacientes cada uno. De cada terapeuta utilizamos uno con un resultado de terapia exitoso y otro con un resultado de terapia no exitoso. Identificamos como exitosas las terapias en las que los pacientes tuvieron una disminución de síntomas, medidos por el inventario de Depresión de Beck. Evaluamos la negociación de la alianza durante las sesiones 1ra, 8va, 16ta y 24ta usando el 3RS (Eubanks et al., 2015) e interpretamos los resultados.

## **Problema y pregunta de investigación**

La alianza o aspectos de la alianza (como rupturas y reparaciones) pueden influir en el resultado de la terapia en por lo menos dos maneras: cuando es generalmente más alta o baja para algunos pacientes en comparación con otros (diferencias entre pacientes) y cuando cambia dentro de un paciente con el pasar del tiempo (diferencias dentro del paciente). En su gran mayoría, las investigaciones previas buscaban analizar los efectos de las rupturas en comparaciones entre pacientes y buscaban identificar si un mayor nivel de ruptura en una sesión está asociado a peores resultados terapéuticos.

Estudios anteriores (Chen et al. 2016; Stiles et al., 2004; Stevens et al., 2007; Strauss et al., 2006) suelen evaluar la ruptura midiendo los cambios en la alianza de sesión en sesión, pero no llegan a tener en cuenta las rupturas y reparaciones que pueden suceder durante una misma sesión y que pueden estar contribuyendo al proceso terapéutico. Por ejemplo, Chen et al. (2016) de la Universidad Bar-Ilan en Israel, investigaron en un entorno de tratamiento las asociaciones entre el reconocimiento de rupturas en la alianza por parte de los terapeutas y los cambios en las calificaciones de la alianza y los informes de síntomas de los clientes. Sus hallazgos sugieren que el reconocimiento de las rupturas en la alianza por parte de los terapeutas puede mejorar la alianza terapéutica y los resultados del tratamiento. Este estudio destaca la importancia del reconocimiento de las rupturas en la alianza por parte de los terapeutas y sugiere que la retroalimentación proporcionada a los terapeutas sobre los cambios en la alianza del cliente puede ser una herramienta poderosa para mejorar los procesos y resultados de la psicoterapia.

Por otro lado, Stiles et al. (2004) de la universidad de Miami realizaron un estudio con 79 pacientes con síntomas depresivos que recibieron terapia en una clínica de investigación. Los autores identificaron que los 17 clientes que habían tenido secuencias agudas de ruptura y reparación, es decir una evolución de la alianza en forma de V en lugar de en forma de U, tuvieron mejores resultados en su tratamiento que los otros clientes.

Además, Stevens et al. (2007) usaron datos de 44 pacientes que habían hecho psicoterapia en un centro médico en Nueva York. Confirmaron que hay una correlación entre la alianza y los resultados en psicoterapia, en la mitad de los casos encontraron patrones locales de ruptura y reparación, mientras que en dos tercios de los casos observaron un patrón lineal de evolución de la alianza.

El estudio de Strauss et al. (2006) de la Universidad de Duke se llevó a cabo con 30 pacientes adultos que padecían trastorno de personalidad evitativo o trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo y que se inscribieron en un ensayo abierto de terapia cognitiva para trastornos de personalidad. Las conclusiones del estudio sugieren que la alianza terapéutica temprana y la capacidad de reparar las rupturas en la alianza terapéutica se relacionan con una mayor mejoría en los síntomas de los pacientes. Además, se encontró que las rupturas en la

alianza terapéutica pueden ser útiles para identificar a los pacientes que necesitan una intervención más intensiva.

Para una apreciación más detallada del proceso de negociación de alianza se desarrolló el Sistema de valoración de reparación de ruptura (3RS por sus siglas en inglés) (Eubanks et al., 2015), un sistema de codificación para que observadores externos informen de las rupturas de alianza y las estrategias de resolución que suceden durante una sesión, que por ahora se ha usado en pocas investigaciones (Muran y Eubanks, 2020). Por ejemplo, en un estudio con pacientes tratados con TCC en una clínica universitaria en Portugal se encontró una correlación entre un incremento de rupturas medidas con el 3RS y abandono prematuro de la terapia (Coutinho, Ribeiro, Sousa, y Safran, 2014). Una investigación con pacientes con ansiedad o trastornos depresivos en una clínica universitaria en Alemania encontró que las rupturas de confrontación predecían un incremento abrupto de los síntomas (Ehrlich y Lutz, 2015). En Canadá, una investigación de las primeras cuatro sesiones de terapia dialéctica conductual para pacientes con trastorno límite de la personalidad encontró evidencia para apoyar la validez predictiva de las rupturas de confrontación: los pacientes en los que disminuyó menos la sintomatología evidenciaron más rupturas de retirada que los pacientes en los que disminuyó más la sintomatología (Boritz, Barnhart, Eubanks, y McMain, 2018).

Con esta investigación buscamos examinar en detalle los procesos de negociación que ocurren durante el proceso terapéutico de cuatro pacientes con trastornos depresivos, en cuatro instancias que son representativas de la terapia en general ya que abordan el inicio, el desarrollo y el final.

La pregunta de investigación que guía el presente trabajo es: ¿De qué manera se diferencian los procesos de negociación de alianza durante las sesiones en casos exitosos y en casos no exitosos de psicoterapia?

### **Relevancia de la temática**

La alianza terapéutica es un predictor robusto y modesto de cambio en psicoterapia (Wampold, 2010). Aunque existe una presunción generalizada de que la alianza terapéutica tendría mayor impacto en las terapias que le asignan un papel destacado a los aspectos relacionales, tales como las terapias psicoanalíticas o las terapias centradas en el paciente, en comparación con abordajes más estructurados como la TCC, la capacidad predictiva de la alianza terapéutica ha sido demostrada en diferentes enfoques terapéuticos (Crits-Christoph et al., 2011; Falkenström et al., 2013; Ramseyer et al., 2014).

Cuestionando la validez de la alianza como predictor de resultados en psicoterapia, Barber et al. (2007) también señalan que existen algunas preocupaciones sobre la forma en que muchos estudios abordan la relación temporal entre la alianza terapéutica y el resultado de la psicoterapia. Argumentan que muchos estudios no han abordado adecuadamente la relación

temporal entre la alianza y el resultado. En otras palabras, no siempre está claro si una alianza sólida conduce a mejores resultados, o si mejores resultados conducen a una alianza más sólida. Los autores señalan que la alianza no se puede medir antes del inicio de la terapia ya que en ese momento es inexistente y que esto plantea preguntas sobre la validez de la alianza como predictor del resultado de la psicoterapia.

A pesar de estas preocupaciones, Barber et al. (2007) concluyen en última instancia que hay fuertes evidencias a favor de la validez de la alianza como predictor del resultado de la psicoterapia. Argumentan que la alianza es un predictor sólido del resultado en una amplia gama de psicoterapias y poblaciones de pacientes. También señalan que hay evidencia que sugiere que la alianza es un factor causal en el resultado del tratamiento, en lugar de simplemente un correlato. Por ejemplo, citan estudios que han encontrado que manipular la alianza puede llevar a cambios en el resultado del tratamiento. En general, aunque existen algunas limitaciones en la evidencia a favor de la validez de la alianza como predictor del resultado de la psicoterapia, el peso de la evidencia sugiere que la alianza es de hecho un predictor importante del éxito del tratamiento.

Baier et al. (2020) destacan que la mayoría de las investigaciones para determinar el efecto de la alianza terapéutica se enfocan en los cambios lineales; sin embargo, el cambio no siempre es lineal (Hayes et al., 2007). Los pacientes a menudo muestran ganancias repentinas (Jun et al., 2013) y experimentan rupturas y reparaciones en la alianza a lo largo del tratamiento (McLaughlin et al., 2014), que pueden no reflejarse con precisión en los modelos lineales. Los investigadores hipotetizan que tal vez la alianza sea crítica al principio del proceso terapéutico y menos susceptible de romperse más adelante en el tratamiento.

En las últimas décadas, las rupturas y reparaciones en la alianza han sido el foco de investigaciones, sin embargo, la mayoría de estudios previos investigaron la diferencia entre pacientes. En esta investigación exploratoria evaluaremos algo que, hasta el momento, se ha investigado poco: las características de la negociación de la alianza dentro de las sesiones de un mismo paciente en distintos momentos de su proceso y su correlación con el cambio en psicoterapia. Buscamos que terapeutas puedan beneficiarse de los resultados de esta investigación para obtener mejores resultados con sus pacientes.

## Objetivos Generales y específicos

### **Objetivo General**

Evaluar las características de los procesos de negociación de alianza durante las sesiones y su vínculo con los cambios terapéuticos

### **Objetivos Específicos**

- Evaluar las características de los procesos de rupturas de retirada en la alianza durante las sesiones y su vínculo con los cambios terapéuticos
- Evaluar las características de los procesos de rupturas de confrontación en la alianza durante las sesiones y su vínculo con los cambios terapéuticos
- Evaluar las características de las estrategias de reparación del terapeuta durante las sesiones y su vínculo con los cambios terapéuticos

## **Alcances y límites del trabajo**

Los resultados de esta investigación son de alcance modesto y han de ser tomados con prudencia, ya que se trata de un estudio exploratorio. En primer lugar, la cantidad de participantes no alcanza para hacer un análisis estadístico. En segundo lugar, se trabajó únicamente con pacientes que residían en Suiza con trastornos depresivos de entre 18 y 65 años. Fueron excluidos si cumplían con el criterio diagnóstico para trastorno psicótico, trastorno bipolar, trastornos de la personalidad, consumo problemático actual o riesgo suicida y fueron tratados con terapia cognitivo comportamental, y esto limita que las conclusiones puedan generalizarse a otros cuadros psicopatológicos, a otras poblaciones y otros abordajes psicoterapéuticos. En tercer lugar, se tomó únicamente información de algunas de las sesiones, lo cual hace que no se pueda generalizar a todo el proceso terapéutico. Futuras investigaciones deberían intentar replicar estos hallazgos en muestras más grandes y heterogéneas, que permitan aumentar la validez externa de los resultados.

A pesar de las limitaciones mencionadas, este estudio proporciona indicios preliminares de una posible asociación entre los procesos de negociación de la alianza terapéutica durante las primeras sesiones de tratamiento y el éxito en psicoterapia.

Antecedentes

### **Alianza terapéutica**

Es habitual ubicar los primeros antecedentes de la alianza terapéutica en la transferencia freudiana. Para Freud los fenómenos transferenciales, entendidos como investiduras libidinales inconscientes depositadas sobre la figura del terapeuta, eran importantes para el tratamiento (Freud, 1912).

Freud (1912), en su texto *Sobre la dinámica de la transferencia*, reconoció tres componentes de los cuales se formaban los fenómenos transferenciales: la transferencia negativa, de sentimientos hostiles; la transferencia positiva, caracterizada por mociones eróticas inconscientes; y la transferencia positiva de sentimientos tiernos y amistosos. Las dos primeras fueron consideradas por Freud como formas de resistencia que debían ser

canceladas haciéndolas conscientes para poder continuar con el análisis. Los sentimientos tiernos y amistosos, por otro lado, no solo no obstruían el tratamiento sino que contribuían a su éxito (Freud, 1912).

Posterior a Freud, encontramos en el psicoanalista Richard Sterba un antecedente psicoanalítico post-freudiano de la alianza terapéutica. Él sostuvo que el analista, mediante sus interpretaciones transferenciales, tenía la intención de diferenciar los aspectos del yo del paciente centrados en la percepción y afrontamiento de la realidad de aquellos que se encuentran ocupados en la supresión de los deseos inconscientes y su expulsión de la conciencia (Sterba, 1934, 1940). A partir de esa disociación terapéutica en el paciente, el terapeuta podía construir una alianza con el yo del paciente, yendo así en contra de los instintos y la represión. Asimismo, para que esta disociación fuera posible, el paciente debía fortalecer temporalmente su yo, a través de una identificación con el terapeuta. La identificación del paciente con el profesional se producía porque éste ofrecía ayuda al paciente para manejar la situación que lo afectaba, lo instaba a colaborar para mejorar su situación y realizaba observaciones e interpretaciones sin prejuicios (Sterba, 1940).

Además, es importante destacar el aporte significativo de Fenichel. El psicoanalista austríaco identificó lo que él llamó una transferencia racional. A diferencia de la transferencia irracional que incluía sentimientos, positivos y/o negativos que sirven como una resistencia al análisis, la transferencia racional sería una forma de transferencia positiva, que ayuda en el proceso analítico y que puede servir para superar las resistencias (Fenichel, 1941).

A pesar de estos antecedentes psicoanalíticos que hacen hincapié en fenómenos inconscientes, recién podemos encontrar la primera mención a la alianza terapéutica en los desarrollos de Elizabeth Zetzel. Ella se basó en los antecedentes antes descritos y señaló que era una relación positiva la que le permitía al paciente, desde las partes sanas de su yo, trabajar con el terapeuta en las actividades del análisis. A este aspecto de la relación lo denominó alianza terapéutica y la diferenció de la neurosis de transferencia, ya que no había en ella una formación de compromiso (Zetzel, 1956). Además, a diferencia de la neurosis de transferencia, no había en la alianza una resistencia para el tratamiento. Ella sostuvo que la posibilidad de que el tratamiento fuera exitoso estaba directamente ligado a la capacidad de establecer una alianza terapéutica. Sin embargo, aclaró también que para establecer dicha alianza se requería un mínimo de fortaleza yoica y que no todos los pacientes la tenían (Zetzel, 1956).

Continuando en el marco del psicoanálisis, el trabajo del psiquiatra Ralph Greenson tuvo un gran impacto en la forma en que se conceptualizaban las alianzas. Greenson (1965) propuso usar el concepto de alianzas de trabajo para representar los aspectos racionales y no neuróticos de la relación paciente-terapeuta. Señaló que el concepto de alianza de trabajo incluye los sentimientos racionales del paciente hacia el terapeuta, pero un aspecto central de la alianza es la capacidad del paciente para llevar a cabo los pasos necesarios para el análisis

(Greenson, 1965). Este estado se manifiesta clínicamente por el deseo del paciente de realizar las tareas propuestas por el terapeuta y la voluntad de participar en un análisis basado en una identificación parcial y temporal con las actitudes y métodos del terapeuta en la sesión (Greenson, 1967). Por ello, Greenson (1965) prefirió utilizar el término alianza de trabajo por su enfoque en el trabajo terapéutico, frente a otros términos como alianza terapéutica y transferencia racional.

El psiquiatra creía que los principales determinantes de la alineación eran la motivación del paciente para mejorar, la actitud cooperativa y la capacidad para realizar las tareas sugeridas por el terapeuta (Greenson, 1965). Además, argumentó que tanto el terapeuta como el marco terapéutico contribuyeron significativamente a su constitución, basada en la interpretación y las actitudes empáticas y sin prejuicios (Greenson, 1967).

A pesar de las diferentes direcciones en sus definiciones, Greenson (1965) estuvo de acuerdo con Zetzel (1956) en que la alianza era un fenómeno esencial para el tratamiento psicoanalítico, al mismo nivel que la neurosis de transferencia. Diseccionar la neurosis de transferencia a través de recursos técnicos interpretativos requería la existencia de una alianza de trabajo suficientemente sólida (Greenson, 1967). Así, Greenson (1967) deja claro que la alianza no es un procedimiento técnico ni un proceso terapéutico, sino un factor necesario para el funcionamiento de ambos en el análisis (Greenson, 1967).

Hacia 1979, Bordin publicó un artículo que proponía explícitamente una definición pan-teórica del constructo de alianza que permitiera generalizar este fenómeno y sus implicancias a todas las modalidades psicoterapéuticas, independientemente del marco de referencia. Bordin (1979) argumentaba que esta propuesta podría representar una valiosa contribución a la síntesis de la psicoterapia y la investigación en este campo. Él presentó cuatro propuestas para enmarcar su desarrollo: (a) todas las psicoterapias requerían una alianza terapéutica, pero se distinguían por el tipo de alianza que necesitaban; (b) La alianza terapéutica explicaba parcialmente, si no completamente, la magnitud del cambio que ocurría en el tratamiento; (c) Los diferentes marcos se diferenciaban por lo que desean y esperan de su paciente y terapeuta; (d) La fuerza de la alianza surgía del grado de acuerdo entre lo que requería un determinado tipo de tratamiento y las características de los pacientes y terapeutas. (Bordin, 1979).

Al consolidar y resumir varios conceptos previos (Greenson, 1965; Sterba, 193; Zetzel, 1956) en un solo modelo, Bordin propuso una definición tripartita de alianza: acuerdo entre los participantes sobre el tratamiento, las tareas a realizar en la terapia y el desarrollo de vínculos afectivos entre ellos (Bordin, 1979). La colaboración orientada al cambio entre paciente y terapeuta surgía de un acuerdo sobre sus tareas y objetivos de trabajo y un vínculo emocional entre ellos, entendido como alianza terapéutica (Bordin et al., 1979, 1983). Estos tres factores están presentes y juegan un papel importante en todas las terapias. Su comportamiento difiere

de tratamiento a tratamiento, dependiendo del modelo teórico que se utilice (Bordin, 1979). Hay autores que sostienen que la alianza terapéutica puede tener mayor importancia en algunas psicoterapias (por ejemplo, las terapias relacionales) que en otras (por ejemplo, la terapia cognitivo-conductual; Siev, Huppert y Chambless, 2009).

En TCC, el modelo desde el cual fueron tratados los pacientes de este trabajo, el colaboracionismo empírico es un elemento central de la relación terapéutica (Tee y Kazantzis, 2011). Se refiere a la colaboración activa y la contribución compartida entre el terapeuta y el cliente en el proceso terapéutico. Un ejemplo de colaboracionismo empírico en CBT es cuando el terapeuta trabaja con el cliente para identificar y evaluar pensamientos y creencias negativas que pueden estar contribuyendo a su malestar emocional. El terapeuta y el cliente trabajan juntos para examinar la evidencia que respalda o refuta estas creencias, y luego colaboran para desarrollar y probar nuevas formas de pensar y comportarse que puedan ser más útiles y adaptativas. Una práctica hábil de la Terapia Cognitivo-Conductual (CBT) implicaría establecer una agenda de sesión con la contribución del cliente (es decir, colaboración), mientras se guía por las características específicas de la vida del cliente (es decir, empírico).

Como señaló Bordin (1979), los terapeutas, según su marco teórico, diferían en la importancia que otorgaban a los diferentes objetivos que buscaban alcanzar con los pacientes. Un mínimo consenso entre pacientes y terapeutas sobre estos objetivos, que varían según el marco teórico de tratamiento, es un requisito previo esencial para que sean alcanzables (Bordin, 1983). De manera similar, diferentes enfoques sugieren distintas áreas a trabajar en el espacio terapéutico (Bordin, 1979). Sin embargo, los terapeutas eran responsables de definir la tarea y de adaptarla a las necesidades y características del paciente, así como a su propio estilo personal. En otras palabras, los terapeutas sugerían el formato específico de los procedimientos y el repertorio de actividades posibles que se llevarían a cabo en la terapia, y lo hacían de acuerdo a su propio estilo y preferencias. Esto implica que la tarea en la relación terapéutica no era algo fijo o estático, sino que puede variar de un terapeuta a otro y de un paciente a otro, dependiendo de las necesidades y características de cada caso (Bordin, 1983). En este caso, la fuerza de la alianza se basaba en la relevancia de estos comportamientos para sus objetivos, qué tan bien el paciente puede participar en estas tareas y cómo estas actividades encajan en sus posibilidades para llevarlas a cabo (Bordin, 1983).

Finalmente, pacientes y terapeutas necesitaban un vínculo afectivo para desarrollar la psicoterapia. Primero, Bordin razonó que las metas y tareas formuladas en el procesamiento de cada marco influyen en los estilos de apego que desarrollan los participantes. La calidad del vínculo afectivo dependía del tratamiento y sus metas y tareas asociadas (Bordin, 1979). Años más tarde, el autor se retractó de esta idea, sugiriendo que el vínculo afectivo necesario toma la misma forma en todos los tratamientos y representa un verdadero factor común en todos los

tratamientos (Bordin, 1983). Este vínculo se caracteriza por sentimientos compartidos de agrado, cuidado y confianza hacia el otro, por parte del terapeuta y el paciente.

### **La alianza como negociación**

La alianza terapéutica, entendida como una relación colaborativa, centrada en el consenso y armonía entre terapeuta y paciente, se ha vuelto hegemónica en la clínica, la investigación y la teoría, es decir que es la perspectiva predominante en la práctica clínica actual. Sin embargo, es importante tener en cuenta que existen críticas y propuestas alternativas a esta conceptualización, que sugieren que la alianza terapéutica puede ser entendida de diferentes maneras (Bordin, 1979; Hatcher y Barends, 2006; Horvath y Bedi, 2002; Safran y Muran, 2006). En este contexto, últimamente ha habido una serie de críticas y nuevas propuestas para entender la alianza.

Autores como Brenner (1979) y Curtis (1979) consideraron insuficiente a la alianza así definida, ya que no incorpora la aparición de sentimientos negativos y frustraciones que son de esperarse durante la terapia. Mitchell (1988) sostuvo que las relaciones humanas importantes, en su complejidad, tienen siempre una parte/porción de conflicto, ya que las atraviesan procesos como la autodefinición o la regulación emocional de los participantes. La relación que se da en el ámbito terapéutico no está exenta y necesariamente tiene también cierto grado de conflicto. Hay investigaciones empíricas que han mostrado que las reacciones negativas de los pacientes en terapia, lejos de ser excepcionales, son comunes durante el tratamiento (Hill, Thompson y Corbett, 1992; Rennie, 1994). Además, hay autores que empezaron a cuestionar si una buena alianza era siempre un indicador positivo en el tratamiento. Hatcher y Barends (1996), para tomar un ejemplo, observaron un factor de la alianza compuesto por una colaboración muy alta y simultáneamente un nivel de desacuerdo importante. Los pacientes con altas puntuaciones en este factor de la alianza presentaron los peores resultados del tratamiento.

Safran y Muran (2006) señalaron que el énfasis que se le da a la colaboración podía llevar a confundir al fenómeno de la alianza terapéutica con obediencia y/o sumisión del paciente. Esto puede suceder cuando un paciente no da voz a sus frustraciones o deseos, para no perjudicar la relación con su terapeuta (Bender, 2005). Debido a esto, Safran y Muran (2006) sostuvieron que el concepto de alianza, definido como colaboración, había alcanzado su límite de utilidad en la clínica, la teoría y la investigación psicoterapéutica. Aún así, sigue siendo de valor y no es necesario abandonar la noción de alianza terapéutica, que sigue siendo relevante para predecir resultados, sino complejizar su conceptualización para incorporar los devenires y conflictos esperables en cualquier interacción humana.

Es así que Safran, Muran y su equipo (Safran, Muran y Proskurov, 2009; Safran, Muran, Samstag y Stevens, 2001), propusieron, en lugar de tomar a la alianza como

colaboración, entenderla como un constructo dinámico caracterizado por la constante negociación y resolución de conflictos entre el paciente y el terapeuta. Propusieron poner foco en los procesos de negociación interpersonal que subyacen a la relación entre paciente y terapeuta, y no solamente en la colaboración que puede o no darse entre ellos. La *negociación de la alianza* (nombre que le dieron a este constructo alternativo) describe la capacidad del paciente y el terapeuta para sobrellevar conflictos que acontecen durante el tratamiento y resolver los desacuerdos que surgen respecto de las acciones que se realizan y los objetivos que se buscan cumplir (Safran et al., 2001, 2009).

Según esta postura, los procesos de negociación pueden funcionar a un nivel implícito cuando la relación entre paciente y terapeuta fluye sin inconvenientes (Safran et al., 2002). Ejemplos de esto pueden ser los casos en que un terapeuta decide no utilizar una determinada intervención por considerar que podría no ser útil para el paciente, o de un paciente que realiza un tarea propuesta por su terapeuta a pesar de que no esté convencido de su utilidad (Safran et al., 2002).

Por otro lado, cuando se quiebra la colaboración, la negociación entre participantes se vuelve explícita (Safran et al., 2002). A estos obstáculos en la colaboración entre paciente y terapeuta los autores los denominan *rupturas en la alianza*. Las rupturas son tensiones o desajustes que se producen durante la terapia en la relación de colaboración entre paciente y terapeuta (Safran et al., 2002). Al hacerse manifiestas estas rupturas se vuelve explícito el proceso de negociación, como un proceso de intercambio y confrontación entre individuos con diferentes percepciones, motivos subyacentes y expectativas de la terapia (Safran et al., 2002). Debido a estas diferencias se requiere una tarea refinada de acomodar sus propias expectativas a las del otro, sin renunciar a los propios deseos o necesidades. Por lo tanto, conceptualizando así al fenómeno de la alianza se la aleja de poder enmascarar un fenómeno de sumisión u obediencia por parte de alguno de los participantes (Safran et al., 2002). Las rupturas pueden suceder en cualquiera de los componentes de la alianza identificados por Bordin (1979), ya sea en desacuerdo respecto de las tareas y objetivos de la terapia y/o por la presencia de tensiones en el vínculo afectivo entre los participantes (Safran et al., 2002).

La capacidad de negociación al momento de estos quiebres es considerado como un mecanismo de cambio que le permitiría al paciente desarrollar capacidades interpersonales, aumentar su auto-confianza y construir relaciones más genuinas con otros (Benjamin, 1990; Safran y Muran, 2006). Esta idea encuentra su fundamento en las teorías del psicoanálisis relacional, que considera que los procesos de negociación entre necesidades propias y ajenas conforman un aprendizaje esencial para el desarrollo psicológico de una persona (Mitchell, 1988; Safran et al., 2002). Considerando que muchos problemas que llevan a una persona a iniciar una terapia estaban vinculados con relaciones interpersonales (Horowitz, 1979) o tenían que ver con dificultades en procesos de negociación entre las necesidades propias y las de los

otros (Safran et al., 2002).

Tomando estos desarrollos, empezaron a realizarse investigaciones que buscaron analizar las rupturas en la alianza terapéutica y sus procesos de resolución, es decir la negociación de la alianza, y cómo esta repercute en los resultados psicoterapéuticos. Fundamentalmente, son dos las estrategias que se han desarrollado para evaluar marcadores de ruptura y negociación de la alianza: el análisis de patrones de evolución de la alianza *entre sesiones* (Gelso y Carter, 1994; Kivlighan y Shaughnessy, 2000) y el estudio de indicadores de rupturas y de resoluciones *dentro* de las sesiones (Safran, Muran y Eubanks-Carter, 2011). Este trabajo se centra en la evolución de la negociación de la alianza dentro de las sesiones.

### **Depresión**

La depresión es uno de los trastornos psiquiátricos más prevalentes y más graves a nivel mundial en cuanto enfermedad invalidante en personas adultas (Murray y Lopez, 1996). Sin embargo, el término depresión es relativamente reciente. En la lengua inglesa este concepto aparece durante el siglo XVII (Jackson, 1986). En la actualidad, este término ha sustituido al de melancolía en el lenguaje clínico.

Uno de los problemas en la historia de la depresión y la melancolía es que han sido utilizados para expresar cosas muy distintas entre sí: una enfermedad, una condición de tristeza ocasional, el temperamento, un tipo de carácter, un estado de malestar temporario o un padecimiento crónico. En el lenguaje común, estar depresivo o melancólico no es necesariamente estar enfermo.

A partir de lo expuesto, nos preguntamos ¿cómo fue el camino a través del cual se constituyó el conocimiento de este padecimiento, llevando al consenso en la clínica y en la investigación acerca de lo que actualmente se considera depresión? La historia de la ciencia procede mediante reorganizaciones, rupturas y mutaciones, pasa por distintos puntos; conoce aceleraciones bruscas y retrocesos repentinos.

Una de las primeras propuestas para entender la melancolía estuvo dada por Hipócrates. La melancolía ha estado generalmente asociada con la bilis negra, esencial para explicar su patogénesis (Conti, 2007). A lo largo de la Edad Media, san Agustín (siglo V) aseguró que todas las enfermedades de los cristianos debían ser asignadas a los demonios. En el siglo XVIII aparece por primera vez la palabra "depression" en la lengua inglesa. Esta palabra deriva del latín *de* y *premere* (apretar, oprimir) y *deprimere* (empujar hacia abajo). Richard Blackmore, en 1725, habla de "estar deprimido en profunda tristeza y melancolía". Robert Whytt, en 1764, relaciona "depresión mental" con "espíritu bajo", hipocondría y melancolía (Jackson, 1986).

Ya más cercano en el tiempo, Emil Kraepelin (2007) utiliza el término "locura depresiva" en una de sus clasificaciones nosológicas, sin desprenderse del término melancolía para signar

la enfermedad, y deja la palabra "depresión" para denominar un estado de ánimo, considerando que las melancolías eran formas de depresión mental, expresión que le pertenece (Conti, 2007). Por su parte, Adolf Meyer propuso eliminar totalmente el término melancolía y reemplazarlo por el de depresión. Así, en esta puja semántica se llegó a la redundancia de nominar depresión con melancolía cuando los síntomas eran suficientemente graves como para nominarlos simplemente como depresión. (New York Neurological Society, 1905: 114).

En la década del 40 la depresión no era más que un síntoma detectable en la mayor parte de las enfermedades mentales; actualmente es considerado el trastorno mental más extendido en el mundo (Ehrenberg, 2000).

### **La depresión como trastorno**

El concepto de enfermedad es una construcción humana (Spitzer y Wilson, 1982). Dado que no hay una única perspectiva para abordar la enfermedad, las clasificaciones son creaciones humanas que tienen el propósito general de ser herramientas para comunicar información. Por ejemplo, al emitir un diagnóstico, un médico está llevando a cabo una comunicación. Es por esta razón que existen sistemas diagnósticos operativos, como el DSM-IV (APA, 1995) y la CIE-10 (OMS, 1992), que son clasificaciones que organizan y estructuran el conocimiento sobre la enfermedad. Cada una de estas clasificaciones responde a una lógica específica para abordar la enfermedad. Los psiquiatras, en su mayoría, utilizan las categorías del DSM-IV, mientras que los psicólogos de diversas orientaciones se basan en las categorías propias de su enfoque (Korman, Garay y Etchevers, 2007).

Enfocándonos principalmente en la depresión según la clasificación del DSM-IV, debido a que es el criterio que fue utilizado en esta investigación y es además el prevalente entre los profesionales que utilizan un sistema diagnóstico en Argentina, se define la enfermedad como un "trastorno mental".

De acuerdo con el DSM-IV, un trastorno mental se refiere a un "síndrome o patrón de comportamiento psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar, a una discapacidad o a un riesgo significativamente aumentado de morir, de sufrir dolor o pérdida de libertad. Además, este síndrome o patrón no debe ser una respuesta culturalmente aceptada a un acontecimiento en particular. Cualquiera sea la causa, debe entenderse el trastorno como la manifestación individual de una disfunción de comportamiento, psicológica o biológica. Ni el comportamiento desviado (por ejemplo: político, religioso o sexual) ni los conflictos entre el individuo y la sociedad son trastornos mentales, salvo que la desviación o el conflicto fueren síntomas de una disfunción" (APA, 1995: XXI).

La depresión, según la clasificación del DSM-IV, puede ser reconocida por una serie de síntomas. No todas las personas que padecen depresión experimentan todos los síntomas, y la

gravedad y duración de estos varía significativamente entre individuos. Algunos síntomas comunes incluyen un estado de ánimo triste o irritable, pérdida de interés o placer en actividades que antes se disfrutaban, cambios en el apetito y el sueño, fatiga, sentimientos de culpa o inutilidad, dificultad para concentrarse y pensamientos suicidas (DSM-IV, 1995).

Es importante destacar que esta clasificación implica que no toda tristeza o variación del ánimo es anormal, ya que ciertas emociones y estados de ánimo son propios de la vida cotidiana. Sin embargo, cuando estas sensaciones se vuelven persistentes e interfieren significativamente con la vida diaria, pueden indicar una enfermedad llamada depresión. En este caso, ya no se trata simplemente de una tristeza pasajera, sino de un conjunto de síntomas que conforman una verdadera enfermedad y que afectan negativamente no solo al individuo que la padece, sino también a su entorno social y familiar.

Al igual que otras enfermedades, existen varios tipos de depresión. La depresión mayor (o trastorno depresivo mayor) se caracteriza por un conjunto de síntomas que afectan la actitud de la persona hacia su entorno, interrumpiendo o alterando sus actividades laborales y sociales (DSM-IV, 1995). Por otro lado, la distimia es una forma crónica de depresión en la cual las personas son pesimistas y negativas, pero continúan con sus actividades sociales y laborales como si se hubieran acostumbrado a vivir con la enfermedad. Sin tratamiento, estas personas tienen mayor propensión a desarrollar depresión mayor en comparación con el resto de la población. En algunos casos, la depresión puede formar parte de otro trastorno del estado de ánimo conocido como trastorno bipolar o enfermedad maníaco-depresiva. En estas situaciones, la persona experimenta períodos de depresión alternados con períodos de bienestar excesivo, durante los cuales se siente con mucha energía y no necesita dormir, mostrándose visiblemente acelerada en su forma de hablar y actuar (APA, 1995).

### **Tratamientos para la depresión**

La relevancia de los tratamientos respaldados por evidencia no se limita únicamente a los tratamientos médicos. A nivel mundial, la psicología se desarrolló principalmente en el ámbito académico, generando un enfoque profesional mayormente científico y alejado de la práctica clínica. Sin embargo, después de la Segunda Guerra Mundial, surgió la necesidad de atender a personas con problemas psicológicos, lo que desafió el modelo del psicólogo investigador y dio lugar al modelo profesional clínico.

En 1949, se llevó a cabo una conferencia en Boulder con el objetivo de integrar estos dos modelos (clínico y académico). En 1952, Hans Eysenck planteó un desafío a la psicoterapia en su famoso artículo (Eysenck, 1952). En esta obra, Eysenck criticó la eficacia de la psicoterapia, sosteniendo que no solo era ineficaz para el tratamiento de los trastornos mentales, sino que también era menos efectiva que la ausencia de tratamiento. Desde entonces y hasta la actualidad, la investigación en el campo de la psicoterapia ha seguido

desarrollándose, especialmente en los países centrales.

La investigación sobre tratamientos psicológicos para los trastornos mentales tiene dos objetivos principales: evaluar los resultados obtenidos con diversas técnicas y examinar la estabilidad a largo plazo de los logros obtenidos (Fernández Alvarez, 1992).

En la década de 1980, ya habían surgido algunos tratamientos con cierto grado de respaldo empírico para la depresión: tratamientos conductuales (Lewinsohn, 1975), cognitivos (A. T. Beck, et al., 1983) e interpersonales (Klerman, Weissman, Rounsaville y Chevron, 1984). Cada uno de estos enfoques reflejaba las distintas perspectivas teóricas y técnicas de cada paradigma.

Ahora describiremos los tratamientos que actualmente cuentan con respaldo científico en cuanto a su utilidad en el tratamiento de la depresión. Cabe mencionar que los enfoques de terapia cognitiva y terapia conductual suelen aplicarse en conjunto en la actualidad, por lo que los presentaremos conjuntamente, distinguiendo sus primeros modelos de aplicación.

Durante la fase aguda, los enfoques cognitivo-conductuales, desarrollados por Aaron Beck y Albert Ellis, se basan en las pautas internas de evaluación, procesamiento y argumentación que sustentan la conducta (Kriz, 2002). Beck integra herramientas conductuales en su enfoque para la depresión, empleando técnicas conductuales para obtener nueva información y facilitar la modificación cognitiva (Beck, 1983:112). Estos enfoques buscan modificar los pensamientos y, en consecuencia, los sistemas de creencias asociados a ellos (Keegan, 2007), mediante diversas técnicas cognitivas y conductuales, con el fin de mejorar el bienestar de las personas afectadas.

### **Conceptualización de la depresión desde la teoría cognitiva**

La teoría cognitiva sostiene que cualquier influencia sobre la cognición debería provocar un cambio en el estado de ánimo y, por ende, modificar la conducta. La terapia cognitiva es un enfoque de tratamiento que busca desarrollar estrategias para abordar diversos trastornos mentales (Beck, 2005). La investigación actual cuenta con al menos quince metanálisis rigurosos que respaldan empíricamente esta terapia, abarcando 9138 participantes en 332 estudios (Butler, Chapman, Forman y Beck, 2006).

Esta teoría sugiere que el cambio puede ocurrir en cualquier área que se aborde, ya sea en las emociones, pensamientos o conductas, lo cual se alinea con otros tratamientos que se utilizaban para la depresión en aquel momento, como la terapia conductual y farmacológica.

El enfoque de Beck se basa en la observación del pensamiento de las personas deprimidas, dando lugar a su hipótesis sobre la existencia de una "tríada cognitiva" en estos pacientes. Esta tríada, compuesta por pensamientos negativos sobre uno mismo, el mundo y el futuro, se manifiesta como pensamientos automáticos que pueden ser monitoreados y comunicados por el paciente (Beck et al., 1983; Beck, 2000). Según Beck, esta tríada cognitiva

es responsable de los pensamientos automáticos característicos de los pacientes deprimidos, también conocidos como "distorsiones cognitivas" o "errores lógicos", como la inferencia arbitraria o la sobregeneralización. Estas distorsiones a menudo persisten a pesar de las evidencias en su contra (Sacco y Beck, 1995). La terapia se basa en el uso del diálogo socrático para analizar estos pensamientos automáticos y guiar al paciente hacia valoraciones y opiniones más realistas (Keegan, 2007).

Beck y sus seguidores sostienen que estas cogniciones distorsionadas son causadas por esquemas disfuncionales subyacentes. Por lo tanto, la etapa final del tratamiento se centra en modificar las creencias básicas del paciente que predisponen al pensamiento que genera la depresión.

Los "supuestos implícitos" generan un sesgo en la interpretación del mundo, siendo rígidos y extremos, e inferidos a partir de los pensamientos automáticos. Por esta razón, es importante entrenar al paciente en el monitoreo y registro de estos pensamientos.

Como mencionamos anteriormente, la base teórica de este tratamiento se basa en la distorsión negativa de la realidad por parte de los pacientes deprimidos. El objetivo terapéutico es investigar junto con el paciente si existen pruebas a favor o en contra de estos supuestos. Para ello, se utilizan técnicas conductuales, como experimentos conductuales para poner a prueba las cogniciones y examinar si las expectativas negativas se ajustan a los hechos observados. Además, se planifican tareas y se registran datos para realizar una asignación gradual de tareas.

### **Tratamientos para la depresión desde la teoría cognitiva**

Una amplia cantidad de investigaciones ha demostrado que la terapia cognitivo-conductual (TCC) aplicada al tratamiento de la depresión ofrece beneficios a largo plazo en la prevención de recaídas (Hollon et al., 2005), especialmente en comparación con el tratamiento basado en medicación. Los pacientes tratados con TCC presentaron, en el largo plazo, una menor tasa de recaídas en comparación con aquellos tratados con medicamentos. A pesar de que estas diferencias fueron significativas, un número considerable de pacientes sometidos a TCC aún experimentaron recaídas. Esto planteó la posibilidad de desarrollar una terapia de mantenimiento que abordara el problema de la recurrencia en este trastorno. La creación previa de la Terapia Interpersonal para la depresión recurrente (Frank et al., 1990) proporcionó una base importante para considerar que una terapia cognitiva de mantenimiento también podría tener efectos positivos.

Segal, Williams y Teasdale (2002) desarrollaron la Terapia Cognitiva Basada en la Conciencia Plena (Mindfulness-Based Cognitive Therapy, MBCT) con el objetivo de reducir las recaídas en casos de depresión recurrente. En este enfoque de tratamiento, se considera a los pensamientos y sentimientos como eventos de la conciencia, y se busca mantener distancia de

ellos sin reaccionar, deteniendo lo que los autores denominan "el hacer" automático de la mente y sustituyéndolo por "el ser". Para lograrlo, adoptan el entrenamiento en conciencia plena desarrollado por Jon Kabat-Zinn (1990). La psicoterapia de conciencia plena incorpora elementos teóricos tanto del Budismo como de la Psicología Oriental, así como la experiencia personal de los terapeutas (Lau y McMain, 2005).

En el desarrollo de esta técnica, se llevó a cabo una revisión de los factores que podrían contribuir a la recurrencia de la depresión. Se encontró evidencia de que en la recaída intervienen procesos distintos de los que causaron el primer episodio depresivo (Lewinsohn, Allen, Seeley y Gotlib, 1999). Parece que los estresores mayores de la vida predicen los primeros episodios, mientras que el humor disfórico y los estilos de pensamiento disfuncionales se correlacionan con episodios recurrentes (Lau, 2005). El programa desarrollado por Segal, Williams y Teasdale (2002) es un tratamiento breve que consta de una entrevista individual inicial y un trabajo en sesiones grupales durante 8 semanas, con cuatro sesiones de seguimiento en el año siguiente. Esta terapia combina prácticas tradicionales de meditación, como el escaneo corporal y el entrenamiento en la respiración, con técnicas habituales de la terapia cognitiva, como la psicoeducación, que fomenta la toma de conciencia de los pensamientos negativos y las posibles recaídas.

Aunque las investigaciones han obtenido resultados positivos en esta área, los estudios aún se encuentran en desarrollo. Coelho (2007) identificó cuatro estudios relevantes y dos ensayos clínicos aleatorizados, concluyendo que la Terapia Cognitiva Basada en la Conciencia Plena (MBCT) parece ser beneficiosa para pacientes con tres o más episodios depresivos. Sin embargo, debido a la naturaleza de los grupos de estudio, es difícil determinar si esos cambios se atribuyen exclusivamente a la MBCT o a otros efectos.

### **Evidencia para la eficacia de los tratamientos para la depresión**

Roth y Fonagy (1995; 2004) concluyen que hay evidencia que respalda algunas intervenciones psicológicas para el tratamiento de diversos trastornos, incluida la depresión. De hecho, numerosas revisiones han demostrado la existencia de tratamientos específicos para la depresión, como la terapia cognitivo-conductual y la terapia interpersonal, cuya eficacia es similar a la de los antidepresivos (DeRubeis, Gelfand, Tang y Simons, 1999; Echeburúa y De Corral, 2001). Chambless y Ollendick (2001), en una amplia revisión de estudios sobre intervenciones psicoterapéuticas para la depresión, también llegaron a la conclusión de que solo la terapia cognitivo-conductual, la terapia interpersonal y la terapia conductual cuentan con respaldo empírico.

Se han encontrado resultados similares de eficacia para los tratamientos específicos mencionados anteriormente para la depresión (Wampold, Minami, Baskin y Callen Tierney, 2002). Todos obtuvieron resultados comparables, lo que sugiere que las terapias específicas

para la depresión tienden a tener un mejor rendimiento que las no específicas (Leichsenring, 2001).

La discusión en torno a la eficacia de la psicoterapia ha sido objeto de debate entre Michael Lambert (1992) y Larry Beutler (1992), quienes, siguiendo los desarrollos de Luborsky, Singer y Luborsky (1975), plantean que las diferentes psicoterapias tienen una eficacia similar, lo que hace referencia al fenómeno del pájaro Dodo en Alicia en el País de las Maravillas. Sin embargo, Keegan (2007: 183) respalda la postura de que esta afirmación sólo sería válida para la depresión y no para otros trastornos mentales. Esto se ve apoyado por investigaciones como la de Chambless y Ollendick (2001). En general, los profesionales de la salud mental no suelen adherirse a la creencia de que todas las terapias sean igualmente efectivas para todos los trastornos, lo que respalda la idea de la existencia de factores comunes en las distintas terapias.

## Estado del arte

Cameron et al. (2019), sugieren en su metanálisis que existe una fuerte relación entre la alianza terapéutica (TA) y los resultados clínicos en diversas terapias y problemas de presentación, incluyendo la depresión. Sin embargo, la revisión también señala que hay una falta de claridad específicamente sobre la relación entre la TA y los resultados en la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) para la depresión. Si bien la relación entre la alianza terapéutica y los resultados clínicos en la depresión está bien establecida, todavía hay mucho por aprender sobre cómo funciona esta relación en el contexto de la TCC para la depresión.

Zilcha-Mano et al. (2018) investigaron las características interpersonales del cliente antes del tratamiento que determinan qué función debe cumplir la alianza para maximizar su efecto en el resultado. Para los clientes que se describieron a sí mismos como demasiado fríos y fueron descritos por sus terapeutas como bajos en intrusión, el fortalecimiento de la alianza predijo un mejor resultado. Para los clientes que no eran demasiado fríos pero eran demasiado explotables, la tendencia general del cliente a informar una alianza más fuerte se asoció con un mejor resultado.

La investigación sobre los procesos de tratamiento que estudia los mecanismos de la psicoterapia ha implicado sistemáticamente el papel de procesos específicos en reducción de los síntomas (por ejemplo, el cambio en las cogniciones postraumáticas y la reducción del miedo (Cooper et al., 2017) en la exposición prolongada para el trastorno de estrés postraumático). Además de estos componentes específicos del tratamiento, la alianza en sí a menudo también contribuye al cambio terapéutico de los pacientes. Por lo tanto, es posible que la alianza impulse cambio terapéutico; sin embargo, es probablemente más plausible que la alianza no actúe de forma aislada sino que facilite otros procesos de tratamiento (Lorenzo-Luaces y DeRubeis, 2018; Rothman, 2013).

Falkenström et al. (2016) sugieren que la mejora en la alianza terapéutica entre el terapeuta y el paciente puede predecir una reducción significativa en los síntomas depresivos para la próxima sesión. Este hallazgo destaca la importancia de monitorear y mejorar la alianza durante todo el tratamiento. El estudio también encontró que la alianza evaluada por el terapeuta estaba tan fuertemente relacionada con el resultado como la alianza evaluada por el paciente (por ejemplo, Horvath y Bedi, 2002), lo que desafía la noción de que los terapeutas no están óptimamente sintonizados con la alianza o con la percepción del paciente del tratamiento.

Los estudios recientes sobre la negociación de la alianza terapéutica provienen de distintos investigadores y marco teóricos. Chang et al. (2021) profundizan en las complejas dinámicas de las relaciones terapeuta-paciente, con un énfasis particular en la profunda influencia de las disparidades en poder, privilegio, identidad y cultura. Su estudio arroja luz sobre cómo estas disparidades moldean intrincadamente las rupturas en la alianza y los subsiguientes procesos de reparación. Utilizando un enfoque crítico-cultural-relacional, los autores subrayan el papel fundamental del terapeuta en cultivar la autocrítica, la sabiduría emocional y la interacción antiopresiva como habilidades esenciales para navegar por estos desafiantes escenarios.

Kazantzis y Okamoto (2021) dirigen su atención al entorno terapéutico dentro del ámbito de la terapia cognitivo-conductual (TCC). Su examen subraya la importancia de la colaboración empírica y el diálogo socrático como fundamentos para establecer la alianza terapéutica y descifrar las rupturas y sus subsiguientes remedios dentro de la TCC. Además, exploran la utilización de la conceptualización del caso cognitivo-conductual como una herramienta valiosa en la identificación y rectificación de las rupturas en la alianza.

En una línea diferente, Abbass y Town (2021) se adentran en una exploración de los procesos de ruptura y reparación dentro de la psicoterapia dinámica breve intensiva. Esta modalidad de tratamiento, diseñada para abordar los impasses en el tratamiento derivados de interrupciones tempranas en el apego, requiere que el terapeuta maneje con destreza los pensamientos y emociones que provocan ansiedad dentro del entorno terapéutico. En ciertos casos, los resultados efectivos del tratamiento dependen de abordar y confrontar directamente los patrones habituales de respuesta.

Elliott y MacDonald (2021) delimitan los componentes fundamentales de la terapia centrada en las emociones (EFT), con un enfoque particular en el papel del terapeuta en fomentar una relación terapéutica segura. Arraigada en las condiciones relacionales rogerianas de sintonía empática, consideración positiva incondicional y autenticidad, el modelo de tratamiento de la EFT enfatiza la importancia de enmarcar la conceptualización y resolución de los desafíos en la alianza, un área que ha recibido una atención relativamente limitada dentro de la literatura de la EFT.

Centrando nuestra atención en la terapia de aceptación y compromiso (ACT), Walser y

O'Connell (2021) adoptan una perspectiva centrada en las rupturas y su resolución. Subrayan el papel fundamental de este enfoque terapéutico en facilitar la transición de la inflexibilidad psicológica a la flexibilidad psicológica para los pacientes. Llamando la atención sobre las contribuciones de la inflexibilidad del terapeuta y del paciente y la falta de sensibilidad al contexto en la generación de rupturas, enfatizan la apertura del terapeuta a sus propias experiencias personales y su aguda conciencia de la función del comportamiento para transformar las rupturas en valiosas oportunidades de mejor adaptabilidad.

Por último, Boritz et al. (2021) dirigen su mirada hacia la terapia dialéctico-conductual (DBT) y sus encuentros con desafíos interpersonales, que con frecuencia se manifiestan como rupturas en la alianza en individuos con trastorno límite de la personalidad. Su estudio adopta una perspectiva conductual para examinar los comportamientos de ruptura, profundizando en su función y fundamentos contextuales. Al centrarse en estos comportamientos específicos de ruptura, los autores ilustran cómo tal enfoque puede mejorar la formulación de casos de TDC, contribuyendo así a intervenciones terapéuticas más efectivas.

## Marco teórico

Si bien nos propusimos investigar a la alianza terapéutica, un concepto transteórico, lo hicimos desde un tratamiento TCC y utilizamos una definición de depresión propia de ese marco teórico.

La depresión es un trastorno psicológico caracterizado por una alteración persistente del estado de ánimo, que se manifiesta principalmente en síntomas como la tristeza profunda, la pérdida de interés o placer en actividades previamente disfrutadas, la fatiga, la dificultad para concentrarse y la autocrítica excesiva. Esta condición se asocia con patrones cognitivos negativos, como distorsiones en la percepción de uno mismo, del mundo y del futuro, así como con comportamientos y emociones desadaptativos, lo que conlleva a la limitación significativa en el funcionamiento cotidiano y en la calidad de vida de quienes la experimentan (Beck et al., 1983; Beck, 2000). Desde la perspectiva cognitivo conductual, se entiende que la depresión emerge como resultado de interacciones complejas entre pensamientos disfuncionales y patrones de comportamiento maladaptados, y es abordada mediante intervenciones que buscan modificar estos procesos cognitivos y conductuales para promover la recuperación y el bienestar del individuo (Sacco y Beck, 1995). Para operacionalizar esta variable utilizamos el Inventario de depresión de Beck (BDI) (BDI-II; Hautzinger, Keller, y Kühner, 2006).

La Terapia Cognitivo-Conductual Integradora (TCCI) es un enfoque terapéutico que se caracteriza por la integración y combinación estratégica de técnicas y principios de la terapia cognitivo-conductual con otras modalidades terapéuticas relevantes, como la terapia interpersonal, la terapia de aceptación y compromiso, la terapia sistémica, y otras (Norcross y Goldfried, 2005). Este enfoque terapéutico tiene como objetivo brindar un tratamiento holístico y

altamente adaptado a las necesidades individuales de cada cliente, reconociendo que diferentes personas pueden beneficiarse de distintas estrategias terapéuticas. La TCCI se centra en la identificación y modificación de patrones de pensamiento y comportamiento disfuncionales, promoviendo cambios positivos en la cognición, la emoción y la conducta del individuo, al tiempo que considera su contexto social y emocional. La TCCI se basa en la premisa de que la integración de múltiples enfoques terapéuticos puede mejorar la eficacia del tratamiento y aumentar las posibilidades de lograr resultados terapéuticos duraderos (Prochaska y Norcross, 2018)

La negociación de la alianza terapéutica es el proceso en el cual el terapeuta y el cliente discuten y acuerdan las metas, las expectativas y los roles dentro de la terapia (Safran y Muran, 2000). Esta negociación implica una comunicación abierta y honesta, en la que ambas partes tienen la oportunidad de expresar sus necesidades y preocupaciones. La negociación de la alianza terapéutica busca establecer un entendimiento compartido sobre los objetivos de la terapia, el enfoque a seguir y las responsabilidades de cada uno en el proceso terapéutico (Safran et al., 2001). Para operacionalizar esta variable medimos instancias de ruptura de alianza y negociación de la alianza terapéutica durante sesiones de psicoterapia utilizando el 3RS (Eubanks et al., 2015)

Las rupturas se han definido en términos generales como cualquier desacuerdo sobre cómo el paciente y el terapeuta trabajan juntos, por ejemplo en tareas (como la exploración de pensamientos y sentimientos y las tareas entre sesiones) y con qué fin (objetivos como un mayor autoconocimiento, el desarrollo de habilidades y/o la disminución en el malestar sintomático); (Safran y Muran, 1998, 2000, 2006). Hemos utilizado la distinción entre rupturas de retirada y de confrontación (Muran y Eubanks, 2020). Los marcadores de ruptura de retirada incluyen movimientos de alejamiento del otro, movimientos hacia el aislamiento, como callarse o pivotar con otro tema o charla abstracta. Las retiradas también pueden incluir movimientos de alejamiento de algún aspecto de uno mismo en un esfuerzo por apaciguar al otro. En cuanto a los marcadores de confrontación los definimos como movimientos contra el otro, movimientos que implican agresión o control, como críticas o manipulaciones. También hemos descrito las confrontaciones como esfuerzos por promover la autodefinición, ignorando el impacto de la conducta de uno sobre otro, a expensas de la relación. (Muran y Eubanks, 2020).

El proceso mediante el cual se repara una ruptura se denomina proceso de resolución. Un proceso de resolución permite al paciente y al terapeuta renovar o reforzar su vínculo emocional y comenzar o reanudar la colaboración en las tareas y objetivos de la terapia. El proceso de resolución también puede servir como experiencia emocional correctiva para el paciente. Los terapeutas pueden intentar iniciar procesos de resolución empleando estrategias de resolución, como cambiar la tarea, o revelando la experiencia interna del terapeuta sobre la ruptura (Eubanks et al., 2015).

## Desarrollo metodológico

### **Diseño**

Esta tesina es un análisis secundario de datos de un ensayo controlado aleatorizado (Babl et al., 2022) que se llevó a cabo en una clínica suiza para pacientes externos. Las terapias duraron como  $25 \pm 3$  sesiones y fueron filmadas, la severidad de los síntomas fue evaluada antes de cada sesión y las rupturas de alianza y estrategias de resolución durante las sesiones 1ra, 8va, 16ma y 24ma.

### **Participantes**

Como mencionamos anteriormente, la investigación se realizó en Suiza: 149 pacientes fueron reclutados a través de medios locales, el internet, publicidades públicas, terapeutas y psiquiatras locales, y fueron referidos a una clínica de psicoterapia de Zurich después de aplicar criterios de inclusión y exclusión (grosse Holtforth et al., 2019). De esta muestra se tomaron los resultados de 4 pacientes, tres hombres de 22, 28 y 31 años y una mujer de 25 años, para esta tesina. Dos de los pacientes se trataron con una terapeuta de 42 a 44 años (cumplió años durante el transcurso de la investigación) y otros dos se trataron con una terapeuta de 32 a 33 años (que también cumplió años). Por cada una de las terapeutas elegimos un caso exitoso de psicoterapia y uno que no haya sido exitoso. Con esta elección de participantes buscamos obtener la mayor heterogeneidad posible dentro de una muestra de cuatro, permitiéndonos comparar entre participantes con distintos resultados en terapia y además intentar compensar por el efecto de las terapeutas al contar con dos distintas.

Todos los pacientes recibieron como  $25 \pm 3$  sesiones de terapia cognitivo conductual (TCC). El tratamiento fue realizado por psicólogos de nivel de maestría, que habían recibido cursos en técnicas cognitivas y TCC para la depresión. Las psicólogas que trataron a los pacientes seleccionados fueron dos mujeres, de 32 y 42 años. Como parte de su formación, todas las terapeutas habían recibido previamente, entre otros, cursos de técnicas cognitivas (8 horas) y específicamente de TCC para la depresión (16 horas). Todas las terapeutas participaron en una formación de actualización en TCC para la depresión (16 horas), un curso introductorio de 8 h en terapia cognitiva basada en la exposición para la depresión, así como formación en programación de actividades (4 horas), formación en asertividad (8 horas), técnicas de terapia enfocada en la emoción (24 horas) y técnicas seleccionadas de mindfulness (8 horas) por clínicos experimentados y expertos.

## **Criterios de inclusión y exclusión**

Los pacientes tenían que tener de 18 a 65 años y haber sido diagnosticados con trastorno de depresión según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR; American Psychiatric Association, 2000). Fueron excluidos si cumplían con el criterio diagnóstico para trastorno psicótico, trastorno bipolar, trastornos de la personalidad, consumo problemático actual o riesgo suicida. Pacientes que habían tomado medicación antidepressiva por lo menos un mes y en dosis estable no fueron excluidos de la investigación. Los pacientes tuvieron que dar su consentimiento informado para participar de la investigación.

## **Tratamientos**

Los participantes recibieron  $25 \pm 3$  sesiones de terapia cognitivo-conductual integradora en régimen ambulatorio. (Babl et al., 2022). Las formas de tratamiento podían ser TCC + terapia centrada en las emociones o TCC + autorregulación. No hubo diferencias significativas en los efectos del tratamiento sobre el resultado a lo largo del período de intervención entre las dos condiciones (Caspar et al., 2022) y no nos es sabido en cuál de las dos opciones consistió el tratamiento de cada uno de los pacientes.

El tratamiento se ofreció de manera gratuita en cumplimiento de la normas éticas cantonales suizas para ensayos clínicos experimentales. Los participantes asistían a las sesiones de terapia una vez por semana y no recibieron compensación económica.

Como parte de su formación, las terapeutas habían recibido previamente entre otros, cursos de técnicas cognitivas (8 h) y específicamente de TCC para la depresión (16 h). Participaron además en una formación de actualización en TCC para la depresión (16 h), un curso introductorio de 8 h en EBCT-R (terapia cognitiva basada en la exposición para la depresión), así como formaciones en programación de actividades (4 h), formación en asertividad (8 h), técnicas de terapia centrada en las emociones (24 h) y técnicas seleccionadas de mindfulness (8 h) impartidas por clínicos experimentados y expertos (grosse Holtforth et al., 2019).

## **Materiales**

**El Sistema de valoración de reparación de ruptura** (3RS por sus siglas en inglés) (3RS; Eubanks et al., 2015a) es un sistema de codificación para que los observadores informen de las rupturas de alianza y las estrategias de resolución cada cinco minutos durante las sesiones de terapia. Se utilizan siete marcadores como indicadores de WR (ruptura de retirada) y CR (ruptura de confrontación), mientras que se pueden codificar diez estrategias de RR (reparación de ruptura). Las calificaciones globales de WR, CR y RR se dan en base a las calificaciones de 5 minutos después de ver toda la sesión de terapia: para las rupturas, la

importancia (no la frecuencia o la duración) se evalúa en una escala Likert de cinco puntos de 1 (sin importancia) a 5 (gran importancia); para las resoluciones, la eficacia de la estrategia de resolución se evalúa en una escala Likert de cinco puntos de 1 (mala resolución/alianza deteriorada) a 5 (muy buena resolución/mejora de la alianza). La 3RS ha demostrado ser un instrumento de medida fiable y válido para detectar rupturas en la alianza (Eubanks, Lubitz et al., 2018).

Dos estudiantes de psicología de nivel máster codificaron 207 sesiones de terapia basándose en el manual 3RS (Babl et al., 2022). Se estableció la fiabilidad entre evaluadores para el 10% de la muestra ( $25 \pm 3$  sesiones) y las tres puntuaciones globales (WR, CR, RR) fueron la unidad de análisis para estos análisis de fiabilidad. Los coeficientes de correlación intraclass (CCI) para las rupturas se situaron en el rango muy bueno (Shrout, 1998) con 0,89 para WR y 0,96 para CR. Se obtuvo un valor de CCI de 0,73 para la eficacia de las estrategias de RR, lo que indica una buena concordancia entre los calificadores.

**Inventario de depresión de Beck.** La versión revisada del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II; Hautzinger, Keller, y Kühner, 2006) es una herramienta de autoevaluación que consta de 21 ítems para determinar los síntomas depresivos durante las últimas dos semanas. El BDI-II no sólo es un indicador de la gravedad de los síntomas depresivos de acuerdo con el DSM-IV, sino también una de las medidas más utilizadas en la práctica clínica y la investigación (Kühner, Bürger, Keller, y Hautzinger, 2007). Ha demostrado tener propiedades psicométricas sólidas (Hautzinger et al., 2006).

## Aspectos Éticos

Los pacientes tuvieron que dar su consentimiento informado para participar de la investigación.

El tratamiento se ofreció de manera gratuita en cumplimiento de la normas éticas cantonales suizas para ensayos clínicos experimentales. Los participantes asistían a las sesiones de terapia una vez por semana y no recibieron compensación económica.

El protocolo de la investigación fue aprobado por el comité local de ética.

## Análisis de datos y Resultados

Graficamos las medidas del 3RS para cuatro sesiones por cada paciente, llegando a un total de 16 gráficos que incluimos en el apéndice. Usamos en esta instancia 6 de ellos, los cuales mejor reflejan las conclusiones a las que llegamos.

### Características de la muestra

Paciente 1A. Mujer, 25 años, episodio único de depresión mayor. El puntaje BDI pasó de 34 en la primera sesión a 6 en la vigesimocuarta sesión. Trabajó con la terapeuta 1, mujer de 44 años.

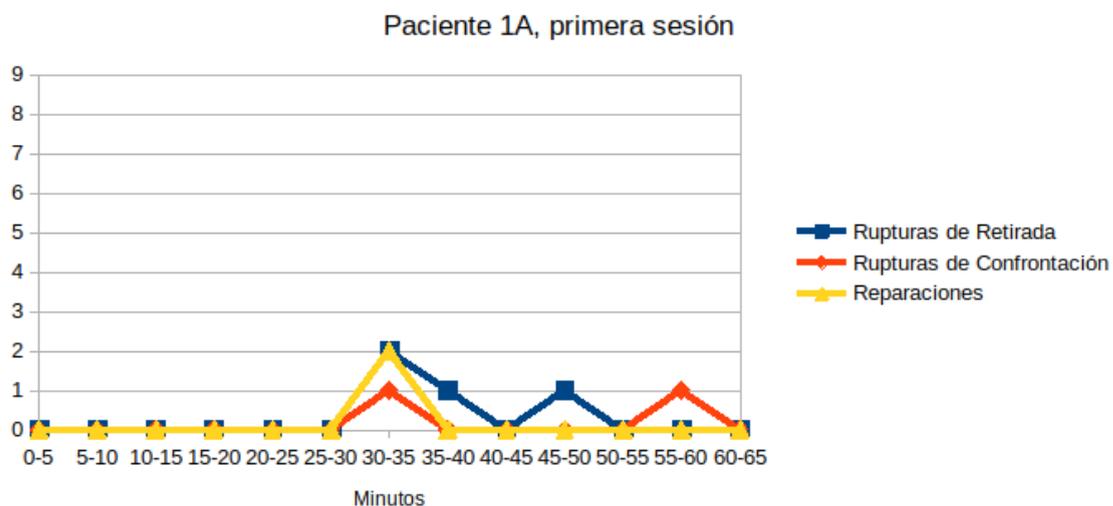
Paciente 1B. Hombre, 28 años, distimia. El puntaje BDI pasó de 25 en la primera sesión a 22 en la vigesimocuarta sesión. Trabajó con la terapeuta 1, mujer de 42 años.

Paciente 2A. Hombre, 22 años, depresión mayor recurrente. El puntaje BDI pasó de 28 en la primera sesión a 3 en la vigesimocuarta sesión. Trabajó con la terapeuta 2, mujer de 32 años.

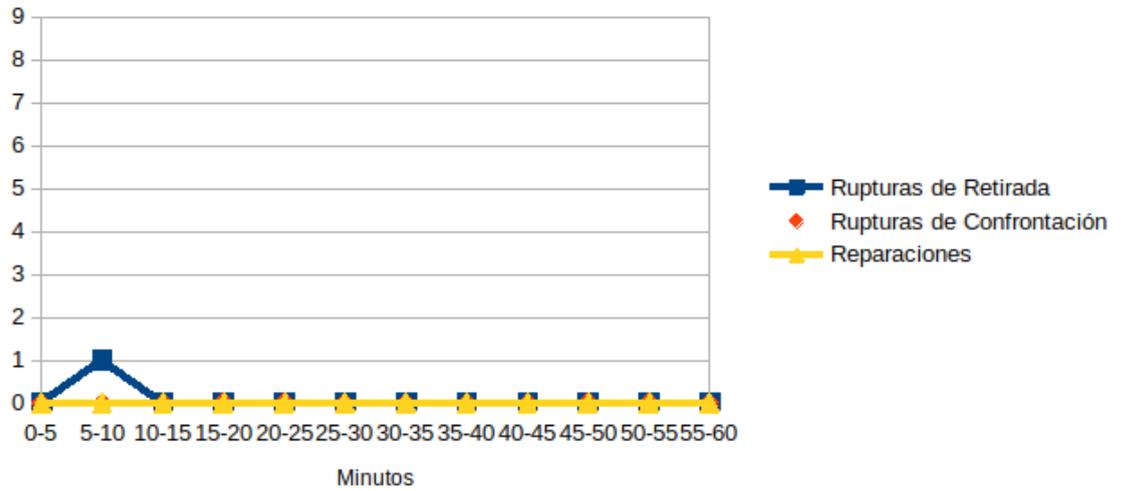
Paciente 2B. Hombre, 31 años, depresión mayor recurrente. El puntaje BDI pasó de 7 en la primera sesión a 35 en la vigesimocuarta sesión. Trabajó con la terapeuta 2, mujer de 33 años.

### Resultados: procesos de negociación de la alianza en las sesiones

Presentamos a continuación los resultados del 3RS correspondientes a las sesiones que identificamos como las más ilustrativas.

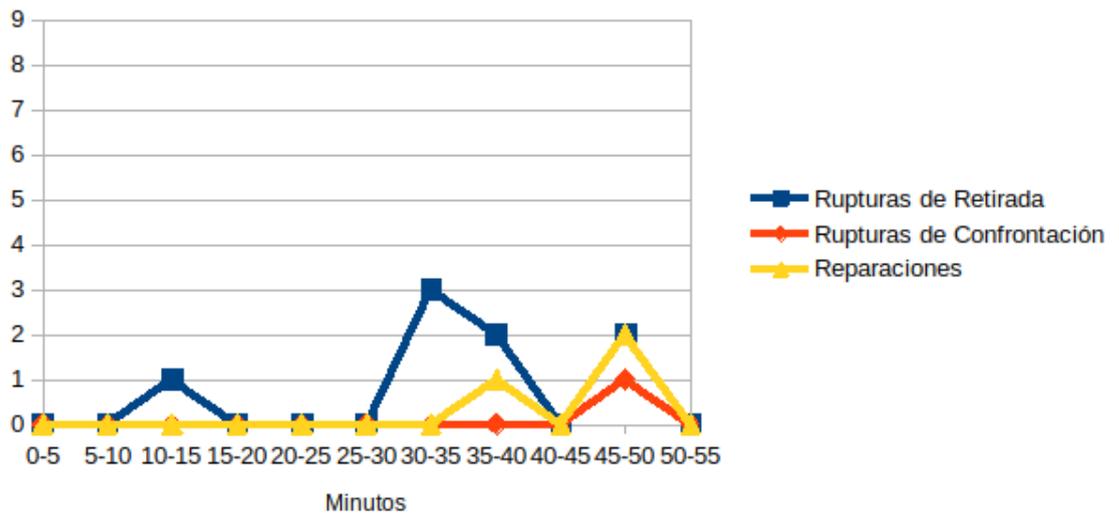


Paciente 1A, vigesimocuarta sesión

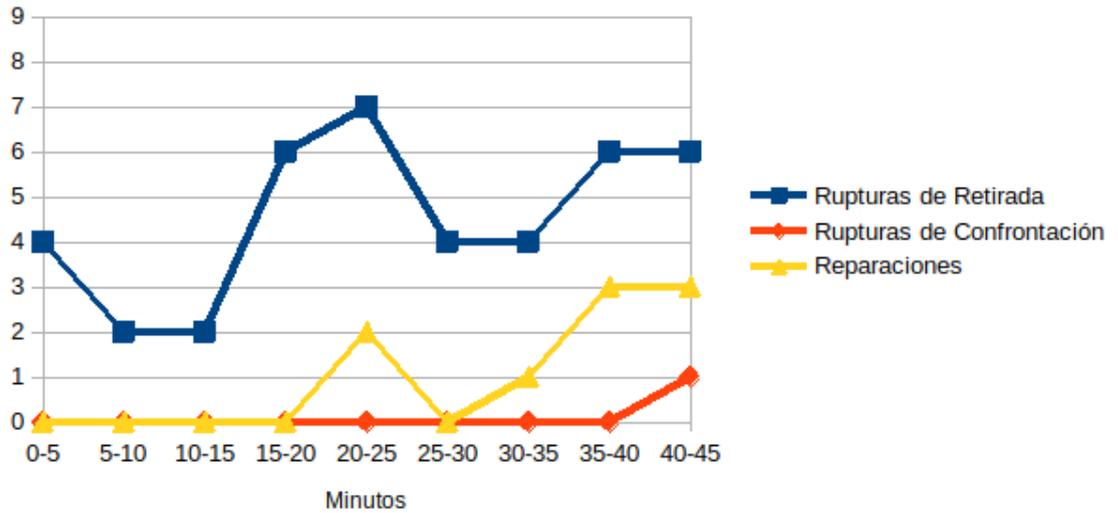


Paciente 1A: Durante la primera sesión, se observaron rupturas de confrontación acompañadas por dos casos de ruptura de retirada en el segmento 30-35. La terapeuta respondió mediante dos intervenciones de reparación. A lo largo de esta sesión, surgieron dos nuevos episodios de ruptura de retirada y, al final, emergió otra ruptura de confrontación. No se registraron intervenciones ulteriores de reparación. En la vigesimocuarta sesión, se identificó un único caso de ruptura de retirada en el segmento 10-15. No se documentaron rupturas de confrontación ni intervenciones de reparación.

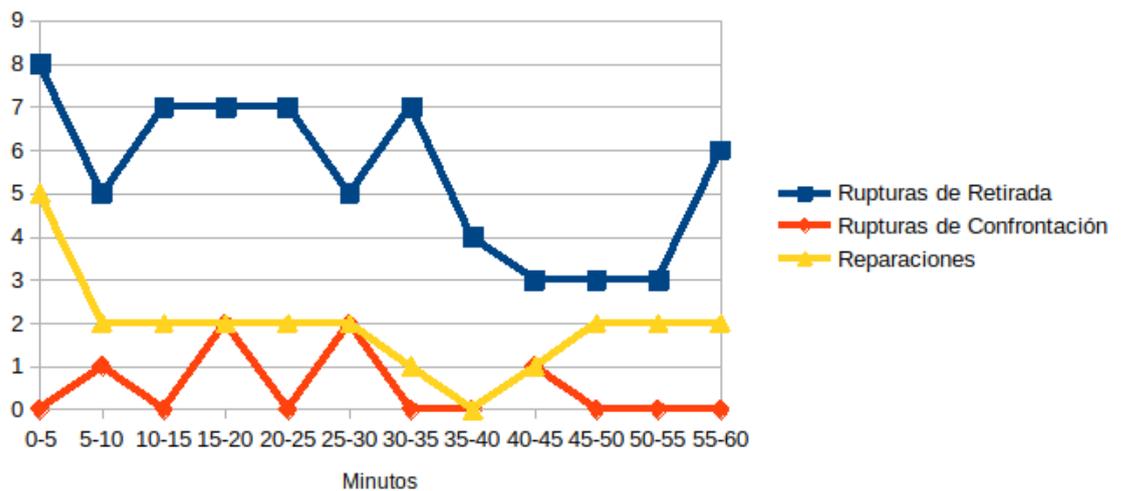
Paciente 1B, primera sesión



Paciente 1B, decimosexta sesión

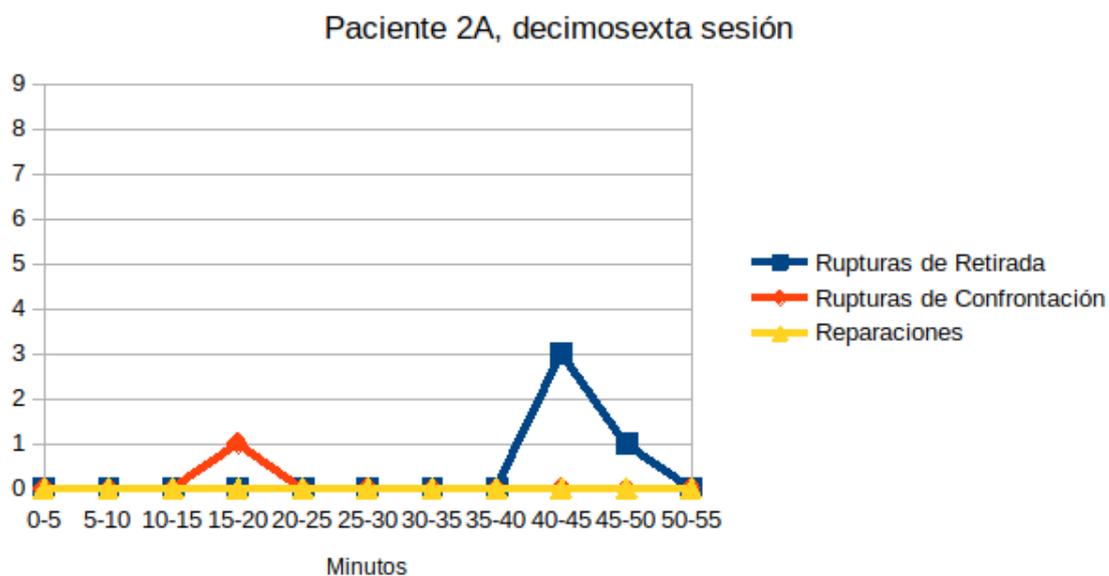


Paciente 1B, vigesimocuarta sesión



Paciente 1B: En la primera sesión, se identificó una ruptura de retirada en el segmento 10-15, seguida de tres episodios adicionales de ruptura de retirada en el segmento 30-35, y dos más en el segmento 35-40. Posteriormente, se efectuó una reparación. Hacia el final de la sesión, en el segmento 50-55, se detectaron dos casos de ruptura de retirada y uno de ruptura de confrontación, seguidos por dos intervenciones de reparación. En la decimosexta sesión, se manifestaron situaciones de ruptura de retirada en todos los segmentos, variando entre 2 y 7 por segmento. Entre el segmento 30 y el final de la sesión, se contabilizaron 5 intentos de reparación, y en el último segmento emergió una ruptura de confrontación. Esta sesión tuvo una duración menor: 40 a 45 minutos. En la vigesimocuarta sesión, se observaron 8 casos de

ruptura de retirada y 5 intervenciones de reparación durante los primeros cinco minutos. Las rupturas de retirada continuaron a lo largo de todos los segmentos durante el resto de la sesión, alcanzando su punto más bajo de 3 casos de ruptura de retirada por segmento entre los segmentos 40 y 55. En el último segmento, a partir del minuto 55, se registraron 6 casos de ruptura de retirada.



Paciente 2A: En la decimosexta sesión, se presentó una ruptura de confrontación en el segmento 15-20, dos rupturas de retirada en el segmento 40-45 y una ruptura de retirada en el segmento 45-50. No se registraron intervenciones de reparación.

A continuación ilustraremos cómo se vinculan estos datos con nuestros objetivos específicos:

**Características de los procesos de rupturas de retirada en la alianza durante las sesiones y su vínculo con los cambios terapéuticos (objetivo específico #1)**

Observamos, a través de todas las sesiones para las que tenemos datos, una mayor cantidad de rupturas de retirada en los casos no exitosos que en los casos exitosos. Esta diferencia es particularmente marcada en las vigesimocuartas sesiones, en las que para pacientes 1A y 2A observamos una disminución marcada de incidencia de rupturas. Esto contrasta con los casos sin mejoría sintomática, Pacientes 1B y 2B, para los que se evidencia un aumento en la incidencia de rupturas para esa misma sesión.

Para pacientes 1A y 2A se evidenció la mayor cantidad de rupturas de retirada en las sesiones 16ta y 8va, respectivamente. Es decir, durante la parte central del tratamiento.

## **Características de los procesos de rupturas de confrontación en la alianza durante las sesiones y su vínculo con los cambios terapéuticos (objetivo específico #2)**

Nuestro segundo objetivo específico fue *evaluar las características de los procesos de rupturas de confrontación en la alianza durante las sesiones y su vínculo con los cambios terapéuticos*.

Podemos observar una predominancia de rupturas de retirada en contraposición a rupturas de confrontación. En todas las sesiones en las que hubo rupturas de confrontación hubo también rupturas de retirada. Las rupturas de confrontación estuvieron ausentes en las 24mas sesiones de los pacientes con remisión de síntomas, mientras que para estas mismas sesiones tuvieron su auge en los pacientes sin remisión de síntomas, como por ejemplo para el paciente 2B, para quien registramos una sola ruptura en todo el tratamiento que se dio en su sesión 24.

Los casos no exitosos presentaron un promedio de 8 rupturas (tanto de retirada como de confrontación) en la primera sesión, mientras que los casos exitosos mostraron 3 y 6 rupturas, respectivamente.

## **Características de las estrategias de reparación del terapeuta durante las sesiones y su vínculo con los cambios terapéuticos (objetivo específico #3)**

Nuestro tercer objetivo específico fue *evaluar las características de las estrategias de reparación del terapeuta durante las sesiones y su vínculo con los cambios terapéuticos*.

Registramos 1 estrategia de reparación por proceso terapéutico para la terapeuta 2, que no respondió con reparaciones a la mayoría de las rupturas. Estas fueron posteriores a una ruptura de confrontación. En contraste, para la terapeuta 1 tenemos registradas 35 reparaciones en su caso sin remisión de síntomas, y 4 en su caso con remisión de síntomas.

Para ambas terapeutas hubo rupturas a las que no respondieron con reparaciones.

## **Discusión y Conclusión**

En el marco de esta investigación nos hemos propuesto como objetivo general evaluar las características de los procesos de negociación de alianza durante las sesiones y su vínculo con los cambios terapéuticos, y como objetivos específicos evaluar las características de i) rupturas de retirada en la alianza -, ii) rupturas de confrontación en la alianza - y iii) estrategias de reparación del terapeuta durante las sesiones y su vínculo con los cambios terapéuticos. Esta tendencia coincide con hallazgos previos en la literatura (Eubanks et al., 2018) y podría estar influenciada por la presencia de sintomatología depresiva, caracterizada por manifestaciones de tristeza y falta de motivación.

La disminución de la incidencia de rupturas durante la última sesión en los casos exitosos de terapia podría vincularse con la confianza que los pacientes han desarrollado en el

terapeuta a medida que experimentan mejoras en su tratamiento. Durante esta fase de cierre, se evitan temas nuevos que puedan generar resistencia en los pacientes. Siguiendo el modelo de cambio de Prochaska y DiClemente (DiClemente et al., 1990), el terapeuta se enfoca en asesorar a los pacientes sobre cómo mantener los avances obtenidos, prevenir recaídas y concluir el tratamiento.

Por otro lado, en las vigesimocuartas sesiones de los casos sin mejoría sintomática observamos el fenómeno inverso y esto podría interpretarse considerando que después de 24 sesiones de terapia sin mejoras sustanciales, los pacientes pueden experimentar desilusión y una disminución de su compromiso con el proceso terapéutico.

La cantidad de rupturas en la primera sesión puede tener un valor predictivo y correlacionarse inversamente con los resultados terapéuticos. Estos hallazgos coinciden con conclusiones previas de investigaciones que han identificado la negociación temprana de la alianza como un predictor del resultado terapéutico (Zilcha-Mano y Errazúriz, 2017 y Manubens et al., 2023).

Las rupturas a las que no siguió una estrategia de reparación pueden ser debidas al uso de un estándar riguroso para definir las rupturas, en contraposición a una definición más sensible y clínicamente relevante, como por ejemplo la detección de signos sutiles que requieren atención clínica (McLaughlin et al., 2014).

A diferencia de lo que sugieren estudios previos (Eubanks et al., 2018), con nuestros resultados no podemos afirmar que un mayor uso de reparaciones esté asociado con un mejor resultado terapéutico.

A pesar de sus limitaciones, este estudio proporciona indicios preliminares de una posible asociación entre los procesos de negociación de la alianza terapéutica durante las primeras sesiones de tratamiento y el éxito en psicoterapia. Futuras investigaciones podrían enfocarse en esta asociación en una muestra más grande que permita llegar a conclusiones con significación estadística.

## Referencias bibliográficas

Abbass, A., y Town, J. (2021). Alliance rupture-repair processes in intensive short-term dynamic psychotherapy (ISTDP): Working with resistance. *Journal of Clinical Psychology*.

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.

Babl, A., Berger, T., Gómez Penedo, J. M., grosse Holtforth, M., Caspar, F., y Eubanks, C. F. (2022). Disaggregating between- and within-patient effects of ruptures and resolutions on the therapeutic alliance and symptom severity. *Psychotherapy*, 59(4), 567–571.

Barber, J. P., Khalsa, S. R., y Sharpless, B. A. (2007). The validity of the alliance as a predictor of psychotherapy outcome. In J. C. Norcross y M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (2nd ed., pp. 21-38). Oxford University Press.

Beck, A. T. (1983). Cognitive therapy of depression: New perspectives. In P. J. Clayton y J. E. Barrett (Eds.), *Treatment of depression: Old controversies and new approaches* (pp. 107-128). Raven Press.

Beck, A. T. (2005). *Terapia cognitiva: teoría y práctica*. Paidós.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., y Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Desclée De Brouwer.

Beck, J. (2000). *Cognitive therapy: Basics and beyond*. Guilford Press.

Beutler, L. E. (1992). Eclectic psychotherapy: A common factors approach. In J. C. Norcross y M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 3-40). Basic Books.

Blackmore, R. (1979). *A Treatise of the Spleen and Vapours, or Hypochondriacal and Hysterical Affections: With Three Discourses on the Nature and Cure of the Cholick, Melancholy, and Palsies*. Doddington Press.

Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16, 252–260.

Bordin, E. S. (1983). A Working Alliance. Based Model of Supervision. *The Counseling Psychologist*, 11, 35–42.

Bordin, E. S. (1994). Theory and research on the therapeutic working alliance: New directions. A.O. Horvath, y L.S. Greenberg (Eds.), *The working alliance: theory, research and practice* (pp. 13-37). New York: John Wiley y Sons.

Boritz, T., Barnhart, R., Eubanks, C. F., y McMMain, S. (2018). Alliance rupture and resolution in dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 32, 115–128. <http://dx.doi.org/10.1521/pedi.2018.32.suppl.115>

Boritz, T., Varman, S., Macaulay, C., y McMMain, S. (2021). Alliance rupture and repair in early sessions of dialectical behavior therapy (DBT): The case of Rachel. *Journal of Clinical Psychology*.

Brenner, C. (1979). Working alliance, therapeutic alliance, and transference. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 27, 137–158.

Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M., y Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 26(1), 17-31.

Cameron, S., Rodgers, J., y Dagnan, D. (2018). The relationship between the therapeutic alliance and clinical outcomes in cognitive behaviour therapy for adults with depression: A meta-analytic review. *Clinical Psychology y Psychotherapy*, 25(3), 446-456. [doi:10.1002/cpp.2180](https://doi.org/10.1002/cpp.2180)

Chambless, D. L., y Ollendick, T. H. (2001). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 685-716.

Chang, D. F., Dunn, J., y Omid, M. (2021). A critical-cultural-relational approach to rupture resolution: A case illustration with a cross-racial dyad. *Journal of Clinical Psychology*.

Coelho, H. F. (2007). Mindfulness-based cognitive therapy in the treatment of recurrent major depressive disorder: A pragmatic study in Brazilian public healthcare system. *São Paulo Medical Journal*, 125(4), 233-238.

Conti, A. A. (2007). The history of depression: The evolution of diagnosis and treatment. In J. J. Mann y A. A. Conti (Eds.), *Depression in neurologic disorders: Diagnosis and management* (pp. 1-14). Blackwell Publishing.

Coutinho, J., Ribeiro, E., Sousa, I., y Safran, J. D. (2014). Comparing two methods of identifying alliance rupture events. *Psychotherapy*, 51, 434–442. <http://dx.doi.org/10.1037/a0032171>

Crits-Christoph, P., Gibbons, M. B. C., Crits-Christoph, K., Narducci, J., Schamberger, M., y Gallop, R. (2006). Can therapists be trained to improve their alliances? A preliminary study of alliance-fostering psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 16, 268–281.

Crits-Christoph, P., Gibbons, M. B. C., Hamilton, J., Ring-Kurtz, S., y Gallop, R. (2011). The dependability of alliance assessments: The alliance–outcome correlation is larger than you might think. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(3), 267–278.  
<https://doi.org/10.1037/a0023668>

Curtis, H. (1979). The concept of the therapeutic alliance: Implications for the widening scope. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 27, 159–192.

Crits-Christoph, P., Gibbons, M. B. C., Hamilton, J., Ring-Kurtz, S., y Gallop, R. (2011). The dependability of alliance assessments: The alliance–outcome correlation is larger than you might think. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(3), 267–278.  
<https://doi.org/10.1037/a0023417>

DeRubeis, R. J., Gelfand, L. A., Tang, T. Z., y Simons, A. D. (1999). Medications versus cognitive behavior therapy for severely depressed outpatients: Mega-analysis of four randomized comparisons. *American Journal of Psychiatry*, 156(7), 1007-1013.

DiClemente, C.C., Prochaska, J.O., Fairhurst, S.K. et al. (1991) The process of smoking cessation: an analysis of precontemplation, contemplation, and preparation stages of change, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59: 295–304.

Echeburúa, E., y De Corral, P. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión: Una revisión. *Psicothema*, 13(2), 177-194.

Ehrenberg, A. (2000). *The weariness of the self: Diagnosing the history of depression in the contemporary age*. McGill-Queen's Press.

Ehrlich, T., y Lutz, W. (2015). Neue Ansätze zur Modellierung diskontinuierlicher Verläufe in der Psychotherapie: "Sudden gains" und "sudden losses." *Psychotherapeut*, 60, 205–209.

Elliott, R., y MacDonald, J. (2021). Relational dialogue in emotion focused therapy (EFT). *Journal of Clinical Psychology*.

Eubanks-Carter, C., Muran, J. C., y Safran, J. D. (2010). Alliance ruptures and resolution. In J. C. Muran y J. P. Barber (Eds.), *The therapeutic alliance: An evidence-based guide to practice* (pp. 74–94). New York, NY: Guilford Press.

Eubanks, C.F., Muran, J.C., y Safran, J.D. (2015). Rupture Resolution Rating System (3RS): Manual. Unpublished manuscript, Mount Sinai-Beth Israel Medical Center, New York.

Eubanks, C. F., Muran, J. C., y Safran, J. D. (2018). Alliance rupture repair: A meta-analysis. *Psychotherapy*, 55, 508–519.

Eysenck, H. J. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16(5), 319-324.

Falkenström, F., Ekeblad, A., y Holmqvist, R. (2016). Improvement of the working alliance in one treatment session predicts improvement of depressive symptoms by the next session. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 84(8), 738-751.  
doi:10.1037/ccp0000119

Falkenström, F., Granström, F., y Holmqvist, R. (2013). Therapeutic alliance predicts symptomatic improvement session by session. *Journal of Counseling Psychology*, 60(3), 317–328. <https://doi.org/10.1037/a0032384>

Fenichel, O. (1941). Problems of psychoanalytic technique. *Psychoanalytic Quarterly*, VII, 421–442.

Fernández Alvarez, H. (1992). Evaluación y tratamiento de los trastornos mentales. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 12(44), 311-328.

Frank, E., Kupfer, D. J., Wagner, E. F., McEachran, A. B., y Cornes, C. (1990). Efficacy of interpersonal psychotherapy as a maintenance treatment of recurrent depression: contributing factors. *Archives of General Psychiatry*, 47(10), 840-848.

Freud, S. (1912). Sobre la dinámica de la transferencia. *Obras completas*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, Vol. XII, 97-106.

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. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-0167.41.3.296>

Gómez Penedo, J. M. (2017). Variables del paciente y del proceso psicoterapéutico vinculadas a predictores tempranos de cambio. Tesis doctoral, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.

grosse Holtforth, M., Krieger, T., Zimmermann, J., Altenstein-Yamanaka, D., Dörig, N., Meisch, L., y Hayes, A. M. (2019). A randomized-controlled trial of cognitive-behavioral therapy

for depression with integrated techniques from emotion-focused and exposure therapies. *Psychotherapy Research*, 29(1), 30–44. <https://doi.org/10.1080/10503307.2017.1397796>

Greenson, R. R. (1965). The working alliance and the transference neurosis. *Psychoanalytic Quarterly*, 34, 155–181.

Greenson, R. R. (1967). *Technique and practice of psychoanalysis*. New York, NY: International Universities Press.

Hatcher, R. L. y Gillaspay, J. A. (2006). Development and validation of a revised short version of the working alliance inventory. *Psychotherapy Research*, 16, 12–25. <http://doi.org/10.1080/10503300500352500>

Hautzinger, M., Keller, F., y Kühner, C. (2006). *Beck depressions-inventar: BDI-II*. Frankfurt am Main: Harcourt Test Services.

Hill, C., Thompson, B. y Corbett, M. (1992). The impact of therapist ability to perceive displayed and hidden client reactions on immediate outcome in first sessions of brief therapy. *Psychotherapy Research*, 2, 143–155. <http://doi.org/10.1080/10503309212331332914>

Hollon, S. D., DeRubeis, R. J., Shelton, R. C., Amsterdam, J. D., Salomon, R. M., O'Reardon, J. P., ... y Gallop, R. (2005). Prevention of relapse following cognitive therapy vs. medications in moderate to severe depression. *Archives of General Psychiatry*, 62(4), 417-422.

Horowitz, L. M. (1979). On the cognitive structure of interpersonal problems treated in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 5–15.

Horvath, A. O. y Bedi, R. P. (2002). The Alliance. En J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy Relationships That Work* (pp. 37–70). New York: Oxford University Press. <http://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

Jacobson, N. S. y Truax, P. (1991). Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 12–19.

Jackson, S. W. (1986). *Melancholia and depression: From Hippocratic times to modern times*. Yale University Press.

Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. Delta.

Kazantzis, N., y Okamoto, A. (2021). Alliance ruptures in cognitive behavior therapy (CBT): A cognitive conceptualization. *Journal of Clinical Psychology*.

Keegan, D. L. (2007). Modelos teóricos y clínicos para la conceptualización y tratamiento de la depresión. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 1(1), 17-24.

Klerman, G. L., Weissman, M. M., Rounsaville, B. J., y Chevron, E. S. (1984). *Interpersonal Psychotherapy of Depression*. Basic Books.

Korman, G.P.; Garay, C. y Etchevers, M. (2007). Impacto de las categorías culturales de la Asociación Americana de Psiquiatría en las Residencias de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires. Premio Facultad de Psicología Facultad de Psicología (pp. 11-28). Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires: Departamento de Publicaciones de la Facultad de Psicología.

Kraepelin, E. (2007). *Compendium Der Psychiatrie: Zum Gebrauch Für Studierende Und Aerzte [Compendio de Psiquiatría: Para Uso de Estudiantes y Médicos]*. VDM Verlag Dr. Müller.

Kriz, T. L. (2002). La historia de las terapias cognitivas. *Psicothema*, 14(Supl. 1), 2-7.

Kühner, P. D. C., Bürger, C., Keller, F., y Hautzinger, M. (2007). Reliabilität und Validität des Revidierten Beck-Depressionsinventars (BDI-II). *Der Nervenarzt*, 78(6), 651– 656.

Lambert, M. J. (1992). Implications of psychotherapy outcome research for eclectic psychotherapy. In J. C. Norcross y M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 94-129). Basic Books.

Lau, M. A., y McMain, S. F. (2005). Integrating mindfulness meditation with cognitive and behavioural therapies: the challenge of combining acceptance-and-change-based strategies. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50(13), 863-869.

Leichsenring, F. (2001). Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioral therapy in depression: A meta-analytic approach. *Clinical Psychology Review*, 21(3), 401-419.

Lewinsohn, P. M. (1975). The behavioral study and treatment of depression. In C. M. Franks, T. M. Roberts, y J. P. Clarkin (Eds.), *Vistas in behavioral psychotherapy* (pp. 79-109). Springer.

Lewinsohn, P. M., Allen, N. B., Seeley, J. R., y Gotlib, I. H. (1999). First onset versus recurrence of depression: Differential processes of psychosocial risk. *Journal of Abnormal Psychology*, 108(3), 483-489.

Manubens, R. T., Babl, A., Doran, J., Roussos, A., Alalu, N., y Gómez Penedo, J. M. (2023). Alliance negotiation as a predictor of early treatment outcome. *Journal of Clinical Psychology*, 79, 1740–1751. <https://doi.org/10.1002/jclp.23498>

McLaughlin, A. A., Keller, S. M., Feeny, N. C., Youngstrom, E. A., y Zoellner, L. A. (2014). Patterns of therapeutic alliance: Rupture-repair episodes in prolonged exposure for posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82, 112–121. <http://dx.doi.org/10.1037/a0034696>

Muran, J. C., Safran, J. D., Samstag, L. W., y Winston, A. (2005). Evaluating an alliance-focused treatment for personality disorders. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42, 532–545.

Muran, J. C., Safran, J. D., Gorman, B. S., Samstag, L. W., Eubanks-Carter, C., y Winston, A. (2009). The relationship of early alliance ruptures and their resolution to process and outcome in three time-limited psychotherapies for personality disorders. *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training*, 46(2), 233–248.

Muran, J. C., y Eubanks, C. F. (2020). Therapist performance under pressure: Negotiating emotion, difference, and rupture. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000182-000>

Murray, C. J., y Lopez, A. D. (1996). The global burden of disease: A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. Harvard School of Public Health.

Mitchell, S. A. (1988). Relational concepts in psychoanalysis. An integration. Cambridge, MA: Harvard University Press, Cambridge. <http://doi.org/10.1037/028484>

New York Neurological Society (1905) Proceedings. *Journal of Nervous and Mental Disease* 32(2): 113–120.

Norcross, J. C., y Goldfried, M. R. (Eds.). (2005). Handbook of psychotherapy integration. Oxford University Press.

Norcross, J.C., y Wampold, B.E. (2011). Evidence-based Therapy Relationships: Research Conclusions and Clinical Practices. *Psychotherapy*, 48(1), 98-102.

Ogles, B. M. (2013). Measuring change in psychotherapy research. En M. J. Lambert (Ed.). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (6ta ed., pp. 134–166). New Jersey: Wiley.

OMS. (1992). Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud (10th ed.). Organización Mundial de la Salud.

Plotkin, M. (2003). La depresión: Un enfoque cognitivo-conductual. Paidós.

Prochaska, J. O., y Norcross, J. C. (2018). Sistemas de psicoterapia: una guía integral en psicoterapia. Oxford University Press.

Ramseyer, F., Tschacher, W., y Drapeau, M. (2014). An exploration of symmetry in psychotherapy sessions. *Psychotherapy Research*, 24(6), 676–689.

<https://doi.org/10.1080/10503307.2014.917922>

Roei Chen, Dana Atzil-Slonim, Eran Bar-Kalifa, Ilanit Hasson-Ohayon y Eshkol Refaeli (2016). Therapists' recognition of alliance ruptures as a moderator of change in alliance and symptoms, *Psychotherapy Research*, DOI: 10.1080/10503307.2016.1227104

Roth, A., y Fonagy, P. (1995). What works for whom? A critical review of psychotherapy research. Guilford Press.

Roussos, A., Gómez Penedo, J. M. y Muiños, R. (2016). A time-series analysis of therapeutic alliance, interventions, and change in an evidence-based single-case study: Evidence for establishing change mechanisms in psychotherapy. *Psychotherapy Research*. DOI: 10.1080/10503307.2016.1174346.

Sacco, W. P., y Beck, A. T. (1995). Cognitive theory and therapy. En A. Tasman, S. M. Goldfinger, y J. Kay (Eds.), *Review of Psychiatry* (pp. 21-45). American Psychiatric Press.

Safran, J. D., y Muran, J. C. (1996). The resolution of ruptures in the therapeutic alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 447–458.

Safran, J. D., y Muran, J. C. (1998). The therapeutic alliance in brief psychotherapy. APA Books.

Safran JD, Muran JC (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. New York: Guilford Press.

Safran, J. D., y Muran, J. C. (2006). Has the concept of the alliance outlived its usefulness? *Psychotherapy*, 43, 286–29.

Safran, J. D., y Muran, J. C. (2006). The resolution of ruptures in the therapeutic alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(3), 479-490.

Safran, J., Muran, J. C., Demaria, A., Boutwell, C., Eubanks-Carter, C., y Winston, A. (2014). Investigating the impact of alliance-focused training on interpersonal process and therapists' capacity for experiential reflection. *Psychotherapy Research*, 24, 269–285.

Safran, J. D., Muran, J. C., Samstag, L. W. y Stevens, C. (2001). Repairing alliance ruptures. *Psychotherapy*, 38, 406–412.

Safran, J. D., Muran, J. C., Samstag, L. W. y Stevens, C. L. (2002). Repairing alliance ruptures. En J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy Relationships That Work* (pp. 235–254). New York: Oxford University Press. <http://doi.org/10.1037/a0022140>

Segal, Z. V., Williams, J. M., y Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. Guilford Press.

Siev, J., Huppert, J. D., y Chambless, D. L. (2009). The Dodo Bird, treatment technique, and disseminating empirically supported treatments. *the Behavior Therapist*, 32(4), 71-76.

Spitzer, R. L., y Wilson, J. P. (1982). *Descriptive psychopathology: The signs and symptoms of behavioral disorders*. Cambridge University Press.

Sterba, R. (1934). The fate of the ego in analytic therapy. *International Journal of Psychoanalysis*, 115, 117–126.

Sterba, R. (1940). The dynamics of the dissolution of the transference resistance. *Psychoanalytic Quarterly*, IX, 363–379.

Stevens, C. L., Muran, J. C., Safran, J. D., Gorman, B. S., y Winston, A. (2007). Levels and patterns of the therapeutic alliance in brief psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 61, 109–129.

Stiles, W. B., Glick, M. J., Osatuke, K., Hardy, G. E., Shapiro, D. A., y Agnew-Davies, R. (2004). Patterns of alliance development and the rupture-repair hypothesis: Are productive relationships U-shaped or V-shaped? *Journal of Counseling Psychology*, 51, 81–92.

Strauss, J. L., Hayes, A. M., Johnson, S. L., Newman, C. F., Brown, G. K., Barber, J. P., ... Beck, A. T. (2006). Early alliance, alliance ruptures, and symptom change in a nonrandomized trial of cognitive therapy for avoidant and obsessive-compulsive personality disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 337–345.

Summers, R.F., y Barber, J.P. (2003). Therapeutic Alliance as a Measurable Psychotherapy Skill. *Academic Psychiatry*, 27(3). Negociación de la alianza terapéutica.

Tee, J. M., y Kazantzis, N. (2011). Collaborative empiricism in cognitive therapy: A definition and theory for the relationship construct. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 18, 47–61.

Walser, R., y O'Connell, M. (2021). Acceptance and commitment therapy (ACT) and the therapeutic relationship: Rupture and repair. *Journal of Clinical Psychology*.

Wampold, B. E. (2010). *The basics of psychotherapy: An introduction to theory and practice*. American Psychological Association.

Wampold, B. E., Minami, T., Baskin, T. W., y Callen Tierney, S. (2002). A meta-(re)analysis of the effects of cognitive therapy versus "other therapies" for depression. *Journal of Affective Disorders*, 68(2-3), 159-165.

Whytt, R. (1767). *Observations on the Nature, Causes, and Cure of Those Disorders Which Have Been Commonly Called Nervous, Hypochondriac, or Hysterical: To Which Are Prefixed Some Remarks on the Sympathy of the Nerves*. London: T. Becket and P.A. De Hondt.

Zetzel, E. R. (1956). Current concept of transference. *International Journal of Psychoanalysis*, XXXVII, 369–376. <http://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

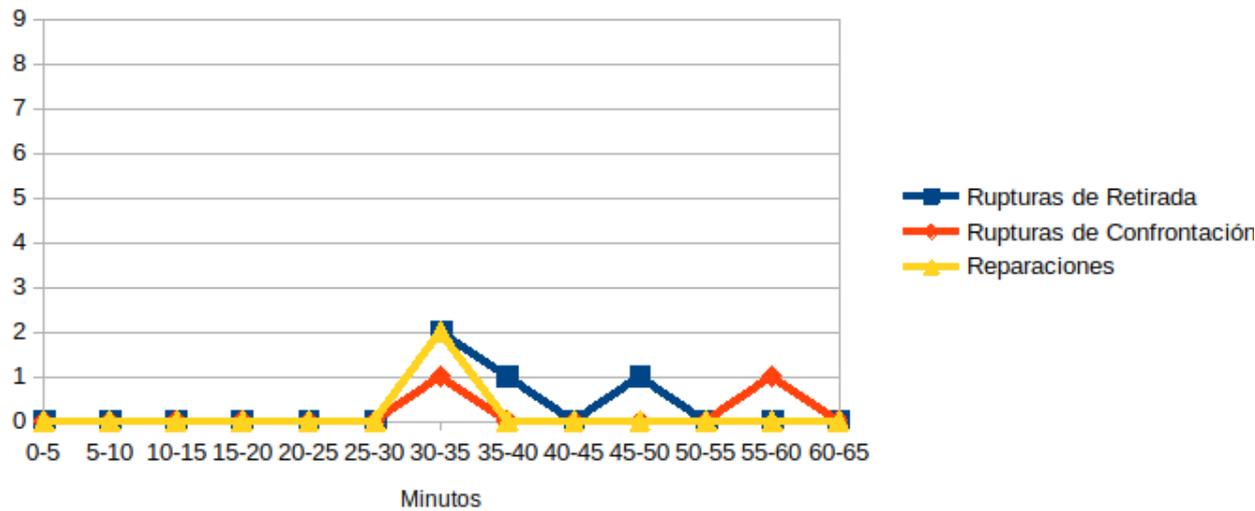
Zilcha-Mano, S. y Errázuriz, P. (2017). Early development of mechanisms of change as a predictor of subsequent change and treatment outcome: The case of working alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 85(5), 508–520. <https://doi.org/10.1037/ccp0000192>

## Apéndice

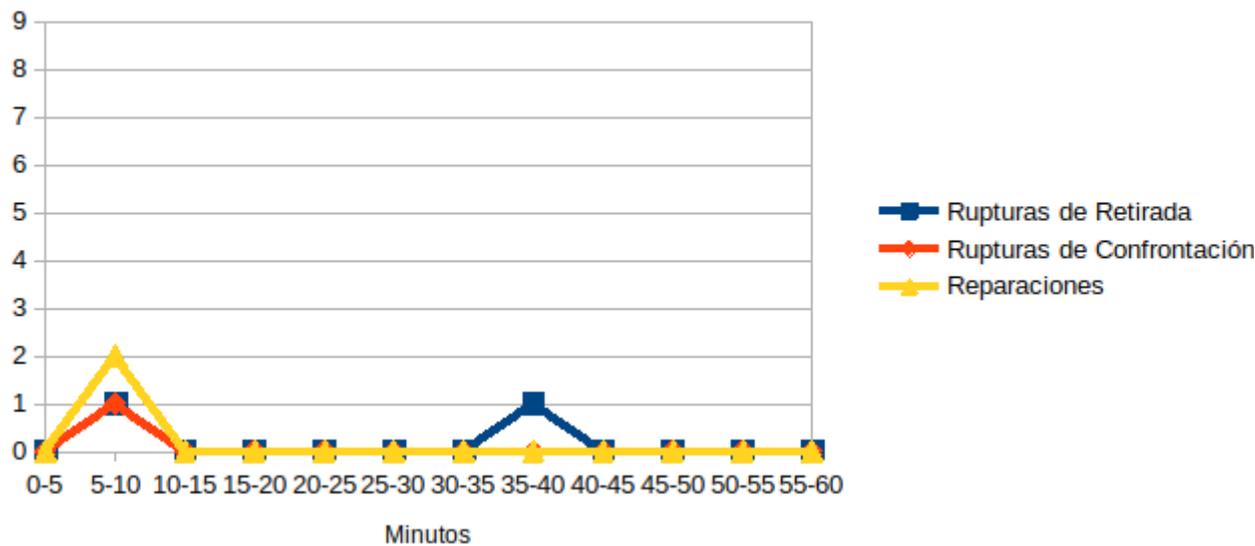
Gráficos de medición de negociación de alianza terapéutica tomados con el 3RS.

Paciente 1A. Mujer, 25 años, episodio único de depresión mayor. El puntaje BDI pasó de 34 en la primera sesión a 6 en la vigesimocuarta sesión. Trabajó con la terapeuta 1, mujer de 44 años.

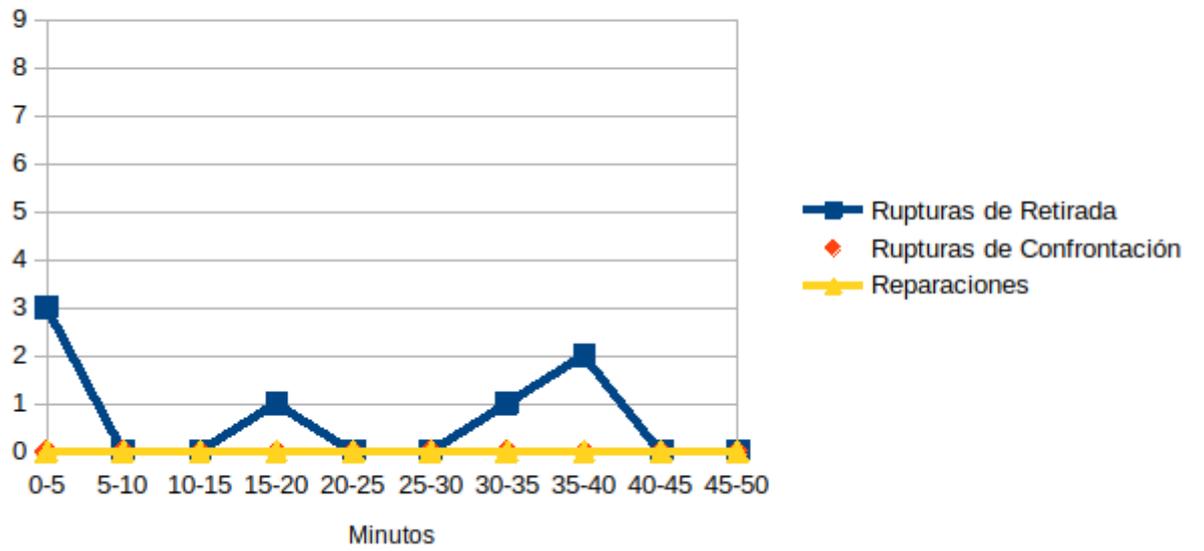
Paciente 1A, primera sesión



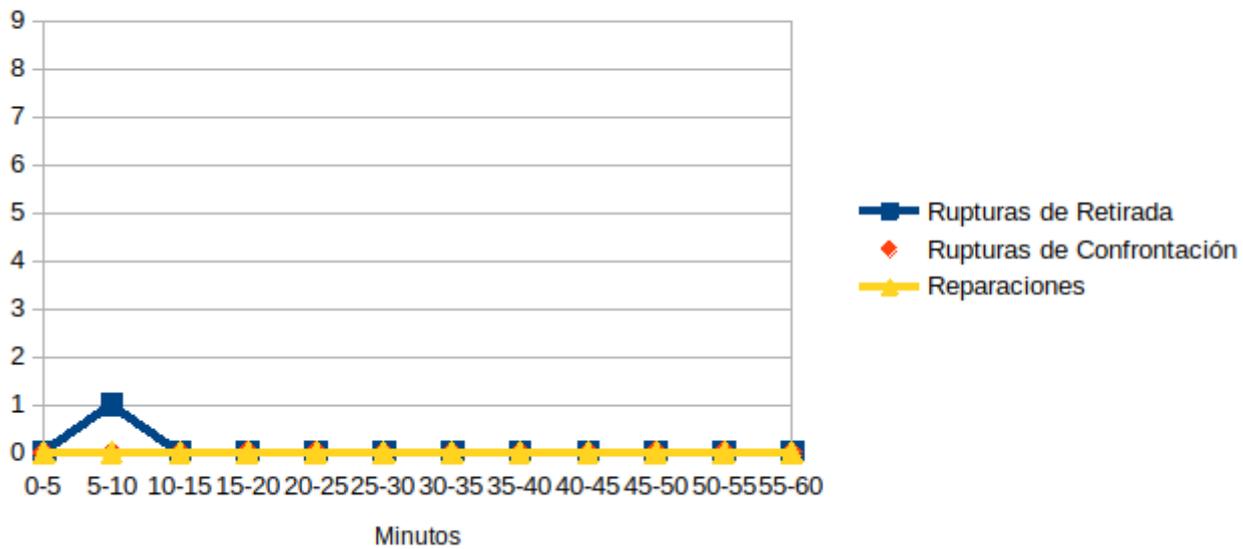
Paciente 1A, octava sesión



Paciente 1A, decimosexta sesión

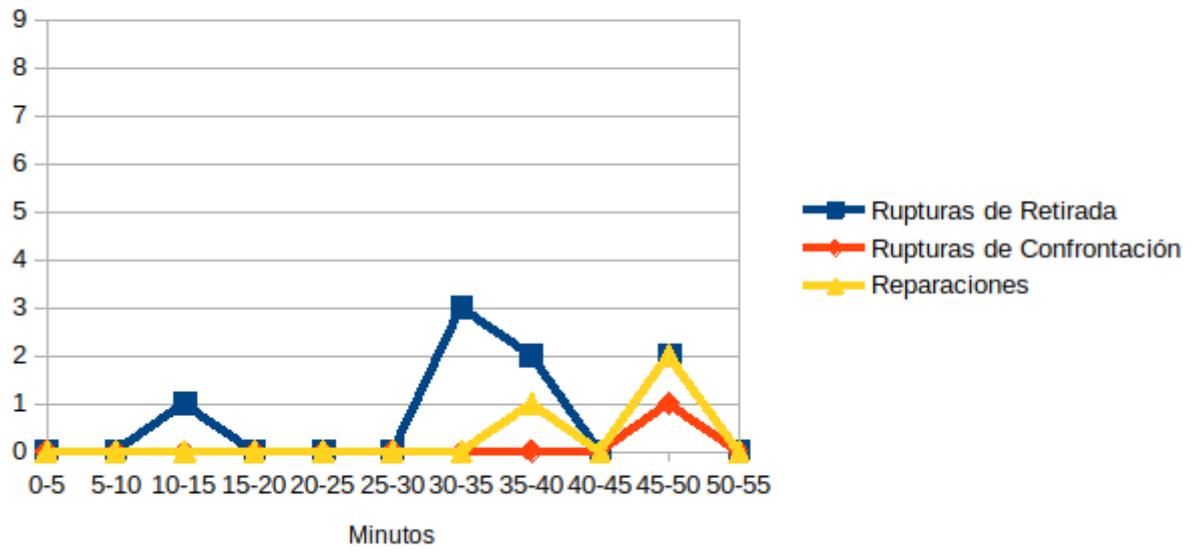


Paciente 1A, vigesimocuarta sesión

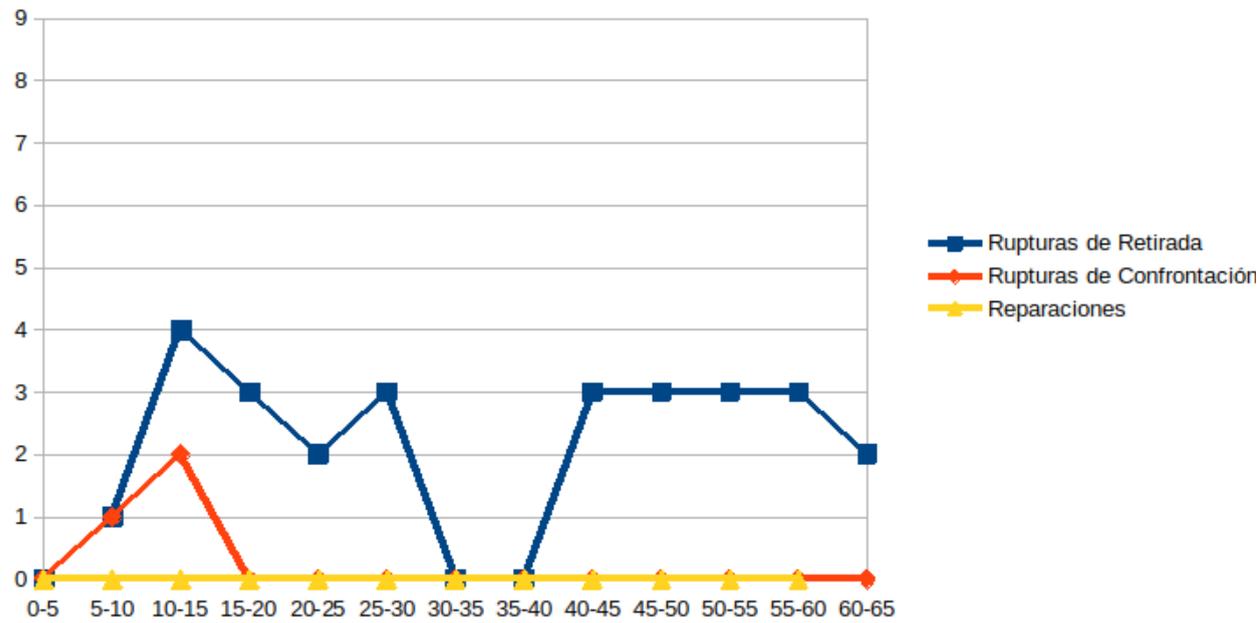


Paciente 1B. Hombre, 28 años, distimia. El puntaje BDI pasó de 25 en la primera sesión a 22 en la vigesimocuarta sesión. Trabajó con la terapeuta 1, mujer de 42 años.

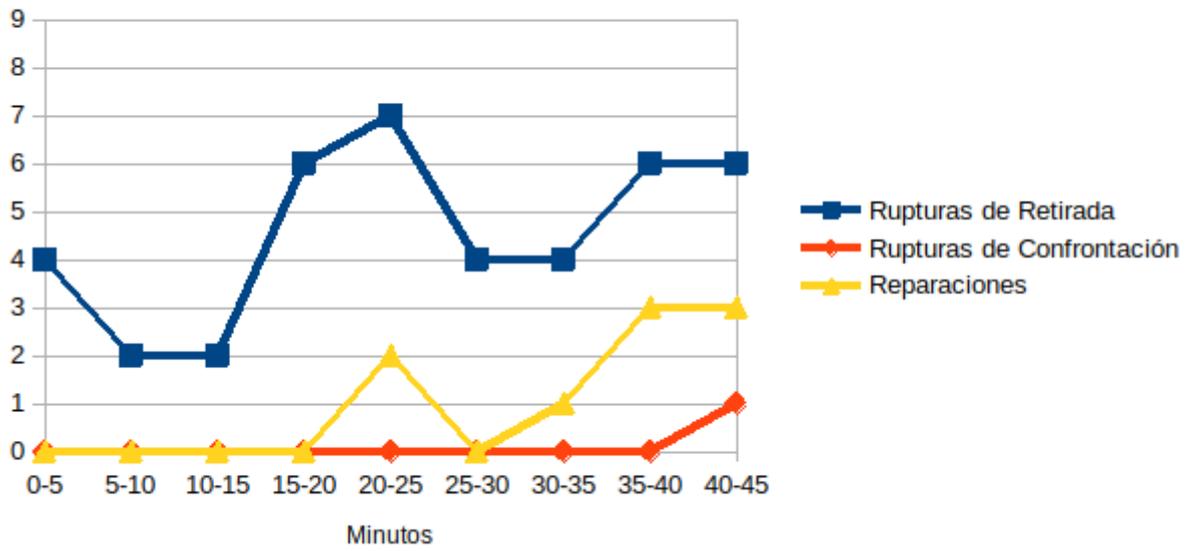
Paciente 1B, primera sesión



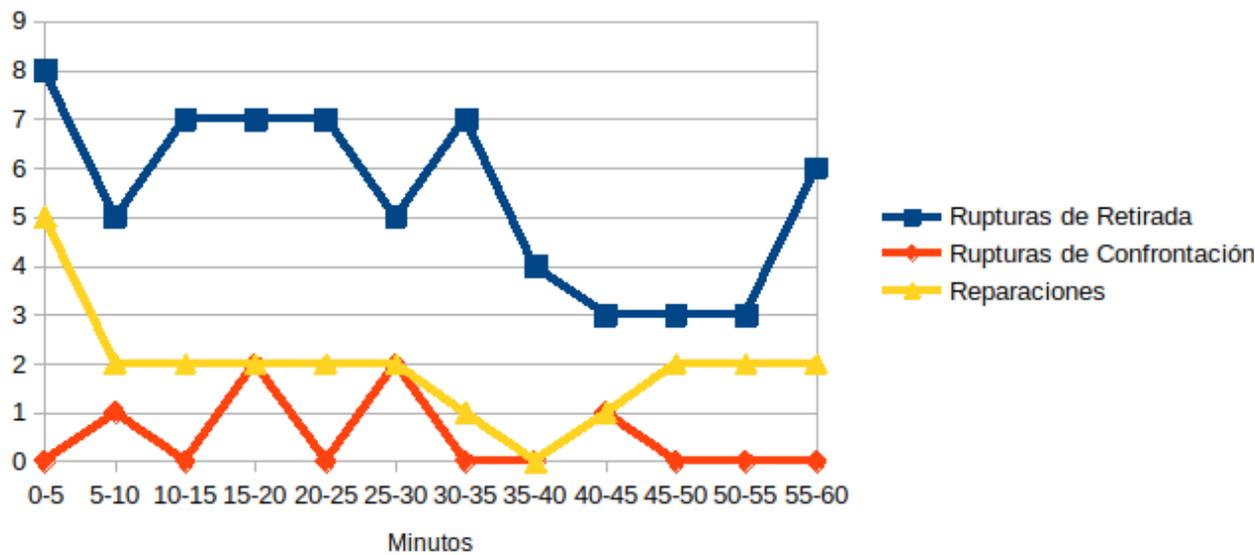
Paciente 1B, octava sesión



Paciente 1B, decimosexta sesión

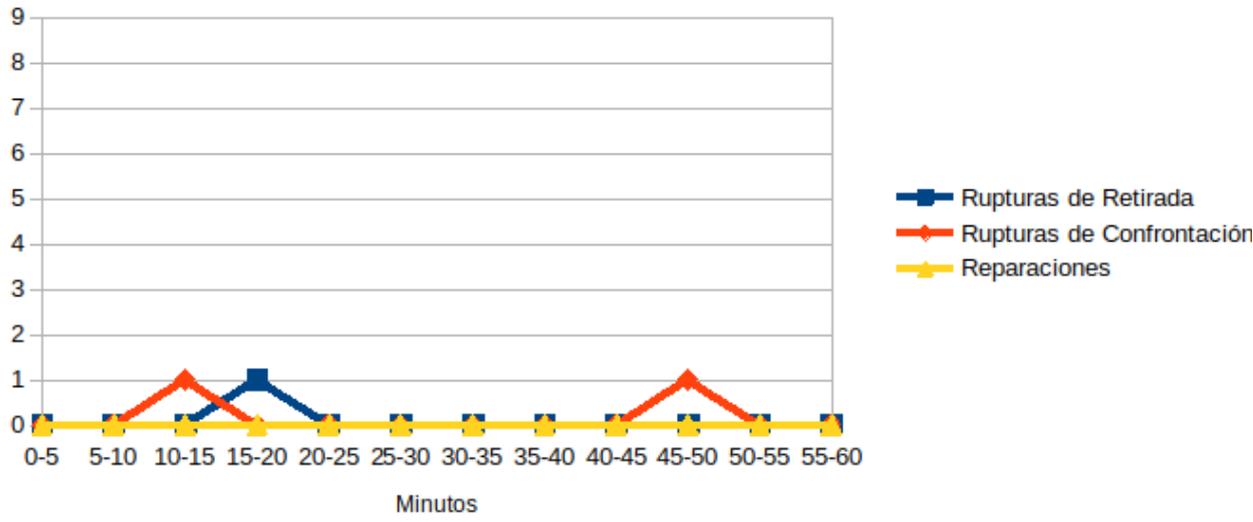


Paciente 1B, vigesimocuarta sesión

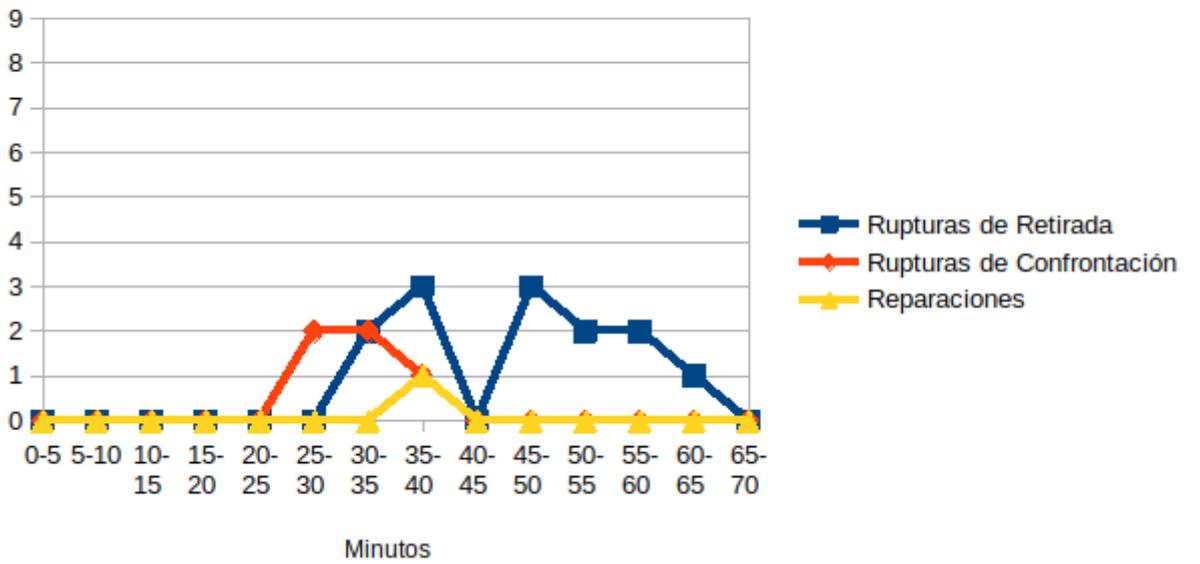


Paciente 2A. Hombre, 22 años, depresión mayor recurrente. El puntaje BDI pasó de 28 en la primera sesión a 3 en la vigesimocuarta sesión. Trabajó con la terapeuta 2, mujer de 32 años.

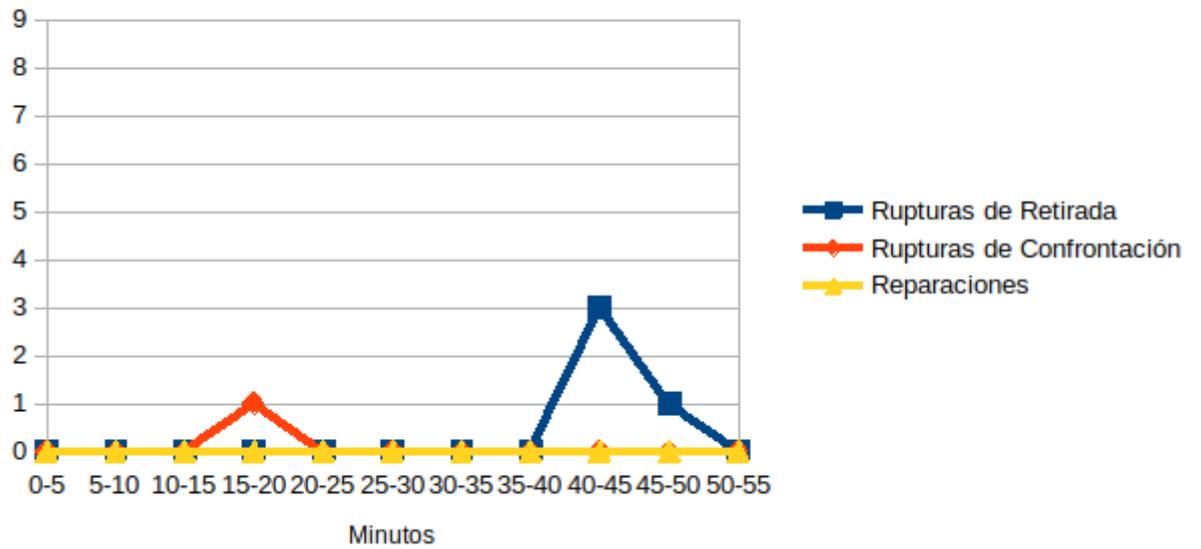
Paciente 2A, primera sesión



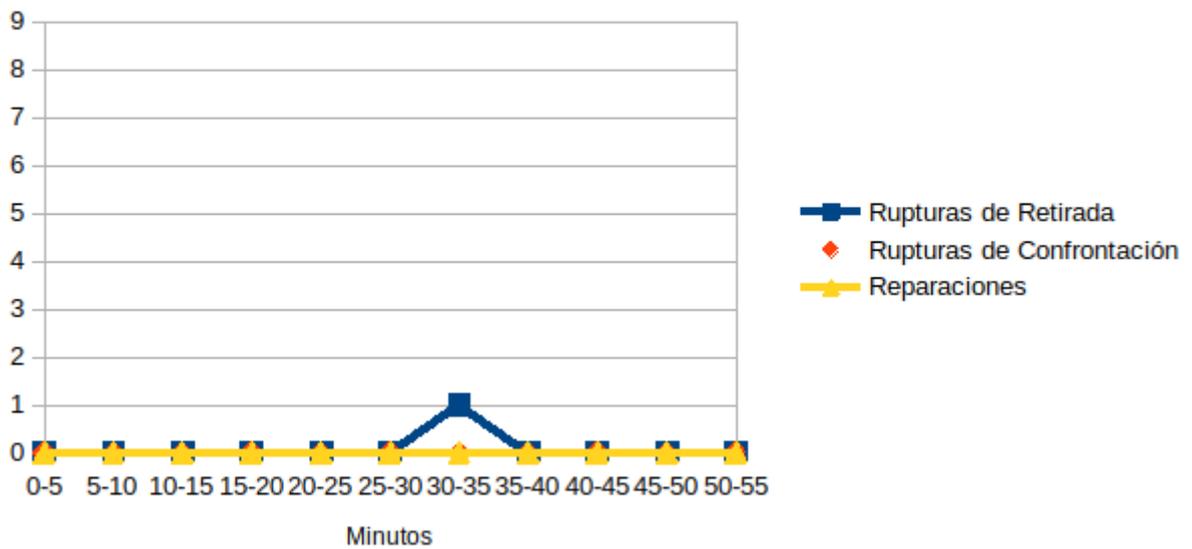
Paciente 2A, octava sesión



Paciente 2A, decimosexta sesión

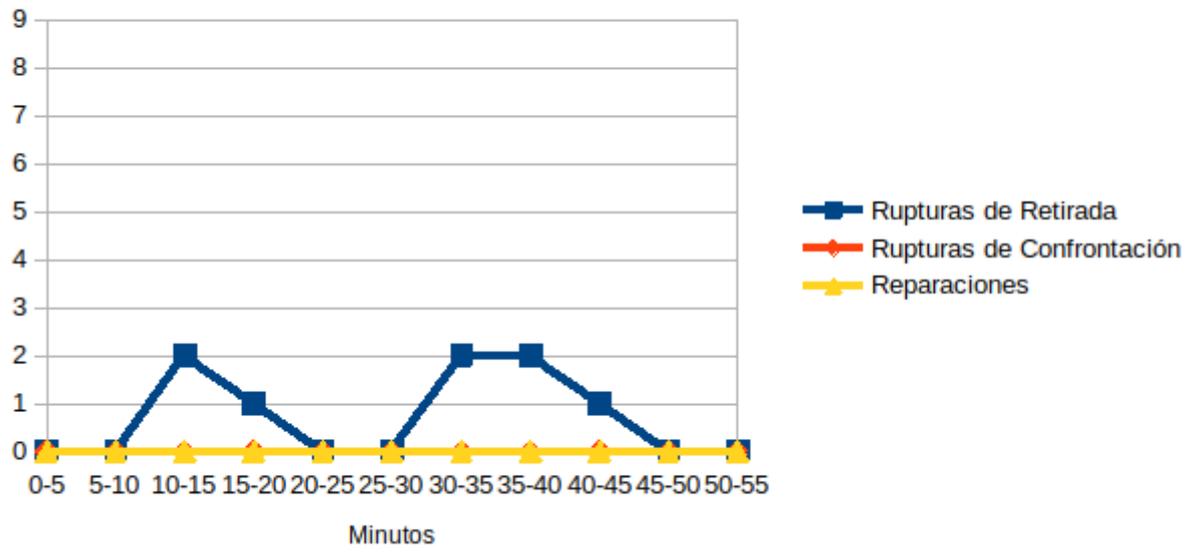


Paciente 2A, vigesimocuarta sesión

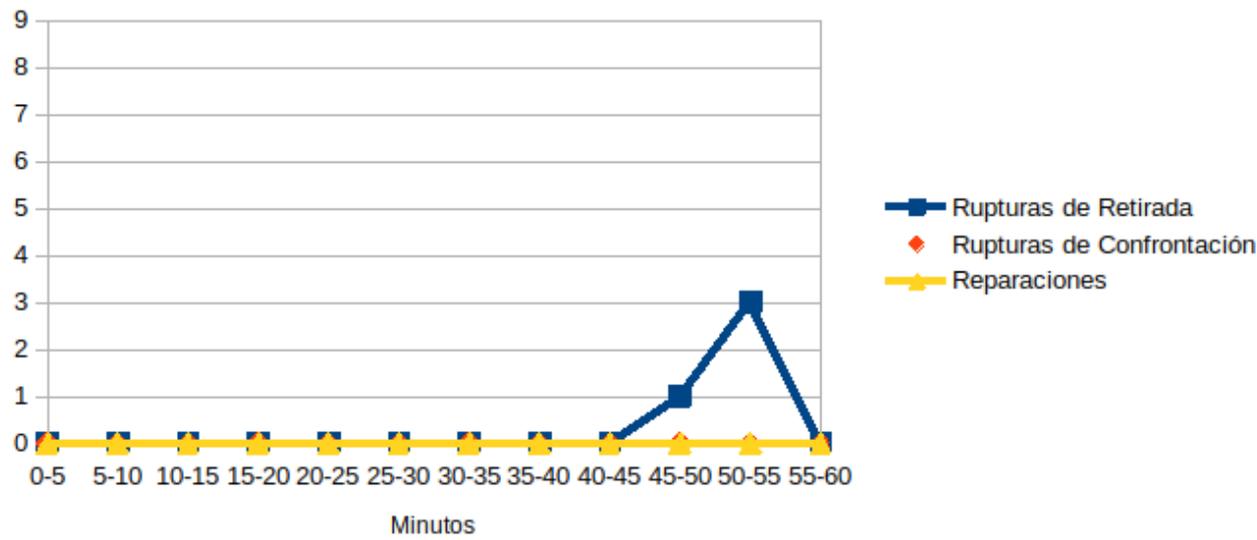


Paciente 2B. Hombre, 31 años, depresión mayor recurrente. El puntaje BDI pasó de 7 en la primera sesión a 35 en la vigesimocuarta sesión. Trabajó con la terapeuta 2, mujer de 33 años.

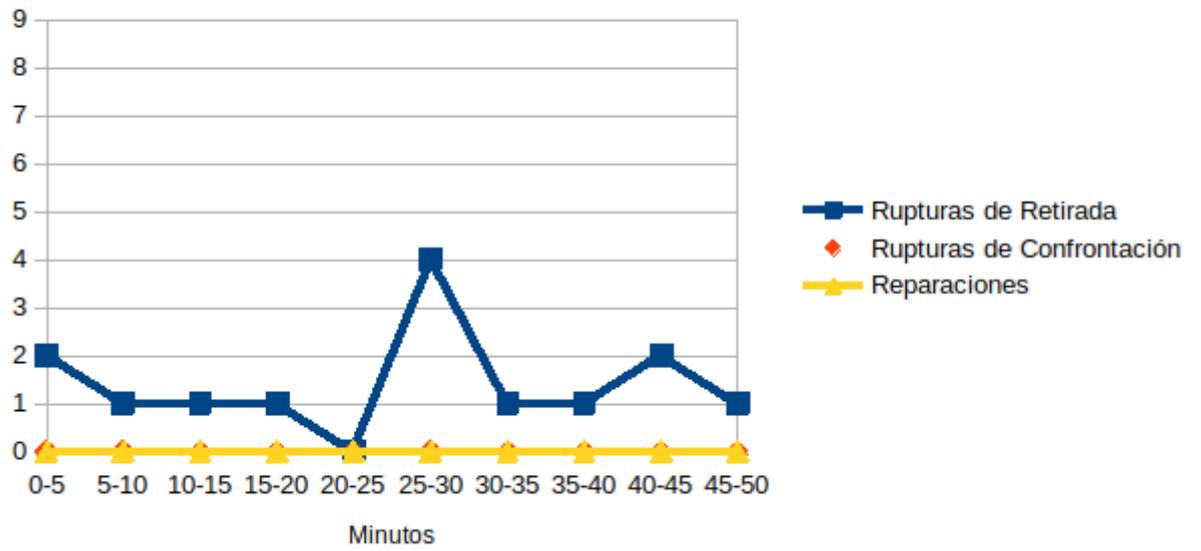
Paciente 2B, primera sesión



Paciente 2B, octava sesión



Paciente 2B, decimosexta sesión



Paciente 2B, vigesimocuarta sesión

