

CONSTRUCCIÓN DE LA ALIANZA TERAPÉUTICA DURANTE LA SESIÓN: CONCEPTOS E INSTRUMENTO PARA LA INVESTIGACIÓN EMPÍRICA

CONSTRUCTION OF THE THERAPEUTIC ALLIANCE DURING THE SESSION: CONCEPTS AND INSTRUMENTS FOR EMPIRICAL RESEARCH

David Maldavsky¹, Liliana H. Álvarez², Nilda Neves³, Cristina Stanley⁴

Resumen

Con el marco teórico freudiano el trabajo tiene el objetivo de diseñar e implementar un instrumento para categorizar la interacción paciente–terapeuta en una primera sesión. El instrumento es útil para considerar la construcción de la alianza terapéutica e incluye las variables de motivo de consulta explícito, sintonía con los estados afectivos y/o somáticos y foco.

Palabras clave: procesos vinculares, motivo de consulta, empatía, sintonía, foco.

Summary

The aim of this work, set within the Freudian theoretical frame, is to design and implement a tool to categorize patient-therapist interaction in a first session. The instrument is useful to consider the construction of the therapeutic alliance and includes the variables of the explicit motive for consultation, affective and/ or somatic attunement and focus.

Key words: relational processes, consultation motive, empathy, attunement, focus.

¹ Director del Doctorado en Psicología UCES. Director de la Maestría en Problemas y Patologías del Desvalimiento UCES.

² Doctora en Psicología. Docente titular de Posgrados (UCES). Cooordinadora del Laboratorio Universitario de Familia y pareja (UCES). Investigadora del IAEPCIS.

³ Psicóloga. Coordinadora de la Maestría en Problemas y Patologías del Desvalimiento. Docente titular de Posgrados (UCES). Cooordinadora del Laboratorio Universitario de Familia y Pareja (UCES).

⁴ Licenciada en Psicología. Miembro titular de APA-IPA. Miembro de la Society for Psychotherapy Research (SPR). Miembro de la Comisión *ad hoc* de Investigación en APA. Miembro del Comité para la Joseph Sandler Conference. Secretaria del Comité Editor de la *Revista de Psicoanálisis* de la Asociación Psicoanalítica Argentina (APA).

Marco conceptual

Nos interesa estudiar los procesos vinculares que se despliegan en sesión desde el marco conceptual freudiano que implica considerar la subjetividad de los pacientes a la vez que la del terapeuta, desde el punto de vista de los procesos psíquicos y vinculares destinados a tramitar las exigencias libidinales propias y las de los interlocutores. En este sentido enfocamos el campo de la intersubjetividad tanto desde la perspectiva descriptiva (como equivalente de interpersonal) como aquella que considera el estudio de los afectos, los pensamientos, las representaciones y las defensas, en la tramitación de las exigencias pulsionales, del mundo externo y del superyó, proceso en el cual cada uno de los interlocutores incide en el otro de manera compleja.

A partir de estas premisas, consideramos que durante las sesiones se desarrollan procesos vinculares que se van construyendo a partir de ciertas matrices individuales y que implican encuentros y desencuentros entre dos o más sujetos. Entre los conceptos que es posible reconsiderar desde esta perspectiva figuran los de alianza terapéutica, empatía, sintonía y foco.

Alianza terapéutica

La alianza terapéutica ha recibido atención y reconocimiento como factor esencial en la psicoterapia por parte de la gran mayoría de las escuelas clínicas. La conceptualización de Bordin (1976) proporcionó un marco general de referencia para la explicación de la alianza terapéutica y sus componentes, ampliamente aceptada por autores de distintas orientaciones teóricas. Bordin definió la alianza como el encaje y colaboración entre el cliente y el terapeuta e identificó tres componentes que la configuran: (a) acuerdo en las tareas, (b) vínculo positivo y (c) acuerdo en los objetivos. Las tareas se refieren a las acciones y pensamientos que forman parte del trabajo en el proceso terapéutico, de modo que la percepción de estas acciones o tareas como relevantes para la mejoría es una parte importante del establecimiento de la alianza. También el acuerdo entre terapeuta y paciente respecto a cuáles son los objetivos por alcanzar con la psicoterapia, así como compartir mutuamente confianza y aceptación son elementos esenciales para una alianza positiva. El concepto pone de relieve la dimensión relacional entre terapeuta y paciente. Safran y Muran (2000) se alejan de las concepciones tradicionales que entendían la alianza como responsabilidad del terapeuta quien era el que debía lograr que el paciente se identificase con él y adoptase sus ideas sobre los objetivos y tareas a trabajar en la terapia. Consideran que la alianza terapéutica es una construcción conjunta entre paciente y terapeuta de modo que las expectativas, las opiniones, las construcciones que ambos van desarrollando respecto al trabajo que están realizando, la relación establecida y la visión del otro resultan relevantes para el establecimiento de la alianza terapéutica del mismo que ésta modula la relación.

Por su parte, Luborsky (1975) desarrolló una conceptualización de la alianza más cercana a la visión psicodinámica original sugiriendo que se trata de una entidad dinámica

que evoluciona con los cambios de las demandas de las diferentes fases de la terapia (Horvath y Luborsky, 1993). El mismo autor describió dos tipos de alianza en función de la fase o etapa de la terapia de la que se trate. La alianza de tipo 1 se da sobre todo en el inicio del tratamiento y se caracteriza por la sensación que experimenta el paciente “sobre el apoyo y la ayuda que proporciona el terapeuta como contenedor” (Luborsky, 1975). La alianza de tipo 2 se da en fases posteriores del proceso terapéutico y consiste en la sensación de trabajo conjunto hacia la superación de los impedimentos y el malestar del paciente.

A pesar de las diferencias entre los planteamientos de Bordin y Luborsky, parece posible la complementariedad de ambos. La alianza tipo 1 de Luborsky podría ser entendida como la sensación de comodidad que experimentan los pacientes al ser acogidos y se puede relacionar con el componente de aceptación o vínculo positivo de Bordin. El acuerdo en las tareas y en los objetivos por parte del terapeuta y del paciente acaba por constituir lo que Luborsky describió como alianza de tipo 2.

Empatía, sintonía, foco

En cuanto a la empatía, Freud (1913c) aseguró que constituye un requisito de la postura del terapeuta para la tarea clínica. Autores posteriores (como Bolognini, 2004, Eagle y Wolitzky, 1997, Ferenczi, 1928, Greenson, 1965, Kohut, 1959, 1984, Olden, 1958, Pigman, 1995, Schafer, 1959, Trop y Storolow, 1997, Widlocher, 2004) formularon nuevos aportes al tema, que poseen entre sí similitudes y diferencias respecto a la definición del término, su importancia clínica, sus componentes psíquicos y la relación con el paciente. En nuestra opinión, la empatía involucra un cierto grado de identificación con el paciente, en particular con aspectos propios que el paciente mismo encuentra extraños. La empatía requiere una conexión afectiva y simbólica con el paciente, que incluye a veces una regresión funcional del terapeuta.

Existen situaciones en que el terapeuta se conecta además con los estados somáticos del paciente, incluyendo sus procesos neuronales, y no solo los estados afectivos. Preferimos denominar a las conexiones con ambos estados del paciente (el afectivo y el somático) como sintonía, más que como empatía, término este último que es preferible reservar para la conexión del terapeuta con los estados afectivos del paciente. El término “sintonía” implica una armonía en la conexión entre dos o más personas, una conexión entre sistemas de emisión y recepción y una igualdad de tono o frecuencia entre sistemas de vibraciones. En particular este último rasgo, ligado con la relación entre frecuencias, es afín con la descripción freudiana de las relaciones inter-neuronales y la circulación de la energía neuronal y de la energía pulsional, como fundamento de la conciencia originaria, que puede hallarse perturbada en algunos pacientes con afecciones psicósomáticas, adicciones, epilepsias, neurosis post-traumática, etc.

La sintonía con el paciente durante las sesiones no ha sido estudiada tan rigurosamente como otros campos (Kantrowitz et al., 1989, Bohart y Greenberg, 1997), Maldavsky, Argibay y Scilletta, 2016).

Foco

En cuanto al foco, Kachele y colaboradores (1995) han realizado un recorrido por diferentes autores que desde Alexander y French, con su formulación de “conflicto nuclear”, han abordado la focalización como “conflicto nuclear neurótico” (Wallerstein y Robbins, 1956), “problema capital” (Mann y Goldmann, 1982), “tema de conflicto de relación” (Luborsky, 1977). Destacan que en esta tarea coexisten y se alternan en el terapeuta “un estado funcional para la obtención de máxima información (la atención parejamente flotante) y la organización de la información obtenida según el punto de vista preponderante en cada caso (el focalizar)”. El foco aparece como “un centro de gravedad temático”, como un campo problemático central del paciente, campo por trabajar como variaciones de un tema básico.

Desde un punto de vista descriptivo se equipara el foco al componente sintomático actual. En este caso la formulación está establecida en el nivel de síntoma y de comportamiento, el cual de todos modos es preconsciente. En una concepción metapsicológica, la focalización se da según premisas de la teoría que se emplea en cada caso, a veces distante de la vivencia concreta del paciente. Las investigaciones en psicoterapia, sobre todo los de aquellos trabajos que tratan la conformación de la relación terapéutica, abogan por el contrario, por un enfoque en que el foco es conceptualizado de manera tal que incluye la actividad en común entre paciente y terapeuta.

Objetivo

Nos proponemos diseñar e implementar un instrumento para categorizar las interacciones paciente-terapeuta en una primera sesión que permita estudiar el modo en ambos co-construyen la alianza terapéutica. El presente trabajo continúa una línea de investigación centrada en el estudio del intercambio discursivo entre paciente y terapeuta en la primera sesión en cuenta los momentos en que ambos acuerdan en cuanto a estas variables: motivo de consulta explícito, sintonía respecto de los estados afectivos y/o somáticos y foco.

Estado del arte

En el estudio de las variables inespecíficas que intervienen en el proceso psicoterapéutico, Safran (1994, en Romero, Bejarano & Álvarez, 2000), realizó un análisis respecto a la investigación en psicoterapia concluyendo que sólo el 15% del cambio psíquico en terapia es atribuible a factores específicos, mientras que un 45% se atribuiría a factores de la relación terapéutica. Dentro de estas variables inespecíficas, se ha encontrado que particularmente la alianza terapéutica tiene una gran influencia sobre el resultado del proceso de psicoterapia (Orlinsky, Grawe & Parks, 1994). En una revisión de 132 investigaciones de proceso y resultado psicoterapéutico existe una fuerte relación entre la calidad de la alianza terapéutica y el resultado del proceso de psicoterapia. A partir de allí surgió una amplia gama de investigaciones que plantean una correlación positiva entre diversos aspectos de la alianza terapéutica y los

resultados del tratamiento. Una revisión extensa del tema se encuentra en la obra de Stiles, Agnew-Davies, Hardy, Barkham & Shapiro, 1998.

Cuestionarios y escalas

Actualmente hay más de 20 instrumentos dedicados a medidas diferentes de la alianza, entre ellas la California Psychotherapy Alliance Scales (CALPAS/CALTRAS; Gaston y Ring, 1992; Marmar, Weiss y Gaston, 1989); la Penn Helping Alliance Scales (Penn/HAQ/HAcS/Har; Alexander y Luborsky, 1986, 1987); el Helping Alliance Questionnaire II (HAQ-II; Luborsky et al., 1996); la Therapeutic Alliance Scale (TAS; Marziali, 1984); la Vanderbilt Therapeutic Alliance Scale (VPPS/VTAS; Hartley y Strupp, 1983); el Working Alliance Inventory (WAI; Horvath, 1981, 1982); y la Integrative Psychotherapeutic Alliance (IPAS, EAPI; Pinosof y Catherall, 1986). La escala Penn surge del marco psicodinámico influido por el trabajo de Luborsky mientras que la VPPS también recoge aspectos de la concepción psicodinámica, combinada con aportaciones influidas por el trabajo de Strupp (1974). El WAI y el EAPI se basan en el trabajo de Bordin sobre la alianza terapéutica (Horvath y Greenberg, 1989). Las escalas CALPAS y TAS están influidas por la concepción psicodinámica y la propuesta por Bordin. Hay distintas versiones de cada uno de estos instrumentos y la mayoría han sido adaptados para ser contestados por el cliente, el terapeuta y observadores externos, y muestran propiedades psicométricas aceptables (Horvath y Symonds, 1991).

En la Universidad Pontificia de Chile se llevó a cabo la traducción al castellano y la adaptación y validación del WorkAlliance Inventory (WAI-0) en su versión observacional para Chile. El WAI-O es reconocida como una de las escalas más ampliamente utilizada para medir la alianza terapéutica. Los resultados mostraron que el instrumento traducido y adaptado presenta una adecuada validez y confiabilidad para medir alianza terapéutica desde la perspectiva de un observador en díadas paciente-terapeuta chilenos. En concordancia con lo esperado teóricamente, se presentaron correlaciones positivas, significativas estadísticamente y de magnitud moderada entre los instrumentos que miden el constructo de alianza terapéutica, al ser reportada por clientes, terapeutas y observadores. Además, este instrumento, al no relacionarse en forma significativa con el instrumento OQ.45.2, no daría cuenta de los resultados terapéuticos. Respecto de la confiabilidad, el instrumento obtuvo una buena consistencia interna.

En relación con la empatía, la investigación empírica se ha visto limitada debido a dificultades referidas a una falta de claridad en su conceptualización, ambigüedad en su definición y falta de un instrumento que la mida operacionalmente. En relación con este último aspecto, el grupo de Jefferson desarrolló una Escala de Empatía Médica (EEMJ) que en su versión en inglés ha mostrado validez de constructo, convergente y discriminante, además de una confiabilidad aceptable. Un ejemplo de su aplicación se realizó en una muestra de 1.022 estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Nuevo León, en Monterrey, México. Este instrumento contiene

20 reactivos tipo Likert en una escala de siete puntos (1 = fuertemente en desacuerdo, 7= fuertemente de acuerdo), del tipo: Mis pacientes se sienten mejor cuando yo comprendo sus sentimientos. Los resultados de este estudio indicaron validez de la EEMJ en lo que respecta a la confiabilidad, y la consistencia interna se encontró dentro del rango aceptable. En la medida en que el médico entienda lo que el paciente piensa y siente, mejor será la atención que ofrezca; de este modo, la empatía se convierte en el vehículo de la relación interpersonal médico-paciente.

En el campo de los instrumentos psicométricos, el *Interpersonal Reactivity Index* (IRI) es uno de los cuestionarios más utilizados para evaluar la empatía desde una perspectiva multidimensional que incluye factores cognitivos y dos emocionales. La adaptación española se ha realizado con una amplia muestra de sujetos pertenecientes a diferentes centros educativos de la Comunidad Valenciana (1.285 adolescentes, 698 varones y 597 mujeres, con un rango de edad entre 13 y 18 años). Los resultados obtenidos indican la validez del instrumento para evaluar los diferentes componentes de la empatía. Esta escala se utilizó en el estudio sobre Inteligencia emocional, calidad de las relaciones interpersonales y empatía (IE) en estudiantes universitarios, de la universidad de Madrid, con el objetivo de establecer la utilidad de la IE en diversas áreas vitales de las personas. El estudio concluyó que existen evidencias de que la IE es un predictor significativo de funcionamiento social y personal del individuo.

Análisis del discurso

Los instrumentos recién mencionados aluden en todos los casos a cuestionarios, escalas y herramientas afines, que no estudian el proceso de desarrollo de la alianza terapéutica durante la sesión. Por nuestra parte, nos interesa precisamente el estudio del proceso de construcción de la alianza durante la sesión. Contamos con otros estudios afines con el que pretendemos exponer, como el de Maldavsky (2016), que se centra en el análisis de las intervenciones de sintonía del terapeuta en la primera sesión o entrevista para estudiar si se ha logrado o no y algunos de los factores cuando se presentan dificultades. La muestra está compuesta por la primera sesión con 20 pacientes de diferentes terapeutas. El trabajo concluye que, desde la perspectiva del paciente, el uso de defensas patológicas exitosas o exitoso-fracasadas interfiere con la empatía y la creatividad del terapeuta. Desde la perspectiva del terapeuta, importa el modo en que puede rescatar tanto al paciente como a sí mismo de las resistencias del paciente y de las propias, y, a la inversa, el modo en que el terapeuta puede ocupar, de manera inadvertida, el lugar de un personaje en una de las escenas decepcionantes del paciente durante la sesión.

En otro trabajo (Maldavsky et al., 2016) se estudiaron las funciones y los deseos en las intervenciones de un mismo terapeuta en la primera sesión con 20 diferentes pacientes. Los autores comienzan investigando, desde la perspectiva funcional, los tipos de intervenciones en el inicio, el medio y el final de las sesiones y luego estudian

los deseos en las palabras del terapeuta en estos mismos momentos. En cuanto a las funciones, los autores detectan un cambio significativo de los tipos de intervenciones a lo largo de cada momento de la sesión. En cuanto a los deseos en las palabras, los resultados de la investigación parecen armonizar con los obtenidos en relación con las funciones.

En ambos trabajos los autores se centraron en el estudio de los deseos y las defensas y su estado con el algoritmo David Liberman (Maldavsky, 2013), un método que permite estudiar los deseos en el nivel de los relatos, los actos de habla y las palabras, y las defensas y su estado en los dos primeros de estos niveles. Además, el método propone una categorización de las intervenciones de la terapeuta expuesta como parte del método algoritmo David Liberman (ADL) y que propone diferenciarlas en cuenta su función en el abordaje clínico. La categorización incluye 1) intervenciones introductorias (tienden a realizar el contacto inicial y a recabar información), 2) intervenciones de sintonía y foco (tienden a establecer el estado afectivo y/o somático dominante en el paciente y a determinar el problema por considerar en la sesión), 3) de nexo (tienden a presentar las hipótesis referidas a las relaciones (causales, de semejanza, de continuidad temporal) que permiten echar luz sobre el problema que aqueja al paciente, 4) complementarias (tienden a aclarar, sintetizar y/o ejemplificar lo expuesto previamente).

Por su parte, Goldberg (2017), en su extensa y cuidadosa investigación empírica del intercambio entre paciente y terapeuta, estudia una muestra de pacientes púberes a la que aplica los instrumentos del ADL (tanto al discurso del paciente como al del terapeuta) y concluye que en la calidad de la alianza terapéutica participan varios factores. Por parte del paciente, participan una reacción constructiva (responde positivamente a las intervenciones acertadas del terapeuta), un tiempo de espera interno ante las intervenciones no oportunas, una iniciativa espontánea para orientar o rectificar al terapeuta. Por parte del terapeuta, participan una capacidad para la autorectificación para rescatarse de las estereotipias, una variedad expresiva, que implica disponer de un repertorio de recursos según las necesidades del paciente y una coherencia entre decir y hacer. El autor concluye que cuando el analista aporta variedad expresiva concurrente en el momento en que el paciente está pronto a descubrirla se desarrolla una experiencia emocional que contribuye a incrementar la calidad de la alianza terapéutica y al cambio clínico constructivo.

A su vez, el equipo que conformamos (Maldavsky, D.; Álvarez, L.; Neves, N. y Stanley, C., 2016) estudió una muestra compuesta por la primera sesión de 15 pacientes con un mismo terapeuta, de orientación psicoanalítica y más de 15 años de ejercicio profesional., con el objetivo de detectar el o los motivos de consulta y el o los momentos en que paciente y terapeuta acordaban en cuanto a los estados emocionales y/o somáticos del primero.

Este estudio nos llevó a esbozar la construcción de un nuevo instrumento que procuramos aplicar (2016 póster), y que constituye el aporte específico de nuestra propuesta. Apelamos a la misma categorización funcional de las intervenciones propuesta en el ADL, y tomamos en cuenta que una parte central del trabajo clínico consiste en establecer la sintonía y el foco, de lo cual deriva la tarea posterior en las sesiones. Ello requiere alcanzar un acuerdo entre terapeuta y paciente acerca de los objetivos del trabajo en común. En nuestra propuesta incluimos categorías para estudiar el trabajo de acuerdo respecto de estos puntos apelando a una clasificación de las dificultades y los logros en el proceso de la construcción de la alianza terapéutica, que forma parte del instrumento. Hemos expuesto ya nuestro instrumento con anterioridad, y ahora lo presentamos en una versión más refinada.

Instrumento

Construimos una categorización que refina y profundiza nuestro instrumento de trabajo dando por resultado la clasificación que exponemos a continuación. Es preciso aclarar que el instrumento está en construcción y lo seguimos testeando con otras sesiones de comienzo, así como evaluamos también la posibilidad de que sea aplicable a otras sesiones.

I. PROCESO DE DELIMITACIÓN DEL MOTIVO DE CONSULTA

Razones que aduce el paciente por las cuales hace la consulta y su captación/aceptación o no por el terapeuta.

I. Motivo de consulta expuesto por el paciente

I. A. Por su origen

I.A.1. Espontáneo

I.A.2. No espontáneo

a) a partir de preguntas del terapeuta.

b) a partir de intentos de sintonía (intervenciones centrales o de establecimiento de nexos).

I.B. Por cantidad

I.B.1. Uno

I.B.2. Múltiples

I.B.3. No hay motivo de consulta

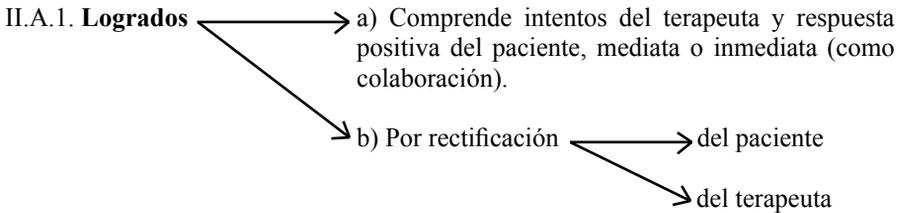
I.C. Registro por parte del terapeuta

- I.C.1. No registrado
- I.C.2. Inmediato
- I.C.3. No inmediato
- I.C.4. Para todos los motivos de consulta
- I.C.5. Para alguno de los motivos de consulta
- I. C.6. No hay motivo de consulta

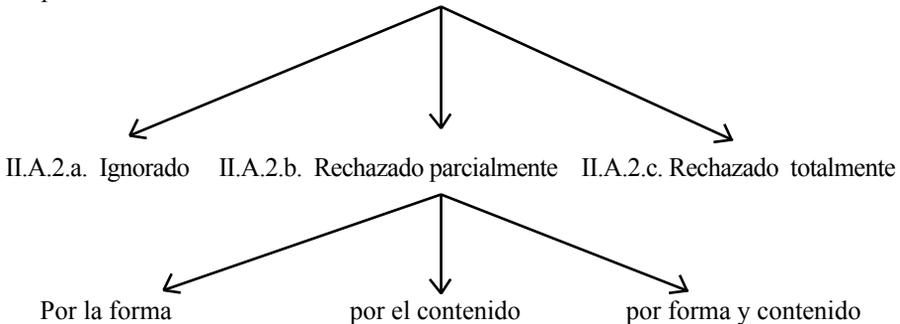
II. CONSTRUCCIÓN DE LA SINTONÍA

Refiere a un intento de acordar paciente y terapeuta respecto del estado afectivo, mental u orgánico de malestar del paciente.

II.A. Intentos de establecer sintonía



II.A.2. **No logrados:** comprende intentos del terapeuta con respuestas varias por parte del paciente



II.B. Sin intento de establecer sintonía

III. PROCESO DE ACUERDO EN EL FOCO

Alude a un acuerdo entre terapeuta y paciente acerca del motivo sobre el que se va a trabajar en el tratamiento.

III.A. Intento de construcción del Foco

III.A.1. Acuerdo

III.A.1.a. Por propuesta del paciente

III.A.1.b. Por intervenciones del terapeuta

III.A.1.c. Por negociación entre paciente y terapeuta.

III.A.2. Acuerdo parcial

III.A.3. No acuerdo.

III.B. Sin intento de construcción del Foco

Aplicación del instrumento en dos sesiones

Jacinta

P: “Tengo la necesidad de rever algunas cosas que tienen que ver con los hombres, qué me pasa a mí con los hombres, la relación con mis viejos y con un proyecto laboral que tengo”.

Resultados de la aplicación del instrumento

I. El motivo de consulta es

I.A. Por su origen

I.A.1. Espontáneo

I. B. Por cantidad

I. B.2. Múltiple

El Terapeuta dice: (repitiendo sus palabras),

“con los hombres, con tus viejos y con un proyecto laboral”

I.C. Registro por parte del terapeuta

I.C.2. registro Inmediato

I.C.4. para todos los motivos de consulta

II. Sintonía

En el primer tercio de la sesión:

II.A.2. b. El terapeuta hace un primer intento rechazado parcialmente por el contenido:

T: ¿Qué sería?, ¿qué agarre miedo?.

P: A veces, no tanto. Si estoy muy motivada, si me siento también acompañada y apoyada por el entorno, sigo.

En el segundo tercio de la sesión :

II.A.1.

T: “Pareciera que tiene que ver con la... con el odio”

P: Sí, no sé si la palabra es odio, ¿eh?.

Esta sintonía lograda da lugar a la aparición del cuarto motivo de consulta:

I.A.2. b.

T: Bueno el odio en términos generales, digo, la bronca, la furia.

P: “Claro, desde ese lugar, ¿entonces qué me pasa?, lo somatizo entonces, me empieza a doler la cabeza y empiezo a tener vómitos y una descompostura que la nuca se me parte”.

III. Foco

III.A.1.b

T: Sí, eh... quiero decir, por las cosas que te pasan, toda esta descompostura, todos estos malestares recurrentes, por tantas cosas, que por ahí empezaste por donde vos pudiste.

Matías

I. Motivo de consulta

P: Este, los pocos momentos en donde me puedo poner a estudiar, eh, me genera satisfacción...y eso me da pensar que quiero seguir estudiando... Además de la Facultad eh, milito en un partido político y cuando empecé, empecé con mucha garra. Eh...y ahora también perdí mucha...No el interés, porque lo sigo teniendo. Pero no, no tengo las ganas como para...

T: La energía que tenías antes

P: no, y bueno eso

P: (Más adelante) Me falta la energía para todo...este, no puedo encontrar un momento para ser feliz. O no quiero tener esos momentos

I. El motivo de consulta es

I.A. Por su origen

I.A.1. Espontáneo

I.A.2.a. No espontáneo a partir de preguntas del terapeuta.

I. B. Por cantidad

I.B.2. Múltiple

I.C. Registro por parte del terapeuta

I.C.2. Inmediato

I.C.4. Para todos los motivos de consulta.

II. Sintonía

II.A.1.a. Lograda por intento del terapeuta y respuesta positiva del paciente.

P: Responde afirmativamente a la intervención del T y agrega “desgano” e “infelicidad”.

III. Foco

Faltan datos para consignar esta categoría.

Comentarios finales

El instrumento puede ser útil para poner en evidencia las semejanzas y diferencias en cuanto a las interacciones de terapeuta y paciente, y por lo tanto permitiría reunir o diferenciar sectores en cada sesión y crear muestras específicas, tomando en cuenta por ejemplo el logro, el fracaso o las dificultades en la construcción de una alianza terapéutica.

Bibliografía

Alexander, F. y French, T. (1965). *Terapéutica psicoanalítica*. Buenos Aires: Paidós 1965.

Alexander, L. B. y Luborsky, L. (1986). The Penn Helping Alliance Scales. En L. S. Greenberg y W. M. Pinsof (Eds.). *The psychotherapeutic process: A research handbook*, 325-366, Nueva York.

Altimir, C.; Dagnino, P.; Suárez, N. y Krause, M. (2013). Working Alliance Inventory (WAI). *Terapia Psicológica*, 31 3.

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

Corbella S. y Botella L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de Psicología*, 19, 2.

Dahlbender, R. W.; Kächele, H.; Frevert, G. y Schnekenburger, S. (1995). “La formulación formal del foco en la psicoterapia”. En Defey, D. et al. (comps). *Psicoterapia focal. Intervenciones psicoanalíticas de objetivos y tiempo definidos*. Montevideo, Roca Viva, 1995, págs. 115-138.

Freud, S. (1913). Sobre la iniciación del tratamiento. *AE*, 12.

Gaston, L. y Ring, J. M. (1992). Preliminary results on the inventory of therapeutic strategies. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 1, 2, 135-146.

Goldberg, J. (2017). *El ADL y el estudio vincular de la alianza terapéutica y el cambio clínico en la psicoterapia con púberes*. Tesis de doctorado, UCES, Buenos Aires.

Hartley, D. y Strupp, H. (1983). The therapeutic alliance: Its relationship to outcome in brief psychotherapy. En J. Masling (Ed.). *Empirical studies in analytic theories*, 1-37. APA.

Hojat, M., Mangione, S., Nasca, T. J., Cohen, M. J., Gonnella, J. S., Erdmann, J. B., ... & Magee, M. (2001). The Jefferson Scale of Physician Empathy: development and preliminary psychometric data. *Educational and Psychological Measurement*, 61(2), 349-365.

Horvath, A., Greenberg, L. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36, 2, 223-233.

Horvath, A., Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of consulting and clinical psychology*, 61, 4, 561-573.

Horvath, L., Greenberg, O. (1994). The working alliance. *Theory, research and practice*. Nueva York: John Wiley and Sons.

Horvath, A. O. y Symonds, B. D. (1991). Relation between alliance and outcome in psychotherapy: A metaanalysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 2, 139-149.

Luborsky, L., Singer, B., & Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies: is it true that everyone has won and all must have prizes? *Archives of general psychiatry*, 32, 8, 995-1008.

Luborsky, L. (1976). Helping alliances in psychotherapy: The ground work for a study of their relationship to its outcome. En J. Claghorn (Ed.). *Successful psychotherapy*, 92-116, Nueva York: Brunner/Mazel.

Luborsky, L. (1977). Measuring a pervasive psychic structure in psychotherapy: The Core Conflictual Relationship Theme, en N. Freedman y S. Grand (Eds.). *Communicative structures and psychic structures*, 367-395, Nueva York: Plenum Press.

Luborsky, L., Barber, J. P., Siqueland, L., Johnson, S., et al. (1996). The revised Helping Alliance questionnaire (HAQ-II): Psychometric properties. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 5, 3, 281-287.

Maldavsky, D. (2013). *ADL Algoritmo David Liberman, un instrumento para la evaluación de los deseos y las defensas en el discurso*. Buenos Aires: Paidós.

Maldavsky, D. (2016). Sobre el establecimiento de la sintonía del terapeuta en la primera sesión y la defensa del paciente, inédito.

Maldavsky, D., Álvarez, L. Neves, N. y Stanley C. (2016). Primeros pasos para la construcción de la Alianza terapéutica, XII Jornadas Internacionales de Investigación en Psicología, UCES, Buenos Aires.

Maldavsky, D., Argibay, J. C., Scilletta, D., Rembado, J.M., De Simone, L., Otálora, J., García Grigera, H. (2016). Estudio de las intervenciones de un mismo terapeuta con 20 pacientes en la primera sesión. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 20, 1, 128-146.

Maldavsky, D., Alvarez L.H., Neves, N., Stanley, C. (2016). Primeros pasos para la construcción de la alianza terapéutica. Instrumento para su estudio. 9º *Joseph Sandler Conference*, Buenos Aires.

Marmar, Charles R., et al. (1989). Alliance and outcome in late-life depression. *The Journal of nervous and mental disease*, 177, 8, 464-472.

Marziali, E. (1984). Three viewpoints on the therapeutic alliance: Similarities, differences, and associations with psychotherapy outcome. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 172, 7, 417-423.

Mohammadreza Hojat (2016). Validación de la escala de empatía médica de Jefferson en estudiantes de medicina Mexicanos. *Salud Mental, Mental Health*, 28, 57-63.

Orlinsky, D., Grawe, K. & Parks, K. (1994). Process and outcome in psychotherapy, en: L. Bergin y L. Garfield (Eds.). *Handbook of psychotherapy and behavior change*, 270-376, Nueva York: John Wiley and Sons.

Pacheco, N., & Berrocal, P. (2004). Inteligencia emocional, calidad de las relaciones Interpersonales y empatía. *Clinica y Salud*, 15, 2, 117-137.

Perez Albeniz, P. J., Etxeberria, J. Montes, M. y Torres, E. (2003). Adaptación del Interpersonal Reactivity Index (IRI) al español. *Psicothema*, 15, 2, 267-272.

Pinsof, W. M. y Catherall, D. R. (1986). The integrative psychotherapy alliance: Family, couple and individual therapy scales. *Journal of Marital and Family Therapy*, 12, 2, 137-151.

Safran, J. D., & Muran, J. C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance. A relational treatment guide*. Nueva York: Guilford Press.

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

Stiles, W., Anew-Davies, R., Hardy, G., Barkham, M. & Shapiro, D. (1998). Relation of the alliance with psychotherapy outcome: findings in the Second Sheffield Psychotherapy Project. *Journal of consulting and Clinical Psychology*, 66, 5, 791-802.

Strupp, H. H. (1974). On the basic ingredients of psychotherapy. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 24, 4-6, 249- 260.

Romero, J., Bejarano, A. & Álvarez, N. (2000). Alianza terapéutica en pacientes adictos: Una propuesta de instrumento, <http://www.eradicaciones.org/Revista/numero9>

Vöhringer, C., Pérez C., Martínez C., Altimir C., Dagnino P., Suárez N., Krause M. (2013). “Working Alliance Inventory”. Versión Observacional: Traducción, Adaptación y Validación al Castellano. *Terapia Psicológica*, 31, 3.

Wallerstein, R. S., Robbins, L. L., Sargent, H. D., & Luborsky, L. (1956). The psychotherapy research project of the Menninger Foundation: rationale, method and sample use. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 20, 5, 221-278.

Fecha de recepción: 14/08/17

Fecha de aceptación: 9/09/17