

LA ALIANZA TERAPÉUTICA EN TRATAMIENTO CONJUNTO DE PAREJAS: EVALUACIÓN DE LA ALIANZA Y ANÁLISIS DE LOS FACTORES INFLUYENTES EN EL TRIÁNGULO TERAPÉUTICO

THE THERAPEUTIC ALLIANCE IN JOINT TREATMENT OF THE COUPLE MEMBERS: EVALUATION OF THE ALLIANCE AND ANALYSIS OF THE FACTORS INFLUENCING THE THERAPEUTIC TRIANGLE

**Berta Aznar-Martínez¹, Carles Pérez-Testor², Montse Davins-Pujols³, Inés
Aramburu⁴ y Manel Salamero⁵**

Resumen

La alianza terapéutica en psicoterapia se ha ido configurando como una relación interpersonal existente y necesaria entre el paciente y el terapeuta. Hoy en día todas las orientaciones teóricas otorgan a la alianza terapéutica un papel importante en la relación terapéutica, ya que la relación entre la alianza terapéutica y la eficacia del tratamiento en psicoterapia ha sido constatada en numerosos estudios. La alianza debe ser tomada en consideración en cualquier tratamiento, ya que si no es debidamente trabajada puede dificultar el trabajo terapéutico y, por tanto, deben destinarse a su formación y mantenimiento tanto técnicas interpretativas como no interpretativas cuando se requieran. En psicoterapia de pareja, a causa del triángulo terapéutico y de la gran diversidad de mecanismos que operan en el tratamiento conjunto, la formación y el desarrollo de la alianza adquieren mayor dificultad. En el trabajo se describen las

¹ Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i l'Esport Blanquerna. Universitat Ramon Llull. c/ Cister, 32. 08022 Barcelona, España. Institut Universitari de Salut Mental Vidal i Barraquer. Universitat Ramon Llull. c/ Sant Gervasi de Cassoles, 88-90. 08022 Barcelona, España.

² Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i l'Esport Blanquerna. Universitat Ramon Llull. c/ Cister, 32. 08022 Barcelona, España. Institut Universitari de Salut Mental Vidal i Barraquer. Universitat Ramon Llull. c/ Sant Gervasi de Cassoles, 88-90. 08022 Barcelona, España.

³ Institut Universitari de Salut Mental Vidal i Barraquer. Universitat Ramon Llull. c/ Sant Gervasi de Cassoles, 88-90. 08022 Barcelona, España.

⁴ Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i l'Esport Blanquerna. Universitat Ramon Llull. c/ Cister, 32. 08022 Barcelona, España. Institut Universitari de Salut Mental Vidal i Barraquer. Universitat Ramon Llull. c/ Sant Gervasi de Cassoles, 88-90. 08022 Barcelona, España.

⁵ Institut Universitari de Salut Mental Vidal i Barraquer. Universitat Ramon Llull. c/ Sant Gervasi de Cassoles, 88-90. 08022 Barcelona, España.

dimensiones de la alianza terapéutica en este tipo de tratamiento siguiendo el modelo del Sistema de Observación de la Alianza Terapéutica en Intervención Familiar (SOATIF). Evaluamos mediante la versión observacional del SOATIF (SOATIF-o) la alianza terapéutica que establece el psicoterapeuta de la serie norteamericana *In treatment* con la pareja que acude a su consulta durante nueve sesiones, así como los otros elementos de la relación terapéutica con los que la alianza interacciona. El trabajo es útil como herramienta de entrenamiento para familiarizarse con el instrumento y como material docente, ya que aparecen reflejados los aspectos más importantes de la relación terapéutica entre el terapeuta y la pareja.

Palabras clave: psicoterapia de pareja, tratamiento conjunto, triángulo terapéutico, alianza terapéutica, transferencia, contratransferencia, relación real.

Abstract

The concept of therapeutic alliance in psychotherapy has been shaped as an existing and necessary interpersonal relationship between the patient and the therapist. Nowadays, all theoretical orientations have assigned to the therapeutic alliance a central role in the therapeutic relationship, as the relationship between the therapeutic alliance and the treatment efficacy in psychotherapy has been proved in numerous studies. The therapeutic alliance should be taken into consideration in any treatment, because if it is not properly treated, it can jeopardize the analytic work and, therefore, interpretive and non-interpretive interventions must be used when required. In couple psychotherapy, because of the therapeutic triangle and the great diversity of mechanisms that operate in this type of conjoint treatment, the formation and the development of the alliance become more difficult. This paper describes the dimensions of the therapeutic alliance in this type of treatment based on the System for Observing Family Therapy Alliances (SOFTA). The therapeutic alliance established by the psychotherapist and a couple who undergoes a treatment for nine sessions in the North American TV series *In Treatment* is assessed with the observational version of the SOFTA (SOFTA-o), as well as the other elements of the therapeutic relationship that interact with the alliance. The paper is useful as a training tool for getting familiar with the instrument and as teaching material, since the most important aspects of the therapeutic relationship between the therapist and the couple are represented.

Keywords: Couple psychotherapy, conjoint treatment, therapeutic triangle, therapeutic alliance, transference, counter-transference, real relationship.

1. Introducción

A lo largo del siglo XX el concepto de alianza terapéutica se ha ido definiendo en psicoterapia, como una relación interpersonal entre el paciente y el terapeuta necesaria para el tratamiento. Por tanto, todas las orientaciones teóricas otorgan a la alianza un papel central en la relación terapéutica.

La relación entre la alianza terapéutica y la eficacia del tratamiento en psicoterapia ha sido constatada (Gaston, 1990; Horvath y Symonds, 1991; Krupnik et al., 1996; Martin, Garske y Davis, 2000; Orlinsky, Grawe y Parks, 1994; Raue, Goldfried y Barkham, 1997) y varios estudios empíricos han demostrado que es un factor común en todas las orientaciones de psicoterapia (Sprenkle y Blow, 2004; Sprenkle, Sean y Lebow, 2009). Esta idea es consistente con la visión de los clínicos (Kazdin, Holland, Crowley y Breton, 1997) y la visión de los pacientes (Johansson y Eklund, 2003).

El concepto de alianza tiene sus orígenes en la corriente psicoanalítica. S. Freud (1914, 1916-17, 1937) fue el primero en destacar la importancia de la relación entre paciente y terapeuta como posibilitadora de cambio. Más adelante, otros teóricos de la misma orientación se refirieron a ella con diferentes términos: Sterba (1934) como “ego alianza”, Zetzel (1956) como “alianza terapéutica” y Greenson (1967) como “alianza de trabajo”, pero aún así se ha conceptualizado de diferentes maneras y los autores más significativos le han otorgado un rol muy diverso. Por lo tanto, la alianza terapéutica ha sido un concepto que ha creado controversia. Algunos autores consideran que destinar intervenciones específicas a la alianza terapéutica ésta puede interferir en la terapia psicoanalítica (Abend, 2000; Lacan, citado en Safran 2003; Meltzer, citado en Etchegoyen, 2005; Renik, 2000; Stein, 1981) mientras que otros consideran que es una pieza clave y se deben realizar intervenciones específicas para crearla y mantenerla (Bibring, 1937; Greenson, 1965; Jacobs, 2000; Meissner, 1996; Schafer, 1983; Shane, 2000; Sterba, 1934; Stine, 2005; Zetzel, 1956).

Hasta los años 80, la teoría y la investigación en psicología en cuanto a la alianza terapéutica se centraba en la terapia individual, pero varios estudios han demostrado que la alianza terapéutica es también una pieza clave en la terapia de familia y pareja y correlaciona con la adherencia al tratamiento o el éxito del mismo (Burgeois, Sabourin y Wright, 1990; Christensen, Russell, Miller y Peterson, 1998; Escudero, Friedlander, Varela y Abascal, 2008; Friedlander, Escudero y Heatherington, 2006a; Friedlander, Escudero, Heatherington y Diamond, 2011; Knobloch-Fedders, Pinsof y Mann, 2007; Kuehl, Newfileld y Joanning, 1990; Pinsof, 1994; Quinn, Dotson y Jordan, 1997; Rait, 2000; Raytek, Mc Crady, Epstein y Hirsch, 1999).

En estos tipos de terapia, al haber dos o más individuos diferentes en tratamiento, aparecen retos, demandas y procesos que no se encuentran en terapia individual. La terapia de pareja tiene unas características diferentes a las terapias individuales que hacen que la formación y mantenimiento de la alianza sea más compleja.

Teniendo en cuenta la complejidad que adquiere la alianza terapéutica en este tipo de terapia y partiendo de la base que todavía no se han conducido suficientes estudios desde el ámbito del tratamiento de pareja, este trabajo pretende ser una contribución en este sentido.

Particularmente desde el ámbito del psicoanálisis, el tratamiento de pareja es un marco de trabajo relativamente nuevo que ha hecho replantearse nuevos parámetros más allá del *setting* clásico psicoanalítico en que se atendía la persona individualmente. Gracias a las aportaciones de Dicks (1967), Pichon Riviere (1971) y Kaës (1976), a los que podríamos considerar, entre otros, como representantes de las principales escuelas psicoanalíticas dentro de la psicoterapia de familia (inglesa, argentina y francesa respectivamente), el tratamiento de parejas y familias empezó a ser un campo de acción que comporta nuevos retos.

En este sentido, nuestro estudio tiene el objetivo de profundizar en los retos que el hecho de realizar entrevistas conjuntas con parejas ha comportado para el psicoanálisis. El foco de nuestro trabajo es el papel de la alianza terapéutica en este tipo de terapias.

En la institución en la que trabajamos, la preservación del *setting* psicoanalítico, que intenta proteger la relación terapéutica y el trabajo analítico de cualquier elemento externo, no nos ha permitido grabar las sesiones con los pacientes. Aunque sabemos que existen instituciones de orientación psicoanalítica que han registrado sesiones de tratamiento con pacientes, se trata de excepciones y el acceso a estas grabaciones es muy restringido.

Por este motivo, hemos optado por utilizar una serie televisiva de orientación psicoanalítica y reconocido prestigio, que ha dado lugar a diversos congresos y simposios⁶: *In Treatment*. En esta serie, el analista recibe cada día de la semana un/a paciente diferente durante las nueve semanas que dura la primera temporada. En nuestro trabajo analizamos la terapia conjunta de la pareja que asiste a la consulta. Aunque se trate de una terapia ficticia creada con fines comerciales, y por tanto, que da cierta prioridad al valor dramático de las escenas, muchas de las situaciones que aparecen son representativas y comunes en el proceso de terapia de pareja. En esta última década el interés en el análisis aplicado al cine ha aumentado considerablemente (Greenberg, 2009) y cada vez es más común que en ámbitos profesionales de la psicoterapia se utilicen materiales tomados de la ficción comercial con fines didácticos o de investigación (Akram, O'brien, O'neill y Latham, 2009; Datta, 2009). Una gran ventaja del uso de series o películas en el ámbito clínico es que éste no conlleva normas de confidencialidad (Bhugra y Gupta, 2009; Akram et al., 2009) y en el caso de nuestro trabajo

⁶ Los siguientes, entre otros, son ejemplos de conferencias, congresos y simposios:

- a) Psychoanalysts to Convene at National Meeting, January 13 - 17, 2010. (American Psychoanalytic Association)
- b) In Treatment / Be-Tipul Conference, April 03, 2009. University of California Los Angeles. Los Angeles, CA 90095. (UCLA)
- c) Symposium: 'In Treatment', October 08, 2010. Cruciform Lecture Theatre, UCL. (British Psychoanalytical Council).
- d) The case of In Treatment. June 26, 2010. University of California Berkeley, CA 94720. (The C. G. Jung Institute of San Francisco).

nos garantiza el acceso de cualquier persona al estudio del caso en directo, hecho que facilita enormemente la comprensión de las dimensiones del concepto de alianza terapéutica y su desarrollo de manera segura y ética. Las películas y series pueden ser también eficaces elementos generadores de debate entre profesionales (Akram et al., 2009) y este trabajo pretende fomentar también este aspecto.

El análisis de la relación terapéutica en la serie, nos permite mostrar los mecanismos de formación, mantenimiento, ruptura y reparación de la alianza terapéutica. De esta manera, garantizamos el acceso al caso en directo que permite comparar las puntuaciones con los registros y las transcripciones de las sesiones⁷ permitiendo hacer también un uso de entrenamiento en la utilización del instrumento.

El instrumento que utilizamos en nuestro trabajo para medir y analizar la alianza terapéutica es el cuestionario Sistema de Observación de la Alianza Terapéutica en Intervención Familiar, versión observacional (SOATIF-o) (Escudero y Friedlander, 2001; Escudero, Friedlander y Deihl, 2004). Se trata de un instrumento que se puede utilizar desde cualquier corriente teórica y que aporta multitud de información sobre la alianza terapéutica.

2. Definición de alianza terapéutica

En la definición de alianza terapéutica de cada orientación hay matices diferentes, pero hay dos autores que han conseguido describir el concepto de forma que se pueda incluir en cada una de ellas. Uno de estos autores es Bordin (1976) que definió la alianza terapéutica como el vínculo colaborativo entre el paciente y el terapeuta e identificó tres componentes que la configuran: acuerdo en las tareas, vínculo positivo y acuerdo en los objetivos. El otro autor destacado es Luborsky (1976) que describió también este concepto con una definición más próxima a la visión psicodinámica; como entidad dinámica que evoluciona con los cambios de las demandas de las diferentes fases de la terapia. La alianza *tipo 1* se da sobre todo al inicio, y se caracteriza por brindar al paciente una experiencia principalmente de apoyo, ayuda y contención. La alianza *tipo 2* corresponde a fases posteriores, y se orienta a la construcción de un trabajo conjunto hacia la superación del malestar del paciente, e implica mayor participación del componente confrontativo, presente en todo proceso psicoterapéutico. Ambas definiciones de Bordin y Luborsky se pueden considerar como complementarias.

Las definiciones psicodinámicas de la alianza terapéutica son diversas, aunque la gran mayoría parece estar de acuerdo en que se compone de cuatro aspectos fundamentales: la negociación - para estar de acuerdo sobre el marco terapéutico en la alianza más precoz y para construir un significado compartido posteriormente -, la mutualidad - para trabajar colaborativamente hacia unos objetivos comunes -, la confianza

⁷ Los registros y las transcripciones se pueden consultar en el siguiente sitio web: www.grpf.eu

y la aceptación más o menos implícita de influenciar - por el terapeuta- y de dejarse influenciar -por el paciente - (Beitman y Klerman, 1991).

De acuerdo con Meissner (2007), creemos que la alianza terapéutica implica diversas cualidades constitutivas que son esenciales para establecer y mantener un contexto de trabajo terapéutico efectivo, como son el marco de trabajo terapéutico, la autoridad, la responsabilidad, la empatía, la confianza, la autonomía, la iniciativa, la libertad, la neutralidad, la abstinencia y algunas consideraciones éticas.

Braconier (2002) describe los numerosos factores implicados en el desarrollo de la alianza. Entre ellos se distinguen cuatro grupos de factores:

a) Las características del paciente: entre las que cabe destacar la capacidad de confianza - para confiar en sus propias capacidades, en la habilidad del terapeuta y en la utilidad de la terapia -, la autonomía - para que el proceso analítico sea efectivo, y que a su vez es trabajada a lo largo de todo el tratamiento -, la iniciativa – que aumenta conforme se trabajan en el análisis la autonomía y la confianza – y la industria (Erikson, 1959) – entendida como la habilidad del paciente de aplicar los *insights* analíticos y la internalización y utilización del marco analítico mental como una posesión permanente (Meissner 1996).

b) Las características del terapeuta: de las cuales cabe destacar la capacidad de mostrarse dispuesto a ayudar, tranquilo y benevolente, razonable y no juzgar al paciente (Meissner, 2007). Es importante que el terapeuta posea y desarrolle estas características, por que la manera en que es percibido por el paciente será de vital importancia en la alianza terapéutica al influir en el vínculo colaborativo que es necesario co-construir entre terapeuta y paciente. De hecho, los datos señalan que el terapeuta es mayormente responsable de la relación entre la alianza terapéutica y los resultados (Baldwin, Wampold y Imel, 2007).

c) Los intercambios intersubjetivos entre el paciente y el terapeuta, que tienen lugar a lo largo del proceso analítico. La riqueza de estos intercambios estimulará en el paciente la confianza hacia el terapeuta y la necesidad de un trabajo más profundo. Estos intercambios dependen de cada proceso analítico, de cada paciente y del terapeuta y de la relación que se establezca entre ellos y el trabajo que se realice.

d) La técnica utilizada por el terapeuta: es importante que el terapeuta esté atento a descubrir los elementos de la personalidad del paciente y responder de manera que no suscite un gran aumento de ansiedad, lo que podría tener un efecto negativo en la construcción y el desarrollo de la alianza terapéutica. Desde el punto de vista clínico, es importante considerar las defensas del paciente para calibrar el tipo de interpretaciones que podemos utilizar. Pensamos que en psicoterapia es de vital importancia

que el terapeuta atienda a la alianza terapéutica, incluso antes de atender otras intervenciones técnicas o estrategias (Piper, Joyce, Boroto y McCallum, 1995).

Safran (2003) ha estudiado en diversos trabajos las rupturas en la alianza terapéutica, definidas como periodos de tensión o crisis en la colaboración o la comunicación entre paciente y terapeuta. Estas tensiones pueden llevar a interrupciones prematuras del tratamiento o al fracaso terapéutico, e incluso pueden llevar a la formación de pseudoalianzas o alianzas entre el terapeuta y el falso *self* del paciente que darán lugar a tratamientos inertes (Balint, 1968; Winnicot, 1965). Por este motivo, el terapeuta debe estar atento a estas rupturas que puedan ocurrir, para poder atenderlas y repararlas.

Nos parece interesante la aportación de Meissner (2007) que favorece una visión clara y útil de la alianza terapéutica y la diferencia de otros fenómenos que pueden crear confusión. Este autor distingue tres elementos que determinan los patrones de relación entre analista y paciente: la transferencia, la alianza terapéutica y la relación real. La transferencia está basada en los residuos o afectos y las actitudes relacionales dibujadas en función de las relaciones significativas del paciente, normalmente, pero no exclusivamente, desde las relaciones establecidas con los padres u otras figuras importantes de su infancia. De esta manera el analista es percibido inconscientemente por el paciente de manera similar a los objetos originales. En cambio, la alianza terapéutica concierne las cualidades y acuerdos negociados para estructurar y facilitar el trabajo analítico que pertenece a la función analizadora y el rol contributivo del paciente de avanzar en el proceso analítico. En lo que respecta la relación real, ésta está asociada a otros aspectos de interacción entre el terapeuta y el paciente que reflejan su existencia y estatus como personas reales funcionando en el mundo real. La alianza terapéutica se forma y funciona dentro de la relación analítica y la interacción, mientras que las otras dos dimensiones influyen en la situación analítica aunque su origen se encuentra fuera de ésta. Según de Jonghe, Rijnierse y Janssen (1991) la relación real y la alianza están basadas en relaciones de objeto más maduras, mientras que la transferencia está basada en objetos más infantiles. Las tres dimensiones, aunque conceptualmente diferenciadas, interactúan y dan lugar a diversos procesos en el marco terapéutico.

En esta misma línea, tal y como argumentan Kanzer (1972) y Hanly (1994), creemos que aunque la transferencia (y su respectiva contratransferencia) y la alianza terapéutica son dos conceptos distintos, están interrelacionados, ya que la parte más consciente del individuo (el *yo*) que se ha adscrito a la alianza terapéutica, no puede entenderse sin una implicación de la parte más inconsciente del individuo (el *ello*) y estamos convencidos de que intentar separar las dos instancias en este caso sería demasiado artificial. De acuerdo con Meissner (1996), creemos que en realidad la transferencia y la contratransferencia, si no son trabajadas oportunamente, pueden llegar a ser opuestas a la alianza terapéutica y por lo tanto ser la base de las alianzas negativas o débiles.

Consideramos interesante para concluir y resumir esta diferenciación, la manera en que Greenson (1967) diferenció estos tres conceptos: las reacciones transferenciales son “irrealistas e inapropiadas, pero... genuinas y realmente sentidas”, la relación real es “la relación genuina y realista”, y la alianza de trabajo, en cambio, es “realista y apropiada, pero es un artefacto de la situación de tratamiento”, ya que implica la habilidad del paciente y su compromiso hacia el trabajo.

3. La alianza terapéutica en tratamiento psicoanalítico de pareja

Desde mediados del siglo XX y a partir de los trabajos de Dicks (1967), Pichon Riviere (1971) o Kaës (1976), muchos terapeutas psicoanalíticos han aceptado la utilidad de recibir en la consulta parejas y familias en contra de la tendencia clásica de trabajar únicamente con el paciente de manera individual (cura tipo). El triángulo terapéutico que aparece en los tratamientos de pareja ha dado lugar a muchos interrogantes e investigaciones entorno a las técnicas adoptadas por el terapeuta que en ciertas ocasiones lleva a replantearse los límites clásicos del *setting* psicoanalítico. El ámbito de la terapia de pareja ha evolucionado substancialmente en el psicoanálisis; la orientación de las relaciones objetales ha tenido una importante contribución en este campo aportando a los terapeutas de parejas *insight* en las funciones defensivas, comunicativas y constructoras de estructuras de los procesos inconscientes, las resistencias y el trabajo en la transferencia.

Como hemos mencionado en la introducción del trabajo, debido a la complejidad que el tratamiento conjunto de pareja adquiere a causa de la mediación de diversos factores en su creación y desarrollo, es importante que el terapeuta de parejas esté especialmente atento y conozca estos mecanismos. El terapeuta debe abordar los nuevos retos que este tratamiento comporta, como son la interpretación conjunta (Castellví, 1994; Goldklank, 2009; Lemaire, 1980; Pérez Testor y Pérez Testor, 2006; Teruel, 1970; Thomas, 1994), los múltiples juegos de transferencias y contratransferencias a los que el terapeuta debe estar atento (Kaslow, Kaslow y Farber, 1999; Kaswin-Bonnefond, 2006; Livingston, 1995) y el hecho de que el terapeuta vive intensamente la contratransferencia (Goldklank, 2009; Pérez Testor y Pérez Testor, 2006; Pinosof, 1995; Slipp, 1988). Por ello, creemos que es importante que el terapeuta entienda bien el concepto y tenga un modelo claro de qué aspectos o dimensiones esenciales configuran la alianza terapéutica en el tratamiento conjunto de pareja. Siguiendo el modelo del SOATIF (Sistema de Observación de la Alianza Terapéutica en Intervención Familiar) (Friedlander et al., 2006a, 2006b) creemos que la alianza terapéutica en terapia de parejas se puede conceptualizar en función de cuatro dimensiones diferentes que interaccionan entre sí.

1) Enganche en el proceso terapéutico: el paciente otorga sentido al tratamiento, transmite la sensación de estar involucrado en la terapia y trabajar conjuntamente con el terapeuta. Los objetivos y las tareas en terapia pueden discutirse y negociarse con

el terapeuta. El paciente percibe el proceso terapéutico como serio e importante, y cree que el cambio es posible. Las intervenciones del terapeuta para potenciar esta dimensión deben incluir explicaciones sobre el funcionamiento de la terapia, preguntar al paciente respecto a su conformidad con éste, mantener una posición que invite al diálogo y mostrarse positivo y optimista respecto a los cambios fruto del tratamiento. En esta línea Meissner (1996) señala que estas intervenciones incluyen acuerdos contractuales entre terapeuta y paciente respecto a la logística de la terapia, acuerdos sobre cómo cada parte trabajará conjuntamente y hacia que propósitos, y la comprensión y aceptación de las dos partes (pacientes y terapeuta) y sus respectivas responsabilidades.

2) Conexión emocional con el terapeuta: el paciente ve al terapeuta como una persona importante en su vida. Tiene la sensación de que la relación se basa en la confianza, el afecto y el interés. Cree que al terapeuta le importa de verdad y que “está allí” para él y siente que él y el terapeuta comparten una visión del mundo (por ejemplo, que tienen perspectivas vitales y valores similares), y que la sabiduría y experiencia del terapeuta son relevantes. Las intervenciones del terapeuta en este sentido deben ir orientadas a expresar aceptación, confianza, empatía, afecto e interés por el paciente. En este sentido, Stine (2005) subraya la importancia del uso de metáforas en el proceso analítico, en tanto que son significados compartidos entre analista y paciente que mejoran la comunicación entre ellos y tienen un efecto positivo en la alianza terapéutica, ya que se trata de la evolución de un dialecto compartido, especial y de construcción emocional que forma una comunidad psicológica de dos (o de tres en el caso en que se atienden a parejas).

3) Seguridad dentro del sistema terapéutico: el paciente ve la terapia como un lugar en el que puede arriesgarse, estar abierto y ser flexible. Tiene la sensación de confort y expectativa hacia las nuevas experiencias y aprendizajes que pueden tener lugar. El paciente admite que hay cosas buenas que provienen de estar en terapia, que el conflicto dentro de la pareja puede manejarse sin hacerse daño y que no es necesario estar a la defensiva. El terapeuta puede incidir positivamente en esta dimensión proporcionando al paciente directrices de confidencialidad y seguridad, discutiendo con el paciente procesos que puedan intimidarlo aceptando que la terapia comporta riesgos, y sobre todo ayudando a los pacientes a no estar a la defensiva entre ellos y hablar con sinceridad, sin hostilidad ni intrusismo emocional. La instauración del marco-*setting* psicoanalítico puede significar para la pareja una ayuda al proveerlos de seguridad. El mantenimiento del marco, tanto al inicio de la terapia como a lo largo del tratamiento, puede favorecer la elaboración de un proceso terapéutico transfero-contratransferencial que permite la reactualización de una vivencia de pareja más liberadora. Al inicio de la terapia de pareja, es útil enunciar las reglas del marco de intervención psicoanalítico: para la pareja, la libertad de asociar sobre aquello que piensan, imaginan o sueñan, y para el analista, la atención flotante y la abstención de dar consejos.

4) Sentido de compartir el propósito: los miembros de la pareja se ven a sí mismos trabajando en colaboración para mejorar la relación conyugal y conseguir objetivos comunes. Ambos tienen un sentimiento de solidaridad en relación a la terapia y valoran el tiempo que comparten en ella. Se trata esencialmente de un sentimiento de unidad dentro de la pareja en relación a la terapia. Esta dimensión es única de las terapias conjuntas. El terapeuta puede potenciar el sentimiento de compartir el propósito mediante intervenciones orientadas a adquirir compromisos entre los pacientes, animarlos a preguntarse sus puntos de vista y a mostrarse afecto, destacando aquellos aspectos que comparten y realizando interpretaciones sobre la relación de pareja en lugar de interpretaciones individuales. En este sentido, Sommantico y Boscaino (2006) recalcan la importancia de estar atento a la “dimensión diádica de una demanda o un síntoma” para comprender qué es lo que, del síntoma de uno de los dos cónyuges, pertenece al funcionamiento de la pareja como entidad, así como las funciones del síntoma en la pareja y sus significados inconscientes.

El terapeuta de parejas deberá tener en mente estas cuatro dimensiones a lo largo de la terapia, intentando intervenir en cada una de ellas y sin dejar de lado los procesos transfero-contratransferenciales que pueden influir en todas ellas. Uno de los fenómenos relativos a la alianza de trabajo en las parejas que ha suscitado gran interés por sus implicaciones clínicas es el de la *Alianza Dividida (Split Alliance)* (Heatherington y Friedlander, 1990; Pinsof y Catherall, 1986; Pinsof, 1995) que se da cuando un miembro de la pareja muestra una relación no positiva (negativa o neutral) con el terapeuta mientras que el otro miembro mantiene una buena alianza de trabajo con él. Se trata de situaciones comunes en terapia de parejas y familias. Las *alianzas divididas* pueden aparecer a causa de conflictos individuales o de pareja (Knobloch-Fedders et al., 2004; Mamodhoussen et al., 2005; Symonds y Horvath, 2004), y su reparación es esencial para que el tratamiento tenga éxito (Friedlander et al., 2006a).

4. Método

Instrumento

En el presente trabajo, que se centra en el análisis de la alianza terapéutica, utilizamos como instrumento el SOATIF-o (Escudero et al., 2004; Escudero y Friedlander, 2001) que se creó simultáneamente en inglés y español como una herramienta transteórica para la investigación y la práctica en alianza terapéutica. La medida se basa en cuatro dimensiones: (1) *Enganche en el proceso terapéutico*, (2) *Conexión emocional con el terapeuta*, (3) *Seguridad en el contexto terapéutico* y (4) *Sentido de compartir el propósito*. Los cuarenta y cuatro ítems, tanto negativos como positivos, se relacionan con comportamientos de los pacientes que se agrupan dentro de estas cuatro dimensiones.

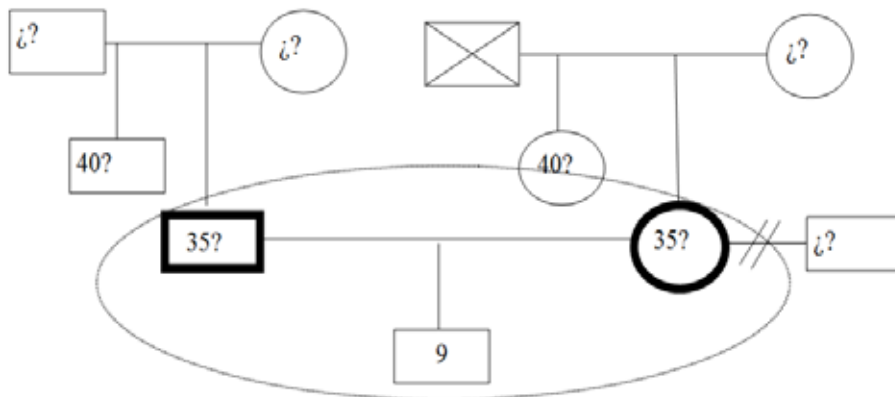
La validez entre grupos, la factorial, la predictiva y la de concurrencia fueron estadísticamente constatadas con muestras de pacientes de parejas y familias en tratamiento ambulatorio en España y América del Norte (Beck et al, 2006; Friedlander et al, 2006a; Smerud, 2007). A través de cinco estudios, los autores del SOATIF-o constataron correlaciones intraclase medias de entre .72 y .95 (Friedlander et al., 2006b).

La forma en que se identificaron las situaciones de *alianza dividida* fue mediante el cálculo de la media de las tres primeras dimensiones, tanto en el hombre como en la mujer: *el enganche en el proceso terapéutico, la conexión emocional con el terapeuta y la seguridad en el contexto terapéutico*. A pesar de que otros estudios realizados con el SOATIF han utilizado solamente la dimensión de la *conexión emocional con el terapeuta* para definir *alianzas divididas* (Muñiz de la Peña, Friedlander y Escudero, 2009), en este estudio hemos dado prioridad a obtener una evaluación más global de la alianza, y para lograr esto hemos seguido el proceso de cálculo utilizado por Smerud y Rosenfarb (2008). En este caso, no nos interesaba mostrar la alianza terapéutica sólo con el terapeuta, sino con todo el proceso; por eso que hemos incluido las tres dimensiones. La dimensión del *sentido de compartir el propósito* no se ha tenido en cuenta para el cálculo global de la alianza de cada miembro de la pareja, ya que evalúa la alianza dentro del sistema de la pareja, mientras que las *alianzas divididas* se identifican en base al cálculo de la divergencia de las puntuaciones en la alianza terapéutica de cada miembro de la pareja con el proceso terapéutico. Esta divergencia se manifiesta de la siguiente manera: cuando uno de los dos miembros de la pareja tiene una alianza negativa con el terapeuta y el otro tiene una positiva, esto se denomina *alianza dividida grave*, y cuando la alianza de uno de los dos es neutral y la del otro positiva o negativa, esto se define como *alianza dividida ligera*. Cuando las puntuaciones en la alianza terapéutica de los dos miembros de la pareja son iguales (ya sean positivas, neutrales o negativas), se considera que hay una *alianza intacta* en la sesión.

Caso

In Treatment es una serie televisiva de la cadena norteamericana Home Box Office (HBO) de género dramático. *In Treatment*, ha sido traducida en España y en México como *En terapia*. Es una serie de televisión de la HBO producida por Mark Wahlberg, basada en una exitosa serie israelí llamada לופיטב («en terapia», en hebreo), acerca de un psicoanalista, el doctor Paul Weston (interpretado por Gabriel Byrne), y sus sesiones semanales con sus pacientes. Los jueves hacen psicoterapia de pareja Jake (Josh Charles) y Amy (Embeth Davitz), que es el caso que estudiamos. Merece la pena destacar, ya que influye en la relación terapéutica, que el analista está atravesando una situación personal complicada a causa de una infidelidad de su mujer.

Genograma de la pareja



Se trata de un matrimonio joven que consulta debido al deseo de abortar de la mujer que se ha quedado embarazada después de haber abandonado los tratamientos de fertilidad que había iniciado cinco años atrás. La demanda inicial de la pareja es clara y hace referencia a la decisión de abortar, ya que el marido no está de acuerdo con el deseo de su esposa y quiere que ella continúe con el embarazo. La pareja ya tiene otro hijo de nueve años, que es muchas veces el desencadenante de discusiones de la pareja en cuanto a temas relativos a su educación. Desde el inicio de la terapia se puede observar cuál es el patrón de relación de esta pareja, el hombre se muestra celoso y desconfiado, llama continuamente a su mujer y ésta a la vez potencia esta necesidad de control del marido no contestando al teléfono y teniendo una actitud seductora con los otros hombres (sesión 1, 3, 4, 5, 7). Nos encontraríamos ante una colusión (de *coludere* o juego entre dos) de tipo obsesivo, basada en la lucha por el control del otro (Font y Pérez Testor, 2006). En esta colusión la cuestión que se plantea es hasta qué punto cada miembro de la pareja puede ser autónomo respecto al otro

5. Resultados

Este apartado lo dedicaremos a hablar de la progresión y cambios de la alianza terapéutica a lo largo de la terapia. Analizaremos la progresión de las cuatro dimensiones de la alianza terapéutica según el modelo del SOATIF para después analizar brevemente las fluctuaciones de la alianza terapéutica del hombre y de la mujer y las *alianzas divididas e intactas*.

Tabla 1: *Puntuaciones del SOATIF-o*

AT= x puntuación dimensiones SOATIF-o (en el caso del hombre y la mujer exceptuando la dimensión de “sentido de compartir el propósito”)

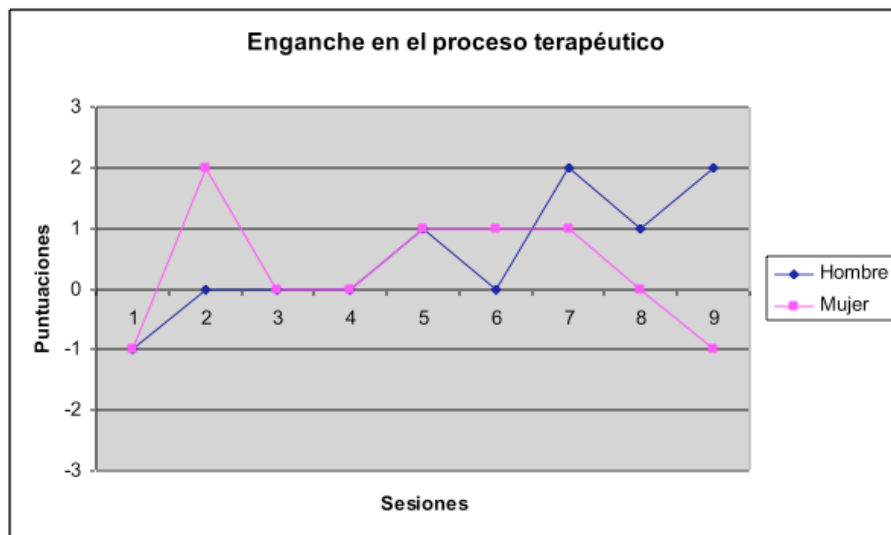
APT= enganche proceso terapéutico

CE= conexión emocional con el terapeuta

SST= seguridad en el sistema terapéutico

CP= sentido de compartir el propósito

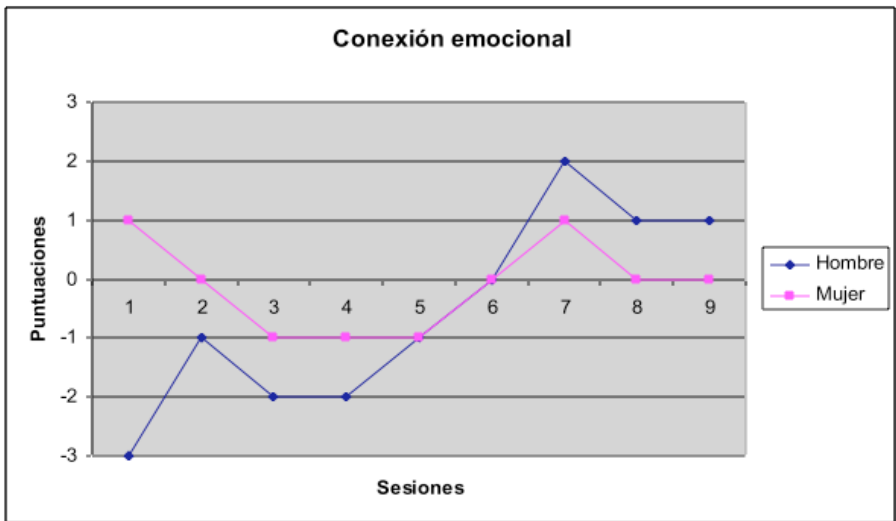
	Hombre	Mujer	Compartir propósito (H/M)	Contribución terapeuta
Sesión 1	AT= -2 APT= -1 CE= -3 SST= -2	AT= 0 APT= -1 CE= +1 SST= 0	CP= -3	AT= + 0,5 APT= 0 CE= +1 SST= -1 CP= +2
Sesión 2	AT= -0,5 APT= 0 CE= -1 SST= 0	AT= + 1,33 APT= +2 CE= 0 SST= +2	CP= +2	AT= +1 APT= +1 CE= +1 SST= 0 CP= +2
Sesión 3	AT= -1,33 APT= 0 CE= -2 SST= -2	AT= -0,33 APT= 0 CE= -1 SST= 0	CP= -3	AT= +0,75 APT= +2 CE= +2 SST= 0 CP= -1
Sesión 4	AT= -1 APT= 0 CE= -2 SST= -1	AT= -0,66 APT= 0 CE= -1 SST= -1	CP= -2	AT= +1,25 APT= +2 CE= +1 SST= +1 CP= +2
Sesión 5	AT= +0,33 APT= +1 CE= -1 SST= +1	AT= - 0,33 APT= +1 CE= -1 SST= -1	CP= -2	AT= +1,5 APT= +2 CE= +1 SST= +2 CP= +1
Sesión 6	No asiste	AT= +0,67 APT= +1 CE= 0 SST= +1	No asiste hombre	AT= +1 APT= +1 CE= +2 SST= 0 CP= x
Sesión 7	AT= +2 APT= +2 CE= +2 SST= +2	AT= +1,33 APT= +1 CE= +1 SST= +2	CP= -2	AT= +1,25 APT= +1 CE= +2 SST= +1 CP= +1
Sesión 8	AT= +1,33 APT= +1 CE= +1 SST= +2	No asiste	No asiste mujer	AT= +1,33 APT= +1 CE= +2 SST= +1 CP= x
Sesión 9	AT= +1,33 APT= +2 CE= +1 SST= +1	AT= 0 APT= -1 CE= 0 SST= +1	CP= +1	AT= +1,75 APT= +2 CE= +2 SST= +1 CP= +2

Gráfico 1: Enganche en el proceso de terapia

Esta dimensión comienza siendo ligeramente negativa para el hombre y la mujer (-1). En la segunda sesión hay una mejora tanto para el hombre como para la mujer, seguramente a causa de una situación momentánea en que la pareja se encuentra en una “luna de miel” poco realista. Aun así, el hombre en esta sesión dice que quiere dejar la terapia porque ya han arreglado sus problemas, hecho que demuestra que el hombre no se siente partícipe del tratamiento (puntuación neutral= 0). En las dos próximas sesiones tanto el hombre como la mujer tienen una puntuación neutral en esta dimensión (0). Debemos tener en cuenta que la pareja se encuentra en un momento de crisis personal y relacional porque la mujer ha sufrido un aborto natural, pero aun así, en momentos de crisis como éste la reacción de muchas parejas podría haber sido aferrarse al proceso terapéutico en un intento desesperado de arreglar sus problemas y esta pareja no lo hace. En la sesión cinco ambos miembros de la pareja tienen un enganche positivo (+1); se trata de una sesión en la que la pareja explica que se acaba de separar. Esta vez si que es posible que la pareja muestre más confianza en el proceso terapéutico en un intento de salvar su matrimonio que está a punto de romperse definitivamente. En la sexta sesión la mujer asiste sola, y continúa teniendo una puntuación positiva en esta dimensión (+1); se ve claro como la mujer siente la necesidad de asistir a la terapia y confía en sus beneficios cuando explica al terapeuta su intención de ser infiel al marido y le pide que la detenga o que le explique después al marido por qué lo ha hecho (a pesar de que no sea una percepción real ni óptima del proceso terapéutico). En la sesión siete la mujer continúa teniendo una percepción positiva en esta dimensión (+1) y la del hombre lo es aún más (+2). En esta sesión la mujer confiesa la infidelidad, después de intentar que sea el terapeuta quién lo haga por ella. Se trata de una sesión con una fuerte carga emocional, donde realmente se

hace patente la utilidad de la terapia, posiblemente por ello el esposo obtiene una puntuación tan alta en esta dimensión, ya que comienza a ser consciente de los beneficios que le ha aportado la terapia. En la siguiente sesión asiste el marido solo y la dimensión continúa siendo positiva (+1). En la última sesión de la pareja, en la que el matrimonio anuncia su separación definitiva, la divergencia de puntuaciones de cada miembro de la pareja es notable. El hombre tiene una puntuación muy positiva (+2) y la de la mujer es ligeramente negativa (-1). La causa de esta divergencia puede ser la utilidad que los dos miembros de la pareja le han encontrado a la terapia: mientras que el hombre dice que ahora se siente en paz y tranquilo la mujer es mucho más reticente a la separación y culpa al proceso terapéutico de haber desencadenado en ello.

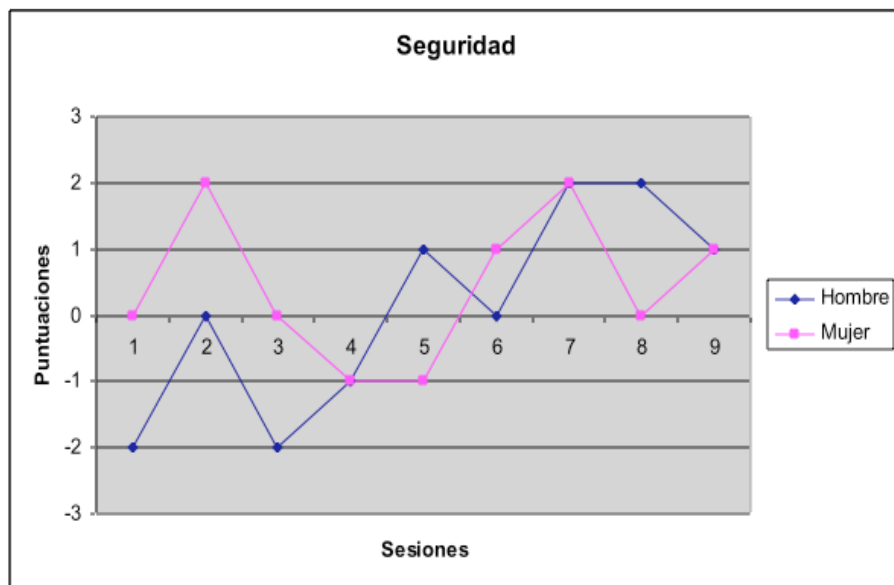
Gráfico 2: Conexión emocional con el terapeuta



En las primeras sesiones esta dimensión es positiva y neutral para la mujer (+1, 0) y problemática para el hombre (-3, -1), seguramente debido a su predisposición negativa. Aún así, parece normal que al inicio de la terapia las puntuaciones en esta dimensión no sean muy altas, puesto que como en toda relación los vínculos emocionales requieren de tiempo para formarse. En un inicio, sólo hace falta una mínima conexión con el terapeuta para conseguir que la pareja se sienta comprometida, pero conforme la terapia avanza, el vínculo emocional va tomando más importancia (Pinsof, 1995). Las siguientes tres sesiones ambos miembros de la pareja puntúan negativamente en esta dimensión (Hombre= -2, -2, -1; Mujer= -1, -1, -1) seguramente, tal y como hemos comentado en el apartado anterior, debido al momento de crisis que está sufriendo la pareja a raíz del aborto. En la sesión seis la mujer asiste sola a terapia y su puntuación es neutral (0). En la siguiente sesión en la que la mujer confiesa al esposo la infidelidad, ambos tienen

una puntuación positiva (Hombre=+2, Mujer=+1). La mujer, por su parte, muestra una cierta dependencia del terapeuta para que arregle la situación, pidiéndole que explique al marido lo que ha pasado. El esposo muestra afecto hacia el terapeuta en varias ocasiones y en el momento de máxima carga emocional se dirige amablemente hacia él. En esta sesión podemos observar el gran cambio que hay en la actitud del marido hacia el analista y la terapia. En la sesión ocho el hombre asiste solo a terapia y su puntuación en esta dimensión es positiva (+1); el paciente charla amigablemente con el terapeuta, expresa interés por él, le explica temas íntimos y personales e incluso le dice que lo necesita. En la última sesión la puntuación de la mujer es neutral (0), seguramente debido a su resignación, y la del hombre continúa siendo positiva (+1).

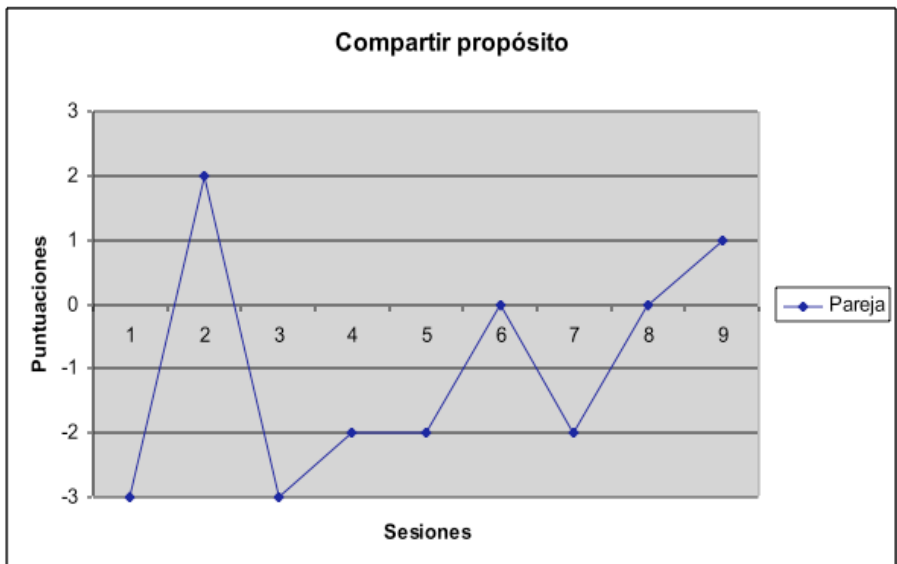
Gráfico 3: Seguridad en el sistema terapéutico



En la primera sesión observamos como la puntuación del hombre en esta dimensión es muy negativa (-2) y la de la mujer neutral (0). Aun cuando en la segunda sesión estas puntuaciones mejoran substancialmente (Hombre=0, Mujer=+2), como hemos comentado creemos que esta puntuación no es representativa. En terapia de pareja, al inicio de la terapia es importante crear un espacio seguro para la pareja, conseguir que ambos miembros se sientan implicados e identificar metas comunes en las que los dos estén de acuerdo (Pinsof, 1995). En este caso, el terapeuta incide sobre todo en implicar a los dos miembros de la pareja haciéndolos participar y también en identificar metas comunes. Pero en lo que respecta a favorecer un espacio seguro en la terapia creemos que éste no interviene de manera adecuada al inicio de la terapia permitiendo interacciones muy

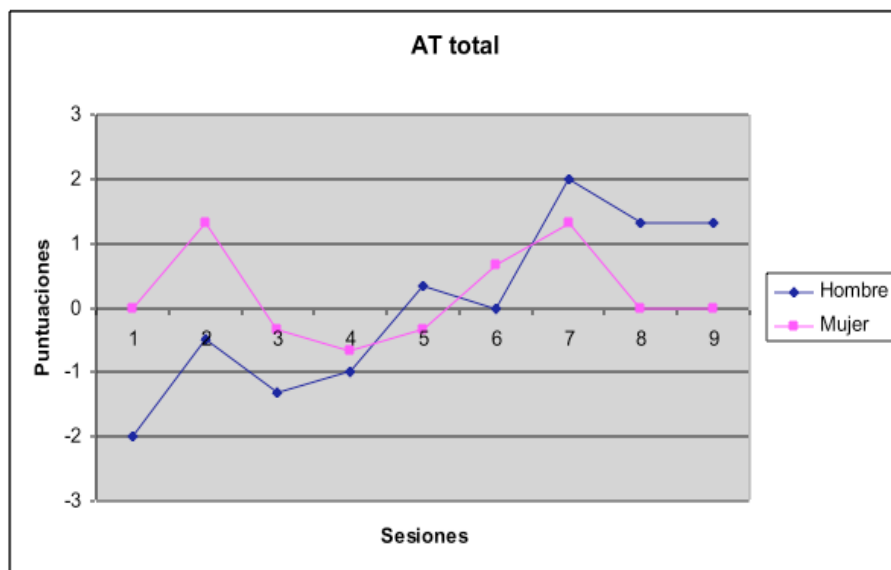
hostiles e incluso agresivas entre los miembros de la pareja, aunque quizás lo haga para observar cuáles son los patrones naturales de relación de la pareja para incidir más tarde. En la cuarta sesión la percepción de los dos miembros es negativa (-1); se trata de una sesión en la que la pareja muestra mucha agresividad verbal e incluso física al final de la sesión, por lo tanto, bajo estas condiciones es imposible sentirse seguro en terapia. En la próxima sesión el hombre se abre realmente al proceso terapéutico, incluso se emociona y llora, por lo tanto su puntuación es positiva (+1). En cambio, la mujer se muestra fría y reacia a hablar de temas personales, lo cual denota su falta de seguridad en el sistema y tiene una puntuación negativa (-1). En la sexta sesión la mujer va sola a la terapia y la puntuación de ésta es positiva (+1); su comportamiento denota que se siente segura en terapia y que tiene la necesidad de asistir y explicar al terapeuta sus intenciones. En la sesión siete los dos miembros de la pareja tienen una puntuación muy alta en esta dimensión (+2); la mujer, incluso, al final de la sesión no quiere marcharse de la consulta del analista, hecho que demuestra que se siente muy segura y que tiene miedo de lo que pueda pasar fuera de la consulta. A la siguiente sesión el hombre asiste solo; sólo con este hecho ya queda reflejado que después de unas cuantas sesiones de terapia éste se siente seguro y siente la necesidad de asistir y los beneficios que derivan de la terapia. Además pide ayuda al terapeuta y se abre emocionalmente a él. En la última sesión ambos miembros de la pareja han obtenido puntuaciones positivas en esta dimensión (+1), hecho que demuestra que finalmente la terapia es vivida de manera positiva y no como una amenaza.

Gráfico 4: Sentido de compartir el propósito



Esta es la dimensión más problemática a lo largo de toda la terapia. La puntuación en esta dimensión es negativa en casi todas las sesiones puesto que la pareja está en una lucha constante y mantiene interacciones hostiles con tendencia a la agresividad. Sólo parecen ponerse de acuerdo en algunos momentos en los que se sienten ofendidos por el terapeuta y se alían en contra de él, pero esto no los ayuda a encontrar unos objetivos comunes en la terapia ni a trabajar conjuntamente. Esta dimensión es realmente importante en cuanto a los resultados de la terapia, puesto que incluso cuando las alianzas de una pareja con el terapeuta son positivas, si esta dimensión no lo es, fácilmente aparecerán alianzas divididas (Friedlander et al, 2006a). Sólo hay dos sesiones en las que esta dimensión es positiva: la segunda (+2), de la que ya hemos comentado la falta de contacto con la realidad de la pareja, y la última (+1). El hecho de que en esta última sesión esta dimensión sea por primera vez positiva denota que la terapia ha sido útil, aun cuando la decisión tomada haya sido la de separarse.

Gráfico 5: Comparación de la alianza terapéutica del hombre y de la mujer a lo largo de la terapia



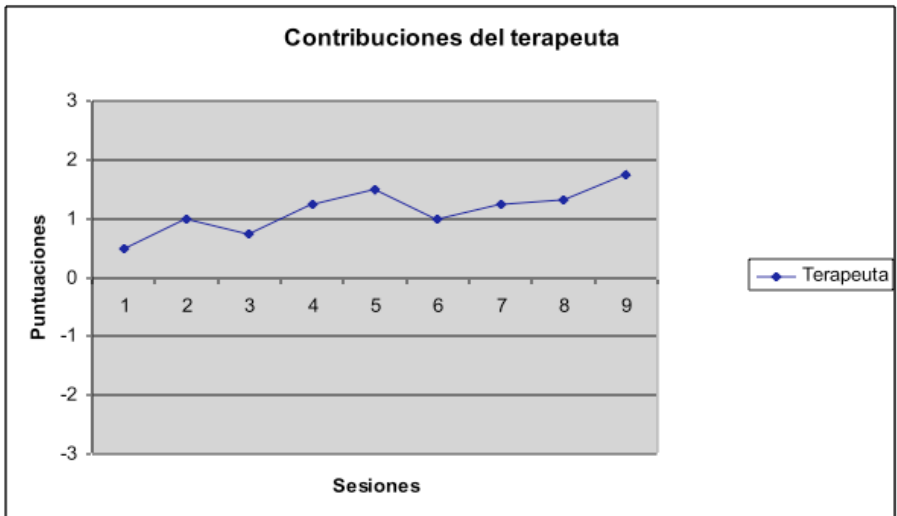
En términos de progresión la alianza del hombre se va fortaleciendo a lo largo de la terapia. Empieza siendo bastante problemática (-2) y acaba siendo fuerte (+1,33) con el terapeuta. En cambio en el caso de la mujer la alianza terapéutica fluctúa mucho más y no tiene una progresión tan clara como la del hombre (ni positiva ni negativa). Una posibilidad es que esta gran variabilidad responda a los síntomas psicológicos de tipo histeroide de la mujer y a su poca estabilidad emocional (Mamodhousen, Wright,

Tremblay y Poitras-Wright, 2005). Creemos que la progresión de la alianza de cada miembro de la pareja ha sido suficientemente comentada a lo largo del trabajo.

Hemos identificado alianzas divididas en las sesiones 1, 2 y 9. En la segunda sesión la alianza dividida es más severa, seguramente debido a la falta de motivación del marido y su predisposición negativa hacia la terapia que ya aparece desde la primera sesión, y en la última creemos que ésta aparece a causa la visión diferente que tienen el hombre y la mujer de la utilidad de la terapia; el esposo se muestra satisfecho del resultado de la terapia, mientras que la mujer reacciona defensivamente culpando a la terapia de su fracaso matrimonial.

Encontramos alianzas intactas en las sesiones 4 (ligeramente problemática), 5 (neutral) y 7 (positiva). En la séptima sesión en la que es positiva, es en la que la mujer confiesa su infidelidad en la terapia y probablemente en otras circunstancias no lo hubiera hecho. Si no fuera por la puntuación negativa de la pareja en la dimensión de sentido de compartir el propósito, ésta sería la situación óptima en un tratamiento terapéutico.

Gráfico 6: Contribuciones del terapeuta a la alianza con la pareja



Como podemos observar en el gráfico, las intervenciones del terapeuta para mejorar la alianza con ambos miembros de la pareja tienen una progresión positiva. En cada una de las sesiones sus contribuciones son positivas en prácticamente todas las dimensiones, lo cual es un hecho remarcable. Esto significa que la relación terapéutica con

los pacientes mejora a lo largo de la terapia en gran parte gracias a las intervenciones del terapeuta.

Hemos examinado las diferentes dimensiones que forman la alianza terapéutica. Como se puede observar en el análisis de las cuatro dimensiones, éstas interactúan unas con otras, y creemos que es interesante discutir brevemente estas interacciones. Creemos que las múltiples variables que afectan las relaciones entre el terapeuta y la pareja y las alianzas dentro de la pareja son tan dinámicamente complejas que requieren de una evaluación cuidadosa de las cuatro dimensiones en cada momento del proceso de tratamiento (Friedlander et al., 2006b).

En primer lugar, es interesante comparar las dos dimensiones relacionadas con lo que la pareja trae a la terapia (*seguridad y sentido de propósito compartido*) con las dimensiones que tienen más que ver con el cómo los pacientes experimentan el terapeuta y el proceso terapéutico (*conexión emocional y enganche*). En este caso podemos ver como los principales problemas de la pareja, los conflictos y la falta de encuentro de objetivos comunes provocan una mala conexión con el terapeuta y ponen en peligro su enganche en el proceso.

Como hemos repetido, garantizar la seguridad al inicio del tratamiento debe ser la prioridad para el terapeuta (Friedlander et al., 2006a). Como en este caso, cuando los miembros de la pareja difieren en su capacidad de confiar y comprometerse con un terapeuta, la seguridad es más difícil de lograr, pero es importante porque una mala puntuación en esta dimensión influirá negativamente en las otras.

Las dimensiones de *enganche en el proceso terapéutico* y de *sentido de compartir el propósito* se relacionan con la implicación de los pacientes a nivel cognitivo y conductual, mientras que la *conexión emocional* y la *seguridad* tienen que ver más con la implicación de los pacientes a nivel afectivo (Friedlander et al., 2006b). En esta pareja en particular, no es hasta que ambos miembros se sienten seguros y emocionalmente unidos con el terapeuta que empiezan a comprometerse en el proceso y a compartir el propósito. Esto es probablemente porque incluso cuando la pareja es muy resistente al tratamiento debido a tensión y miedos inconscientes, sentirse cerca del terapeuta y cómodos en la terapia hace que puedan abrirse al proceso terapéutico y buscar objetivos comunes. Otro punto que sostiene esta idea es que los comportamientos de los pacientes relacionados con la *conexión emocional* se asocian con los niveles observables del *enganche en el proceso terapéutico* (Friedlander et al., 2006a).

La *seguridad* y la *conexión emocional* con el terapeuta también están vinculados, como Christensen et al. (1998) señalan un contexto seguro significa que la pareja siente que tiene una conexión de confianza con el terapeuta y no temen represalias de su pareja por lo que se hace o dice en la terapia. En el caso del hombre de la pareja, podemos observar

cómo las puntuaciones en las diversas dimensiones aumentan a lo largo de las sesiones, mientras que en la mujer las puntuaciones fluctúan de forma paralela.

6. Discusión

En el análisis de este caso muchas de las premisas de las que hemos hablado en el marco teórico se cumplen y realmente sirve para ejemplificar muchos de los conceptos de los que diferentes autores han hablado, tanto desde la práctica clínica como de la investigación empírica, sobre la terapia de parejas.

De acuerdo con Luborsky (1976), la alianza tipo 1 se da sobre todo al inicio, y se caracteriza por brindar al paciente una experiencia principalmente de apoyo, ayuda y contención, lo que el terapeuta de nuestro caso intenta hacer en las primeras sesiones en las que sobre todo el marido se muestra muy incómodo. Aun así, formar la alianza con los miembros de esta pareja es una ardua tarea, ya que en un inicio prestan poca atención a aquello que hace o dice el terapeuta, a causa de la devaluación que hacen ambos miembros de todo el proceso terapéutico. En lo que respecta a la alianza tipo 2, que aparece en fases posteriores hacia la construcción de un trabajo conjunto para superar los impedimentos y el malestar de los pacientes, ésta se va formando poco a poco gracias a que la percepción de los pacientes de la terapia y el terapeuta evoluciona. Esta alianza implica mayor participación del componente confrontativo, que el terapeuta de este caso utiliza comúnmente.

De acuerdo con Beitman y Klerman (1991), en el caso que hemos estudiado aparecen los cuatro aspectos fundamentales de la alianza terapéutica: a) la negociación, que en el caso que nos ocupa es difícil a causa de las resistencias de la pareja y sus conflictos, b) la mutualidad, que también es complicada por la falta de explicitación y acuerdo en los objetivos de la terapia por parte del terapeuta, y c) la confianza y la aceptación de influenciar y dejarse influenciar, complejo también a causa de la desconfianza que muestran ambos miembros de la pareja hacia el terapeuta -en especial el hombre- y la situación personal por la que está atravesando el propio terapeuta y los movimientos contratransferenciales que se derivan de ella. Aún así, los cuatro factores mejoran a lo largo de la terapia favoreciendo el trabajo analítico.

En cuanto a las características de los pacientes que Braconier (2002) destaca como necesarias para formar una alianza terapéutica con el terapeuta, debemos señalar que, en el caso de esta pareja éstas no facilitan la formación de la alianza y dificultan mucho la relación analítica. Inicialmente, ninguno de los dos miembros de la pareja muestra confianza en la habilidad del terapeuta ni en la utilidad de la terapia, ni tampoco en sus propias capacidades para superar sus conflictos. Su capacidad de autonomía también es bastante escasa, ya que o no se comprometen con el proceso terapéutico o se aferran desesperadamente a él con fines poco realistas, especialmente en el caso de la mujer (por ejemplo, cuando explica al terapeuta que va a ser infiel al marido y luego

espera que éste se lo cuente). En cuanto a la iniciativa, hay que destacar la falta de ésta al inicio de la terapia en el hombre, pero conforme la confianza y la autonomía van aumentando, la iniciativa también se refuerza. También aumenta considerablemente a lo largo de la terapia la aplicación de los *insights* analíticos a partir de los intercambios multisubjetivos de la pareja y el analista, especialmente en el hombre, aunque también en la mujer. Este hecho es destacable, ya que ambos miembros de la pareja tienen tendencia a ser muy actuadores.

En lo que respecta a las características del terapeuta (Meissner, 2007), debemos destacar la capacidad de éste de mostrarse dispuesto a ayudar, tranquilo y benevolente, incluso en momentos en que la pareja lo ataca, ya sea individualmente o como unidad. Tan sólo en una de las sesiones (sesión 5) el terapeuta se muestra algo más intransigente con la pareja, pero seguramente tiene por objetivo extinguir los comportamientos agresivos entre ambos y hacia él, aunque el tono sea quizás demasiado burdo. En general, el terapeuta se muestra razonable y trata de no juzgar a los pacientes, lo cual creemos que es percibido por los pacientes y facilita el vínculo colaborativo. Las técnicas que utiliza son en general apropiadas, y consideramos que el terapeuta está atento a los mecanismos de defensa de los pacientes e intenta hacer las interpretaciones en momentos apropiados, aunque a veces generen algo de ansiedad en ellos. Aun así, creemos que las interpretaciones iniciales son quizás algo arriesgadas, porque la alianza terapéutica es aún muy pobre y la pareja podría no haber estado preparada para aceptarlas (Piper et al., 1995).

Otro aspecto que influye en la relación terapéutica es la interacción de las cualidades del terapeuta con las cualidades de cada miembro de la pareja, la relación real, y en este caso como ya hemos comentado parece que existe bastante complementariedad con el hombre, y bastante menos con la mujer.

Lo primero que llama la atención en las primeras sesiones de terapia de la pareja, es la falta de motivación del marido y su predisposición negativa hacia la terapia, que acostumbra a suceder en tratamiento de parejas (Friedlander et al., 2006a) a causa de las dificultades que suelen tener los hombres en contactar con, expresar y comunicar sus sentimientos.

En terapia individual el sector de la alianza opera relativamente independiente de los factores de género (Meissner, 1996). En terapia individual, que el analista sea hombre o mujer, y que el paciente sea hombre o mujer, no hace ninguna diferencia en la naturaleza y características de la alianza: aparecen las mismas condiciones, requisitos y responsabilidades. Aun así, en terapia de parejas heterosexuales creemos que también tiene un efecto en la alianza terapéutica, ya que hay que tener en cuenta que el género del terapeuta es compartido por uno de los cónyuges, y esto puede ser percibido como una amenaza por parte del otro miembro de la pareja. En cambio, nos parece que en

este caso en particular, sobre todo al inicio de la terapia, es diferente, ya que el género del terapeuta influye sobre todo de manera negativa en el hombre, que se siente amenazado por éste a causa de sus celos, y ello influye en la formación de la alianza terapéutica. La tendencia transferencial de la pareja, de oponerse a los demás tanto a nivel individual como de pareja, también dificulta la formación de la alianza.

La alianza con el hombre mejora progresivamente conforme la terapia avanza, creemos que en gran parte gracias a la relación real existente entre ambos y la creciente capacidad de *insight* del hombre. Aunque en un inicio éste no tiene ningún interés en entender su relación y se muestra muy defendido en terapia, poco a poco va aumentando su capacidad de comprensión hasta el punto que es él quien inicia el cambio en la relación de pareja adoptando una nueva actitud. Sin embargo, la mujer parece no estar preparada para este cambio y es ella quien queda atrás instaurada en el mismo patrón de conducta e intentando estimular en su marido su habitual comportamiento mediante una infidelidad. El cambio de actitud de su marido, conlleva que ella se descompense y acentúe todavía más su rol en la pareja buscando desesperadamente una respuesta en él que le sirva para sentirse de nuevo perseguida y mal tratada, y sentir que tiene el control de la relación (Goldklank, 2009).

La relación previa ya existente entre los miembros de la pareja, que es muy problemática, dificulta la creación de la alianza terapéutica y obliga al terapeuta a equilibrar la alianza regularmente (Symonds y Horvath, 2004). Queda clara la dificultad de establecer una alianza con cada miembro de la pareja y con la pareja como unidad (Rait, 2000), especialmente a causa de los comportamientos agresivos de la pareja contra el analista y contra ellos mismos. La formación de la alianza terapéutica con el terapeuta es enormemente complicada porque el ajuste diádico de la pareja es muy problemático (Mamodhoussen et al., 2005) y propicia un ambiente muy hostil en terapia; la pareja está demasiado ocupada discutiendo sobre sus problemas como para abrirse a la relación terapéutica. Se ve claramente como la formación de la alianza terapéutica no depende sólo de la habilidad del terapeuta, sino también de la relación de la pareja entre sí, que al ser tan conflictiva dificulta el proceso (Pinsof y Catherall, 1986; Snyder, 1999).

Otro concepto que queda reflejado a lo largo de las sesiones, sobre todo al inicio, es la tendencia de la pareja al *conservadurismo* (Rait, 2000), es decir; a repetir continuamente los mismos patrones de relación. Por ejemplo, la tendencia que tiene la pareja de aliarse en contra del terapeuta va también en esta línea, y la colusión obsesiva de la pareja refuerza este comportamiento.

Ambos pacientes muestran rivalidad en diferentes momentos de la terapia, lo que hace que el terapeuta deba regular la alianza con ambos intentando evitar una *alianza dividida* al caer en el juego de algnos de ellos; en especial la mujer intenta al inicio

aliarse con el terapeuta en contra de su marido, mostrándose excesivamente amable y cercana con el terapeuta. En la mayoría de ocasiones, el terapeuta lo tiene en cuenta, y anticipa que las consecuencias podrían derivar en el abandono del tratamiento promovido por el hombre que se podría sentir excluido (Friedlander et al., 2006a). También muestran rivalidad de otros pacientes y son incapaces de renunciar por un momento a sus propias necesidades y escuchar las del otro, lo que dificulta enormemente el trabajo del terapeuta.

Con respecto a la estabilidad de la alianza terapéutica en terapia de parejas, en este caso la alianza fluctúa a lo largo de las sesiones; en un inicio la alianza terapéutica del hombre es mucho más negativa que la de la mujer, y finalmente es al revés. Seguramente esta fluctuación está relacionada con el hecho de que todo lo que pasa en terapia de parejas trae consecuencias para la vida real de la pareja (Friedlander et al., 2006a). Tal y como observamos en este caso, aquello de lo que se habla en terapia y los acontecimientos que tienen lugar influyen después en la vida diaria de la pareja. Por ejemplo, derivan en problemas y discusiones en casa que a su vez influyen en la alianza terapéutica que los pacientes tienen entre ellos y con el terapeuta y hacen que la alianza varíe más que en terapia individual.

La alianza entre los miembros de la pareja, que es un elemento clave en este tipo de terapias (Garfield, 2004; Friedlander et al., 2006b; Snyder, 1999; Symonds y Horvath, 2004), es prácticamente inexistente a lo largo de toda la terapia y dificulta enormemente el trabajo psicoanalítico con la pareja.

Otro elemento que se refleja en la serie es la importancia de identificar el malestar de cada miembro con respecto a su familia de origen para evitar posibles tensiones en la alianza terapéutica (Knobloch-Fedders et al., 2004), lo cual hace el terapeuta especialmente en tres sesiones (sesión 5, 6 y 7). Según Knobloch-Fedders et al. (2004) cuando aparece una *alianza dividida* en la sesión 1, esta está relacionada con una historia de relaciones familiares pobres, cosa que es muy posible en este caso puesto que ambos miembros de la pareja han tenido relaciones familiares insatisfactorias.

Otro punto que queda reflejado en la serie es la idea de que las *alianzas divididas* en parejas jóvenes y recién casadas son más comunes y que correlacionan con una visión muy negativa del matrimonio por parte de los hombres y síntomas psicológicos por parte de las mujeres (Mamodhousen et al., 2005). En este caso la mujer, como hemos repetido, muestra ciertos rasgos histriónicos y ambos muestran malestar proveniente de la relación matrimonial.

Por lo tanto, todas estas ideas nos llevan a concluir que muchos de los aspectos teóricos sobre la alianza terapéutica en terapia de pareja quedan representados a lo largo de las sesiones.

En cuanto a las dimensiones de la alianza terapéutica del modelo del SOATIF, en este caso cabe destacar diversos aspectos sobre cada una de ellas:

La dimensión de *enganche en el proceso terapéutico* no llega a ser negativa más que en la última sesión para la mujer, y ya hemos hablado ampliamente de ello. Aun así, creemos que podría haberse mejorado si se hubieran especificado los objetivos de la terapia y los acuerdos contractuales de cada participante en el proceso analítico. Tan sólo en un momento dado, el terapeuta subraya que la violencia no será tolerada en terapia y es el único inciso que hace sobre el funcionamiento de ésta.

En cuanto a la dimensión de *conexión emocional con el terapeuta*, consideramos que ésta tiene mucho que ver con la relación real. Si consideramos que la relación real se basa en las características personales y rasgos de carácter del terapeuta, sus maneras y estilos de habla y comportamientos, su género, la manera determinada en que maneja la situación terapéutica, sus actitudes, prejuicios, opciones políticas y morales, su sentido del humor y sus creencias y valores personales (Adler, 1980), observamos como tiene que ver con la manera en que el modelo del SOATIF conceptualiza esta dimensión con algunos de sus ítems. En este caso, a medida que los elementos de la relación real entre el hombre y el terapeuta se van desarrollando, la conexión emocional entre ellos aumenta considerablemente. En cambio, con la mujer esta dimensión fluctúa más porque, entre otras cosas, parece no haber tanta complementariedad ni similitud de caracteres entre ambos, y ni el terapeuta ni la mujer parecen compartir visiones del mundo similares.

En referencia a la dimensión de *seguridad en el sistema terapéutico* creemos que en este caso es tan problemática porque está estrechamente relacionada con la relación de la pareja y los movimientos transfero-contratransferenciales y proyecciones que se dan entre ellos en la lucha por el control mediante una hostilidad desmedida. Bajo estas circunstancias es una tarea prácticamente imposible generar un espacio seguro en terapia. En este caso, el terapeuta debería haber priorizado desde el inicio un cambio en el estilo de interacción y la agresividad.

La dimensión de *sentido de compartir el propósito* es negativa a lo largo de casi toda la terapia. Consideramos que ello tiene mucho que ver no sólo con la *alianza intrasistema* que debería establecerse entre los miembros de la pareja para encontrar un objetivo común en terapia, sino con todos los movimientos transfero-contratransferenciales que se dan en la pareja a lo largo de la terapia, y de los que no son nada conscientes hasta el final, en que deciden romper. Esta dimensión está inevitablemente ligada al patrón de relación de la pareja. En este caso, tratándose de una colusión obsesiva basada en la lucha de ambos miembros por el control del otro, es extremadamente difícil poder incidir en esta dimensión; solamente se ponen de acuerdo entre ellos para aliarse contra un tercero, ya sea el exmarido o el terapeuta.

Comúnmente ocurre que en tratamiento conjunto la ansiedad de la pareja va aumentando y es fácil que aparezca una *alianza dividida*. En cambio, en este caso hemos podido observar como las *alianzas divididas* más severas se han dado al inicio de la terapia debido a la predisposición negativa del marido y los desacuerdos de la pareja. Normalmente, es más adelante cuando aparece la ansiedad ante las características del terapeuta (Friedlander et al., 2006a), pero en este caso se ve como la dimensión de *conexión emocional* va mejorando a lo largo de la terapia y favorece el resto de dimensiones.

En cuanto a las intervenciones del terapeuta que tienen que ver con la alianza terapéutica, nos centraremos de nuevo en el modelo del SOATIF, según el cual cuatro tareas son fundamentales en cualquier tipo de terapia conjunta:

a) Establecer las condiciones apropiadas para una relación terapéutica:

Algunas de las intervenciones que nos parecen poco acertadas por parte del terapeuta, como acceder en algunos momentos a las peticiones de los pacientes bajo su presión (por ejemplo, acceder a recibir la mujer sola en la terapia, expresar su opinión respecto al tema del aborto...). Aún así, en general las contribuciones del terapeuta han sido bastante acertadas y en la mayoría de dimensiones han sido positivas; la relación terapéutica ha ido mejorando en gran parte gracias a las aportaciones del terapeuta a lo largo de las sesiones.

b) Elaborar objetivos terapéuticos aceptados por la pareja:

Como hemos mencionado con anterioridad, el terapeuta no ha sido demasiado específico a la hora de formular objetivos en la terapia ni tampoco ha preguntado a la pareja al respecto. Creemos que podía haber sido positivo para la terapia la reformulación y explicitación de los objetivos y metas en algunos momentos, para poder acercar las posiciones de ambos miembros de la pareja y favorecer la dimensión de *sentido de compartir el propósito*.

c) Utilizar técnicas congruentes con un modelo teórico para conseguir las metas de la terapia:

Con respecto a las técnicas empleadas por el terapeuta, como hemos dicho anteriormente, consideramos que han sido adecuadas y congruentes con el modelo teórico del terapeuta (por ejemplo, interpretaciones interpersonales, confrontaciones, uso del silencio, permitir la asociación libre, etc.).

d) Crear un cambio suficiente que facilite la emancipación del sistema de los pacientes:

El hecho de hacer comprender a la pareja sus patrones de conducta y de relación, sus mecanismos de defensa, ansiedades y otros procesos que quedaban ocultos detrás de las discusiones, peleas, insultos... y su tendencia a *acting out*, es aquello que provoca el cambio en la dinámica de la pareja y facilita la autonomía de los pacientes, siendo a su vez el desencadenante de la separación.

Otro punto a tener en cuenta es la situación personal del terapeuta que en algunos momentos influye en el tratamiento y en la relación terapéutica. El analista está pasando por una situación personal compleja, puesto que su mujer le ha confesado una infidelidad. En el caso de la pareja que trata, en que la mujer también le es infiel al esposo, las reacciones emocionales parecen inevitables. En estos casos es importante que el terapeuta sepa reconocer este proceso contratransferencial para incidir en él (Friedlander et al., 2006a) y en el caso del terapeuta de la serie, éste está siguiendo un tratamiento personal con una supervisora que le ayuda en este sentido.

Otro aspecto a destacar en este capítulo, son los conceptos de neutralidad y abstinencia, que Meissner (1998) considera componentes de la alianza terapéutica. La manera en que nosotros concebimos la alianza terapéutica es compatible con estas dos condiciones que deben darse en todas las terapias psicoanalíticas. Creemos, como hemos comentado anteriormente, que en algunos momentos determinados el terapeuta no respeta estas condiciones, ya que la situación personal por la que está pasando interfiere en ambas. En algún momento parece como si el terapeuta se confundiera en cierta manera con el hombre de la pareja y se sintiera demasiado identificado con el conflicto matrimonial de éste en el que aparece una infidelidad de su mujer. Aun así, tampoco lo actúa en exceso y tan sólo se hace explícito en algunas sesiones en que creemos que éste no es del todo objetivo (sesión 3, sesión 4, sesión 5, y en cierta manera en la sesión 8). En la sesión 5, el terapeuta actúa la contratransferencia y entra en colusión con la pareja participando de su dinámica (Goldklank, 2009) porque se deja llevar por las reacciones intensas que le generan las demostraciones de rabia y agresión de ambos pacientes (Alexander y Van der Heide, 1997).

En la sesión 7 hay una autorrevelación encubierta que finalmente los pacientes relacionan con el terapeuta, y creemos que esta no respeta el principio de neutralidad (Meissner, 1996). Por otro lado, hay que reconocer al terapeuta su implicación en la terapia y los conflictos de la pareja y admitir que, teniendo en cuenta su situación matrimonial, éste maneja bastante bien los conflictos del matrimonio. Suponemos que el hecho de que el terapeuta esté realizando su propio tratamiento personal ayuda en este sentido.

7. Conclusiones

A lo largo del trabajo, hemos ido conceptualizando un modelo de alianza terapéutica compatible con el marco de trabajo analítico. Lo hemos diferenciado de los otros

elementos de la relación terapéutica - relación real y transferencia -. Para nosotros la alianza terapéutica forma parte de la relación de trabajo que el terapeuta debe establecer con el paciente y la relación de trabajo es más óptima si la relación real entre ambos es positiva, ya que el terapeuta será percibido por el paciente como una persona digna de confianza y/o le atribuirá características positivas. Creemos que el trabajo psicoanalítico se basa en la interpretación y el trabajo en la transferencia, así como en el uso de otras técnicas propias del psicoanálisis encaminadas al trabajo con el inconsciente como son la interpretación de sueños y la libre asociación, pero sin una buena relación de trabajo las técnicas no son igual de efectivas.

Aunque desde una vertiente teórica, los principales autores psicoanalíticos no alcanzan un *consensus* en lo que respecta a la diferenciación de estos tres elementos, en la práctica clínica cada vez se otorga a la alianza terapéutica un papel más importante, y como hemos visto también ocurre lo mismo en la investigación empírica.

Hemos subrayado en diversos apartados la importancia de la alianza terapéutica, pero sobre todo hemos destacado su importancia en psicoterapia de pareja, que es el tema que nos ocupa. A causa de la gran diversidad de mecanismos que operan en este tipo de terapia conjunta, la formación y el desarrollo de la alianza adquieren mayor dificultad.

Podríamos resumir esta dificultad en el hecho de que el terapeuta tiene que formar un alianza con dos personas a la vez, que a su vez tienen una percepción de la alianza que el terapeuta tiene con el otro cónyuge y que puede dar lugar a fantasías, miedos, revivir situaciones del pasado, sentimientos de exclusión... Por tanto, el terapeuta debe equilibrar la alianza con ambos miembros de la pareja de manera constante. A su vez, el terapeuta debe fomentar la alianza de trabajo entre los miembros de la pareja, ya que si los cónyuges no son capaces de trabajar conjuntamente el tratamiento no tiene sentido. Formar una alianza con cada miembro de la pareja, con la pareja como unidad y, a su vez, fomentar la alianza entre ellos es una ardua tarea para cualquier terapeuta, que si no se tiene en consideración dificulta enormemente el trabajo analítico.

El instrumento utilizado para evaluar la alianza terapéutica, el SOATIF-o, que se elaboró desde una perspectiva transteórica, ha mostrado su utilidad para analizar la alianza terapéutica en una psicoterapia de pareja de orientación psicoanalítica. En concreto, permite discernir las variaciones que se producen a lo largo de las diferentes sesiones y detectar diferencias entre los miembros de la pareja en cada sesión y las sesiones en que aparecen *alianzas divididas e intactas*. También es útil para evaluar las contribuciones del terapeuta en cada una de las dimensiones de la alianza.

Sin embargo, hay que reconocer que algunos de los ítems del instrumento podrían ser cuestionados desde una perspectiva psicoanalítica clásica, ya que algunos de ellos pa-

recen poco coherentes con los principios de neutralidad y abstinencia. Aún así, desde una perspectiva psicoanalítica más contemporánea, basada en el psicoanálisis relacional, podrían considerarse aceptables. Otros ítems que hablan de tareas para casa, o representaciones durante la sesión, son poco representativos del modelo psicoanalítico, pero no afectan a las puntuaciones finales. El análisis de la serie de televisión “In treatment” mediante el SOATIF-o permite apreciar las diferentes circunstancias y variaciones temporales que influyen en la alianza terapéutica en una terapia de parejas psicoanalítica. Junto con la fácil disponibilidad del material y la ausencia de las limitaciones éticas que implica la difusión de grabaciones de casos reales, lo hacen idóneo como material docente para estudiantes y terapeutas en formación.

Tal y como hemos mencionado, creemos que, más allá del análisis de la alianza, la serie es útil para analizar diversos aspectos de la relación terapéutica y el trabajo analítico, ya que creemos que más allá del valor dramático propio de una serie televisiva, la serie está bien documentada y fundamentada desde una óptica psicoanalítica.

Para concluir, nos gustaría destacar que pese al número de estudios que se han llevado a cabo en el campo de la alianza terapéutica en parejas en los últimos años, éste continúa siendo muy reducido en comparación al número de estudios sobre el mismo tema en terapia individual. Hace falta profundizar más en ciertos aspectos como los mediadores, moderadores y moduladores de la alianza terapéutica en parejas, así como replicar ciertos estudios que se han llevado a cabo para resolver interrogantes y abrir nuevas líneas de investigación en este campo. Además los estudios en que se analizan los tres elementos de la relación terapéutica -alianza, transferencia y relación real- y su interacción son escasos y en muchos casos contradictorios. Creemos que observar el fenómeno de la alianza terapéutica desde una óptica psicoanalítica puede aportar interesantes datos que abran nuevos campos de estudio en la investigación y en la praxis clínica.

Referencias

- Abend, S. M. (2000). The problem of therapeutic alliance. En S. T. Levy (Ed.), *The therapeutic alliance* (pp. 1-16). US: International Universities Press.
- Adler, G. (1980). Transference, real relationship and alliance. *The International Journal of Psychoanalysis*, 61(4), 547-558.
- Akram, A., O'brien, A., O'neill, A. y Latham, R. (2009). Crossing the line - Learning psychiatry at the movies. *International Review of Psychiatry*, 21(3), 267-268.
- Alexander, R., y Van der Heide, N. P. (1997). Rage and aggression in couples therapy: An intersubjective approach. En F. M. Solomon y J. P. Siegel (Eds.), *Countertransference in couples therapy*. (pp. 238-250). New York: W. W. Norton & Co.

- Balint, E. (1968). Remarks on Freud's metaphors about the 'mirror' and the 'receiver.' *Comprehensive Psychiatry*, 9(4), 1968. 344-348.
- Baldwin, S. A., Wampold, B. E. y Imel, Z. E. (2007). Untangling the alliance outcome correlation: Exploring the relative importance of therapist and patient variability in the alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 842-852.
- Beck, M., Friedlander, M. L., y Escudero, V. (2006). Three perspectives of clients' experiences of the therapeutic alliance: A discovery-oriented investigation. *Journal of Marital and Family Therapy*, 32(3), 355-368.
- Beitman, B., y Klerman, G. (1991). The differential effect on psychotherapy and psychoanalysis with anaclitic and introjective patients. The Menninger Psychotherapy Research Project revisited. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 40, 691-724.
- Bibring, E. (1937). Therapeutic results of Psychoanalysis. *International Journal of Psychoanalysis*, 18, 170-189.
- Bhugra, D. y Gupta, S. (Eds.) (2009). *International Review of Psychiatry*, 21(3), 181-182.
- Bordin, E. S. (1976). The generalization of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16, 252-260.
- Bourgeois, L., Sabourin, S., y Wright, J. (1990). Predictive validity of therapeutic alliance in group marital therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 608-613.
- Braconier, A. (2002). Psychanalyse et/ou psychothérapies psychanalytiques. Recherches sur l'alliance thérapeutiques et l'analysabilité. *Psychothérapies*, 22, 21-28.
- Castellví, P. (1994). Tratamiento de pareja. En A. Bobé y C. Pérez Testor (Comps.), *Conflictos de pareja: Diagnóstico y tratamientos*. Barcelona: Paidós.
- Christensen, L. L., Russell, C. S., Miller, R. B., y Perterson, C. M. (1998). The process of change in couples therapy: A qualitative investigation. *Journal of Marital and Family Therapy*, 24, 177-188.
- Datta, V. (2009). Madness and the movies: An undergraduate module for medical students, *International Review of Psychiatry*, 21(3), 261-266.

De Jonghe, F., Rijniere, P., y Janssen, R. (1991). Aspects of the analytic relationship. *The International Journal of Psychoanalysis*, 72(4), 693-707.

Dicks, H. V. (1967). *Marital Tensions*. London: Karnac Books.

Erikson, E.H. (1959). *Identity and the life cycle: selected papers*. Oxford, England: International Universities Press.

Escudero, V., y Friedlander, M. L. (2001). *Soatif-o for clients*. Recuperado el 7 de marzo de 2012, en <http://www.softa-soatif.net>

Escudero, V., Friedlander, M. L. y Deihl, L. (2004). *Soatif-o for therapists*. Recuperado el 7 de marzo de 2012, en <http://www.softa-soatif.net>

Escudero, V., Friedlander, M. L., Varela, N. Y Abascal, A. (2008). Observing the therapeutic alliance in family therapy: Associations with participants' perceptions and therapeutic outcomes. *Journal of Family Therapy*, 30(2), 194-214.

Etchegoyen, R. H. (2005). *The Fundamentals of Psychoanalytic Technique*. Great Britain: Karnak books.

Freud, S. (1914). Remembering, repeating and working through. *Standard Edition*, 12, 145-156.

Freud, S. (1916-17). Introductory lectures in psychoanalysis. *Standard Edition* 16.

Freud, S. (1937). Analysis terminable and interminable. *Standard Edition* 23, 209-253.

Friedlander, M. L., Escudero, V., y Heatherington, L. (2006a). *Therapeutic alliances in Couple and Family Therapy: An Empirically Informed Guide to Practice*. USA: Hardcover.

Friedlander, M. L., Escudero, V., Heatherington, L. y Diamond, G. M. (2011). Alliance in couple and family therapy. *Psychotherapy*, 48(1), 25-33.

Friedlander, M. L., Escudero, V., Horvath, S., Heatherington, L., Cabero, A., y Martens, M. (2006b). System for Observing Family Therapy Alliances: A tool for research and practice. *Journal of Counselling Psychology*, 53, 214-225.

Garfield, R. (2004). The therapeutic Alliance in Couples Therapy: Clinical Considerations. *Family Process*, 43(4), 457-65.

- Gaston, L. (1990). The concept of the alliance and its role in psychotherapy: Theoretical and empirical considerations. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 27(2), 143-153.
- Goldklank, S. (2009) "The shoop shoop song" A guide to psychoanalytic-systemic couple therapy. *Contemporary Psychoanalysis*, 45(1), 3-25.
- Greenson, R. R. (1965). The working alliance and the transference neurosis. *Psychoanalytic Quarterly*, 343, 155-181.
- Greenson, R. R. (1967). *The technique and practice of Psychoanalysis*. New York: International University Press.
- Hanly, C. (1994). Reflections on the place of the therapeutic alliance in Psychoanalysis. *International Journal of Psychoanalysis*, 75, 457-467.
- Heatherington, L., y Friedlander, M. L. (1990). Couple and Family Therapy Alliance Scales: Empirical Considerations. *Journal of Marital and Family Therapy*, 16, 299-306.
- Horvath, A. O., y Symonds, B. D. (1991) Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38(2), 139-149.
- Jacobs, T. (2000). On beginnings: The concept of the therapeutic alliance and the interplay of transferences in the opening phase. En S. T. Levy (Ed.), *The therapeutic alliance* (pp. 17-33). Madison, CT, US: International Universities Press.
- Johansson, H y Eklund, M. (2003). Patient's opinions on what constitutes good psychiatric care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 17, 339-346.
- Kaës. R. (1976). *L'Appareil psychique groupal*. Paris: Dunod.
- Kanzer, M. (1972). Superego aspects of free association and the fundamental rule. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 20, 246-266.
- Kaslow, N. J., Kaslow, F. W., y Farber B. W. (1999). Theories and techniques of marital and family therapy. En M. B. Sussman, S. K. Steinmetz, y G. W. Peterson (Eds.), *Handbook of marriage and the family*, (2ª edición, pp. 767-793). New York: Plenum Press.
- Kaswin-Bonnefond, D. (2006). Tranfert – contre-transfert: entre associativité et dissociativité. *Revue française de Psychanalyse*, 70(2), 445-456.

- Kazdin, A. E., Holland, L., Crowley, M. Y Breton, S. (1997). Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 1-27.
- Knobloch-Fedders, L., Pinsof, W., y Mann, B. (2004) The Formation of the Therapeutic Alliance in Couple Therapy. *Family Process*, 43(4), 425-442.
- Knobloch-Fedders, L., Pinsof, W., y Mann, B. (2007) Therapeutic Alliance and Treatment Progress in Couple Psychotherapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 33(2), 245-57.
- Krupnik, J. L., Sotsky, S. M., Simmens, A., Moyer, J., Elkin, I., Watkins, J., y Pilkonis, P. A. (1996). The role of alliance in psychotherapy and pharmacotherapy outcome: Findings in the National Institute of Mental Health treatment of depression collaborative research program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 532-539.
- Kuehl, B. P., Newfield, N. A., y Joanning, H. P. (1990). A client-based description of family therapy. *Journal of Family Psychology*, 3(3), 310-321.
- Lemaire, J. G. (1980). *Terapias de pareja*. Buenos Aires: Amorrortu
- Livingston, M. S. (1995). A Self Psychologist in Couplesland: Multisubjective approach to Transference and Countertransference-Like Phenomena in Marital Relationships. *Family Process*, 34, 427-439.
- Luborsky, L. (1976). Helping alliances in psychotherapy. En J. L. Cleghorn (Ed.), *Successful psychotherapy* (pp. 92-116). New York: Brunner/Mazel.
- Mamodhousen S., Wright J., Tremblay N., y Poitras-Wright H. (2005) *Impact of Marital and Psychological Distress on Therapeutic Alliance in Couples Undergoing Couple Therapy*. *Journal of Marital and Family Therapy*, 31(2), 159-69.
- Martin, D. J., Garske, J. P. y Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(3), 438-450.
- Meissner, W. W. (1996). *The Therapeutic Alliance*. New Haven & London: Yale University Press.
- Meissner, W. W. (1998). Neutrality, abstinence, and the therapeutic alliance. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 46(4), 1089-1128.

- Meissner, W. W. (2007). Therapeutic alliance: Theme and variations. *Psychoanalytic Psychology*, 24(2), 231-254.
- Orlinsky, D. E., Graw, K. y Parks, B. K. (1994). Process and outcome in psychotherapy – noch einmal. En A. E. Bergin y S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp.270-376). New York: Wiley.
- Pérez Testor, C., y Pérez Testor, S. (2006). Tratamiento de los trastornos de pareja. En C. Pérez Testor (Comp.) *Parejas en Conflicto*. Barcelona: Paidós.
- Pichon Rivière, E. (1971). *El proceso grupal. Del psicoanálisis a la psicología social*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Pinsof, W. B. (1994). An integrative systems perspective on the therapeutic alliance: Theoretical, clinical and research implications. En A. O. Horvath and L. S. Greenberg (Eds.), *The Working Alliance: Theory, Research and Practice* (pp. 173-195). New York: Wiley.
- Pinsof, W. B., y Catherall, D. (1986). The integrative psychotherapy alliance: Family, couple, and individual therapy scales. *Journal of marital and Family Therapy*, 12, 137-151.
- Piper, W. E., Joyce, A. S., Boroto, D. R., y McCallum, M. (1995). Pattern of Alliance and Outcome in Short-term Individual Psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. 32(4), 639-647.
- Quinn W., Dotson, D., y Jordan, K. (1997). Dimensions of Therapeutic Alliance and their associations with outcome in Family Therapy. *Psychotherapy Research* 7(4), 429-38.
- Rait, D. S. (2000) The therapeutic alliance in couples and family therapy. *Journal of Clinical Psychology*, 56(2), 211-24.
- Raue, P. J., Goldfried, M.R., y Barkham, M. (1997). The therapeutic alliance in psychodynamic-interpersonal and cognitive-behavioral therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(4), 582-587.
- Raytek, H. S., McGrady, B.S., Epstein, E.E., y Hirsch, L.S. (1999). Therapeutic alliance and the retention of couples in conjoint alcoholism treatment. *Addictive Behaviour*, 24(3), 317-30.
- Renik, O. (2000). Discussion of the therapeutic alliance. En S. T. Levy (Ed.), *The therapeutic alliance* (pp. 95-107.). Madison, CT, US: International Universities Press.

- Safran, J. D. (2003). The relational turn, the therapeutic alliance, and psychotherapy research: Strange bedfellows or postmodern marriage?, *Contemporary Psychoanalysis*, 39(3), 449-475.
- Slip, S. (1988). *The technique and practice of object relations family therapy*. Lanham, MD, US: Jason Aronson.
- Smerud, P. E. (2007) Alliances and family psychoeducation: A prospective change-process study. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 67(9-B), 5423.
- Smerud, P. E., y Rosenfarb, I. S. (2008). The therapeutic alliance and family psychoeducation in the treatment of schizophrenia: An exploratory prospective change process study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(3), 505-510.
- Snyder, D. (1999). Affective reconstruction in the context of a pluralistic approach to couple therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6, 348-365.
- Sommantico, M., y Boscaino, D. (2006). Le couple thérapeutique dans la consultation de couple. *Le Divan Familiale*; 17, 151-162.
- Sprenkle, D.H, y Blow, A.J. (2004). Common Factors and Our Sacred Models. *Journal of Marital and Family Therapy*, 30(2), 113-129.
- Sprenkle, D.H., Sean D. L., y Lebow, J.L. (2009). *Common factors in couple and family therapy: The overlooked foundation for effective practice*. New York, NY, US: Guilford Press.
- Stein, M. H. (1981). The unobjectionable part of the transference. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 29(4), 869-892.
- Sterba, R. (1934). The fate of the ego in psychoanalytic therapy. *International Journal of Psychoanalysis*, 15, 117-126.
- Stine, J. J. (2005). The use of metaphors in the service of the therapeutic alliance and therapeutic communication. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 33(3), 531-545.
- Symonds, D. y Horvath, A. (2004). Optimizing the Alliance in Couple Therapy, *Family Process*, 43(4), 443-55.

Teruel, G. (1970). Nuevas tendencias en el diagnóstico y tratamiento del conflicto matrimonial. En I. Berenstein y otros, *Psicoterapia de pareja y grupo familiar con orientación psicoanalítica*. Buenos Aires: Galerna.

Winnicott, D. W. (1965). *The Maturation Process and the Facilitating Environment*. New York: International Universities Press.

Zetzel, E. R. (1956). Current concepts of transference. *International Journal of Psychoanalysis*, 37, 369-375.

Fecha de recepción: 26/04/14
Fecha de aceptación: 19/05/14