

LA ALIANZA TERAPEUTICA EN TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL: ESQUEMAS, RESISTENCIA AL CAMBIO Y RESOLUCION DE LAS RUPTURAS

Haydeé Aguado Molina¹
Raquel Silberman Pach²
Edwin Manrique Gálvez³

Se describen los más recientes hallazgos en el ámbito de la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) con relación a los ingredientes de una buena alianza terapéutica y a los factores que la fomentan y fortalecen. De manera muy especial, se alude a los aportes de la Terapia Cognitiva de Beck (Beck, 2005), la Terapia Centrada en los Esquemas (Young, Klosko & Weisshaar, 2003) y la Terapia de Reprocesamiento Holográfico (Katz, 2005).

Se introduce la noción de la alianza terapéutica como un proceso de continua negociación, donde terapeuta y paciente tienen una contribución igualmente importante y con características idiosincrásicas. Finalmente se esbozan algunas estrategias para la resolución de las rupturas en la alianza, con el aporte fundamental del trabajo de Stevens, Muran & Safran (2004).

Palabras Clave: *Alianza Terapéutica, Terapia Cognitivo-Conductual, Resistencia al Cambio, Resolución de Rupturas.*

This is a review of the most recent findings in Cognitive Behavioural Therapy (CBT), related to the elements of a good therapeutic alliance and to the factors that foment and enhance it. We allude to the contribution of Beck's Cognitive Therapy (Beck, 2005), Scheme Focused Therapy (Young, Klosko & Weisshaar, 2003), and Holographic Reprocessing Therapy (Katz, 2005).

We introduce notion of therapeutic alliance as a continuous negotiation process, with an important contribution of patient and therapist, and with idiosyncratic characteristics. Finally, we mention some strategies to solve the alliance's breaking-off, based on the contribution of Stevens, Muran & Safran (2004).

Key Words: *Therapeutic Alliance, Cognitive-Behavioral Therapy, Change Resistance, Ruptures Resolution.*

¹ Psicóloga, terapeuta cognitivo-conductual. Directora del Programa de Especialización en Terapia Cognitivo-Conductual (PROMOTEC).

² Psicóloga, terapeuta cognitivo-conductual – Clínica Javier Prado

³ Psicólogo, Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación – Hospital Hermilio Valdizán.
Coordinador de PROMOTEC. e-mail: emanriqueg@hotmail.com

En la investigación sobre terapia en general, la alianza terapéutica es el aspecto mejor estudiado de la relación en buena parte porque trasciende a las diferentes formas de terapia. La alianza se refiere a la calidad y naturaleza de la interacción entre el paciente y el terapeuta, a la naturaleza colaborativa de esta interacción en las tareas y en las metas del tratamiento, y el vínculo o apego personal que emerge en el curso del tratamiento. Cuanto más fuerte la alianza resulta mayor el cambio terapéutico (Horvath & Bedi, 2002).

Riso (2006), sugiere que todas las terapias, de una manera independiente a su orientación específica, incluyen alguna forma de alianza terapéutica, y señala que una buena alianza gira alrededor de los acuerdos que pueden establecerse a partir de tres elementos: metas, tareas y vínculo. El pacto se optimiza cuando se logra una concordancia sobre los objetivos terapéuticos, las técnicas utilizadas, el modelo que lo sustenta y la calidad de la conexión emocional entre terapeuta y paciente.

Freeman & McCloskey (2004) colocan a la falta de colaboración y de una alianza para el trabajo en su lista de obstáculos para una psicoterapia efectiva. Señalan que la alianza terapéutica es un rasgo central de todas las terapias. El terapeuta y el paciente trabajan conjuntamente como un equipo. La colaboración no siempre es 50:50, pero puede ser 30:70, 90:10, o 95:5. En el último caso el terapeuta está invirtiendo una mayor energía o trabajo en la sesión o, de una manera más general, en la terapia. Cuanto más deprimido se encuentra el paciente, menos energía puede tener para utilizarla en la terapia. En el trabajo con los pacientes que han sido forzosamente derivados a terapia o que acuden contra su voluntad, la colaboración debe ser construida paulatinamente. Esta es una verdad para casi todo proceso terapéutico con adolescentes.

La Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) es un modelo que, desde sus mismos inicios, ha demostrado un interés en los diferentes procesos implicados en la alianza terapéutica. El terapeuta conductista verdaderamente capaz—señalaban enfáticamente Goldfried y Davison en los albores de la TCC— es el que a la vez puede conceptualizar los problemas en los términos de su enfoque, pero también sabe realizar las traducciones necesarias como para mantener con el cliente una interrelación cálida y empática (Goldfried y Davison, 1981).

El proceso de la TCC implica una colaboración entre el clínico y el paciente, lo que se ve facilitado por el desarrollo de una fuerte alianza terapéutica. En muchos modelos psicoterapéuticos, se ha encontrado una relación significativa entre la calidad de la relación terapéutica y los resultados del tratamiento (Lambert & Bergin, 1994). En la TCC, la relación terapéutica es vista como una entre iguales con diferentes áreas de experticia. Mientras el clínico está entrenado para ser experto en el entendimiento y tratamiento de los problemas psicológicos, los pacientes son vistos como “expertos” en las dificultades particulares que están experimentando. Además, desde la perspectiva de un clínico de la TCC, los problemas de los pacientes tienen sentido en el contexto de las creencias y conductas disfuncionales aprendidas. La TCC proporciona esperanza porque muestra la manera en que las creencias y conductas pueden ser “desaprendidas”, y la manera cómo puede aprenderse formas más efectivas de pensar y actuar. Una alianza terapéutica fuerte y colaborativa es esencial para el logro de estas metas (Ledley, Marx & Heimberg, 2005).

Desafortunadamente, no hay reglas o lineamientos claramente definidos para establecer una buena relación terapéutica. Sin embargo, se ha encontrado que resulta muy útil traer a colación el trabajo de Carl Rogers (1957), quien enfatizó

tres cualidades o características básicas del terapeuta que también fueron tomadas muy en consideración por Rotondo (1983):

- *La empatía*, la capacidad para ver el mundo del paciente desde su propio punto de vista,
- *La autenticidad* (ser genuino), que lo que dice y hace el terapeuta sea congruente con lo que piensa y siente, y
- *La calidez no posesiva*, demostrando afecto por los pacientes y tratándolos con respeto.

Rogers también alentaba una actitud de consideración positiva incondicional, donde el paciente es aceptado y valorado por lo que es y por su condición de ser humano. Esta idea de consideración positiva incondicional es congruente con la actitud de los clínicos de la TCC, que usualmente no culpan a los pacientes por sus síntomas. Por el contrario, se enfatiza que los síntomas son mantenidos vía patrones cognitivos y conductuales, y no por indolencia, falta de motivación o debilidad. Se ha encontrado que estas cualidades Rogerianas pueden predecir buenos resultados del tratamiento en muchas formas de terapia, incluyendo la TCC.

Aun cuando actuar de una manera empática, auténtica y cálida pudiera no parecer una tarea terriblemente difícil, estas habilidades pueden ser fácilmente obviadas cuando la mente de los terapeutas está centrada en otras cosas. De manera muy especial, pero no exclusivamente, los terapeutas noveles pueden estar excesivamente autofocalizados, con preocupaciones acerca de la imagen que están ofreciendo al paciente o respecto a hacer un trabajo terapéutico correcta y eficientemente (p.e., una buena evaluación). Esta autofocalización excesiva puede imponer límites para que el terapeuta se muestre tal como es y para exhibir las cualidades que poseen inherentemente.

Los Inicios de la Alianza Terapéutica

Como en la mayoría de terapias, la Terapia Cognitivo-Conductual comienza con el establecimiento de una relación segura y confiable entre el paciente y el terapeuta. De una manera muy especial, cuando se trata con problemas de abuso y trauma, donde se hace evidente la carencia de un soporte emocional significativo, una relación terapéutica confiable es crucial pero no siempre fácil de lograr. Además, este tipo de relación terapéutica es un factor continuo que se tiene que monitorear y alimentar a lo largo del proceso de terapia. El trabajo con víctimas de abuso y de trauma puede ser difícil y emocionalmente demandante tanto para los pacientes como para los terapeutas. Como bien lo señalan Peralman & Saakvitne (1995), incluso puede haber el riesgo del fenómeno que ha venido a denominarse traumatización vicaria o victimización vicaria.

Judith Beck (2005) señala que, como en el caso de la mayoría de los problemas en terapia, las dificultades en la alianza terapéutica pueden tener una base práctica (el terapeuta es interrumpido excesivamente o abruptamente), una base psicológica (el paciente tiene creencias interferentes como “Si mi terapeuta no me proporciona el 100% de su atención, significa que le tengo sin cuidado”), o ambas.

Beck y colaboradores (1983) proponen una guía para establecer una buena alianza terapéutica: las entrevistas deben ser planificadas para establecer (a) una relación de trabajo terapéutico, donde se incluye un buen *rapport*, (b) un acuerdo en cuanto objetivos y métodos de tratamiento, (c) colaboración para definir y resolver los problemas, y (d) interacciones adecuadas que proporcionen feedback tanto al paciente como al terapeuta sobre la comprensión y entendimiento futuros, los retrocesos de la terapia, el avance hacia la consecución de los objetivos.

El establecimiento de una buena alianza terapéutica comienza con la construcción y continuidad del rapport. El rapport involucra seguridad, confianza y un sentimiento general de comodidad entre el paciente y el terapeuta. Usualmente se establece a través de la atención empática, de la demostración de un interés genuino y del desarrollo de un lenguaje y de experiencias socioculturales que son relevantes o significativas para el paciente, al mismo tiempo que se mantiene límites, un plan de acción y acuerdos. No obstante, desarrollar y mantener rapport puede ser muy difícil para los pacientes que pudieran haber sido violados, engañados o heridos emocionalmente.

Una importante meta de la primera sesión es fomentar un sentimiento de seguridad, confianza y esperanza. Las primeras sesiones generalmente se utilizan para observar y llegar a conocer mejor a los pacientes, en la medida que inevitablemente revelarán más cuando se sienten seguros y confían en el terapeuta. Aun cuando algunos terapeutas pueden preferir comenzar la terapia recolectando una historia detallada, la respuestas del paciente deben ser interpretadas con mucha cautela puesto que éstas pueden ser confiables o tal vez no. Los pacientes pueden ser historiadores deficientes, pueden tener el comprensible deseo de ofrecer una buena impresión (necesidad de autopresentación) al terapeuta, o simplemente todavía no confían en el terapeuta. Para los terapeutas es importante mostrarse sensibles frente al hecho real de que muchos pacientes tienen temores de embarcarse en una terapia. Entre los temores más relevantes que Katz (2005) señala, se encuentran:

- Miedo a experimentar emociones
- Miedo a descubrir algo acerca de sí mismo o de su pasado

- Miedo a ser culpado por algo que ha sucedido
- Miedo frente a la expectativa de cambio y luego fracasar
- Miedo a que se le diga que perdona a alguien que lo ha herido
- Miedo a lograr una cercanía con el terapeuta y luego ser abandonado o rechazado
- Miedo frente a la posibilidad de no ser creído, comprendido o tomado seriamente
- Miedo a ser avergonzado, humillado, violado o traumatizado
- Miedo a estar “loco” y estar en terapia lo confirma

A causa de estos temores, el que los pacientes se comprometan en una terapia no resulta una tarea fácil, en especial cuando se trata con personas que han sufrido significativas carencias emocionales tempranas. Sin embargo, hay muchas maneras de reducir estos temores y un factor clave para trabajar estos temores es la calidad de la relación terapéutica. No obstante, trabajar con los pacientes con historias de carencia emocional puede ser particularmente difícil. A este respecto, el nivel de involucramiento emocional y la autenticidad del terapeuta parecen constituirse en dos ámbitos especialmente relevantes.

Con respecto a la implicación emocional, los terapeutas corren el riesgo de estar excesivamente involucrados o no lo suficientemente involucrados con el paciente. Los pacientes con experiencias de trauma y abuso parecen ser especialmente conscientes de este factor puesto que pueden mostrarse excesivamente vigilantes acerca de si el terapeuta realmente se interesa en ellos. Los terapeutas en general—noveles y

también experimentados—pueden verse seducidos por la necesidad de probar lo mucho que los pacientes les interesan. Inadvertidamente pueden coludirse con la evitación del material difícil por temor a que ciertas preguntas pudieran perturbar o distanciar al paciente.

Los terapeutas excesivamente implicados corren el riesgo de verse atrapados por la dependencia de los pacientes. En lugar de internalizar y generalizar los sentimientos positivos del terapeuta, el paciente llega a estar cada vez más centrado en obtener la atención del terapeuta. Este hecho es comprensible. Si el paciente nunca ha tenido una figura consistente y afectuosa en su vida, entonces tener el aprecio del terapeuta resulta muy tentador. Los intentos del terapeuta para regular o modular un apego dependiente realmente pueden tener una escalada de conductas destructivas por parte del paciente. El paciente puede, consciente o inconscientemente, suscitar crisis, llevar a cabo conductas de riesgo o de auto-daño de tal manera que el terapeuta pueda proveerle su atención. El terapeuta puede sentirse atrapado: Si el terapeuta intenta imponer límites, el paciente puede escalar hacia conductas destructivas, y si el terapeuta reafirma y muestra más interés, esto puede reforzar la dependencia.

Si el terapeuta no está lo suficientemente implicado, corre el riesgo de que el paciente se guarde información relevante, permaneciendo a un nivel superficial, y termine prematuramente la terapia. Si el paciente siente que declina el interés del terapeuta, esto pudiera inducir cólera y actos autodestructivos. El paciente puede sentirse herido, abandonado y, como consecuencia, es menos probable que revele material importante para el proceso de terapia.

No se puede adelantar soluciones sencillas para estos problemas. Sin embargo, como señala Katz (2005), si el terapeuta se encuentra

entrapado o si se siente frustrado, con temor o desea evitar a un paciente, estos son indicadores de que se necesita una supervisión o una consulta con otro especialista. Otra estrategia que recomienda es la firma de un contrato por escrito donde se establezcan consecuencias para la ruptura de los acuerdos. El terapeuta tiene que tener mucho cuidado para que el paciente no se sienta culpabilizado, acusado o castigado por el terapeuta.

Cuando los pacientes idealizan a un terapeuta, esto puede ser muy atrayente y puede proporcionarle al terapeuta un falso sentido de seguridad en la alianza terapéutica. Esta *transferencia* positiva puede ser cambiada rápidamente a una de índole negativa. Los pacientes con experiencias de carencias afectivas, los que han experimentado abuso y trauma, pueden mostrarse vigilantes o sensibles ante las interacciones que son una reminiscencia de estas experiencias. Pueden desear establecer una relación de intimidad con el terapeuta pero aun comportarse a la defensiva, puesto que la intimidad ha sido asociada con el peligro. La autenticidad tiene que ver con la manera cómo el terapeuta responde frente al distanciamiento, la crítica, las demandas, los ataques de cólera, el reconocimiento de errores, los intentos de romper las reglas y las acusaciones de que es semejante al responsable de las carencias emocionales tempranas.

No mostrarse a la defensiva puede ser lo apropiado en algunas circunstancias pero no siempre es posible ni es siempre la mejor respuesta. La confrontación entre los pacientes y los terapeutas es una técnica que se ha discutido con relativa amplitud y donde se pone énfasis en que ésta es una habilidad adquirida con mucho esfuerzo. El terapeuta puede querer defender o explicar sus buenas intenciones y en el proceso corre el riesgo de avergonzarse o culpar al paciente (Murray, 1993; Dalenberg, 2000).

Esquemas, Resistencia al Cambio y Alianza Terapéutica

Uno de los más desafiantes aspectos de la relación terapéutica es afrontar la resistencia que pueden ofrecer los pacientes frente al proceso de cambio (Moras, 2002). La resistencia puede concebirse como la poca disposición del paciente (consciente o no consciente) para confrontar, cumplir, discutir o hacer avances en la terapia. La relación terapéutica es importante cuando se trabaja con estas resistencias. Si un paciente se siente seguro y confía en el terapeuta, es más probable que permanezca en terapia y que se pueda trabajar con su resistencia. Cuando la resistencia aparece en la terapia, algunas veces puede ser un signo de que los pacientes se muestran reacios frente a un contenido emocional significativo. Si la resistencia toma la forma de autosabotaje esto debe discutirse y, dependiendo de su naturaleza, puede incluir un contrato conductual y el monitoreo de los problemas de seguridad. Algunas facetas de la resistencia al cambio han sido objeto de revisión en algunos trabajos anteriores (Manrique, 2004; Manrique, 2005; Manrique, Aguado y Silberman, 2005; Manrique y Aguado, 2006).

La resistencia del paciente al proceso de cambio puede asumir muchas formas: desde abiertas declaraciones de oposición, hasta el olvido persistente que le impide cumplir las tareas asignadas para hacer entre sesiones. Aunque existe la tentación de concluir que el cliente «no está preparado para recibir terapia conductista», se ha sostenido desde hace un buen tiempo que una de las actividades que debe desempeñar el terapeuta conductista consiste en lograr que lo esté. La necesidad de trabajar con la resistencia dentro de la relación terapéutica hace ya mucho que fue reconocida como componente significativo en las terapias de orientación psicodinámica (Goldfried y Davison, 1981).

Leahy (1995) señala que el esquema del paciente puede interferir con la relación terapéutica. Este es un aspecto que también se aborda en la terapia centrada en los esquemas (Young, Klosko & Weishaar, 2003) y que se discute más adelante. El terapeuta puede anticipar este problema si el paciente describe otras relaciones terapéuticas que han resultado insatisfactorias. El paciente que describe a otros terapeutas como interesados en «sacar provecho» de él, probablemente también pensará lo mismo respecto del terapeuta actual. Después del periodo de «luna de miel» de la cooperación inicial del paciente y de la idealización del terapeuta, pueden emerger problemas relacionados con los esquemas subyacentes.

El terapeuta debe estar atento a la forma inicial en que el paciente presenta la queja o el problema. ¿El paciente parece indeciso para discutir los problemas? ¿Cuestiona excesivamente las aptitudes del terapeuta? ¿Demanda la reconfirmación de que las cosas irán mejor? ¿Se muestra escéptico respecto a la terapia? ¿Cómo responde frente a la idea de la autoayuda? La vergüenza del paciente con relación a tener un problema puede reflejar esquemas de rechazo y abandono, o la necesidad de ser especial y superior. El terapeuta debe explorar las creencias subyacentes que hacen surgir la vergüenza: “Dice que se siente avergonzada por tener estos problemas. Me gustaría saber qué pensamientos está teniendo al respecto. ¿Podría completar la siguiente frase? ‘Me siento incómoda al hablar de esto porque pienso...’”. Las respuestas a esta pregunta varían considerablemente, dependiendo de los esquemas: “Me rechazaré”, “Me sentiré inferior”, “Me dirá lo que tengo que hacer y tendrá el control”.

Los esquemas también se reflejan en la percepción del terapeuta como persona. Los esquemas de abandono se reflejan en la creencia

de que el terapeuta puede ser alguien con quien el paciente puede establecer un apego, o ser objeto de un abandono; los esquemas de singularidad y de superioridad pueden estar reflejados por la creencia de que el terapeuta es

una persona inferior (o, alternativamente, puede expresarse en envidia respecto a una percibida posición superior del terapeuta). El cuadro siguiente ejemplifica el impacto de los esquemas en la relación terapéutica.

Cuadro 2. Los esquemas en la relación terapéutica (Leahy, 2003).

<i>ESQUEMA</i>	<i>Ejemplo</i>
Incompetente (evitativo)	Evita los tópicos y emociones difíciles. Se muestra vago. Busca señales de que el terapeuta lo rechazará. Cree que el terapeuta lo criticará por no hacer correctamente la asignación para la casa. Es renuente a hacer las asignaciones de exposición.
Desamparado (dependiente)	Busca confirmación. No tiene una agenda de problemas que solucionar. Se queja frecuentemente de sus “sentimientos”. Llama con frecuencia entre sesiones. Desea prolongar las sesiones. No cree que pueda hacer las asignaciones o no cree que funcionen. Se perturba cuando el terapeuta toma vacaciones.
Vulnerable al control (pasivo-agresivo)	Llega tarde o falta a las sesiones. Percibe los “desafíos” cognitivos como intentos de control. Es renuente a expresar directamente insatisfacción. Se muestra vago respecto a metas, sentimientos y pensamientos –especialmente cuando se relacionan al terapeuta y a la terapia. Se “olvida” de hacer las asignaciones o de pagar la consulta.
Responsable (obsesivo-compulsivo)	Siente que las emociones son “confusas” e “irracionales”. Se critica por ser irracional y desorganizado. Desea ver resultados inmediatos y expresa escepticismo respecto a la terapia. Percibe las asignaciones como una prueba para hacerlas perfectamente o no hacerlas.
Superior (narcisista)	Llega tarde o falta a las sesiones. “Olvida” pagar las sesiones. Devalúa la terapia y al terapeuta. Espera arreglos especiales y se siente humillado al tener que hablar sobre sus problemas. Cree que la terapia no funcionará puesto que el problema reside en otras personas.
Glamoroso (histriónico)	Se centra en la expresión de emociones alternando rápidamente entre el llanto, la risa o la cólera. Procura impresionar al terapeuta con su apariencia, sentimientos o problemas. Rechaza una estrategia racional y demanda una validación

Es importante que el paciente no perciba a la relación terapéutica como una experiencia única o idiosincrásica. Greenberg y Paivio (1997) señalan que los esquemas del paciente acerca de sí mismo y de los otros probablemente se manifestarán durante la terapia. Estas experiencias “dentro de la terapia” con frecuencia son representativas de las experiencias del paciente en muchas otras relaciones del pasado y del presente. Al respecto, Leahy señala el siguiente ejemplo.

Una mujer se siente muy colérica con el terapeuta argumentando que él “no le presta atención”. Si el terapeuta hubiera respondido defensivamente –“Le estoy prestando atención” — esto habría confirmado el esquema negativo de la paciente. Sin embargo, el terapeuta eligió centrarse en las emociones actuales de la paciente (cólera y ansiedad) y ahondar aun más en las emociones nucleares que están más allá de las emociones iniciales.

La resistencia puede manifestarse de diferentes formas por parte del paciente:

- Hacer cambios inusuales en la estructura de la terapia (hora/día de la sesión, incumplimiento con las citas).
- Girar la conversación terapéutica hacia problemas irrelevantes o poco relacionados.
- No conectarse con el contenido emocional.
- Centrarse en los problemas de otra persona.
- Crear un caos innecesario o discusiones con el terapeuta u otros.
- Embarcarse en distracciones crecientes (p.e., asumir demasiados proyectos).
- Intensificar sus conductas adictivas o evitativas.

Una fuente común de resistencia es la evitación del paciente de conversaciones que puedan evocar lo que se teme con mayor intensidad: las emociones intensas. Se utiliza una reestructuración cognitiva para fomentar la creencia de que las emociones son beneficiosas porque comunican información (Leahy, 2004; Manrique y Aguado, 2006). Por ejemplo, la cólera puede comunicar que algo anda mal o hay una situación de bloqueo; el miedo puede comunicar que algo es peligroso; y la tristeza puede comunicar que se ha perdido algo o que hay una decepción. Ayudar a los pacientes a articular sus sentimientos es un paso hacia el sosiego emocional. Hay estudios que documentan bien que la expresión emocional reduce la sintomatología (Greenberg & Stone, 1992; Pennebaker, 1997), aun cuando la expresión emocional por sí misma

no es necesariamente beneficiosa a menos que haya un aprendizaje asociado de una nueva respuesta o la incorporación de un cambio perceptual como en el caso del reprocesamiento holográfico (Katz, 2005).

El miedo a hablar acerca del abuso y del trauma y el temor de experimentar las sensaciones asociadas con las emociones son asumidas como comprensibles y aun razonables, pese al conocimiento racional de que la evitación es sólo una solución temporal y que a la postre prolonga la perturbación. Este es un aspecto que tiene un mejor manejo cuando se ha establecido una alianza terapéutica donde hay un clima de confianza, seguridad y confidencialidad.

Sin embargo, el modelo de esquemas emocionales presentado por Leahy reconoce la importancia esencial de la alianza terapéutica. Frecuentemente la ruptura terapéutica ocurre cuando los esquemas emocionales son activados. Por ejemplo, la discusión de los recuerdos dolorosos del paciente o de su experiencia traumática puede activar las creencias respecto a que el terapeuta está induciendo aun más perturbación emocional o que el terapeuta puede no apreciar lo difícil que esta recolección o recuperación puede ser. Poner de manifiesto las emociones puede ser importante para modificar los pensamientos y las emociones implicadas pero también puede activar las creencias acerca de la confiabilidad, empatía y cualidades protectoras del terapeuta (Stevens, Muran & Safran, 2004).

Los esquemas personales del terapeuta también pueden interferir con la expresión emocional y con el procesamiento emocional. Leahy (2003) ha identificado cierto número de esquemas personales mantenidos por los terapeutas, incluyendo esquemas como estándares demandantes, esquemas de ser una persona única/es-

pecial, esquemas de sensibilidad al rechazo, esquemas de abandono, autonomía y control, y otros. El terapeuta que está altamente comprometido con el cumplimiento de “sus tareas” y a “su manera” (estándares demandantes) puede encontrar que la expresión emocional de los pacientes es un proceso frustrante, y aun inútil. El terapeuta con esquemas personales relacionados al abandono y sensibilidad al rechazo puede mostrarse renuente a cuestionar las creencias negativas del paciente asociadas con emociones poderosas como la cólera, por el temor a que éste lo rechace y lo abandone.

Un comentario aparte merece un importante aspecto con la relación terapéutica que se establece con pacientes que han sufrido abuso y traumas tempranos (y más recientes): la traumatización vicaria. Escuchar historias detalladas de los pacientes hace que el terapeuta corra el riesgo de la traumatización a través de una experiencia vicaria. El trabajo con víctimas de abuso y de trauma plantea algún riesgo para la propia salud psicológica del terapeuta. Como señala Judith Herman (1992), no es infrecuente que los terapeutas tengan síntomas como sentirse ansiosos, vulnerables, experimentar pesadillas y pensamientos intrusivos. Si los mismos terapeutas tienen traumas pasados, las historias de los pacientes pueden despertar memorias dolorosas. Los terapeutas pueden sentirse resentidos, coléricos, irritados, frustrados y temerosos de sus pacientes; también pueden llegar a sentirse emocionalmente exhaustos, agotados, deprimidos, llegando a socavar su empatía y acrecentando su preocupación respecto a ser inefectivos.

Las reacciones adversas de los terapeutas frente al material de los pacientes, a menos que sea manejado, pueden llegar a ocasionar una disrupción en la alianza terapéutica, conflictos con otros profesionales y el incremento de síntomas por parte del terapeuta. La mis-

ma Judith Hermmann discute varias estrategias defensivas típicas de los terapeutas que abordan el abuso y el trauma, como el aislamiento y la acción impulsiva e intrusiva. Herman señala que las formas más comunes de acción son los intentos de ayudar, la violación de los límites o los intentos de controlar a los pacientes. Las respuestas restrictivas más comunes son dudar o denegar la realidad del paciente, la disociación o el pasmo, la minimización o la evitación del material traumático, el distanciamiento profesional o el franco abandono del paciente. Todas estas respuestas son claramente problemáticas pero factibles de un adecuado manejo.

Con relación a lo antes mencionado, los terapeutas pueden ayudar mejor a otros si toman conciencia de la manera en que pueden manejar las realidades de las historias de sus pacientes, así como el manejo de otros problemas relacionales que pueden surgir en el curso del tratamiento. Algunos pueden optar por un sistema de soporte profesional para ser capaz de procesar los sentimientos y reacciones tan intensos. Otros pueden apelar a estrategias más privadas como la práctica de ejercicios espirituales. También resulta muy útil que los terapeutas implementen estrategias de autocuidado y no denieguen sus propias necesidades. Aun cuando las necesidades de los terapeutas parecen mucho menos importantes en comparación con las de los pacientes, es recomendable tomarlas en cuenta y no negarlas y suprimirlas. Para concretar esto, se puede incorporar hábitos sencillos pero útiles en el trabajo como hacer breves interludios, variar la casuística de pacientes difíciles (con experiencias tempranas de intenso abuso o trauma) a pacientes más “fáciles” y, por supuesto, la opción siempre saludable de consultar con los colegas.

Stevens, Muran & Safran (2004) son aun más específicos en su análisis del papel de los esque-

mas en la alianza terapéutica y plantean la existencia de esquemas relacionales y de ciclos cognitivos interpersonales. Estos autores hacen uso de los términos “esquemas interpersonales” o “esquemas relacionales” para aludir a un patrón de emociones y conductas que forman la base de las representaciones esquemáticas de las interacciones yo-otros, y plantean que son patrones aprendidos a través de las experiencias más tempranas. Sin embargo, aun cuando estos esquemas se han desarrollado en el contexto de los apegos tempranos como una manera de predecir y mantener las interacciones con las figuras de apego más importantes, pueden continuar influyendo en la conducta interpersonal a lo largo de la vida.

Los patrones relacionales o interpersonales tienen una marcada influencia en el grado de flexibilidad y comodidad con el cual una persona puede interactuar con otros. En realidad se plantea una gran variabilidad en estos encuentros interpersonales, incluyendo el encuentro entre paciente y terapeuta. Para alguna gente, por ejemplo, la mayor parte de los encuentros interpersonales son relativamente fáciles y libres de ansiedad. Para otros el rango de emociones que pueden expresar o a los cuales pueden responder puede llegar a ser bastante restringido, trayendo como resultado severos trastornos de personalidad. Sin embargo, la mayoría de la gente, generalmente se ubica entre estos dos extremos. Incluso aquellos que, en su mayor parte, son capaces de interactuar con otros de una forma saludable y flexible pueden tener ciertas áreas o tipos de interacciones que son particularmente problemáticas. Por ejemplo, situaciones que evocan sentimientos de ser poco respetado, controlado o amenazado pueden activar un esquema interpersonal particularmente rígido y maladaptativo.

Es importante destacar, como lo señalan Stevens, Muran & Safran (2004), que aun los

esquemas relacionales maladaptativos circunscritos pueden tener un poderoso impacto sobre la vida de una persona, restringiendo los tipos de relaciones que desarrolla, las situaciones donde se siente cómodo y el trabajo que desempeña. Esta es una de las principales maneras en que estos esquemas son autorreforzantes. Las personas pueden elegir evitar las situaciones donde sus tendencias relacionales problemáticas son evocadas, privándose así de la oportunidad de desconfirmar sus creencias y expectativas. Por ejemplo, una persona que tiene dificultades para relacionarse con figuras de autoridad puede sentir la necesidad de evitar oportunidades de trabajo que requieren de una supervisión. De manera opuesta, la gente tiende a buscar a otras personas que se sienten cómodas con su estilo interpersonal, aun cuando frecuentemente es sólo parcialmente consciente de que está haciendo esto. Si bien esta conducta ayuda a la persona a evitar las formas incómodas de relacionarse, también la fuerza a continuar con los ciclos problemáticos que suscitan ansiedad. Por ejemplo, un hombre que ha llegado a creer que los otros lo valoran sólo si se muestra útil y fuerte puede atraer a otros que muestran carencias y son dependientes. Esta persona puede estar convencida que expresar sus propias necesidades significa una amenaza o incluso la destrucción de sus relaciones. Sus experiencias con los otros que lo rodean, que lo buscan afanosamente debido a su aparente fuerza y control, puede servir para reforzar y confirmar su creencia. Cuando actúa “con carácter”, puede recibir considerable gratificación y reforzamiento positivo por parte de aquellos que han llegado a depender de su fuerza. Lo que hay que remarcar es que estos patrones relacionales no se abandonan en el dintel del consultorio de terapia; son estilos interpersonales que los pacientes traen consigo y que van a tener un papel significativo en el proceso de la alianza terapéutica y de las rupturas de la alianza.

Alianza Terapéutica y Esquemas maladaptativos Tempranos

Desde la perspectiva de la Terapia Centrada en los Esquemas (Young, Klosko & Weishaar, 2003), uno de los modelos relativamente recientes de la TCC, la relación terapéutica es un componente vital de la evaluación y cambio de los esquemas. Varios de los esquemas planteados por Young y colaboradores tienen que ver con las carencias afectivas, el abuso y los traumas en la temprana infancia. Dos rasgos de la relación terapéutica son característicos de este modelo: la confrontación empática y la reparentalización limitada. La primera implica la comprensión de las razones por las que el paciente perpetúa sus

esquemas en tanto simultáneamente se le confronta con miras al cambio. La reparentalización limitada implica la provisión—dentro de los límites apropiados de la relación terapéutica—de aquellas necesidades del paciente que no fueron satisfechas por sus padres cuando era un niño.

Como se puede ver en el siguiente cuadro, los autores antes señalados han elaborado estrategias específicas de reparentalización limitada para cada uno de los esquemas maladaptativos tempranos. Estas estrategias toman en cuenta los estilos de afrontamiento que habitualmente caracterizan a cada esquema, del mismo modo que los mecanismos más útiles para fortalecer la alianza terapéutica y promover el cambio.

CUADRO 1. La Reparentalización Limitada en los Esquemas Maladaptativos Tempranos (Young, Klosko & Weishaar, 2003)

1. *Abandono/Inestabilidad.* El terapeuta se constituye en una fuente transitoria de estabilidad, ayudando al paciente a encontrar otra relación estable fuera del ámbito de la terapia. El terapeuta corrige las distorsiones del paciente respecto a la probabilidad de que lo abandone. El terapeuta ayuda al paciente a aceptar las partidas y vacaciones del terapeuta, y el no estar siempre a disposición sin cerrarse o comportarse autodestructivamente.
2. *Desconfianza/Abuso:* El terapeuta es completamente digno de confianza, honesto y genuino con el paciente. El terapeuta monitorea regularmente el grado de confianza e intimidad y discute cualquier sentimiento negativo hacia él. El terapeuta monitorea y hace preguntas respecto a conductas de vigilancia en las sesiones. Para construir la confianza del paciente, cuando es necesario el terapeuta pospone el trabajo experiencial y avanza en las memorias traumáticas de una manera paulatina.
3. *Deprivación Emocional.* El terapeuta proporciona una atmósfera protegida, con calidez, empatía y guía. El terapeuta alienta a los pacientes a expresar sus necesidades emocionales y sentir que tienen derecho de poseer necesidades emocionales. El terapeuta ayuda al paciente a expresar sentimientos de deprivación emocional sin exabruptos o permanecer silencioso. Ayuda al paciente a aceptar las limitaciones del terapeuta y a tolerar alguna deprivación en tanto aprecia el afecto y la seguridad que se encuentra disponible.
4. *Inadecuación.* El terapeuta muestra una actitud de aceptación y de no enjuiciamiento. El terapeuta demuestra que tiene un genuino interés por el paciente a pesar de sus imperfecciones. El terapeuta también está dispuesto a aceptar sus imperfecciones, compartiendo sus inadecuaciones menores con el paciente. El terapeuta elogia al paciente siempre que sea posible sin aparecer falso.
5. *Exclusión Social.* El terapeuta ilustra las maneras en que el paciente y el terapeuta son similares y las maneras en que el paciente y el terapeuta son diferentes pero compatibles.
6. *Dependencia/Incompetencia.* El terapeuta se resiste frente a los intentos del paciente de asumir un rol dependiente con el terapeuta. Alienta a los pacientes a tomar sus propias decisiones. El terapeuta elogia el buen juicio y el progreso de los pacientes.

7. *Vulnerabilidad Frente al Daño o Enfermedad.* El terapeuta cada vez más desalienta la dependencia de los pacientes respecto a la reafirmación del terapeuta acerca de la peligrosidad de desenvolverse en el mundo. El terapeuta expresa una calmada confianza en la capacidad del paciente para manejar las situaciones fóbicas y las enfermedades temidas.
8. *Yo Poco Desarrollado/Dependiente.* El terapeuta ayuda al paciente a establecer límites apropiados que no son ni demasiado próximos ni demasiado distantes. El terapeuta ayuda al paciente a desarrollar un sentido separado del yo.
9. *Fracaso.* El terapeuta reconoce y rescata el éxito laboral o en los estudios del paciente. El terapeuta provee una estructura y establece límites.
10. *Intitulación.* El terapeuta brinda soporte al lado vulnerable del paciente y no refuerza su lado intitulado. El terapeuta confronta empáticamente la intitulación y establece límites.
11. *Insuficiente Autocontrol y Autodisciplina.* El terapeuta se muestra firme al establecer límites. El terapeuta modela el apropiado autocontrol y autodisciplina, y recompensa al paciente por desarrollar gradualmente estas habilidades.
12. *Subyugación.* El terapeuta se muestra relativamente no directivo antes que controlador. Alienta a los pacientes a hacer elecciones acerca de las metas de la terapia, técnicas de tratamiento y asignaciones para la casa. El terapeuta muestra las conductas deferenciales o rebeldes y ayuda a los pacientes a reconocer su cólera, a ventilarla y luego aprender a expresarla apropiadamente.
13. *Autosacrificio.* Los terapeutas ayudan a los pacientes a establecer límites apropiados y a afirmar sus propios derechos y necesidades. El terapeuta alienta al paciente a confiar en él, validando así las necesidades de dependencia del paciente. El terapeuta desalienta al paciente con relación a un comportamiento excesivamente considerado hacia él, enfrentado el patrón con una confrontación empática.
14. *Negatividad/Pesimismo.* El terapeuta evita desempeñar el lado positivo frente al lado negativo del paciente. Más bien el terapeuta le pide al paciente que ponga en juego ambos roles. El terapeuta modela un optimismo saludable.
15. *Inhibición Emocional.* El terapeuta al paciente a expresar afecto en la sesión de una manera espontánea. El terapeuta modela la expresión apropiada de afecto.
16. *Estándares Rígidos.* El terapeuta modela estándares balanceados en su aproximación a la terapia y en su propia vida. Más que mantener una atmósfera de seriedad irrompible, el terapeuta refuerza al paciente por su buen humor. El terapeuta valora la relación terapéutica más allá de “hacer bien las cosas” y alienta la conducta que no es perfecta.
17. *Castigo.* El terapeuta asume una actitud relativamente indulgente hacia el paciente y hacia sí mismo, y reconoce al paciente por ser indulgente con otros.
18. *Búsqueda de Aprobación.* El terapeuta enfatiza el yo nuclear del paciente por encima de la obtención de aspectos superficiales como el estatus, la apariencia o y la fortuna.

En la Terapia de los Esquemas se enfatiza que el papel del terapeuta no es evitar los esquemas del paciente en la relación terapéutica. En principio, porque probablemente es imposible evitar hacer esto, especialmente cuando se trabaja con pacientes tan frágiles como los que han experimentado deprivaciones afectivas tan tempranas. La tarea del terapeuta es trabajar los esquemas de los pacientes cuando éstos son disparados. En lugar de minimizar la importan-

cia de lo que está sucediendo, el terapeuta utiliza la activación de los esquemas como una oportunidad para maximizar el potencial del paciente para un crecimiento psicológico. Como en el caso de la confrontación empática, la reparentalización limitada incluye, de acuerdo a los autores antes referidos, una genuina autorrevelación por parte del terapeuta. Para ser útil, la autorrevelación debe ser sincera y confiable (Young, Klosko & Weisshaar, 2003).

Estrategias Para Fortalecer la Alianza Terapéutica

El marcado interés en la optimización de la alianza terapéutica en el ámbito de la TCC, ha hecho posible que se sistematicen varias estrategias para reforzar este vínculo tan especial. Judith Beck (2005) recomienda que las siguientes estrategias resultan muy útiles para otorgar vigor a la relación terapéutica:

1. *Colaborar activamente con el paciente.* El terapeuta y el paciente actúan como un equipo. Generalmente, el terapeuta asume el rol de un guía con una cierta experticia. El terapeuta y el paciente toman conjuntamente decisiones acerca de la terapia—por ejemplo, en qué problemas se van a centrar durante las sesiones y con qué frecuencia se van a reunir (en ausencia de restricciones prácticas). Los terapeutas ofrecen sustento para sus intervenciones. El terapeuta y el paciente también llevan adelante un empiricismo colaborativo, donde conjuntamente investigan la validez de los pensamientos, creencias y supuestos del paciente.
2. *Demostrar empatía, afecto, optimismo, autenticidad, Comprensión y competencia.* La terapia cognitiva efectiva requiere que los terapeutas posean y utilicen todas estas habilidades esenciales de consejería. La revisión de una grabación de la terapia puede revelar si un terapeuta está revelando o no estas cualidades. Sin embargo, es importante anotar que frecuentemente los terapeutas necesitan modular finamente el grado en el que ponen en juego directamente estas cualidades frente a los pacientes. Es esencial estar alerta frente a la experiencia afectiva del paciente en cada momento de la terapia para determinar la mejor manera de proceder.

3. *Adaptar el estilo terapéutico a las características sociales del paciente.* El terapeuta necesita variar su estilo para algunos pacientes. Si bien muchos pacientes probablemente respondan al estilo natural del terapeuta, otros—particularmente aquellos que presentan desafíos en el tratamiento—no lo hacen. Un paciente evitativo generalmente construye confianza hacia su terapeuta cuando éste inicialmente no lo instiga a revelar material sensible. Los terapeutas, señala Judith Beck, deben ser conscientes de que una parte del arte de la TCC es reconocer cuándo los pacientes se sienten incómodos con el estilo de su terapeuta y luego modificar su conducta concordantemente.

Para involucrarse de lleno en el tratamiento, la mayor parte de los pacientes necesitan sentir que sus terapeutas son comprensivos, afectuosos y competentes. Pero aun cuando sus terapeutas demuestran estas características, algunos pacientes reaccionan negativamente—por ejemplo, pueden mostrarse suspicaces respecto a los motivos de su terapeuta. Algunas veces el terapeuta necesita variar su estilo, mostrarse más o menos empático, estructurado, didáctico, confrontativo, autorrevelador o humorístico. Un paciente *autónomo*, por ejemplo, puede preferir que su terapeuta sea metódico y ligeramente distante, en tanto que un paciente *sociotrópico* puede responder mejor si su terapeuta es cálido y amigable. La capacidad para identificar, conceptualizar y superar las dificultades en la relación terapéutica es esencial para fomentar el progreso de los pacientes—y también puede ayudarlos a mejorar otras relaciones más allá del ámbito terapéutico.

4. *Aliviar la perturbación.* Una de las mejores maneras de fortalecer la alianza terapéuti-

ca es ayudar a los pacientes a solucionar sus problemas y a mejorar su estado de ánimo. Se ha encontrado que los pacientes percibían a sus terapeutas como empáticos al cabo de una mejoría de sus síntomas. Una alianza tenue puede ser fortalecida considerablemente cuando los pacientes reconocen que se sienten mejor al final de una sesión y especialmente cuando se dan cuenta que están funcionando mejor durante la semana. Evaluar el ánimo de los pacientes al comienzo y término de las sesiones y revisar los cambios en el funcionamiento en el curso de la semana previa puede indicar si los terapeutas están logrando este objetivo. Sin embargo, una excepción a este principio es el paciente que teme que si mejora en la terapia, su vida llegará a empeorar (p.e., le preocupa el hecho de comenzar a tener responsabilidades que no desea asumir).

5. *Elucidar feedback.* Algunos pacientes tienen reacciones disfuncionales frente a los terapeutas que interfieren con los potenciales beneficios de una sesión de terapia. Los terapeutas necesitan explicitar los pensamientos de los pacientes cuando se dan cuenta de cambios negativos en el afecto durante la sesión y hacer el máximo esfuerzo para descubrir un problema en la relación terapéutica y mejorar la alianza. Judit Beck (2005) recomienda que se hagan las siguientes preguntas:

“¿Qué piensa usted acerca de la sesión de hoy?”

“¿Hay alguna cosa que cree que está yendo mal o que no comprende?”

“¿Hay algo que desee hacer de una manera diferente la próxima sesión?”

Beck et al. (1983) y Burns (1989) señalan que un aspecto crucial del trabajo colaborativo es que tanto el paciente como el terapeuta deben ser capaces de proporcio-

nar feedback y recomendaciones para el cambio. El terapeuta puede alentar esta clase de interacción durante las sesiones solicitando feedback al final de la sesión, ya sea directamente o mediante formatos de autorreporte que contiene una retroalimentación específica. El fundamento terapéutico para requerir el feedback del paciente es que las afirmaciones de éste pueden ayudar al terapeuta a «entallar» mejor la terapia a las necesidades específicas del paciente. El terapeuta debe demostrar un estilo de atención empático y amable frente al feedback, pero debe alentar al paciente para que sugiera algunas estrategias de solución de problemas que pueden ser utilizadas. Por ejemplo, una paciente se quejaba de que mucho de la terapia se centraba en identificar y cambiar los pensamientos y conductas y no se daba un espacio suficiente para que la paciente expresara sus emociones. El terapeuta sugirió lo siguiente, “¿Cuál sería una buena manera de estructurar nuestras sesiones de tal manera que podamos hacer ambas cosas?”. La paciente recomendó que las sesiones se dividieran en “tercios” donde se abordaran las emociones, los pensamientos y las nuevas conductas, respectivamente. La resistencia al cambio puede ser minimizada cuando se elucida el feedback directo y se implementa una estrategia de solución de problemas (Leahy, 2003).

Desde la experiencia de la relación terapéutica en la Terapia Cognitiva, también se ha planteado que esta interacción puede ser utilizada para el logro de otros objetivos o metas terapéuticas: 1) proporcionar experiencias de relaciones positivas, 2) trabajar los problemas de la alianza, y 3) generalizar lo que el paciente ha aprendido de la relación terapéutica a otras relaciones importantes en la vida del paciente (Beck, 2005).

Respecto al primer punto, muchos pacientes pueden tener relaciones perturbadas, acompañadas de creencias disfuncionales acerca de sí mismos y de otros. El proceso de terapia provee oportunidades para que los terapeutas corrijan las creencias negativas de los pacientes. Los terapeutas pueden ayudar a los pacientes a reforzar una perspectiva más positiva y más realista de sí mismos y de otros, poniendo énfasis en las siguientes intervenciones:

- *Haciendo uso deliberado y genuino del reforzamiento positivo*, cuando los pacientes hacen cambios adaptativos en su pensamiento, ánimo o conducta, o cuando demuestran actitudes o conductas que indican sus cualidades positivas (“*Me siento orgullosa de lo bien que ha trabajado su asignación para la casa*”).
- *Utilizando, cuando es pertinente, la autorrevelación* que puede ayudar a fortalecer la alianza terapéutica y ofrece un importante vehículo para el aprendizaje. Cuando los pacientes ven la disposición de su terapeuta para compartir información personal experimentan un fuerte vínculo con él/ella.
- *Reduciendo la desigualdad en la relación terapéutica*, de manera muy especial con los pacientes que se sienten particularmente por debajo del terapeuta para rectificar el balance en la relación terapéutica.
- *Mostrando desacuerdo con la auto-perspectiva negativa del paciente*. Puesto que aun cuando es importante normalizar las creencias que mantienen los pacientes, no necesariamente el terapeuta tiene que estar de acuerdo con ellas.
- *Proporcionando esperanzas realistas*. Los pacientes con carencias emocionales tempranas necesitan afecto, empatía y soporte por parte de sus terapeutas. Sin embargo, las muestras de empatía tienen que estar acompañadas con otras que expresan al menos un prudente optimismo hacia el futuro, una perspectiva esperanzadora y realista.
- *Expresando directamente empatía y afecto*, mediante la validación de los sentimientos de los pacientes pero al mismo tiempo apelando a una confrontación empática que promueva el cambio.
- *Expresando excusas por las limitaciones terapéuticas*, es decir, declarando que sienten que no puedan hacer mucho más por el paciente pero luego es importante introducir una afirmación más positiva: “Sin embargo, me gustaría ver que podemos hacer para reducir su dolor”.
- *Ayudando a los pacientes a reconocer el sentido de conexión y comunicación del terapeuta*. Algunas veces los terapeutas necesitan expresar su continuo estado de conexión con el paciente, directa o indirectamente. El mensaje de que al terapeuta le importa el paciente, que no lo ha olvidado cuando ha terminado su cita y que está dedicado a ayudarlo más de lo que el paciente puede conocer, es muy importante para reconstituir la conexión entre paciente y terapeuta, especialmente en el caso de los pacientes deprimidos que experimentan una falta de conexión casi con todos.

Con relación a los dos últimos puntos, cuando las dificultades en la relación terapéutica se encuentran relacionadas con las creencias disfuncionales de los pacientes, los terapeutas tienen la oportunidad de ganar *insight* respecto a la manera distorsionada en la que los pacientes ven al terapeuta—y, muy posiblemente, a otras personas de su entorno. Elucidar y evaluar la va-

lidez de estas creencias puede fortalecer la alianza terapéutica. Con frecuencia el terapeuta también tiene la oportunidad de modelar un buen estilo de solución de los problemas interpersonales. Además, una de las más importantes lecciones para los pacientes con una historia de dificultades interpersonales es que cuando la gente está bien dispuesta, puede solucionar los problemas interpersonales. Generalizar lo que han aprendido en la relación terapéutica a sus interacciones con otra gente, ayuda a los pacientes a desarrollar relaciones más funcionales y saludables fuera de la terapia.

Negociación y Resolución de las Rupturas en la Alianza Terapéutica

Como se desprende de lo anotado hasta ahora, pocos terapeutas, sin importar su orientación, estarían en desacuerdo con la aseveración de que una buena alianza terapéutica es importante para una terapia exitosa. Uno de los hallazgos más consistentes en la investigación sobre psicoterapia en los pasados 20 años ha sido que, obviando otros factores, la fuerza de la alianza terapéutica tiene un fuerte impacto en el resultado. Martin et al. (2000), a partir de un meta-análisis de 79 estudios, concluyeron que la investigación empírica a la fecha fundamenta la hipótesis de que una fuerte alianza es beneficiosa por sí misma y que un paciente puede encontrar una alianza terapéutica bien establecida sin contar con otras intervenciones psicológicas. Aun cuando no hacen explícita la posibilidad de que la alianza pueda tener un impacto indirecto sobre el resultado o pueda interactuar con otras intervenciones, concluyeron que, «la fuerza de la alianza terapéutica es predictora del resultado, cualquiera sea el mecanismo subyacente a la relación». De una manera similar, hay una amplia evidencia que una pobre o débil alianza es un buen predictor de una terminación temprana y unilateral.

Sin embargo, como señalan Stevens, Muran & Safran (2004) hay un menor acuerdo respecto a la manera como funciona la alianza terapéutica como un agente de cambio. Tradicionalmente, la TCC ha separado los factores llamados «no específicos», como la alianza, de la técnica, la que ha sido considerada como el agente de cambio fundamental. Este fuerte énfasis de la TCC ha sido consistente con su atención a las técnicas claramente definidas y fácilmente operacionalizadas. De esta manera, la TCC tiene una clara ventaja en el entrenamiento, investigación y práctica en comparación con otros modelos de terapia. El tener un abanico de técnicas claramente definidas con una fuerte base teórica ha permitido a los investigadores y clínicos mantener una consistencia en el entrenamiento y en la práctica que es inusual en otros modelos y también ha provisto una base fuerte para la validación empírica. Esta focalización en la técnica ha llevado a los teóricos y terapeutas cognitivo-conductuales a poner menos énfasis en los llamados factores no específicos como la alianza terapéutica.

Lo anterior no quiere decir que los teóricos cognitivo-conductuales hayan ignorado o minimizado la importancia de la alianza. Desde el inicio, la TCC ha enfatizado la importancia de establecer una fuerte relación colaborativa con el paciente. Los terapeutas son alentados a acercarse a los pacientes con una genuina calidez y empatía, para trabajar colaborativamente en el desarrollo de las asignaciones para la casa, y para alentar el feedback del paciente (Beck, et al., 1983). No obstante, aun cuando hay un reconocimiento respecto a la importancia de la construcción inicial de una fuerte alianza, muchos pensadores cognitivo-conductuales la han visto más como un prerrequisito para la terapia antes que una parte activa del proceso de cambio. En su artículo sobre la alianza terapéutica en la TCC, Raue & Goldfried (1994) comparan el rol de la alianza en la terapia con el uso de la anestesia para preparar a un paciente para una operación.

“Una vez que la operación está en camino, el interés fundamental está puesto en la implementación efectiva de los procedimientos quirúrgicos—la razón fundamental por la que el paciente entró al escenario de tratamiento”. Asumida de esta manera, la alianza es vista como extremadamente importante pero no más responsable del cambio de lo que la anestesia es para extirpar un tumor. Si hay ausencia de una fuerte alianza, el trabajo terapéutico es imposible: pero una vez que se ha establecido, la alianza es vista como un constructo estable y estático que actúa como una base para aplicación fluida y efectiva de la técnica.

Aun cuando Raue y Goldfried anotan que la alianza necesita ser monitoreada en sus altibajos, al igual que muchos otros teóricos cognitivo-conductuales ven las rupturas en la alianza o la resistencia del paciente en términos de falta de adherencia: algo a ser superado de manera tal que el tratamiento puede continuar. De acuerdo a Leahy (2001), los modelos cognitivos y conductuales tradicionalmente han prestado poca atención a la resistencia del paciente. Anota que el terapeuta enfrentado con la resistencia frecuentemente ha sido alentado para continuar aplicando las técnicas cognitivo-conductuales estándar, como confrontar las creencias irracionales o las distorsiones cognitivas. De una manera similar, Raue y Goldfried sugieren que cuando los pacientes expresan una renuencia a participar en ciertas técnicas o a completar ciertas asignaciones para la casa, el trabajo del terapeuta es convencerlos de que el cumplimiento de estas actividades es en su mejor interés.

La Alianza Terapéutica como un Proceso de Negociación

Stevens, Muran & Safran (2004) ponen de relieve que la reformulación de Bordin (1994) de la alianza terapéutica como un concepto trans-

teórico que ve a la negociación continua como un aspecto crítico de la alianza en el proceso de cambio, ha sido responsable, en gran medida, de su actual ubicación central en la investigación sobre psicoterapia. En principio, Bordin sugiere que todas las terapias, sin importar su orientación, incluyen alguna forma de alianza terapéutica. El tipo de alianza varía dependiendo del tipo de terapia practicado y de las demandas puestas tanto en el terapeuta como en el paciente, pero todas consisten en un acuerdo entre el paciente y terapeuta sobre tres elementos importantes del trabajo terapéutico: las metas y tareas de la terapia y el vínculo emocional.

Dicho de una manera breve, las metas y las tareas de la terapia son los objetivos hacia los cuales el paciente y el terapeuta están trabajando, y los métodos que utilizan para lograrlos. Las tareas incluyen técnicas explícitas como examinar los pensamientos automáticos, así como factores más implícitos, como la dirección de la atención (interna vs. externa) y el grado de dirección o consejo proporcionado por el terapeuta. El tercer elemento, el vínculo, es la calidad de la conexión emocional entre el paciente y el terapeuta.

Estos tres factores, las tareas, metas y vínculo, funcionan interdependientemente y tienen una influencia recíproca de una manera continua. La fuerza del vínculo influye en el grado en el cual el paciente y el terapeuta son capaces de negociar las tareas y las metas de la terapia. Inversamente, la capacidad de negociar las tareas y metas afectará la fuerza del vínculo.

Tanto el paciente como el terapeuta comienzan la terapia con muchas características y actitudes preexistentes. El terapeuta proviene de una orientación teórica particular, con sus metas explícitas e implícitas, métodos y sesgos, que ha elegido al menos en parte a causa de su propia personalidad, experiencia, necesidades y forta-

lezas. Los pacientes no sólo aportan características de personalidad, preconcepciones acerca de la terapia y causas precipitantes, sino se encuentran también moldeados por las fuerzas sociales y ambientales que circundan sus vidas. Una fuerte alianza de trabajo depende de la capacidad de ambas partes para negociar un buen ajuste entre estas dos clases de expectativas y necesidades. De acuerdo a esta conceptualización de la alianza, la técnica no puede ser vista separada de una díada interpersonal particular donde es aplicada.

La formulación de Bordin ayuda a proporcionar un fundamento teórico para clarificar cómo y por qué la negociación de la ruptura en la alianza se encuentra en el núcleo del proceso de cambio. Las conceptualizaciones más tradicionales de la alianza asumen que sólo hay una meta o tarea terapéutica, o al menos privilegian un tipo de meta o tarea sobre otras. En contraste con la más tradicional concepción de la TCC de que la técnica es la base del proceso de cambio en tanto la alianza juega un rol estable y estático, la conceptualización de Bordin está más orientada al proceso. Asume que la negociación de las metas y tareas de terapia entre terapeuta y paciente es un proceso continuo que tiene lugar tanto implícita como explícitamente, y que es este proceso de negociación que proporciona las condiciones subyacentes que son necesarias para el cambio y forma parte esencial del proceso de cambio mismo.

Tanto el terapeuta como el paciente aportan al proceso terapéutico un haz de características, creencias, actitudes y expectativas preexistentes. De esta manera, el encuentro terapéutico no es diferente de cualquier otro encuentro entre dos personas. Para que la terapia sea exitosa, ambas partes necesitan ser capaces de negociar las necesidades del yo y las necesidades del otro para desarrollar una alianza de trabajo. Cuando las cosas van bien, mucho de este proceso de

negociación tiene lugar fuera de la consciencia. Los terapeutas toman decisiones acerca de qué técnicas usar y el tiempo de su aplicación sobre la base de una comprensión implícita de las necesidades del paciente. De una manera similar, los pacientes que son nuevos en la terapia pueden aceptar mucho de lo que parece extraño o inusual acerca del proceso terapéutico sobre la base del supuesto de que el terapeuta es un profesional que tiene el mejor deso de ayudar. Incluso los desacuerdos leves o moderados con frecuencia son manejados de una manera simple y completa. En estas situaciones, el modelo colaborativo que se enfatiza en la TCC es bastante efectivo. Al asumir que las reservas de los pacientes deben ser manejadas y que los pacientes merecen una clara explicación del proceso terapéutico, los terapeutas cognitivo-conductuales no sólo toman en cuenta las necesidades explícitas de comprensión de los pacientes sino también la necesidad subyacente de que sus preocupaciones e intereses sean tomados en cuenta seriamente. De esta manera, la TCC hace mucho para contribuir a la capacidad de la alianza para promover el cambio.

Sin embargo, en otras instancias el proceso de negociación se quiebra. Cuando surgen estas rupturas significativas en la alianza, la confianza que los terapeutas cognitivo-conductuales tienen en la técnica y la creencia de que las rupturas en la alianza son obstáculos a ser superados pueden operar en detrimento del tratamiento. El estudio de los factores comunes y específicos en una intervención cognitivo-conductual para la depresión llevada a cabo por Castonguay et al. (1996) proporciona un buen ejemplo. En este caso, ambos factores comunes bajo investigación, la alianza y la implicación emocional de los pacientes, fueron predictivos de la mejoría. De manera contraria a las expectativas, el foco de los terapeutas sobre el impacto de las distorsiones cognitivas en los síntomas de depresión, se correlacionó con un pobre resultado. Después

de analizar los resultados, se llegó a la conclusión de que cuando se veían confrontados con tensiones en la alianza, algunas veces los terapeutas incrementaron su adherencia a las técnicas y razonamientos cognitivos, lo que parece haber empeorado las rupturas en la alianza. En este tratamiento, se instruyó a los terapeutas para que siguieran los principios del modelo de Beck para manejar la oposición de los pacientes al tratamiento, desafiando sus creencias distorsionadas acerca de la TCC, lo que, de acuerdo a Castonguay y sus colegas, pareció ser particularmente problemático cuando los pacientes estaban discutiendo problemas interpersonales emocionalmente cargados. Bajo estas circunstancias, se requería de una aproximación diferente para comprender la fuente de la ruptura en el tratamiento. Dadas sus creencias acerca del rol de la alianza, la natural tendencia de un terapeuta cognitivo-conductual es intentar volver al «verdadero trabajo» de la terapia. Proceder de esta manera sin comprender la naturaleza de la ruptura y el modo cómo esto refleja las dificultades del paciente puede, en el mejor de los casos, ignorar importantes problemas y, en el peor de los casos, conducir a mayores problemas con la alianza,

Aun cuando la capacidad para negociar diferencias entre las necesidades del yo y las necesidades de los otros es una tarea básica que deviene del proceso de desarrollo que todos los humanos deben enfrentar, al menos para algunos pacientes, las dificultades para hacer esto de una manera constructiva yacen en el núcleo de los problemas que traen consigo a la terapia. Para estos pacientes, las brechas en la alianza terapéutica no son obstáculos a ser allanados sino representan el núcleo de sus dificultades en el mundo. En estos casos, ver a los problemas de la relación como problemas de falta de cumplimiento o falta de adherencia puede imponer límites al terapeuta para reconocer una oportunidad que posibilite un acceso a las maneras ca-

racterísticas del paciente de construir los eventos y relaciones, y los patrones problemáticos de conducta interpersonal que emergen de esta construcción, y luego trabajar con estas características.

En estas situaciones, mostrarse sensible a las fluctuaciones de momento a momento en las negociaciones continuas que constituyen la base de la alianza terapéutica, puede permitir al terapeuta comenzar a identificar los patrones interpersonales que forman la base de lo que ha sido llamado ciclos viciosos, ciclos cognitivos interpersonales o matriz relacional (Safran & Segal, 1996). Estos ciclos, donde el terapeuta queda inevitablemente implicado, son los elementos nucleares de las dificultades del paciente en el mundo que lo circunda. Estos ciclos son centrales para comprender que el trabajo con las rupturas en la alianza puede contribuir a un cambio positivo.

La Resolución de las Rupturas en la Alianza Terapéutica

Cuando los esquemas relacionales disfuncionales de los pacientes son disparados en la situación terapéutica, casi siempre hay una ruptura en la alianza y hay un quebrantamiento del normal proceso de negociación. Estas rupturas pueden asumir varias formas. Los pacientes que actúan de una manera fundamentalmente defensiva pueden mostrar una abierta conducta de autosabotaje, atacar o culpar al terapeuta, o también retraerse abruptamente, mantenerse silentes, cambiar el tópico o incluso faltar a las sesiones. Debido a que los pacientes muestran reacciones en cuya base hay una ansiedad acerca de lo que “podría” suceder, sus respuestas pueden ser difíciles de comprender o pueden parecer bastante excesivas en función de lo que ha ocurrido en la sesión. Si los temores de los pacien-

tes no son reconocidos y manejados, es posible que discontinúen el tratamiento.

Para trabajar con las rupturas que, en términos del modelo psicoanalítico harían referencia a los procesos de transferencia y contratransferencia (Safran, Muran, Samstag & Wilson, 2005), en principio es esencial que los terapeutas reconozcan que se encuentran implicados en un ciclo maladaptativo y que es el momento de comenzar el proceso de *desengancharse* del ciclo antes que perpetuarlo. Stevens, Muran & Safran (2004) plantean que para hacer esto el principio técnico general es la metacomunicación, esto es, la práctica de centrarse en la comunicación y de comunicar la interacción terapeuta-paciente tal como ocurre en la sesión. Para hacer esto los terapeutas necesitan ser conscientes de sus propios estados emocionales y reacciones, y estar dispuestos a trabajar colaborativamente con los pacientes para indagar lo que está sucediendo con la relación terapéutica. Al explorar la construcción de los eventos del paciente antes que continuar reaccionando de una manera que es consistente con sus creencias y experiencias pasadas, el terapeuta es capaz de comenzar a desconfirmar aquellas creencias y ofrecer al paciente una nueva experiencia relacional. Este proceso de desengancharse y de desconfirmación mediante la metacomunicación es el núcleo del trabajo con las rupturas. Algunos de los principios fundamentales del proceso de metacomunicación incluyen: centrarse en los detalles inmediatos de la experiencia y conducta, establecer un sentido de colaboración o «nosotros» en la exploración, reconocer que la situación está en un flujo constante, y mostrarse abierto a la exploración y reconocimiento de la propia subjetividad y contribución a la interacción.

Stevens, Muran & Safran (2004) plantean un modelo de trabajo para la resolución de las rupturas. El modelo enfatiza que el objetivo no es sólo reparar las rupturas de tal manera que el

trabajo pueda continuar con una alianza revitalizada. Más bien, la meta es ayudar al paciente a arribar a una comprensión plena de la manera como construye los eventos, la manera como construye sus afectos en su interacción con otros, y proporcionarle una nueva experiencia de relacionarse.

El modelo general de resolución de rupturas consiste de cinco categorías: (1) la matriz relacional, (2) reconocer y desengancharse de la matriz, (3) explorar la construcción del paciente, (4) explorar la evitación de vulnerabilidad/agresión, y (5) expresar el deseo o necesidad subyacente. Cada categoría describe una interacción diádica entre el terapeuta y el paciente.

1. La matriz relacional y los marcadores de la ruptura: Habitualmente la ruptura comienza cuando el paciente percibe alguna acción del terapeuta como confirmatoria de sus creencias acerca de las relaciones. Por ejemplo, un paciente que cree que expresar insatisfacción es peligroso para sus relaciones pudiera intentar apaciguar su cólera mostrándose quejoso o sumiso. El terapeuta bien puede perder de vista los signos sutiles que indican la insatisfacción o preocupación del paciente. Paradójicamente, la presentación excesivamente sumisa del paciente podría empujar al terapeuta a asumir una actitud más activa o controladora en el tratamiento, reforzando así las creencias del paciente respecto a que necesita acomodarse y que los intentos de ser más asertivo serán ignorados o respondidos con rechazo u hostilidad. Aquí es importante remarcar que, al margen de si las expectativas del paciente son realistas o distorsionadas, en este punto el terapeuta y el paciente se encuentran enganchados en un ciclo de reacción y contrareacción.

2. Reconocer y desengancharse de la matriz relacional: Para que el proceso de resolu-

ción comience, en principio el terapeuta tiene que reconocer que ha llegado a engancharse en un ciclo relacional con el paciente. Cuando un paciente comienza a criticar abiertamente o a culpar al terapeuta o, de una manera más indirecta, a atacar la técnica, el ambiente o la profesión de psicología en general, hay poca duda respecto a que algo anda mal en el continuo proceso de negociación.. De una manera similar, un repliegue abrupto, como las faltas o tardanzas continuas, o los continuos pedidos de cambio de citas pueden ser una clara indicación de que algo anda mal.

Debido a que las rupturas reflejan los esquemas interpersonales maladaptativos pueden ocurrir en cualquier momento del tratamiento y, por lo mismo, también existe la necesidad continua de lo que ha venido a denominarse *atención plena en acción* (Safran & Muran, 2000). Al mantener una consciencia de sus propias reacciones emocionales, los terapeutas pueden estar preparados para centrarse en la relación y comenzar a identificar qué conductas del paciente están requiriendo una respuesta particular complementaria (p.e., un tono de voz sarcástico, un movimiento nervioso, cambios repentinos de tópico, apartar la mirada). También es importante que los terapeutas sean capaces de identificar y usar sus propias respuestas a todas las rupturas con el fin de facilitar el subsiguiente proceso de desenganche.

Cuando se ha detectado la ruptura y el terapeuta se da cuenta de que ambos, él y el paciente, está atrapados en un ciclo, puede comenzar el proceso de desenganche donde ambos intentan hacer un alto y comunicar lo que está sucediendo. Este proceso implica la comunicación del terapeuta al paciente de sus observaciones del ciclo (en realidad una comunicación de la comunicación). Por ejemplo, el terapeuta puede llamar la atención del paciente a su repentino silencio o reconocer su propia respuesta defensi-

va a la crítica del paciente e invitarlo a explorar la interacción. Es importante que el terapeuta reconozca y sea capaz de expresar su propia contribución al ciclo. Reconocer los sentimientos que emergen en los intercambios con el paciente sirve para dos importantes propósitos. Primero, permite al terapeuta volver a ganar su capacidad para hablar acerca de la ruptura con el paciente en vez de responder de una manera casi refleja. Segundo, del mismo modo que los pacientes no son completamente capaces de apaciguar las emociones que creen son una amenaza para la relación, tampoco los terapeutas pueden ocultar estos sentimientos completamente. Los pacientes tienen la capacidad de reconocer cuando los mensajes verbales y no verbales del terapeuta no encajan. El reconocimiento de estos sentimientos por parte del terapeuta le permite al paciente tener un sentido de sus propias respuestas emocionales.

3. Explorar la construcción del paciente:

El objetivo de esta etapa es desempacar y explorar la construcción de los eventos. Aun cuando hacer esto puede permitirle al terapeuta una clara comprensión de la manera en que el paciente concibe característicamente a las relaciones interpersonales, el foco debe permanecer anclado sobre la interacción en el momento. La meta no es simplemente proporcionar al paciente una mayor comprensión de los ciclos en los que puede quedar atrapado sino proveerle la experiencia de trabajar su salida de estos ciclos con otra persona. El foco no es identificar o corregir las distorsiones cognitivas. Más bien el terapeuta y el paciente intentan conjuntamente llegar a una mejor comprensión de la respuesta del paciente y de lo que ha llevado a ponerla de manifiesto. Por ejemplo, si un paciente le dice coléricamente al terapeuta que su intervención fue fría e insensible, el terapeuta podría reconocer los sentimientos del paciente y preguntar específicamente qué aspecto de la

interacción fue fría u hostil para el paciente. Resulta crítico que el terapeuta mantenga una curiosidad y una actitud empática en este punto, y mostrarse abierto ante cualquier sentimiento negativo que el paciente pueda expresar. De igual manera, el terapeuta necesita estar dispuesto a reconocer que ha jugado una parte en la ruptura. El objetivo primario es ayudar al paciente a comprender mejor su propia experiencia y a validar empáticamente los sentimientos que son el resultado de su construcción. Por ejemplo, si un paciente es capaz de expresar cólera o resentimiento debido a que el terapeuta canceló inesperadamente una sesión, el terapeuta no debe, en esta etapa, elucidar explicaciones alternativas o pedir al paciente lo objetivamente probable que es su construcción. El terapeuta debe centrarse en ayudar al paciente a explorar y articular sus sentimientos de resentimiento, temor al abandono o rechazo, su creencia de que no es importante para el terapeuta, y así por el estilo.

4. Evitación de la vulnerabilidad/agresión: La exploración de las rupturas puede suscitar ansiedad en los pacientes y disparar la evitación de los sentimientos subyacentes. Los pacientes que utilizan la cólera y la agresión para enmascarar o evitar la expresión de los sentimientos de vulnerabilidad pueden experimentar considerable culpa y embarcarse en una conducta de retraimiento, intentando allanar las cosas. Otros pueden encontrar que los intentos para comprender sus sentimientos de vulnerabilidad o cólera crean intensa ansiedad. Estos sentimientos pueden haber sido enmascarados o evitados por años invirtiendo un gran esfuerzo. Para un paciente puede resultar imposible creer, pese a la actitud abierta y empática del terapeuta, que sus sentimientos serán aceptados.

Como señalan Stevens, Muran & Safran (2004), habitualmente los pacientes van a os-

cilar entre expresar y evitar los sentimientos de agresión y de vulnerabilidad. La exploración de ambos sentimientos y de la conducta de evitación les ayuda a comprender mejor y a una expresión más fluida de un amplio rango de estados emocionales. Frecuentemente, las rupturas sólo son parcialmente resueltas y reaparecen de una forma ligeramente diferente cuando el esquema subyacente es activado por otro encuentro en una etapa posterior de la terapia, permitiendo así que el proceso de exploración continúe.

5. Expresión del deseo o necesidad subyacente: La preliminar expresión de sentimientos en el paso 4 muchas veces continúa asociada con la creencia de los pacientes de que son inaceptables o que sus necesidades no se van a ver satisfechas. De esta manera, las expresiones iniciales de un deseo o necesidad pueden ser presentadas de una manera limitada o indirecta, con un tono de imploración o de insistencia. También aquí existe el peligro que el terapeuta no sea consciente de sus propios sentimientos y respuestas; las respuestas complementarias evocadas por esta presentación limitada o indirecta pueden perpetuar una nueva activación del ciclo. En esta etapa el trabajo puede llevar a un análisis adicional de los deseos o necesidades subyacentes. El terapeuta continúa validando las respuestas emocionales del paciente de tal manera que, gradualmente, llega a sentirse más cómodo con sus sentimientos y necesidades subyacentes, y con una mayor capacidad para expresarlas directamente. Los pacientes pueden comenzar a sentirse cómodos expresando un amplio rango de emociones y necesidades sin sentir que el hacerlo hará peligrar su capacidad de relacionarse con otros. También llegan a comprender que todas sus necesidades y deseos no pueden ser satisfechos y que los sentimientos de tristeza y desilusión que traen consigo pueden ser tolerados y aceptados.

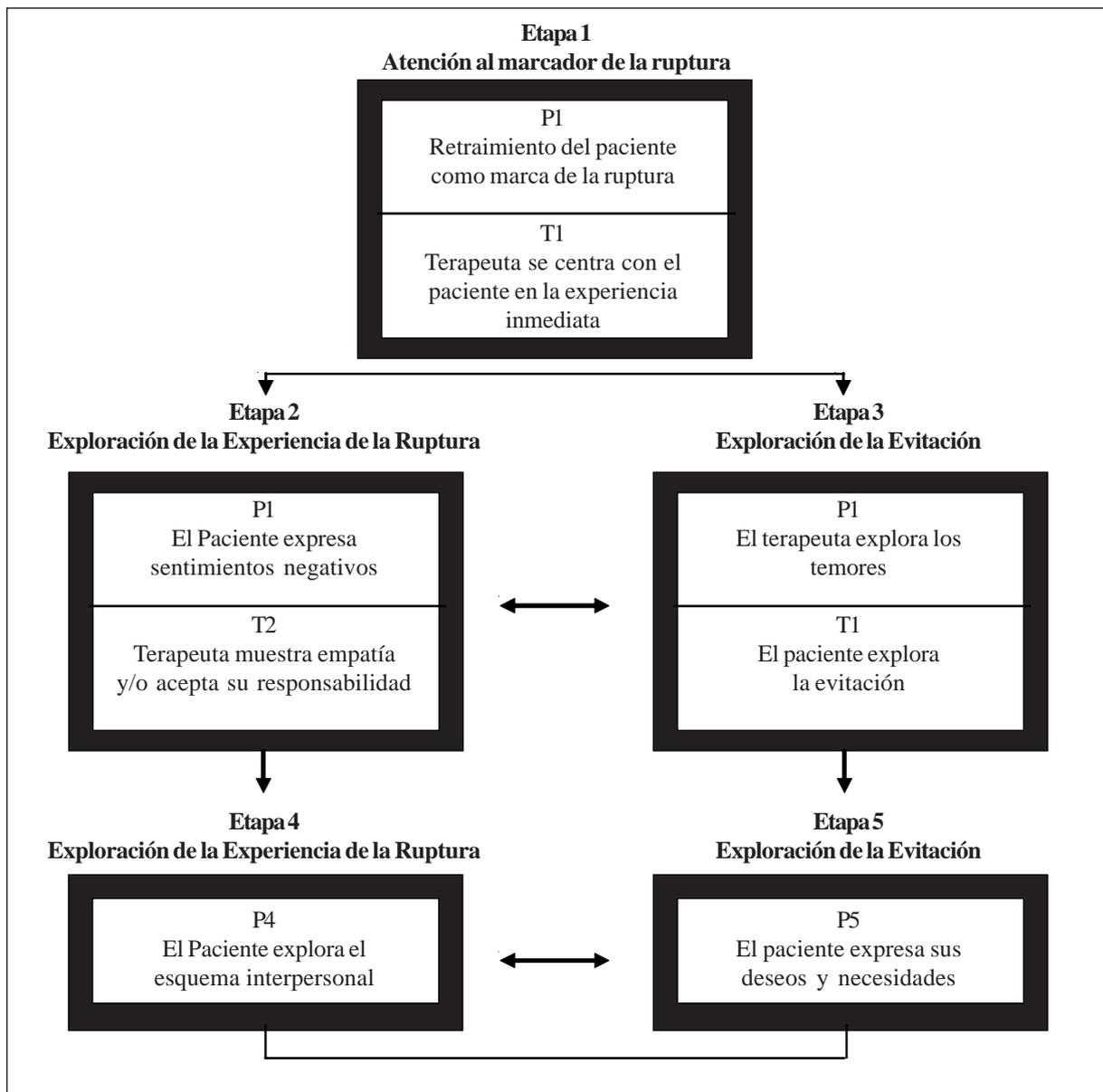


Figura 1. Modelo de Resolución de las rupturas (adaptado de Safran & Muran, 1996).

Colofón

Como señalan Beutler & Harwood (2002), la relación terapéutica—y las estrategias dirigidas a fortalecer la alianza terapéutica—no puede ser comprendida al margen de las intervenciones cuya aplicación la crean, del grado en el que estas intervenciones son congruentes con las necesidades y proclividades de un paciente particular y de un proceso continuo de negociación

que puede tener sus claroscuros. Del mismo modo, los efectos comunes y específicos de la terapia no pueden ser separados uno del otro. Rotondo (1983) enfatizaba que la relación [terapéutica] básicamente es una interacción, una transacción continua de naturaleza afectiva y cognoscitiva. Es un proceso que se desarrolla, pero que aun puede venir a menos a través del intercambio de actitudes entre el terapeuta y el paciente.

REFERENCIAS

- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.B., & Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Editorial DDB.
- Beck, J.S. (2005). *Cognitive Therapy for Challenging Problems: What to do when the basics don't work*. New York: Guilford Press.
- Beutler, L.E. & Harwood, T.M. (2002). What is and can be attributed to the therapeutic relationship? *Journal of Contemporary Psychotherapy*, Vol. 32, 1, 25-33).
- Bordin, E.S. (1994). Theory and research on the therapeutic working alliance: New directions. En A. O. Horvath & L.S. Greenberg (Eds.). *The working alliance: theory, research and practice*. New York: Wiley.
- Burns, D.D. (1989). Agenda setting: How to make therapy productive when you and your patient feel stuck. In *The feeling good Handbook*. New York: Plume.
- Castonguay, L.G., Goldfried, M.R., Wiser, S., Raue, P.J. & Hays, A.M. (1996). Predicting the effect of cognitive therapy for depression: A study of unique and common factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 497-504.
- Dalembert, D.J. (2000). *Countertransference and the treatment of trauma*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Freeman, A. & McCloskey, R.D. (2004). Impediments to Effective Psychotherapy. In R.L. Leahy (Ed.). *Roadblocks in Cognitive-Behavioral Therapy. Transforming Challenges Into Opportunities For Change*. New York: Guilford.
- Goldfried, M.R. y Davison, G.C. (1981). *Técnicas terapéuticas conductistas*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Greenberg, L. & Paivio, S. (1997). *Working with emotions in psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- Greenberg, M.A. & Stone, A.A. (1992). Emotional disclosure about traumas and its relation to health: Effects of previous disclosure and trauma severity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 75-84.
- Herman, J. (1992). *Trauma and recovery*. New York: Nasik Books.
- Horvath, A. O., & Bedi, R. P. (2002). The alliance. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. New York: Oxford University Press.
- Katz, L.S. (2005). *Holographic Reprocessing A Cognitive-Experiential Psychotherapy for the Treatment of Trauma*. London: Brunner/Routledge.
- Lambert, M.J. & Bergin, A.E. (1994). The effectiveness of psychotherapy. En A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*, Oxford, UK: Wiley.
- Leahy, R.L. (2003). *Overcoming resistance in cognitive therapy*. New York: Guilford Press.,
- Leahy, R.L. (2004). *Contemporary Cognitive Therapy. Theory, Research and Practice*. New York: Guilford.
- Ledley, D.R., Marx, B.P. & Heimberg, R.G. (2005). *Making Cognitive-Behavioral Therapy Work. Clinical Process for New Practitioners*. New York: Guilford.
- Manrique, E. (2004). Esquemas, Procesos Cognitivos y Resistencia al Cambio en Terapia Cognitivo-Conductual. *Boletín de PROMOTEC*, Vol. 4, 4, 1-15.
- Manrique, E. (2005). Resistencia al Cambio en Psicoterapia: El Rol de los Esquemas Emocionales. *Boletín de PROMOTEC*, Vol. V, 3, 1-5.
- Manrique, E. y Aguado, H. (2006). Esquemas Emocionales, Evitación Emocional y Proceso de Cambio en Terapia Cognitivo-Conductual. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental Hermilio Valdizán*, Vol. VII, 1, 11-32.
- Manrique, E., Aguado, H. y Silberman, R. (2005). Proceso de Cambio y Resistencia a los Procedimientos Cognitivo-Conductuales. *Boletín de PROMOTEC*, Vol. 5, 2, 1-18.
- Martin, D., Garske, J. & Davis, 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.
- Moras, K. (2002). Might relationship «techniques» extend the reach, efficacy, and efficiency of the psychotherapies? The challenge of treatment-resistant outpatients. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, Vol. 32, 1, 41-50.
- Murray, J. (1993). Relationship pf childhood sexual abuse to borderline personality disorder, post-traumatic stress disorder, and multiple personality disorder. *Journal of Psychology*, 127, 657-676.
- Pennebaker, J.W. (1997). Writing about emotional experiences as a therapeutic process. *Psychological Science*, 8, 162-166.
- Peralman, L. & Saakvitne, K. (1995). *Trauma and the therapist: Counter-transference and vicarious traumatization in psychotherapy with incest survivors*. New York: Norton.
- Raue, P.J. & Goldfried, M.R. (1994). The therapeutic alliance in cognitive behavioral therapy. En A.O. Horvath (Ed.), *The working alliance: Theory, research and practice*. New York: Wiley.
- Riso, W. (2006). *Terapia cognitiva. Fundamentos básicos y conceptualización del caso clínico*. Bogotá: Grupo Editorial Norma.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic and personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95-103.
- Rotondo, H. (1983). Actitudes interpersonales y comunicación psicoconstructiva. *Revista Peruana de Psiquiatría Hermilio Valdizán*, Vol. 1, 2-3-4, 91-108.
- Safran, J.D. & Muran, J.C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. New York: Guilford Press.
- Safran, J.D. & Segal, Z.V. (1996). *Interpersonal process in cognitive therapy*. Northvale, NJ: Aronson.
- Safran, J.D., Muran, J.C., Samstag, L.W. & Winston, A.D. (2005). Evaluating alliance focused interventions for potential treatment failures: A feasibility study and descriptive analyses. *Psychotherapy, Theory, Research, Practice Training*, 42, 4, 512-531.
- Stevens, C.L., Muran, J.C. & Safran, J.D. (2004). Obstacles or Opportunities?: A Relational Approach to Negotiating Alliance Ruptures. En R.L. Leahy (ed.). *Contemporary Cognitive Therapy. Theory, Research and Practice*. New York: Guilford.
- Young, J.E., Klosko, J.S. & Weishaar, M.S. (2003). *Schema Therapy: a Practitioner Guide*. New York: Guilford Press.