

¿Existe relación entre la alianza terapéutica y el resultado terapéutico en el tratamiento de la depresión? Análisis y revisión

Is there relationship between the therapeutic alliance and the outcome of the psychotherapeutic treatment of depression?

Alejandro Miguel-Alvaro y Sonia Panadero
Universidad Complutense de Madrid, España

Resumen: En el presente trabajo se revisa la literatura para conocer cuál es el grado de relación que existe entre los niveles de Alianza Terapéutica (AT) y el éxito en el tratamiento psicoterapéutico del episodio depresivo mayor. Se utilizaron bases de datos electrónicas (PsycInfo, Pubmed y PsycArticle) y se obtuvieron 13 trabajos que cumplían los criterios de inclusión prefijados. En todos los trabajos los resultados avalan la existencia de una relación positiva entre los niveles de AT y el resultado psicoterapéutico de la depresión, ya sea medido este mediante instrumentos psicométricos o tomando otras variables como el riesgo de recaída o el abandono de la terapia. Se examina si el tipo de corriente psicoterapéutica modula de alguna manera esta relación, encontrándose resultados contradictorios. Se concluye destacando la importancia de establecer una buena AT para lograr unos buenos resultados psicoterapéuticos en el tratamiento de la depresión.

Palabras clave: alianza terapéutica, resultado, efectividad, depresión

Abstract: The present study reviews the literature on the relationship between therapeutic alliance (TA) and success of the psychological treatment of a major depressive episode. A literature search was conducted using electronic databases (Psycinfo, PubMed and PsycArticle). In total, 13 studies were selected according to the inclusion criteria. In all the studies, the results confirm the existence of a positive relationship between TA levels and the psycho-

Alejandro Miguel-Álvaro es investigador en formación en el Departamento de Personalidad, Evaluación y Psicología Clínica de la Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid.

Sonia Panadero es Subdirectora del Departamento de Personalidad, Evaluación y Psicología Clínica de la Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid

Para citar este artículo: Miguel-Álvaro, A. y Panadero, S. (2021). ¿Existe relación entre la alianza terapéutica y el resultado terapéutico en el tratamiento de la depresión? Análisis y revisión. *Clínica Contemporánea*, 12(2), Artículo e11. <https://doi.org/10.5093/cc2021a13>

La correspondencia sobre este artículo debe enviarse a Alejandro Miguel- Álvaro al email: alemigue@ucm.es



Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND.

logical outcome of depression. This association persisted on considering different measures such as psychometric instruments or clinical variables (e.g., risk of relapse or dropout from therapy). Contradictory results are found as to whether the type of therapy influences this association. In conclusion, correct TA is essential in order to achieve good psychotherapeutic outcomes in the treatment of depression.

Keywords: therapeutic alliance, outcome, effectiveness, depression

¿Qué es la alianza terapéutica?

En el proceso psicoterapéutico es necesaria e imprescindible la presencia de una relación interpersonal entre el terapeuta y el paciente (Fluckiger et al., 2018). Para poder definir esta relación y destacar su importancia, se creó el constructo de Alianza Terapéutica (AT) que se considera una construcción conjunta entre paciente y terapeuta que se genera y varía a lo largo de la terapia (Navia y Arias, 2012).

El concepto de AT ha cambiado a lo largo de la historia. Un pequeño repaso histórico debe comenzar con Freud, que en el año 1913 definió la AT como un aspecto transferencial imprescindible para que el paciente comprendiese las explicaciones del terapeuta y las tomase como válidas. Posteriormente Zetzel (1956) diferenció entre el término transferencia y alianza y Hartley (1985) lo hizo entre relación real y alianza de trabajo. Sin lugar a duda, el concepto es asumido por todas las escuelas psicoterapéuticas, pero separándose de la visión transferencial psicoanalítica. Desde el movimiento humanista, Rogers (1951) consideraba ser empático, congruente y aceptar incondicionalmente al paciente tres aspectos clave para establecer una apropiada AT. Posteriormente, otros autores consideraron que el aspecto que correlacionaba con la AT era la empatía fundamentalmente (Horvarth y Luborsky, 1993). Con la llegada de la modificación de conducta clásica se comenzó a plantear la terapia como un proceso en el que el paciente aprende o modifica ciertas conductas o hábitos, por lo que se postulaba que la calidad técnica de las intervenciones del terapeuta era el elemento esencial. De esta manera no se concedía importancia alguna a la AT. No obstante, con la que podríamos llamar revolución cognitiva de la psicoterapia, volvió el interés por la AT. De hecho, se llegó a considerar como un elemento central del proceso terapéutico (Newman, 1998).

Dos son los autores y las definiciones más aceptadas en torno al concepto actual de alianza terapéutica: Bordin y Luborsky. Bordin (1979) define AT como el encaje y colaboración entre paciente y terapeuta, como una relación consciente que involucra acuerdos y colaboración entre terapeuta y paciente e identifica tres componentes que la configuran: 1) acuerdo en las tareas, 2) vínculo positivo y 3) acuerdo en los objetivos. Esta se considera una definición transteórica (Santibañez et al., 2009).

Por otro lado, Luborsky (1976) postula una definición más cercana a la visión psicodinámica, considerando que la AT es una entidad dinámica que evoluciona con los cambios de las demandas de las diferentes fases de la terapia. Además, diferencia entre dos tipos de alianza: una alianza Tipo 1 que se da al inicio de la terapia y es la sensación que experimenta el paciente en su recepción por parte del terapeuta y una Tipo 2 que se da en fases posteriores y se define como una sensación de trabajo conjunto.

Es tal la importancia que el constructo tiene hoy en día en el campo de la psicoterapia que hay diversas investigaciones que pretenden definir variables que afectarían a la formación de una AT de calidad. Algunos autores han examinado la posible relación entre la AT y la experiencia del terapeuta encontrando que a mayor experiencia se tiende a desarrollar una AT de mayor calidad (Casari et al., 2018). Otro ejemplo, son investigaciones que se han planteado si existen habilidades potencialmente entrenables para enseñar a los terapeutas a construir una AT de calidad. Al respecto, una de las conclusiones que reúne bastante evidencia empírica es que el uso de protocolos manualizados durante el proceso psicoterapéutico suele derivar en un deterioro de la AT (Santibañez et al., 2009).

Alianza Terapéutica y relación con el éxito del proceso psicoterapéutico

Existe un interés creciente por descubrir la relación entre la calidad de la AT y los resultados de la psicoterapia. Diversas investigaciones revelan que la AT es un elemento de suma importancia en la consecución de resultados positivos en psicoterapia y que es una de las variables que más modula la relación entre proceso y resultado psicoterapéutico en diferentes orientaciones teóricas y en diferentes formatos de terapia (p.ej., Chen et al., 2019). Esta transversalidad no impide que cada escuela tenga una visión diferencial sobre el papel otorgado a la AT. Siguiendo a Zuroff y Blatt (2006) se puede hablar de la existencia de cuatro posicionamientos respecto al tipo de relación que se establece entre la AT y los resultados positivos en psicoterapia. El primero es la visión de los terapeutas cognitivo conductuales contemporáneos. Estos afirman que la AT es necesaria para la efectividad de muchas técnicas en particular, pero no suficiente para explicar el potencial de éstas. La segunda postura afirma que la AT contribuye directamente en los resultados de la psicoterapia, pero sus efectos son independientes de las técnicas que se apliquen. En tercer lugar, se encuentra un acercamiento que afirma que la AT depende de la aplicación de un determinado grupo de técnicas sin las cuales no estará presente. Por último, existe una visión más escéptica (y contraria a la evidencia empírica) que afirma que no es necesaria la existencia de una AT robusta para obrar cambios psicoterapéuticos positivos.

Es imprescindible citar el meta-análisis de Fluckiger et al. (2018) a la hora de hablar de la relación entre AT y el resultado de los tratamientos psicoterapéuticos ya que es la referencia más actualizada hasta la fecha que revisa de una manera exhaustiva este aspecto. Los resultados de este trabajo confirman que la AT es un elemento de gran importancia para lograr unos resultados psicoterapéuticos óptimos.

Algunos estudios más clásicos han intentado cuantificar el grado de mejora en el paciente que se puede atribuir a la AT encontrándose resultados contradictorios. Algunos estudios hablan de una proporción del 30% (Lambert, 1992) mientras que otros llegan hasta un máximo del 57% (Gaston et al., 1991). Por otro lado, una revisión de Orlinsky et al. (1994) informaba que en el 66% de los estudios consultados existía una correlación entre AT y resultado de los tratamientos. Por último, cabe destacar que algunos elementos que afectan a la calidad de la AT como predictor de éxito son: que sea medida en las primeras sesiones (DeRubeis y Feeley, 1990; Horvath y Luborsky, 1993) y quién la valore, paciente o terapeuta (Bachelor, 1991).

Evaluación psicométrica de la Alianza Terapéutica

Existen diversos instrumentos de medida de la AT, pero nos centraremos en aquel que, por su mayor relevancia, ha sido más utilizado en investigación. Nos estamos refiriendo al Working Alliance Inventory (WAI). Este instrumento fue desarrollado por Horvath y Greenberg (1989). Consta de 36 ítems auto-aplicados que se pueden dividir en 3 escalas de 12 ítems cada una que miden los tres componentes de la AT propuestos por Bordin (Objetivos, Tareas y Vínculo). Existe una versión para terapeuta y otra para paciente. Además, cabe destacar que tiene unas adecuadas propiedades psicométricas, tanto la versión original (Horvath y Greenberg, 1989) como la adaptación española (Corbella y Botella, 2004). No obstante, existen muchos otros instrumentos psicométricos para medir la AT de demostrada calidad entre los que podrían destacarse la Vanderbilt Therapeutic Alliance Scale (VTAS) (Hartley y Strupp, 1983), la Penn Helping Alliance Scales (HAQ) (Alexander y Luborsky, 1986) y el Helping Alliance Questionnaire II (HAQ-II) (Luborsky et al, 1996).

Trastorno depresivo mayor

Al comenzar este apartado se torna interesante plasmar los tres sentidos en los que se puede utilizar el término depresión según Vallejo Ruiloba (2015): como síntoma, como síndrome o como enfermedad. Este hecho permite ver lo complicado que resulta definir de manera precisa el término. No obstante, en el presente trabajo el interés se centra en el término depresión como síndrome y como enfermedad, ya que como

síntoma estaríamos hablando de la depresión como una característica que acompaña a otros trastornos psíquicos como el trastorno de angustia, por ejemplo.

Para definir el término, es obligatorio acudir a la última edición del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* -DSM-5- (APA, 2013), en el que cabe destacar que los trastornos depresivos han pasado a formar una categoría independiente respecto a la edición anterior. En este manual, el trastorno depresivo mayor se define como la presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas al menos durante 2 semanas, que representan un cambio respecto a la semana anterior. Por lo menos uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o placer. El resto de los síntomas que pueden estar presentes son: pérdida de peso significativa, insomnio o hipersomnias casi todos los días, agitación o enlentecimiento psicomotores, fatiga o pérdida de energía casi todos los días, sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados, disminución de la capacidad para pensar o concentrarse y/o pensamientos recurrentes de muerte.

Se calcula que el trastorno depresivo afecta a más de 300 millones de personas en el mundo y es la principal causa mundial de discapacidad (Ormel et al., 2019). Además, se puede considerar el trastorno depresivo mayor como un trastorno complejo desde el punto de vista terapéutico: su diagnóstico no es sencillo, la sintomatología puede ser fluctuante, su carácter es crónico, el 50% de los pacientes recaen en los primeros 2 años y en torno al 50-75% lo hacen en los primeros 5 años (Ormel et al., 2019).

A la luz de todos estos datos, se torna interesante descubrir qué aspectos podrían hacer el tratamiento psicoterapéutico de los trastornos depresivos más eficaz con el fin de disminuir sus ratios de recaída, por ejemplo. En cuanto a la relación entre el tratamiento psicoterapéutico de la depresión y la calidad de la AT establecida, existe un metaanálisis reciente que aborda esta temática. No obstante, solo toma en consideración estudios realizados con tratamientos cognitivo-conductuales (TCC) (Cameron et al., 2018). Los resultados de este trabajo apuntan una relación moderada ($r = 0.26$) entre los niveles de la AT y los resultados de aplicar TCC a pacientes diagnosticados de depresión.

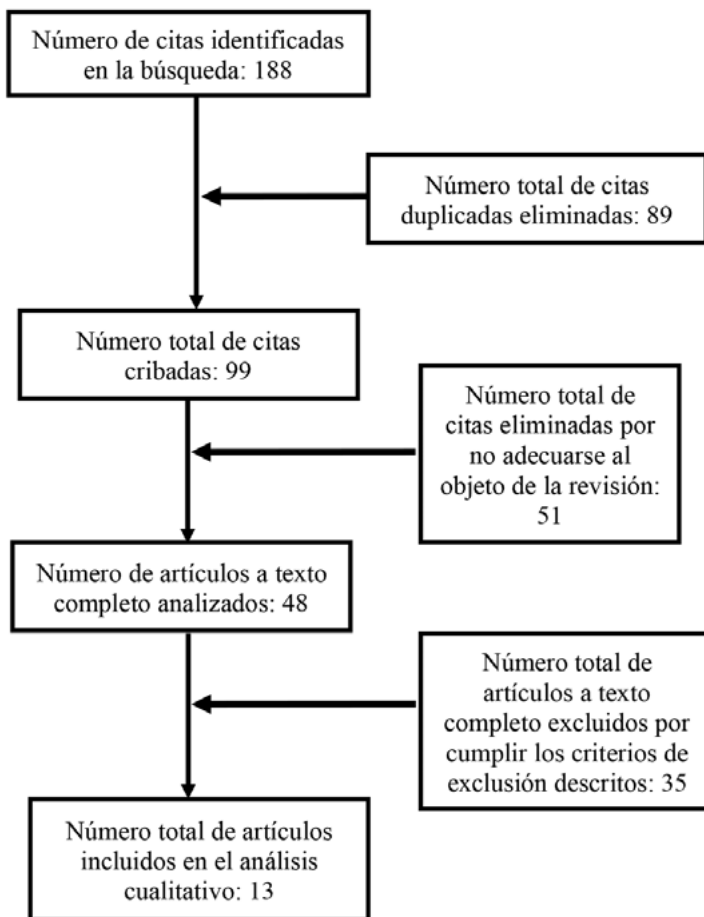
Tomando como referencia todo lo anterior, el objetivo del presente artículo es realizar una revisión narrativa de la evidencia existente sobre cómo la calidad de la AT puede afectar a la efectividad del tratamiento psicoterapéutico de la depresión, sin limitarse a una corriente psicoterapéutica concreta.

Método

Para la realización del presente trabajo, se ejecutó una búsqueda en noviembre de 2019 en las bases de datos electrónicas PsycInfo, PsycArticle y Pubmed. Se introdujeron los siguientes campos en el buscador (tanto en inglés como en castellano): “Therapeutic Alliance” AND Depression AND Clinical Psychology (“Alianza Terapéutica” AND Depresión AND Psicología Clínica). Cabe destacar que se solicitó como criterio de inclusión que los términos “Therapeutic Alliance” y “Depression” estuvieran reflejados en el resumen de los trabajos a mostrar. Otros criterios aplicados en la búsqueda bibliográfica fueron la selección de trabajos revisados por expertos, la selección de artículos en español o inglés, la selección únicamente de artículos de revistas o capítulos de libros, la inclusión de aquellos trabajos realizados desde el año 2000 hacia delante y únicamente los trabajos cuya muestra de estudio estuviera compuesta por sujetos adultos (con más de 18 años de edad).

Se obtuvieron 188 resultados con la presente búsqueda. De ellos, fueron seleccionados 13 (figura 1). Los criterios de exclusión en esta fase fueron que los trabajos estudiaran la problemática en otros trastornos psiquiátricos a parte del episodio depresivo mayor, que se incluyeran menores de edad en la muestra y que el objetivo del estudio no se ajustara al del presente trabajo.

Cabe destacar que los 13 trabajos que se incluyen en la presente revisión se podrían englobar bajo la denominación de estudios empíricos, ya que contienen una metodología en su diseño experimental o descriptivo-correlacional.

Figura 1. Diagrama de flujo sobre la búsqueda efectuada

Resultados

En la Tabla 1 se recogen las principales características de los estudios incluidos en la presente revisión ordenados por año de publicación. También se incluyen su tamaño muestral, el diseño utilizado y los momentos de medida efectuados, el número de sesiones, las corrientes terapéuticas empleadas, los instrumentos de evaluación aplicados y los principales resultados respecto a la relación entre los valores de la AT y el éxito de los procesos psicoterapéuticos para tratar la depresión.

Uno de los primeros trabajos incluido en la revisión es el trabajo realizado por Klein et al. (2003). En él, los autores contaron con una muestra de 367 pacientes diagnosticados de depresión mayor crónica (de al menos 2 años de evolución) siguiendo criterios de DSM-IV. Estos pacientes llevaron a cabo un programa de tratamiento cognitivo-conductual breve y estructurado diseñado específicamente para el tratamiento de la depresión crónica (*Cognitive-behavioral analysis system of psychotherapy*) (McCullough, 2000). Cabe destacar que existían dos grupos de tratamiento: uno de terapia psicológica exclusivamente y otro combinada con medicación. Uno de los elementos por los que destaca el trabajo de Klein y colaboradores es que pusieron el foco en la AT temprana llegando a la conclusión de que esta (medida en la segunda sesión mediante la versión para pacientes del Inventario de Alianza Terapéutica -WAI-), era un predictor robusto del cambio sintomatológico en el tratamiento cognitivo-conductual de la depresión crónica. Por otro lado, los autores destacaron que estos resultados no diferían entre el grupo tratado con fármacos y el que no, aunque de media a lo largo de todo el proceso (no solo al principio) los sujetos pertenecientes al grupo tratado con antidepresivos obtuvieron unas puntuaciones

Tabla 1. Resumen de todos los estudios contenidos en la presente revisión

Autores	Tamaño Muestra I	Diseño y momentos de medida	Corrientes terapéuticas	Dominios e instrumentos de evaluación	Principales resultados
Meyer et al. (2002)	N = 151	<p><i>Diseño:</i> Asignación aleatoria a 4 grupos (2 de psicoterapia, 1 farmacológico y placebo) durante 16 semanas (16-20 sesiones).</p> <p><i>Mediciones:</i> antes de comenzar el tratamiento y postratamiento.</p>	TIP TCC	<p><i>AT:</i> VTAS</p> <p><i>Depresión:</i> BDI HRSD</p> <p><i>Expectativas:</i> Ítem ad hoc</p>	<p>En la relación entre las puntuaciones de la AT y el resultado de las intervenciones existe una r cercana a .50 lo que indica una asociación fuerte.</p> <p>Por otro lado, destacan que el papel de las expectativas sobre el resultado final está mediado por la AT.</p>
Klein et al. (2003)	N = 367	<p><i>Diseño:</i> Asignación aleatoria a dos grupos de tratamiento (psicoterapia o psicoterapia + fármaco) durante 12 semanas (16 sesiones).</p> <p><i>Mediciones:</i></p> <p><i>Depresión:</i> semanas 0, 1, 2, 3, 4, 6, 8, 10 (tratamiento) y semana 12 (postratamiento)</p> <p><i>AT:</i> semana 2 (tratamiento) y semana 12 (postratamiento).</p>	TCC	<p><i>AT:</i> WAI</p> <p><i>Depresión:</i> SCID-II HRSD</p>	<p>La AT medida de modo temprano (segunda sesión) fue un predictor robusto ($r = -.24$) del cambio sintomatológico en la sintomatología depresiva medida en la semana 12.</p>
Missirlian et al. (2005)	N = 32	<p><i>Diseño:</i> Asignación a un único grupo de tratamiento sin grupo control de entre 14 y 20 sesiones semanales de tratamiento.</p> <p><i>Medición:</i> pretratamiento (al menos 1 semana antes de comenzar) y postratamiento un mes después de finalizar la terapia.</p>	Psicoterapia experiencial	<p><i>AT:</i> WAI</p> <p><i>Depresión:</i> SCID SCL-90</p>	<p>Las puntuaciones en el WAI predicen el 34% de la varianza en la reducción de la sintomatología depresiva.</p>
Zuroff y Blatt (2006)	N = 191	<p><i>Diseño:</i> Asignación aleatoria a dos grupos de tratamiento de 12 sesiones durante 15 semanas.</p> <p><i>Mediciones:</i> 0 semanas, 4 semanas, 8 semanas, 12 semanas y 16 semanas. En el postratamiento: 6 meses, 12 meses y 16 meses.</p>	TCC TIP	<p><i>AT:</i> VTAS B-L-RI</p> <p><i>Depresión:</i> HRSD BDI</p>	<p>Una percepción temprana de la calidad de la relación terapéutica predice una buena respuesta al tratamiento, una reducción de síntomas y una mejora más rápida del estado del sujeto. Cabe destacar que los tamaños del efecto fueron bajos para el BDI ($r = .139$) y para el HRSD ($r = .142$).</p>
Beckner et al. (2007)	N = 97	<p><i>Diseño:</i> Asignación aleatoria a dos grupos de tratamiento por vía telefónica (16 sesiones).</p> <p><i>Mediciones:</i></p> <p><i>Depresión:</i> desde la mitad del tratamiento hasta la última sesión.</p> <p><i>AT:</i> mitad del tratamiento.</p>	TCC TSEFT	<p><i>AT:</i> WAI</p> <p><i>Depresión:</i> BDI-II HRSD</p>	<p>En la TCC los niveles de AT predijeron un cambio posterior en la sintomatología medida con el BDI-II ($r = .39$) no siendo significativo en el caso del grupo TSEFT.</p>

Tabla 1 (Continuación). Resumen de todos los estudios contenidos en la presente revisión

Autores	Tamaño Muestra I	Diseño y momentos de medida	Corrientes terapéuticas	Dominios e instrumentos de evaluación	Principales resultados
De Bolle et al. (2010)	N = 567	<p><i>Diseño:</i> Estudio longitudinal multicentro. Asignación aleatoria y doble ciego a dos grupos de psicofármacos y asignación no aleatoria a tres grupos de psicoterapia semanales durante 6 meses.</p> <p><i>Mediciones:</i> 0 meses, 1 mes, 3 meses y 6 meses. No seguimiento.</p>	TCC Psicoanálisis Supportive therapy	<p><i>AT:</i> HAQ-I <i>Depresión:</i> MADRS</p>	Aislado otras variables, se puede concluir que la AT medida como percepción del paciente o como percepción del terapeuta está asociada a un descenso de la sintomatología depresiva (V de Cramer = 1.04)
Preschl et al. (2011)	N = 53	<p><i>Diseño:</i> Asignación aleatoria a dos grupos (on-line o presencial) de 8 semanas (8 sesiones).</p> <p><i>Mediciones:</i> <i>Depresión:</i> antes del comienzo del tratamiento y tras la última sesión. <i>AT:</i> mitad del tratamiento.</p>	TCC	<p><i>AT:</i> WAI <i>Depresión:</i> BDI</p>	<p>Se hallaron correlaciones significativas entre AT y el resultado medido con el BDI en: El postratamiento en la condición on-line ($r = -.47$). En la mitad del tratamiento ($r = -.40$) y en el postratamiento ($r = -.46$) en la condición presencial.</p>
Weck et al. (2013)	N = 80	<p><i>Diseño:</i> Estudio multicentro sobre la prevención de recaídas en la depresión (Stangier et al., 2013) durante 8 meses.</p> <p><i>Mediciones:</i> al finalizar cada una de las 16 sesiones de tratamiento.</p>	M-CBT	<p><i>AT:</i> HAQ <i>Depresión:</i> SCID</p>	Al incrementarse los niveles de AT el riesgo de recaída decrece ($\text{Exp}(B) = 0.53$) y aumenta la probabilidad de curación.
Arnow et al. (2013)	N = 224	<p><i>Diseño:</i> Asignación aleatoria a dos grupos de tratamiento sin grupo control (16-20 sesiones).</p> <p><i>Mediciones:</i> <i>Depresión:</i> semanas 2, 4, 6, 8 y en la semana 12 (medición postratamiento). <i>AT</i> al principio del tratamiento en la mitad y al finalizar.</p>	CBASP BSP	<p><i>AT:</i> WAI (forma reducida) <i>Depresión:</i> HRSD GAS</p>	Una AT temprana alta, está significativamente asociado con unas puntuaciones bajas en sintomatología depresiva durante el tratamiento ($F(1, 1236) = 62.48$, $p < .001$).
Stewart et al. (2014)	N = 241	<p><i>Diseño:</i> Asignación a un único grupo de tratamiento grupal sin grupo control de 16 sesiones de duración.</p> <p><i>Mediciones:</i> <i>Depresión:</i> en cada sesión. <i>AT:</i> en las sesiones 1,3,7 y 11.</p>	TIP	<p><i>AT:</i> WAI <i>Depresión:</i> BDI-II</p>	A lo largo del tiempo que dura la terapia la AT mejora en sus tres aspectos (medidos con el WAI) a la vez que desciende la sintomatología depresiva ($d = 1.26$)
Cooper et al. (2016)	N = 176	<p><i>Diseño:</i> Asignación aleatoria a dos grupos de tratamiento (psicoterapia sola o con medicación) de máximo 18 meses.</p> <p><i>Mediciones:</i> <i>Depresión:</i> en cada sesión. <i>AT</i> en las primeras sesiones.</p>	TCC	<p><i>AT:</i> WAI (forma reducida) <i>Depresión:</i> BDI-II</p>	La AT se muestra como un predictor significativo del riesgo de abandono ($r = -.61$). Cuanto más alta es la AT, menos riesgo existe de que el paciente abandone el proceso.

Tabla 1 (Continuación). Resumen de todos los estudios contenidos en la presente revisión

Autores	Tamaño Muestra I	Diseño y momentos de medida	Corrientes terapéuticas	Dominios e instrumentos de evaluación	Principales resultados
Falkeström y Ekeblad (2016)	N = 84	<i>Diseño:</i> Asignación aleatoria a dos grupos de tratamiento (14-16 sesiones). <i>Mediciones:</i> después de cada sesión.	TCC TIP	<i>AT:</i> WAI <i>Depresión:</i> BDI-II	Una puntuación alta en AT predice un descenso de la sintomatología depresiva. Si la AT mejora 1 punto en una sesión (WAI), la sintomatología depresiva disminuye entre 4.35 y 4.92 puntos (BDI-II) en la siguiente sesión.
Schwartz et al. (2018)	N = 197	<i>Diseño:</i> Asignación a un único grupo de tratamiento sin grupo control (10 sesiones). <i>Mediciones</i> semanales de AT y Depresión.	TCC	<i>AT:</i> BPRS <i>Depresión:</i> BDI-II	Las puntuaciones de los diferentes componentes de la AT predicen entre el 27% y el 33% de la varianza en la reducción de la sintomatología depresiva.

BDI: Beck Depression Inventory (Beck et al., 1961); **BDI-II:** Beck Depression Inventory-Second Edition (Beck et al., 1996); **B-L-RI:** Barret-Lennard Relationship Inventory (Barrett-Lennard, 1962); **BPRS:** The Bern Post-Session Report (Flückiger et al., 2010); **BSP:** Brief supportive psychotherapy (Rogers, 1951; Novalis et al., 1993); **CBASP:** Cognitive behavioral analysis system of psychotherapy (McCullough, 2000); **EACs:** Enhanced Adaptive Capacities (Blatt et al., 2000); **GAS:** Global Adjustment Scale (Endicott et al., 1976); **HAQ:** Helping Alliance Questionnaire (Luborsky 1984); **HRSD:** Hamilton Rating Scale for Depression (Hamilton, 1967); **MADRS:** Montgomery Asberg Depression Rating Scale (Montgomery y Asberg, 1979); **M-CBT:** Maintenance Cognitive-Behavioral Therapy (Risch et al., 2012); **SAS:** Social Adjustment Scale (Weissman y Paykel, 1974); **SCID:** Structured Clinical Interview for the DSM (Spitzer et al., 1987); **SCL-90:** Symptom Checklist (Derogatis et al., 1973); **TCC:** Terapia Cognitivo Conductual; **TIP:** Terapia Interpersonal; **TSEFT:** Telephone Supportive emotion focused therapy (Greenberg et al., 1993); **VTAS:** Vanderbilt Therapeutic Alliance Scale (Hartley y Strupp, 1983); **WAI:** Working Alliance Inventory (Horvarth y Greenberg, 1989).

superiores en AT. En cuanto a cómo afectan otras variables, se concluyó que añadir las características de los pacientes al modelo no aportaba prácticamente nada. Únicamente sorprende comprobar que aquellos sujetos con una depresión más crónica y con historia de abuso de sustancias se veían más beneficiados de la relación entre AT y resultado, mostrándose mayor reducción de la sintomatología depresiva. Por último, los autores también se preguntaron si la relación sería bidireccional, es decir, si la severidad de los síntomas y las mejoras tempranas afectan a la AT. Comprobaron que no existía tal relación.

Como se ha indicado anteriormente, Klein et al. (2003) concluyeron que añadir las características de los pacientes no aportaba nada al estudio de cómo se relacionan AT y éxito en el tratamiento de la depresión. Este hecho también fue abordado en el trabajo de De Bolle et al. (2010). Estos autores llevaron a cabo un estudio utilizando un análisis multinivel con el objetivo de evaluar si la relación entre la AT y la mejora clínica estaba moderada por alguna característica específica de los pacientes. De esta manera hallaron que en general, mayores puntuaciones en AT producían una mejora más rápida en el tiempo, pero que este efecto era más potente en aquellos pacientes con comorbilidad en el eje II, en sujetos divorciados o separados y en aquellos que se encontraban desempleados en el momento de la intervención. Además, pudieron constatar que, ante una mayor severidad del trastorno depresivo, altas puntuaciones en AT predecían un descenso de la sintomatología más rápido, en contraposición con contar con una historia de enfermedad psiquiátrica que predecía un descenso de la sintomatología más lento.

El enfoque de Klein et al. (2003) centrado la atención en la AT temprana ha sido reproducido en otros trabajos como el de Arnow et al. (2013). Estos autores distribuyeron a sus 224 pacientes con al menos 4 meses de diagnóstico de episodio depresivo mayor en dos grupos de tratamiento: uno de tratamiento cognitivo-conductual y el otro basado en la terapia centrada en la persona desarrollada por Rogers en el 1951.

Tabla 2. *Trabajos que abordan si existen diferencias en la relación AT y éxito terapéutico en función del tipo de corriente psicoterapéutica*

Autores	Condiciones de tratamiento	Principales resultados
Arnow et al. (2013)	CBASP (con base cognitivo conductual) BSP (con base en la terapia centrada en las personas)	La interacción del grupo de tratamiento con la puntuación en la AT fue significativa, observándose una disminución estadísticamente superior de la sintomatología depresiva en el grupo de la terapia cognitivo conductual.
Beckner et al. (2007)	TCC TSEFT	Con la TCC la relación entre AT y reducción de síntomas es significativa, hecho que no sucede con TSEFT.
Zuroff y Blatt (2006)	TCC TIP Imipramina Placebo	El papel que juega la AT en las cuatro condiciones es similar.
Falkeström y Ekeblad (2016)	TCC TIP	No se encontró que el papel de la AT fuera más relevante en algunas de las dos condiciones.
De Bolle et al. (2010)	TCC Psicoanálisis Terapia de apoyo	Teniendo en cuenta la corriente psicoterapéutica no se hallaron diferencias significativas.
Meyer et al. (2002)	TCC TIP Imipramina	No se encontraron diferencias significativas teniendo en cuenta el tipo de tratamiento.

BSP: Brief supportive psychotherapy (Rogers, 1951; Novalis et al., 1993); **CBASP:** Cognitive behavioral analysis system of psychotherapy (McCullough, 2000); **TCC:** Terapia Cognitivo Conductual; **TIP:** Terapia Interpersonal; **TSEFT:** Telephone Supportive emotion focused therapy (Greenberg et al., 1993).

Pudieron constatar que la interacción del grupo de tratamiento con la puntuación en la AT fue significativa, observándose una disminución estadísticamente superior de la sintomatología depresiva en el grupo de la terapia cognitivo-conductual. Llegado este punto cabe preguntarse si el efecto y magnitud de la AT difiere dependiendo del tipo de abordaje terapéutico que se realice (como en este último caso), o si por el contrario no es una variable a tener en cuenta. En la presente revisión bastantes trabajos abordaron esta cuestión. Todos estos resultados se encuentran resumidos en la Tabla 2.

Por último, cabe destacar que Arnow et al. (2013) dejaron constancia de que la relación no se cumplía de manera inversa, es decir, que cambios tempranos en la severidad de la sintomatología no garantizaban que la AT fuera a ser alta.

Mención aparte merece el trabajo de Zuroff y Blatt del año 2006 debido a la rigurosidad aportada a la hora de cuantificar las repercusiones de la depresión en los 191 sujetos diagnosticados con los que contaron en su muestra. Estos autores utilizan el término “desajuste” para referirse a la repercusión que tiene la depresión en la funcionalidad y adaptación de la vida diaria de las personas. Para cuantificar ese “desajuste” utilizaron un paquete de cuestionarios muy extenso, hecho que dota de una gran validez de constructo a su estudio. Los resultados obtenidos permitieron a los investigadores concluir que una percepción temprana de la calidad

de la relación terapeuta – paciente predecía el nivel de descenso del “desajuste”. No obstante, cabe destacar que los tamaños del efecto hallados fueron pequeños.

Por otro lado, nos encontramos con la propuesta de Falkeström y Ekeblad (2016). Estos investigadores quisieron observar si al alterarse los valores de la AT en una sesión, esta alteración podía predecir con qué magnitud sintomatológica acudiría el paciente a la siguiente sesión. Mediante un complejo modelo de regresión encontraron que cuando la AT mejoraba en 1 punto en una sesión respecto a la anterior medida con el WAI (Horvarth y Greenberg, 1989), la sintomatología depresiva medida mediante el BDI-II (Beck et al., 1996) decrecía ente 4.35 y 4.92 puntos en la siguiente sesión. La regresión contraria (cómo afecta la disminución de la sintomatología depresiva sobre la AT) obtuvo resultados estadísticamente significativos, constatándose que, una mejora temprana del paciente producía la generación de una AT más potente. Similar es el análisis que efectúa Schwartz et al. (2018) llegando a la misma conclusión: altos niveles de AT determinan un pronóstico más favorable del paciente en cuanto a la sintomatología depresiva.

Cabe destacar que existen trabajos que no cuantifican el éxito terapéutico en función de la disminución de la sintomatología depresiva. Uno de ellos es el de Cooper et al. (2016), en el que los autores hipotizaron que una AT temprana se relacionaría con un bajo riesgo de abandono del tratamiento psicoterapéutico de la depresión. Con los datos obtenidos los autores confirmaron su hipótesis, concluyendo que la AT era un predictor significativo del riesgo de abandono, cuantificando esta correlación con un valor de $-.61$. Por otro lado, se puede destacar el trabajo de Weck y sus colaboradores (2016) que estudiaron la AT como un factor para prevenir la recaída en la depresión. Con los datos obtenidos se reveló la existencia de un efecto significativo de la AT en el riesgo de recaída, encontrando que incrementando los niveles de la AT el riesgo de recaída decrecía significativamente.

Resulta interesante tras la realización de esta revisión, explorar aquellos trabajos que han examinado la relación entre la AT y el éxito terapéutico en modalidades terapéuticas menos convencionales (de manera on-line o telefónicamente). En primer lugar, podría destacarse el trabajo llevado a cabo por Preschl et al. (2011). En cuanto a las puntuaciones brutas de AT que obtuvieron de media en los dos grupos que evaluaron (TCC presencial u on-line), estos autores no hallaron diferencias significativas.

Por otro lado, el trabajo de Beckner et al. (2007), analizó los datos obtenidos tras suministrar dos tipos de terapia de manera telefónica a pacientes con esclerosis múltiple y diagnóstico de episodio depresivo mayor. En líneas generales concluyeron que en terapia psicológica vía telefónica existía una relación positiva entre AT y resultado de la intervención.

Por último, podría destacarse también el trabajo de Meyer et al. (2002) debido a la consideración de las expectativas sobre la terapia como una tercera variable en el estudio de la relación entre AT y éxito psicoterapéutico. Tal y como habían hipotetizado, mejores expectativas conllevaban valores más altos de la AT que a su vez conllevaban más éxito en la psicoterapia. Curiosamente, estos autores hallaron que esta relación también existía tomando como punto de partida las expectativas de los terapeutas.

Conclusiones y Discusión

Todos y cada uno de los trabajos expuestos en esta revisión narrativa obtienen datos que apuntan a que cuanto mayor sea la calidad de la AT, mayor será el éxito en el tratamiento de los trastornos depresivos. Además, cabría destacar que dicha relación se da tomando como referencia cualquiera de las dos definiciones de AT más aceptadas hoy en día: la de Bordin (1979) o la de Luborsky (1976), ya que estos resultados se han encontrado tanto en trabajos que han utilizado medidas psicométricas de la AT basada en los postulados de Bordin (p.ej., WAI) y otros en los de Luborsky (p.ej., HAQ). Por otro lado, la AT medida en las primeras sesiones parece ser un mejor predictor de los resultados que se obtendrán tras la finalización de proceso terapéutico. De hecho, específicamente en el caso de la depresión, que tiene un alto índice de recaídas, establecer una buena AT desde las primeras sesiones se torna vital para reducir lo máximo posible el riesgo de que el paciente recaiga (Weck et al., 2013). Por otro lado, tomando en cuenta algunos de los trabajos de la presente revisión (p.ej., Cooper et al., 2016), establecer una AT temprana de calidad podría ser especialmente importante para intentar minimizar el riesgo de abandono.

Sin embargo, existen aspectos en los que la presente revisión halla discrepancias. Uno de ellos es si la mejora temprana (o dicho de otra manera, el descenso temprano de la sintomatología depresiva) podría conllevar un aumento de la AT. Los resultados de los diferentes trabajos expuestos que abordan esta cuestión son contradictorios. Klein et al. (2003) y Arnow et al. (2013) encontraron que la relación entre ambas no era estadísticamente significativa. No obstante, otros trabajos sí hallaron relaciones estadísticamente significativas entre la disminución temprana de la sintomatología depresiva y las puntuaciones en la AT (Falkeström y Ekeblad, 2016). Es por ello que trabajos futuros deberían examinar esta relación con más detenimiento con el objetivo de intentar clarificarla. Encontrar una relación positiva entre mejora temprana y AT podría estimular la creación de intervenciones tempranas que sirvieran para inducir una mejora inicial, lo que garantizaría niveles altos de AT y a su vez conllevaría un aumento de las probabilidades de obtener un resultado satisfactorio en el proceso psicoterapéutico.

Otro de los aspectos en el que se ponen de manifiesto contradicciones entre los resultados de los diferentes trabajos considerados es el de si las características de los pacientes modulan la relación entre AT y éxito en el tratamiento de la depresión. Como se ha indicado anteriormente, Klein et al. (2003) concluyeron que añadir las características de los pacientes, como la edad o el sexo, no aportaba nada a la relación de AT y éxito en el tratamiento de la depresión. Este hecho es contrario a los resultados obtenidos en el trabajo de De Bolle et al. (2010) que afirman que aspectos como, por ejemplo, la presencia de trastornos comorbidos en el eje II afectan a los efectos de la AT sobre el resultado final de la terapia. Otros trabajos encuentran que solo unas mínimas características pueden ser tomadas en cuenta, pero no coinciden entre ellos sobre cuáles son esas características. Por todo ello, parece necesario que investigaciones futuras aborden e intenten clarificar el papel de estas variables.

Respecto a si el tipo de tratamiento afecta al establecimiento de una buena AT y a su relación con el éxito final del tratamiento, solo dos trabajos encontraron diferencias significativas en este sentido (Arnow et al., 2013; Beckner et al., 2007). Por el contrario, otros cuatro estudios afirmaron que no existen diferencias significativas entre los niveles de AT en función del tipo de tratamiento (De Bolle et al., 2010; Falkeström y Ekeblad, 2016; Meyer et al., 2002; Zuroff y Blatt, 2006). Como se destacó en la introducción, hoy en día todas las escuelas psicológicas aceptan que la AT es un aspecto muy importante en la terapia (Corbella y Botella, 2003). Además, la AT ha demostrado ser un buen predictor del resultado del proceso psicoterapéutico en las diferentes modalidades terapéuticas vigentes hoy en día (Luborsky, 2000). No obstante, cabe destacar que la literatura previa ha encontrado diferencias en torno a la magnitud de la relación entre AT y éxito dependiendo de la escuela terapéutica empleada. Por ejemplo, Henry y Strupp en el año 1994 comprobaron que la terapia ecléctica y la cognitiva eran en las que la AT predecía mejor el resultado final. No obstante, hay que tener cautela a la hora de analizar estas diferencias, debido a que los diferentes trabajos difieren en cuanto al diseño metodológico empleado, los instrumentos de evaluación escogidos y la fase en la que se realiza el análisis. Además, no olvidemos que en el presente trabajo los datos se centran en el tratamiento del episodio depresivo mayor. Es por ello por lo que sería muy útil estandarizar la forma de llevar a cabo estos estudios o valernos de estrategias metanalíticas para clarificar esta cuestión.

Mención aparte merece la propuesta de Meyer et al. (2002) que introduce las expectativas como una tercera variable en la relación estudiada. Sus resultados apuntan que las expectativas actúan fomentando el establecimiento de una AT más potente que a su vez puede facilitar la obtención un mejor resultado. El potencial de este hecho radica en que, si la psicología clínica es capaz de generar expectativas positivas sobre los tratamientos para la depresión, esto podría ayudar a incrementar las probabilidades de éxito.

Por otro lado, cabe destacar que todos los trabajos utilizan instrumentos psicométricos para la medición de la sintomatología depresiva y los niveles de alianza terapéutica ampliamente respaldados por la investigación previa.

Para terminar, es importante reconocer que el presente trabajo de revisión realizado presenta una serie de limitaciones. En primer lugar, todos los artículos incluidos en la presente revisión son de habla inglesa, lo que puede llevar a cometer un sesgo por idioma de publicación. Por otro lado, no se han empleado herramientas estadísticas para tratar los datos de los distintos trabajos. Por último, hay que destacar que

no se ha examinado cuantitativamente la calidad metodológica de los estudios ni realizado un análisis sistemático de sesgos. Futuras revisiones deberán tener en cuenta estos aspectos.

Sin embargo, sin olvidar estas limitaciones, esta revisión apunta hacia la necesidad de considerar la AT como un elemento relevante a la hora de intervenir exitosamente con pacientes con trastorno depresivo.

Referencias

- Alexander, L. B. y Luborsky, L. (1986). The Penn Helping Alliance Scales. En L. S. Greenberg y W. M. Pinsof (Eds.), *The psychotherapeutic process: A research handbook* (pp. 325-366). Guilford.
- American Psychiatric Association - APA. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5* (5ª edición). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Arnow, B. A., Steidtmann, D., Blasey, C., Manber, R., Constantino, M. J., Klein, D. N. y Kocsis, J. H. (2013). The relationship between the therapeutic alliance and treatment outcome in two distinct psychotherapies for chronic depression. *Journal of consulting and clinical psychology*, 81(4), 627. <https://doi.org/10.1037/a0031530>
- Bordin, E. S. (1979). The generalization of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16, 252-260. <https://doi.org/10.1037/h0085885>
- Bachelor, A. (1991). Comparison and relationship to outcome of diverse dimensions of the helping alliance as seen by client and therapist. *Psychotherapy*, 28(4), 534-549.
- Barrett-Lennard, G. T. (1986). The Relationship Inventory now: Issues and advances in theory, method, and use. En L. S. Greenberg y W. M. Pinsof (Eds.), *The psychotherapeutic process: A research handbook* (pp. 439-476). Guilford Press.
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J. y Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4(6), 561-571. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1961.01710120031004>
- Beck, A. T., Steer, R. A. y Brown, G. K. (1996). Beck depression inventory-II. *San Antonio*, 78(2), 490-8. <https://doi.org/10.1037/t00742-000>
- Beckner, V., Vella, L., Howard, I. & Mohr, D. C. (2007). Alliance in two telephone-administered treatments: relationship with depression and health outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(3), 508. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.75.3.508>
- Blatt, S. J., Zuroff, D. C., Bondi, C. M. y Sanislow, C. A. (2000). Short and long-term effects of medication and psychotherapy in the brief treatment of depression: Further analyses of data from the NIMH TDCRP. *Psychotherapy Research*, 10(2), 215-234. <https://doi.org/10.1080/713663676>
- Casari, L., Ison, M. S. y Gómez, B. (2018). Estilo Personal del Terapeuta: estado actual (1998-2017). *Revista argentina de clínica psicológica*, 27(3), 466-477. <https://doi.org/10.24205/03276716.2018.1082>
- Cameron, S. K., Rodgers, J. y Dagnan, D. (2018). The relationship between the therapeutic alliance and clinical outcomes in cognitive behaviour therapy for adults with depression: A meta-analytic review. *Clinical psychology & psychotherapy*, 25(3), 446-456. <https://doi.org/10.1002/cpp.2180>
- Chen, J. A., Fortney, J. C., Bergman, H. E., Browne, K. C., Grubbs, K. M., Hudson, T. J. y Raue, P. J. (2019). Therapeutic alliance across trauma-focused and non-trauma-focused psychotherapies among veterans with PTSD. *Psychological Services* 17(4), 452-460. <https://doi.org/10.1037/ser0000329>
- Cooper, A. A., Strunk, D. R., Ryan, E. T., DeRubeis, R. J., Hollon, S. D. y Gallop, R. (2016). The therapeutic alliance and therapist adherence as predictors of dropout from cognitive therapy for depression when combined with antidepressant medication. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 50, 113-119. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2015.06.005>
- Corbella, S. y Botella L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de Psicología*, 19(2), 205.
- Corbella, S. y Botella, L. (2004). Psychometric properties of the Spanish version of the Working Alliance Theory of Change Inventory (WATOCI). *Psicothema*, 16(4), 702-705.

- De Bolle, M., Johnson, J. G. y De Fruyt, F. (2010). Patient and clinician perceptions of therapeutic alliance as predictors of improvement in depression. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 79(6), 378-385. <https://doi.org/10.1159/000320895>
- DeRubeis, R. J. y Feeley, M. (1990). Determinants of change in cognitive therapy for depression. *Cognitive Therapy Research*, 14(5), 469-482.
- Derogatis, L. R., Lipman, R. S. y Covi, L. (1973). SCL-90: An outpatient psychiatric rating scale—Preliminary report. *Psychopharmacology Bulletin*, 9(1), 13-28.
- Endicott, J., Spitzer, R. L., Fleiss, J. L. y Cohen, J. (1976). The Global Assessment Scale: A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Archives of General Psychiatry*, 33(6), 766-771. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1976.01770060086012>
- Falkenström, F., Ekeblad, A. y Holmqvist, R. (2016). Improvement of the working alliance in one treatment session predicts improvement of depressive symptoms by the next session. *Journal of consulting and clinical psychology*, 84(8), 738. <https://doi.org/10.1037/ccp0000119>
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E. y Horvath, A. O. (2018). The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy*, 55(4), 316-340. <https://doi.org/10.1037/pst0000172>
- Freud, S. (1913). On the beginning of treatment: Further recommendations on the technique of psychoanalysis. En J. Strachey (Ed. And Trans.). *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (pp. 122-144). Hogarth Press.
- Gaston, L., Marmar, C. R. Thompson, L. W. y Gallagher, D. (1991). Alliance prediction of outcome beyond intreatment symptomatic change as psychotherapy progreses. *Psychotherapy Research*, 1(2), 104-112.
- Greenberg, L. S., Rice, L. N. y Elliott, R. (1993). *Facilitating emotional change: The moment-by-moment process*. Guilford Press.
- Hamilton, M. (1967). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 23(1), 56-62. <https://doi.org/10.1136/jnnp.23.1.56>
- Hartley, D. (1985). Research on the therapeutic alliance in psychotherapy. En R. Hales y A. Frances (Eds.), *Psychiatry update annual review* (pp. 532-549). American Psychiatric Press.
- Hartley, D. y Strupp, H. (1983). The therapeutic alliance: Its relationship to outcome in brief psychotherapy. En J. Masling (Ed.), *Empirical studies in analytic theories* (pp. 1-37). Erlbaum.
- Henry, W. P. y Strupp, H. H. (1994). The therapeutic alliance as interpersonal process. En A. O. Horvath y L. S. Greenberg, (Eds.), *The working alliance: Theory, research, and practice. Wiley series on personality processes*. (pp. 51-84). John Wiley and Sons.
- Horvath, A. O. y Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36(2), 223-233. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.36.2.223>
- Horvath, A. O. y Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(4), 561-573.
- Klein, D. N., Schwartz, J. E., Santiago, N. J., Vivian, D., Vocisano, C., Castonguay, L. G., Arnou, B., Blalock, J. A., Manber, R., Markowitz, J. C., Riso, L. P., Rothbaum, B., McCullough, J. P., Thase, M. E., Borian, F. E., Miller, I. W. y Keller, M. B. (2003). Therapeutic alliance in depression treatment: controlling for prior change and patient characteristics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(6), 997-1006. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.71.6.997>
- Lambert, M. J. y Bergin, A. E. (1992). Achievements and limitations of psychotherapy research. En D. K. Freedheim, H. J. Freudenberger, J. W. Kessler, S. B. Messer, D. R. Peterson, H. H. Strupp y P. L. Wachtel (Eds.), *History of psychotherapy: A century of change* (pp. 360-390). American Psychological Association.
- Luborsky, L. (1976). Helping alliances in psychotherapy. En J. L. Cleghorn (Ed.), *Successful psychotherapy* (pp. 92-116). Brunner/Mazel.
- Luborsky, L. (1984). *Principles of Psychoanalytic Psychotherapy. Manual for Supportive Expressive Psychotherapy*. Basic Books.
- Luborsky, L. (2000). A pattern-setting therapeutic alliance study revisited. *Psychotherapy research*, 10(1), 17-29. <https://doi.org/10.1080/713663591>

- Luborsky, L., Barber, J. P., Siqueland, L., Johnson, S., Najavits, L. M., Frank, A. y Daley, D. (1996). The revised Helping Alliance questionnaire (HAQ-II): Psychometric properties. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 5(3), 281-287.
- McCullough, J. P. (2000). *Treatment for chronic depression: Cognitive behavioral analysis system of psychotherapy*. Guilford Press.
- Meyer, B., Pilkonis, P. A., Krupnick, J. L., Egan, M. K., Simmens, S. J. y Sotsky, S. M. (2002). Treatment expectancies, patient alliance and outcome: Further analyses from the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(4), 1051-1055. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.70.4.1051>
- Missirlian, T. M., Toukmanian, S. G., Warwar, S. H. y Greenberg, L. S. (2005). Emotional arousal, client perceptual processing, and the working alliance in experiential psychotherapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(5), 861-871. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.5.861>
- Moher, D., Shamseer, L., Clarke, M., Ghersi, D., Liberati, A., Petticrew, M., Shekelle, P., Stewart, L. A y Grupo PRISMA-P. (2015). Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015 statement. *Systematic reviews*, 4(1), Artículo 1.
- Montgomery S. A. y Åsberg M. (1979). New depression scale designed to be sensitive to change. *The British Journal of Psychiatry*, 134(4), 382-389. <https://doi.org/10.1192/bjp.134.4.382>
- Navia, C. E. y Arias, E. M. (2012). Alianza terapéutica y su relación con las variables de apego del terapeuta y del consultante. *Universitas Psychologica*, 11(3), 885-894. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy11-3.atrv>
- Newman, C. F. (1998). The therapeutic relationship and alliance in short term cognitive therapy. En J. D. Safran y J. C. Muran (Eds.), *The Therapeutic Alliance in Brief Psychotherapy* (pp. 95-122). American Psychiatric Association.
- Orlinky, D., Grawe, K. y Parks, B. (1994). Process and outcome in psychotherapy Nochein mal. En A. Bergin and J. S. Garfield, (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th Edition) (pp. 270-378). Wiley and Sons.
- Ormel, J., Kessler, R. C. y Schoevers, R. (2019). Depression: more treatment but no drop in prevalence: how effective is treatment? And can we do better? *Current opinion in psychiatry*, 32(4), 348-354. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000505>
- Preschl, B., Maercker, A. y Wagner, B. (2011). The working alliance in a randomized controlled trial comparing online with face-to-face cognitive-behavioral therapy for depression. *Biomed Central Psychiatry Journal*, 11(1), Artículo 189. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-11-189>
- Risch, A. K., Stangier, U., Heidenreich, T. y Hautzinger, M., (2012). *Kognitive Erhaltungstherapie bei rezidivierender Depression: Rückfälle verhindern, psychische Gesundheit erhalten*. [Terapia de mantenimiento cognitivo-conductual para la depresión recurrente: prevención de la recaída, mantenimiento de la salud mental]. Springer, Heidelberg. <https://doi.org/10.1007/978-3-642-04889-0>
- Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy*. Riverside Press.
- Santibáñez Fernández, P. M., Román Mella, M. F. y Vinet, E. V. (2009). Efectividad de la psicoterapia y su relación con la alianza terapéutica. *Interdisciplinaria*, 26(2), 267-287.
- Santibáñez Fernández, P. M., Román Mella, M. F. y Vinet, E. V. (2009). Efectividad de la psicoterapia y su relación con la alianza terapéutica. *Interdisciplinaria*, 26(2), 267-287.
- Schwartz, C., Hilbert, S., Schlegl, S., Diedrich, A. y Voderholzer, U. (2018). Common change factors and mediation of the alliance–outcome link during treatment of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 86(7), 584-592. <https://doi.org/10.1037/ccp0000302>
- Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., Gibbon, M. y First, M. B. (1987). *Instruction Manual for the Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID)*. New York State Psychiatric Institute.
- Stewart, M. O., Raffa, S. D., Steele, J. L., Miller, S. A., Clougherty, K. F., Hinrichsen, G. A. y Karlin, B. E. (2014). National dissemination of interpersonal psychotherapy for depression in veterans: Therapist and patient-level outcomes. *Journal of consulting and clinical psychology*, 82(6), 1201-1206. <https://doi.org/10.1037/a0037410>
- Vallejo Ruiloba, J., (2015). *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. Masson.
- Weck, F., Rudari, V., Hilling, C., Hautzinger, M., Heidenreich, T., Schermelleh-Engel, K. y Stangier, U. (2013).

Relapses in recurrent depression 1 year after maintenance cognitive-behavioral therapy: The role of therapist adherence, competence, and the therapeutic alliance. *Psychiatry research*, 210(1), 140-145. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.05.036>

Weissman, M. M. y Paykel, E. S. (1974). *The Depressed Woman: Study of Social Relationships*. University of Chicago Press.

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

Zuroff, D. C. y Blatt, S. J. (2006). The therapeutic relationship in the brief treatment of depression: Contributions to clinical improvement and enhanced adaptive capacities. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(1), 130-140. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.1.130>

Artículo recibido: 01/06/2020

Artículo aceptado: 07/06/2021