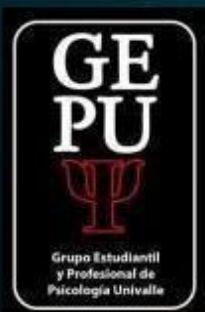


Revista de Psicología GEPU

*Vol. 3 No. 1
Junio - 2012*



*Grupo Estudiantil y Profesional de Psicología Univalle
www.revistadepsicologiagepu.es.tl*



REVISTA DE PSICOLOGÍA GEPU
Vol. 3 No. 1 – Junio de 2012
ISSN 2145-6569



Editor

Andrey Velásquez Fernández
andreyvelasquez@psicologos.com

COMITÉ EDITORIAL

Adriana Narváz Aguilar
Universidad del Valle

Wilson Lozano Medina
Universidad del Valle

Marlon Muñoz Méndez
Universidad del Valle

Jeffri Alexander Zúñiga Uriago
Universidad del Valle

Vivian Alexa Vásquez Ocampo
Universidad del Valle

Juan Fernando Rosero
Universidad del Valle

Didier Molina
Universidad del Valle

Luz Adriana Rodríguez
Universidad del Valle

Andrea Dueñas Ríos
Universidad del Valle

Héctor Leandro Sánchez Mora
Universidad del Valle

Juan Camilo Gómez Díaz
Universidad del Valle

William López Gutiérrez
Universidad del Valle

Lina Vanessa Sánchez
Universidad del Valle

CONSULTORES NACIONALES

Ximena Nathalia Ortega Delgado
Universidad Mariana

Jorge Alexander Daza
Universidad Católica de Pereira

Andrés de Bedout Hoyos
Universidad San Buenaventura

Daniel Hurtado Cano
Universidad de Manizales

Nancy Esperanza Flechas
Universidad del Bosque

CONSULTORES INTERNACIONALES

Robert Mitchel Briceño
Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Emilio Juan Compte
Universidad de Belgrano

Marcela Alejandra Parra
Universidad Autónoma de Barcelona

Rodrigo Andrés Mardones
Universidad de Chile

Miguel Omar Gallegos
Universidad Nacional de Rosario

David Alonso Ramírez
Universidad Autónoma de Centro América

Jonathan Fernando Ayala
Universidad de Palermo

Nilson Berenchein Netto
Pontificia Universidade Católica de
São Paulo

Nayane Martoni Piovezan
Universidade São Francisco

Wilbert Cozzarelli
Universidad Autónoma de Chiriquí

COORDINADORES DE DISTRIBUCION

Margarita Ojeda
Asociación Paraguaya de Neuropsicología

Mario Rosero Ordoñez
Universidad Mariana

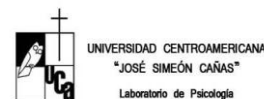
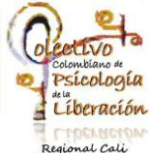
Nora Couso
Área de Medición Educativo Provincia del
Chubut de Argentina

Pablo Antonio Vásquez
Corporación para la Intervención Neuropsicopedagógica
y la Salud Mental

INDEXACIONES



AUSPICIADORES



Agradecimientos especiales en este número a la Asistente Editorial Magda Cristina Burbano. La **Revista de Psicología GEPU** es publicada por el Grupo Estudiantil y Profesional de Psicología Univalle, 5 piso, Edificio 385, Ciudadela Universitaria Meléndez, Universidad del Valle, Santiago de Cali, Colombia. Los artículos son responsabilidad de sus autores y no reflejan necesariamente la opinión del Grupo Estudiantil y Profesional de Psicología Univalle.

Hecho en Colombia - Sudamérica.

Safe Creative Código 1208022058361



Revista de Psicología GEPU Vol. 3 No. 1 by Grupo Estudiantil y Profesional de Psicología Univalle is licensed under a Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 3.0 Unported License. Creado a partir de la obra en <http://revistadepsicologiagepu.es.tl/Vol-.-3-No-.-1.htm>





Obstáculos del Proceso Terapéutico: Una Revisión del Concepto de Vínculo y sus Alteraciones

Pablo Fossa Arcila

Universidad del Desarrollo / Chile

Referencia Recomendada: Fossa, P. (2012). Obstáculos del proceso terapéutico: Una revisión del concepto de vínculo y sus alteraciones. *Revista de Psicología GEPU*, 3 (1), 101 - 126.

Resumen: La investigación de proceso y resultado en psicoterapia ha comprendido el vínculo terapéutico como el principal responsable del cambio en psicoterapia. Actualmente no existe orientación psicoterapéutica que no reconozca el rol del vínculo en la terapia exitosa. En el presente trabajo revisaremos la evolución del concepto de vínculo terapéutico, para comprender cómo ha llegado a establecerse como foco de estudio en psicología. Además, se propone una conceptualización del vínculo terapéutico, diferenciándolo del concepto de alianza terapéutica y de los fenómenos transferenciales; ambos influyentes en todo proceso terapéutico y los cuales emergen, junto con el vínculo, de manera simultánea y entrelazada. Finalmente, revisaremos la comprensión de vínculo en la terapia psicoanalítica y las alteraciones o ataques al vínculo, los cuales parece relevante conocer para impedir cualquier movimiento durante el proceso que impida el logro de los objetivos terapéuticos.

Palabras Clave: Vínculo Terapéutico, Proceso Terapéutico, Ataque al Vínculo.

Abstract: The research of process and outcome in psychotherapy has understood the therapeutic bond as the main cause of change in psychotherapy. There is currently no psychotherapeutic not recognize the role of the therapeutic bond in successful therapy. In this paper we review the evolution of the concept of therapeutic bond, to understand how it has become established as a focus of study in psychology. In addition, we propose a conceptualization of the therapeutic bond, as distinguished from the concept of therapeutic alliance and transference phenomena, both influential in the entire therapeutic process and which emerge, along with the therapeutic bond, simultaneously and intertwined. Finally, we will review the understanding of therapeutic bond in psychoanalytic therapy and alterations or therapeutic bond attacks, which seems relevant to know to prevent any movement during the process that preclude the achievement of therapeutic goals.

Key Words: Therapeutic Bond, Therapeutic Process, Alteration of the Therapeutic Bond.

Recibido: 22/02/2011 **Aceptado con Recomendaciones:** 13/05/2011 **Aprobado:** 23/06/2011

Pablo Fossa Arcila es Psicólogo y Magíster en Psicología Clínica de la Universidad del Desarrollo. Docente Facultad de Psicología de la Universidad del Desarrollo, Santiago de Chile. Correo electrónico: pfossaa@udd.cl / Av. La Plaza 700. Las Condes, Santiago de Chile.

*“El primer fin del tratamiento es siempre ligar al paciente
a la cura y a la persona del médico.
Para ello no hay más que dejarle tiempo.
Si le demostramos un serio interés,
apartamos cuidadosamente las primeras resistencias
y evitamos ciertas torpezas posibles,
el paciente establece enseguida,
espontáneamente, tal enlace”*

- Sigmund Freud (1913)

Desde comienzos del Siglo XX, la psicología ha planteado los vínculos afectivos que establece el ser humano (específicamente las relaciones primarias con los padres) como causante de importantes alteraciones psicopatológicas, y por el contrario, el fundamento principal de una personalidad integrada, es decir, de la personalidad sana (Freud, 1912, 1913, 1923, 1937). De esta manera, muchos autores posteriores al padre del psicoanálisis (Spitz, Malher, Klein, Winnicott, Kohut, Bion, Anna Freud, entre otros), han enfatizado aún más la importancia de los vínculos en el moldeamiento de la mente (Lecannelier, 2006), generando teorías explicativas del desarrollo humano través de las experiencias vinculares del infante.

Es así como la disciplina psicológica a lo largo de su evolución ha comprendido que el ser humano tendría, tanto una capacidad como una necesidad de generar vínculos, lo cual le permite desarrollar el psiquismo o, simplemente, destruirlo. Según Winnicott (1963), es a través de esta capacidad vinculante en que el ser humano logra relacionarse con un otro, el cual será el encargado de apuntalar el self a lo largo del desarrollo, estableciendo una relación de dependencia absoluta al comienzo de la vida; hasta llegar a la interdependencia o autonomía relativa en la vida adulta, en una relación vincular satisfactoria.

Es tal la relevancia de los vínculos en salud mental, que se ha comprobado que la experiencia vincular satisfactoria permite el desarrollo de estructuras cognitivas específicas que permiten la regulación del estrés a lo largo de la vida. La experiencia vincular, específicamente en la primera infancia, permitiría construir un sistema neuronal que ayudaría al ser humano a lidiar con situaciones de alta tensión emocional en experiencias posteriores de la vida (Lecannelier, 2006).

Según Stern (1991), en el vínculo humano se producen variaciones sutiles de la sintonía afectiva existente entre los self interactuantes. Estas variaciones muchas veces pasan inadvertidas producto de su baja intensidad; sin embargo, la carencia de sintonía afectiva difícilmente será desapercibida y causará malestar y alteración en el desarrollo futuro de la relación.

Cuando la experiencia intersubjetiva se hace incompatible, se producen alteraciones psicopatológicas que no siempre tienen origen intrapsíquico, sino que muchas veces son producto del no-entonamiento afectivo entre los self interactuantes. Entendiéndolo de esta manera, las perturbaciones psicológicas o síntomas serían el reflejo exacto de una realidad interactiva en curso que no ha logrado una sintonía afectiva adecuada (Stern, 1991).

Como podemos ver, las experiencias vinculares han sido materia de estudio por largos años en el campo de la psicología, e incluso, en la psicoterapia. La experiencia relacional en el campo de la psicoterapia ha sido denominado *vínculo terapéutico*.

Durante los últimos años, los grandes investigadores de la psicoterapia han concentrado sus esfuerzos en estudiar los factores inespecíficos o comunes a toda orientación psicoterapéutica, considerando el vínculo paciente - terapeuta como el factor responsable del cambio en psicoterapia (Krause, 2005). De esta manera, las distintas orientaciones psicoterapéuticas han comprendido la relevancia del vínculo. Actualmente, la investigación en psicoterapia ha tomado un giro hacia la comprensión del despliegue del fenómeno vincular. Es decir, considerando el vínculo terapéutico como el principal factor en el proceso terapéutico, ahora la investigación de proceso en psicoterapia busca dilucidar qué del vínculo es lo que realmente cura, o como poder desarrollar un vínculo terapéutico de calidad.

De acuerdo a Safran & Muran (2000), el éxito de todo tratamiento psicoterapéutico depende del establecimiento de un vínculo terapéutico o de la resolución de las rupturas vinculares. Es así, como un adecuado vínculo terapéutico puede asegurar el éxito del tratamiento, y por el contrario, un vínculo débil puede llevar al fracaso del proceso.

Siguiendo este mismo planteamiento, existe una amplia evidencia de que vínculos débiles están correlacionados con términos unilaterales del proceso psicoterapéutico, es decir, procesos en los que el término se produce por la deserción del paciente o por decisión de una de las partes, y no por común acuerdo entre ambos participantes de la relación terapéutica. Estos hallazgos sugieren que el proceso de reconocimiento y abordaje de la debilidad o rupturas del vínculo terapéutico juega un rol importante en una terapia exitosa (Safran & Muran, 2005). La importancia atribuida al vínculo terapéutico pone de manifiesto la relevancia de la dimensión relacional entre terapeuta y paciente. La relación, y más concretamente el entendimiento, el encaje o la compatibilidad entre ambos, facilita o dificulta directamente el vínculo, y de esta manera, el proceso psicoterapéutico (Corbella & Botella, 2003).

El presente trabajo intento realizar una revisión del concepto de vínculo, haciendo un recorrido histórico para comprender como nace el concepto más relevante del estudio de la psicoterapia hoy en día. Además, se realizará una definición conceptual de vínculo, diferenciándolo del concepto de alianza terapéutica y transferencia, fenómenos directamente relacionados en el desarrollo de un proceso psicoterapéutico. Posteriormente, se revisará los distintos estudios que respaldan la relevancia del vínculo terapéutico en el éxito de los procesos psicoterapéuticos, para finalmente conocer las posibles alteraciones del vínculo terapéutico desde la perspectiva psicoanalítica, así como también sus consecuencias para el desarrollo del proceso.

Estudiar las vicisitudes de la relación terapéutica parece relevante para detectar a tiempo los momentos de ruptura o ataque al vínculo terapéutico. Sólo de esta manera podemos formar futuros terapeutas sensibles a la percepción de la alteración vincular en psicoterapia, con el objetivo de generar estrategias de restitución del vínculo entre paciente y terapeuta.

Evolución Histórica del Concepto de Vínculo

La psicoterapia es un tipo particularmente complejo de relación de ayuda. Quien consulta, lo hace aquejado por algún síntoma o problema que supone tiene alguna causa psicológica. Según Jiménez (2005), el punto inicial de toda psicoterapia tiene

que ver con que el paciente logre expresar su malestar psíquico y el terapeuta pueda acogerlo empáticamente. La relación existente entre intervención terapéutica y vínculo fue establecida por Freud en 1913 cuando, respondiendo a la pregunta de en qué momento intervenir, escribió: “*Nunca antes de haberse establecido en el paciente una transferencia utilizable, un rapport en toda regla con nosotros*” (p. 1671-2).

Como podemos ver, el vínculo existente entre paciente y terapeuta es un concepto central en psicoterapia desde sus inicios. Freud fue siempre claro en enfatizar que lo primero y más importante es ligar al paciente a la figura del médico; sin embargo, no desarrolló en profundidad este aspecto del proceso psicoterapéutico. Más tarde, con el avance de la disciplina, aparece el concepto de alianza terapéutica; concepto que se origina en la literatura psicoanalítica. Es Richard Sterba en 1934 quien introdujo este concepto por primera vez, señalando que el analista era capaz de crear un vínculo, recurriendo al terapeuta - observador que hay dentro del paciente y subrayando que una identificación positiva con el terapeuta puede a veces motivar al paciente a trabajar hacia el cumplimiento de las tareas terapéuticas.

Sterba (1934), conceptualiza este fenómeno haciendo referencia a lo que él llamó *la disociación terapéutica del yo*. Según Sterba (1934), durante el proceso terapéutico el yo del paciente sufre una disociación, quedando con una parte que colabora con el terapeuta y otra que se le opone. La primera está identificada con el terapeuta, lo que le permite a ese aspecto del yo poderse observar y establecer una *alianza* con el terapeuta.

Sterba (1934) es el primero en proponer el concepto de Alianza Terapéutica, haciendo referencia al vínculo estrecho entre paciente y terapeuta. Al igual que la gran mayoría de los psicoanalistas, Sterba (1934) considera la transferencia como el factor más importante de la terapia psicoanalítica; sin embargo, plantea que este fenómeno sólo puede entenderse si se le compara con algo que no es transferencia. Es decir, en el proceso terapéutico no todo es transferencia, y esta debe ser comparada con el vínculo terapéutico para ser comprendida.

Al decir que no todo lo que aparece en el proceso psicoterapéutico es transferencia, Sterba se refiere a que siempre hay algo más, no que falte la transferencia; es decir, la transferencia está en todo, pero no todo lo que está es transferencia. Al lado de la transferencia se encuentra siempre algo que no es transferencia, y a este algo Sterba lo llama *alianza terapéutica* (Etchegoyen, 1997).

Según Etchegoyen (1997), el concepto de que más allá de sus resistencias el paciente colabora con el analista es típicamente freudiano; pero el postulado de que el yo está destinado a disociarse como consecuencia del proceso terapéutico se debe incuestionablemente a Sterba, quién lo presentó en 1932 en el Congreso de Wiesbaden y lo publicó en el *Internacional Journal of Psychoanalysis* de 1934 con el título de "*El destino del yo en la terapia analítica*". Este trabajo habla concretamente de la alianza terapéutica, y la explica sobre la base de una disociación del yo en la que, como dije anteriormente, se destacan dos partes, la que colabora con el analista y la que se le opone. La disociación terapéutica del yo se debe a una identificación con el analista, cuyo prototipo es el proceso de formación del súper-yo. Esta identificación es fruto de la experiencia del análisis, en el sentido que, frente a los conflictos del paciente, el analista reacciona con una actitud de observación y reflexión. Según Etchegoyen (1997) durante el proceso terapéutico el paciente, logra identificarse con la actitud del terapeuta, adquiriendo la capacidad de observarse y criticar su propio funcionamiento disociando su yo en dos partes. Etchegoyen (1997) al igual que Sterba (1934), enfatiza el rol de la interpretación transferencial en la disociación terapéutica del yo. Al interpretar el conflicto transferencial, el analista contrapone los elementos yoicos que se conectan con la realidad y los que tienen una catexia de energía instintiva o defensiva. De esta manera, el terapeuta logra una *disociación* dentro del yo del paciente, que le permite establecer una *alianza* contra las poderosas fuerzas del instinto y la represión. Por lo tanto, cuando se inicia un análisis que va a terminar con buen éxito, el inevitable destino que le espera al yo es la disociación.

De esta manera, la relación terapéutica queda conformada por la alianza terapéutica (aspecto sano del yo que colabora con el terapeuta generando un vínculo) y los fenómenos transferenciales (aspecto neurótico del yo que activa defensas y resistencias al tratamiento, y que debe ser observado y analizado).

Es Zetzel (1956) quién profundiza el concepto dando cuenta que, tanto la neurosis de transferencia como la alianza terapéutica son fenómenos en el fondo transferenciales; ésta última se apoya en las funciones autónomas del yo remitiéndose a las primeras relaciones de objeto (satisfactorias) del niño. La alianza sería entonces un fenómeno diádico que se expresaría en la capacidad del paciente de establecer una relación de confianza (básica) con el terapeuta. De no existir esta capacidad de confiar, sería el terapeuta el encargado de construirla mediante una actitud e intervenciones de apoyo.

Entendiéndolo de esta manera, la capacidad del paciente de establecer un buen vínculo terapéutico depende de la relación de confianza y colaboración que haya establecido con el cuidador principal. Es decir, la capacidad del paciente para colaborar con el terapeuta, depende en gran medida de la capacidad que haya tenido para aliarse con su madre y trabajar juntos en la misma dirección.

Zetzel (1956) sugirió que la alianza terapéutica era la parte no neurótica de la relación entre terapeuta y paciente que posibilita el *insight* y el uso de las interpretaciones del terapeuta, diferenciando así las experiencias relacionales del pasado y la relación real con el terapeuta.

Etchegoyen (1997), por su parte, concuerda en que la alianza terapéutica se establece sobre la base de una experiencia previa en la que uno pudo trabajar con otra persona, como el bebé con el pecho de la madre. Este fenómeno no es transferencia, en cuanto es una experiencia del pasado que sirve para ubicarse en el presente y no algo que se repite irracionalmente del pasado perturbando mi apreciación del presente. De esta forma alianza terapéutica y transferencia quedan conceptualizadas de manera distintas, pero ambas, y en relación con los planteamientos de Melanie Klein, se explican desde de las relaciones de objeto tempranas, es decir, de la relación del niño con la madre.

Por otro lado, Greenson (1967) propone el concepto de “alianza de trabajo” haciendo referencia a la relación racional y relativamente no neurótica que el paciente establece con su terapeuta. Para él, la alianza de trabajo es un fenómeno caracterizado por ser desexualizado, desagresivizado y racional, siendo un proceso

principalmente transferencial. Sin duda, Greenson homologa el concepto de alianza de trabajo al de alianza terapéutica de Zetzel.

Posteriormente, Zetzel & Meissner (1974), publican un trabajo denominado *Basic concepts of psychoanalytic psychiatry*, en el que se reconoce que alianza terapéutica y transferencia son fenómenos que se entrelazan en el proceso terapéutico, quedando un poco más difusa sus diferencias. Sin embargo, en este trabajo se reconoce la alianza terapéutica como la base indispensable de todo tratamiento y se la define como una relación positiva y estable entre paciente y terapeuta que permite desarrollar el proceso.

Según De la Parra (2006), en la historia de la alianza terapéutica han sido los trabajos de Bordin los que han permitido generalizarla, además de ser integrada por otras orientaciones y ser tomada como objeto de investigación empírica.

Bordin en 1979, presenta una reformulación del concepto psicoanalítico de alianza terapéutica, aplicable a todos los modelos teóricos y que rompe con la idea de una alianza que existe como complemento de fenómenos transferenciales.

Bordin (1979) ayudó a establecer un concepto o definición de alianza terapéutica aplicable a todos los modelos teóricos. De esta manera, las distintas escuelas en psicoterapia se sintieron cómodas con esta conceptualización, incorporándola y aplicándola al estudio de los procesos psicoterapéuticos. Esta conceptualización es mundialmente utilizada, aunque la diversidad de matices en la conceptualización de alianza terapéutica según cada perspectiva teórica continúa siendo debatida.

Esta nueva conceptualización transversal a toda orientación teórica, sugiere que la alianza sería principalmente una relación consciente en el aquí y el ahora, no descartando que en fases tempranas de proceso, ella podía ser influenciada por relaciones pasadas y vínculos no resueltos del paciente (Bordin, 1979).

Bordin (1979), percibe la alianza con tres componentes constitutivos: vínculo, tareas y metas, los que en combinación definen la calidad y fuerza de toda alianza terapéutica:

1. Vínculo: Se refiere a la compleja red de conexiones entre el paciente y el terapeuta que incluyen la mutua confianza y aceptación (Horvath & Luborsky, 1993). Feixas & Miró (1993), proponen que la calidad del vínculo determina el tono emocional de la vivencia que el paciente tiene del terapeuta, la cual influye en su colaboración en el proceso terapéutico.

2. Tareas: Son aquellas actividades o acontecimientos específicos (explícitas o implícitas) que se requiere que el paciente realice para beneficiarse del tratamiento. Hace referencia a los medios o caminos a seguir para alcanzar los objetivos propuestos. En una relación terapéutica óptima, ambos miembros de la relación terapéutica deberían percibir estas tareas como relevantes y aceptar la responsabilidad de cumplirlas (Horvath & Luborsky, 1993).

3. Metas: Son los objetivos acordados hacia los cuales tiene que dirigirse el proceso (Safran & Seagal, 1994). Una fuerte alianza terapéutica estaría caracterizada por un terapeuta y un paciente que mutuamente respaldan, valoran y luchan por cumplir las metas establecidas (Horvath & Luborsky, 1993).

Estas dimensiones se influyen mutuamente de manera continua, es decir la capacidad de lograr un acuerdo entre terapeuta y paciente con respecto a las tareas y las metas de la terapia, influye en la calidad del vínculo y viceversa (Safran & Muran, 2000).

Bordin (1976), al igual que otros autores, también entiende el vínculo terapéutico como el principal agente de éxito psicoterapéutico. De esta misma manera, entiende los abandonos prematuros o fracasos terapéuticos, como consecuencia de la existencia de un vínculo pobre.

El Vínculo Terapéutico: Una Definición Conceptual

A partir de lo anterior, el vínculo queda conceptualizado como un fenómeno de la relación terapéutica distinto de la alianza y los fenómenos transferenciales. Es decir, en el presente trabajo entenderemos que la relación terapéutica se compone de 3 fenómenos específicos: la alianza terapéutica, los fenómenos transferenciales y el vínculo entre paciente y terapeuta. La alianza hace referencia a la relación

colaborativa entre paciente y terapeuta, es decir, la alianza establecida entre el terapeuta y la parte madura del yo (del paciente), previamente disociado. Por transferencia entenderemos una reactivación o reedición de las relaciones de objeto de la primera infancia, específicamente de la relación con la madre, en la relación terapéutica. Desde este punto de vista, la transferencia es activada por la parte inmadura del yo, previamente disociado. Finalmente, el vínculo hace referencia a una ligadura afectiva existente entre el paciente y terapeuta, que se construye y reconstruye una y otra vez, que se fortalece y debilita constantemente a lo largo del proceso. Sin duda, el desarrollo de un vínculo terapéutico influirá en el desarrollo de la alianza y viceversa.

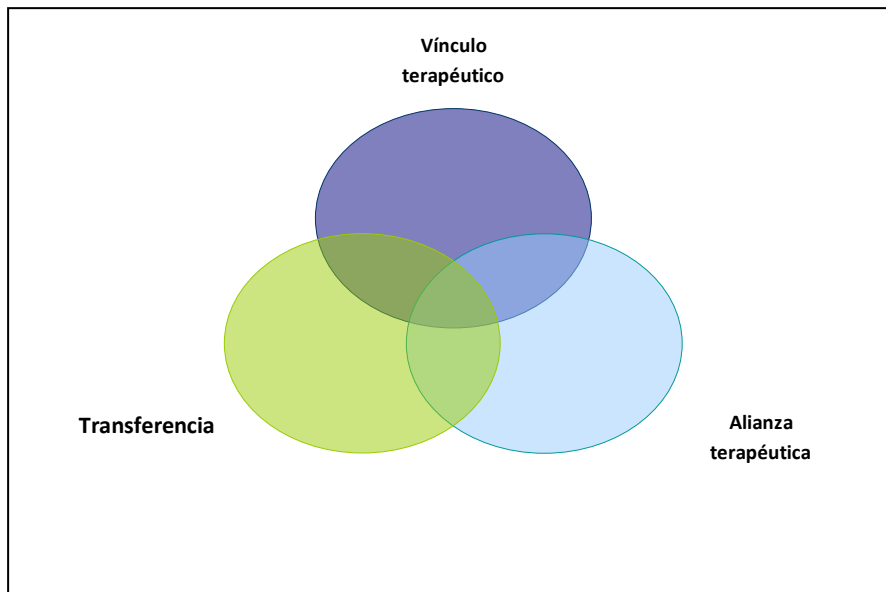


Figura N°1. Componentes de la relación terapéutica.

La palabra vínculo deriva del latín *vinculum*, que significa unión o atadura de una persona o cosa con otra (Real Academia Española, 2009). En este trabajo entenderemos el vínculo terapéutico como un proceso relacional real y permanente, que se expresa como una ligadura emocional estable entre paciente y terapeuta (Berenstein, 1991), que se construye y reconstruye constantemente y, a partir del cual depende el éxito del proceso psicoterapéutico (Sandler, 1993). Este fenómeno terapéutico fluctúa en calidad e intensidad constantemente a lo largo del proceso.

Según Berenstein (1991), esta capacidad de ligazón afectiva es característica del mundo mental, y se puede observar en tres áreas del sujeto:

a) *Intrasubjetiva o intrapsíquica*: Esta área se caracteriza por la presencia de relaciones de objeto, que son ligaduras estables, dispuestas a perpetuarse, pero susceptibles de modificarse por experiencias personales significativas. Los significados originados en esta área, se orientan hacia adentro, y se irradian hacia fuera, determinando la percepción del mundo y la relación con los otros.

b) *Intersubjetiva o interpersonal*: Esta área se caracteriza por la presencia de ligaduras estables entre dos objetos. Los vínculos familiares, de pareja o de hermanos son un representante de este tipo de vínculo. Este tipo de vínculo es el que se produce en la relación terapéutica.

c) *Transubjetiva*: En esta área se encuentran las representaciones ligadas a la ideología, la política, la religión y la ética.

Por otro lado, entenderemos como alteración del vínculo el deterioro de la calidad del lazo emocional invisible existente entre paciente y terapeuta. Este deterioro varía en intensidad, duración y frecuencia dependiendo de la díada paciente-terapeuta.

De acuerdo a Safran & Muran (2000), existen deterioros relativamente menores, en el cual uno o ambos de los participantes puede estar sólo parcialmente consciente, hasta debilitamientos mayores en la comprensión y comunicación. Este último, en caso de no ser abordado, puede llevar al término prematuro o fracaso del tratamiento.

El debilitamiento del vínculo varía de caso a caso. La mayoría de los procesos terapéuticos, aún los más exitosos, son caracterizados a lo menos por uno o más momentos de deterioro vincular a lo largo de la terapia (Safran, 1999).

Investigación sobre Vínculo Terapéutico

A partir de las investigaciones de Asay & Lambert (1999), quienes le asignan a los factores de la relación terapéutica un 30% de responsabilidad de los cambios, un 40% a factores del paciente y eventos extraterapéuticos, un 15% a efecto placebo y un 15% a la técnica específica; se ha consolidado el concepto de *paradoja de las*

equivalencias. Este concepto se refiere a que la investigación no ha podido demostrar que una psicoterapia sea superior a otra. La conclusión arrojada por estos estudios es que existen factores inespecíficos o genéricos de cambio que atravesarían tangencialmente a todas las psicoterapias. Este factor genérico responsable del cambio es lo que conocemos como *vínculo terapéutico*.

Wampold (2001) ha desarrollado la investigación más reciente sobre la relación terapéutica y alianza, concluyendo que no más del 8% de la varianza de los resultados en psicoterapia se explica por factores específicos (técnica psicoanalítica, cognitivo-conductual, etc.), que el 70% de la varianza es debida a efectos generales, con un 22% de varianza inexplicada, que probablemente se deba a diferencias entre los pacientes. De esta manera, la disposición del paciente y la persona del terapeuta se transforman en los principales factores curativos comunes a toda orientación psicoterapéutica, consolidándose entonces el vínculo entre ambos como el factor genérico de cambio en psicoterapia.

Botella & Corbella (2003) han realizado una completa revisión de las investigaciones de vínculo y relación terapéutica, y se ha concluido que el 66% de los estudios muestran una correlación significativa entre el vínculo terapéutico y los resultados de los tratamientos. De esta manera, el vínculo terapéutico se transforma en el principal predictor de los resultados en psicoterapia.

Las investigaciones realizadas por Botella & Corbella (2003) señalan que la evaluación del vínculo en la fase inicial del tratamiento (segunda a sexta sesión) es mejor predictor del resultado final que la evaluación del vínculo en la fase intermedia o final del tratamiento.

Durante los años ochenta el campo de la terapia familiar empezó a interesarse y a desarrollar teorías clínicas donde aparece la noción de vínculo. El hecho de incorporar dos o más miembros de una familia en un proceso psicoterapéutico añade complejidad a la relación entre vínculo y el resultado. El vínculo en terapia de pareja o de familia difiere un poco de la psicoterapia individual ya que el terapeuta de pareja o de familia debe establecer y mantener alianzas múltiples. Sin embargo, al igual que en la terapia individual el vínculo terapéutico en terapia familiar se ha asociado con los resultados obtenidos con el tratamiento. Otros

estudios sobre vínculo en terapia familiar han mostrado mejor resultado de la terapia cuando la mujer valora más el vínculo terapéutico que el hombre; de la misma manera, los resultados del tratamiento eran bajos cuando el hombre puntuaba mejor vínculo terapéutico que la mujer (Botella & Corbella, 2003).

Por otro lado, los estudios han demostrado que la valoración del vínculo terapéutico varía según quién la evalúe. Es decir, la puntuación del vínculo evaluado por el cliente, el terapeuta o un observador externo difieren entre sí. Comparando la percepción del terapeuta y la del cliente respecto al vínculo terapéutico, parece ser que la valoración del cliente tiene más peso para la predicción del resultado final de la psicoterapia (Botella & Corbella, 2003).

Por otro lado, otra de las variables evaluadas en el establecimiento del vínculo terapéutico es la experiencia del psicoterapeuta. Según Botella & Corbella (2003), los resultados constatan que la relación entre la experiencia del terapeuta y el vínculo no es significativa.

Por otro lado, otros autores han encontrado que el aumento de la formación del terapeuta influía positivamente en el establecimiento del vínculo terapéutico (Botella & Corbella, 2003).

Otro interesante estudio encontró que las representaciones internas de las relaciones pasadas del terapeuta tiene un fuerte impacto en la calidad del vínculo terapéutico que establecen con sus pacientes (Botella & Corbella, 2003), lo cual enfatiza la relevancia de la terapia del terapeuta.

Respecto a las variables del paciente que influyen en la relación terapéutica se encontró que variables interpersonales e intrapersonales como por ejemplo la cantidad de eventos estresantes, las relaciones sociales y familiares del paciente, la calidad de las relaciones de objeto, la motivación, expectativas y actitudes, entre otras, tienen efectos significativos en el establecimiento de un vínculo terapéutico (Horvath & Luborsky, 1993).

Por otro lado, también se ha estudiado la asociación existente entre el tipo de apego de pacientes adultos y el vínculo terapéutico que establecían en la etapa

inicial del tratamiento. Se encontró que a los pacientes con apego ansioso les era más difícil establecer un vínculo, y de hacerlo, no era de buena calidad; mientras que los pacientes con apego seguro establecían vínculos estables y de alta calidad (Botella & Corbella, 2003).

En relación al cuadro clínico del paciente que consulta, otro estudio demostró que el nivel de sintomatología del paciente no influye en el establecimiento de un vínculo terapéutico (Horvarth & Symonds, 1991).

Siguiendo con las variables del terapeuta y del paciente que influyen en el vínculo, Horvath & Luborsky (1993), descubrieron que las similitudes entre terapeuta y paciente en ciertas características como la edad, el sexo y los valores podían favorecer el vínculo entre ellos.

El Vínculo Terapéutico en la Orientación Psicoanalítica

Freud (1912), desde los inicios del movimiento analítico, planteó que el primer objetivo del tratamiento es desarrollar un vínculo entre paciente y terapeuta, señalando la importancia de que el analista mantuviera un interés y una actitud comprensiva hacia el paciente para permitir que la parte más saludable de éste estableciera una relación positiva con el analista, disipando las actitudes de resistencia que se manifiestan al principio de la terapia.

En la obra de Freud se pueden distinguir dos conceptualizaciones levemente diferentes sobre la relación entre paciente y terapeuta. En sus primeros escritos Freud describió el vínculo entre terapeuta y paciente como una forma beneficiosa y positiva de transferencia que otorga, al mismo tiempo, autoridad al analista. Este aspecto transferencial favorecía en el paciente la aceptación de las interpretaciones y explicaciones del terapeuta (Freud, 1913). Posteriormente, consideró que una transferencia positiva podía distorsionar la relación real existente entre ambos, y en sus últimos escritos parece haber modificado este concepto, pasando a la posibilidad de la existencia de un vínculo beneficioso entre terapeuta y paciente basado en la realidad (Arredondo & Salinas, 2005).

Desde la perspectiva de la transferencia, el vínculo terapéutico implica que las emociones y los pensamientos asociados con otras relaciones no resueltas con personas significativas son transferidos a la relación establecida con el terapeuta. Actualmente, existen controversias sobre hasta qué punto las relaciones pasadas del paciente influyen en el vínculo con el terapeuta y sobre la posibilidad de que las distorsiones de transferencia sean parte de la alianza terapéutica (Horvath & Luborsky, 1993).

Para muchos investigadores, las relaciones están siempre predeterminadas por experiencias interpersonales previas y el vínculo terapéutico no es una variable independiente, sino una perspectiva alternativa sobre el mismo fenómeno como la transferencia positiva. Los autores que proponen esta visión tienden a sostener que el vínculo terapéutico se basa en la calidad de la sinergia interpersonal actual entre terapeuta y paciente, y también es reflejo de relaciones anteriores no resueltas del paciente. Pese a las discrepancias en cuanto a la función de la transferencia, en esta etapa de la investigación en psicoterapia, estaríamos presenciando el desarrollo de un creciente consenso entre teóricos dinámicos, debido a que la gran mayoría de los investigadores opina que una definición completa de vínculo y alianza demanda considerar la influencia de experiencias previas (se incluye el fenómeno transferencial) y simultáneamente, percibirla como un aspecto diferente de la relación actual (Horvath & Luborsky, 1993).

Algunos trabajos de la teoría psicoanalítica contemporánea han avanzado hacia una perspectiva relacional, en la cual, la participación y subjetividad del terapeuta resultan de gran relevancia en el establecimiento de un vínculo terapéutico (Mitchell, 1997; Corbella & Botella, 2003). La neutralidad y abstinencia clásica defendida por el psicoanálisis ha ido dejando paso a una mayor inclusión de la interacción, espontaneidad y autenticidad del terapeuta (Mitchell, 1997). Desde esta perspectiva, el terapeuta cumple un rol central en el establecimiento de un vínculo terapéutico. A partir de las teorías intersubjetivas en psicoanálisis, entendemos el vínculo no como una capacidad de relacionamiento exclusiva del paciente, sino como un sistema relacional, en el cual ambos participantes, terapeuta y paciente, asumen en igual medida la responsabilidad de lo que ahí ocurra. El carácter de la relación, el estilo, los significados co-construidos en la

relación y la forma de resolución de las fracturas vinculares serán específicas y propias de cada díada (Atwood & Stolorow, 1984 - 1992; Mitchell, 1997).

El Ataque al Vínculo en la Situación Analítica

La tarea esencial del análisis es obtener insight, por lo cual, llamaremos un ataque al vínculo terapéutico a todo aquello que busque dificultar el desarrollo del proceso y de la relación terapéutica. El debilitamiento del vínculo se producirá cada vez que las formas de atacar el proceso y la relación cumplan su objetivo (Etchegoyen, 1997).

La comprensión psicoanalítica propone el concepto de *impasse* para referirse a las dificultades del proceso, específicamente del vínculo terapéutico. Según Etchegoyen (1997, p. 738) “*la palabra francesa impasse es por sí clara y universal. Quiere decir callejón sin salida, y se la emplea cuando algo que se desarrolla normalmente se traba de pronto y se detiene*”. El fenómeno del *impasse* en psicoterapia analítica, exige que la detención del proceso se dé cuando las condiciones generales de la situación analítica se conservan. Sólo se puede hablar de *impasse* en psicoanálisis cuando se cumplen las condiciones formales del tratamiento, es decir, si existe alguna alteración del *setting* no corresponde hacerlo. Desde la perspectiva psicoanalítica, una dificultad en el proceso sólo puede ser considerada un *impasse* cuando el trabajo analítico se realiza normalmente, es decir, el paciente asocia y el analista interpreta, el encuadre se mantiene constante, sin embargo, el proceso no avanza ni retrocede (Etchegoyen, 1997).

Por otro lado, el *impasse* nada tiene que ver con la resistencia incoercible, ni tampoco con el error técnico. La *resistencia incoercible* irrumpe bruscamente en el proceso desde el analizado; es algo que salta fácilmente a la vista y pertenece al paciente. Si esta situación molesta no se resuelve, el paciente interrumpe el tratamiento con o sin el consentimiento del terapeuta. El *error técnico*, por su parte, incide sobre el proceso también en una determinada dirección. Surge del analista y así lo consideran ambos participantes (Etchegoyen, 1997).

Según Etchegoyen (1997), las formas para identificar un *impasse* en el proceso terapéutico, tienen que ver con la existencia de fases que se repiten idénticas a sí

mismas a lo largo del tiempo, sin que pueda confiarse en que la elaboración analítica las cambie. Siguiendo esta línea, la forma de solucionar un impasse en psicoterapia, tiene que ver con una interpretación adecuada de lo que ahí está sucediendo, o por el contrario, de lo que no está sucediendo.

El impasse es un estancamiento relacional, en el cual ambos miembros de la díada están involucrados de igual manera. El impasse, y más aún, el debilitamiento del vínculo desde el modelo psicoanalítico, puede ser producido por tres fenómenos que vale la pena destacar: el *acting out* (Freud, 1923), la *reacción terapéutica negativa* (Freud, 1923; 1937), y la *reversión de la perspectiva* (Bion, 1963).

Estos tres procesos mencionados configuran modalidades defensivas, y por lo tanto, se inscriben en el amplio capítulo de los mecanismos de defensas, pero pertenecen a una categoría distinta, una entidad diferente y más alta. Los mecanismos de defensas son técnicas del yo, mientras que el *acting out*, la reacción terapéutica negativa y la reversión de la perspectiva, configuran más bien tácticas o estrategias del yo. Estas últimas son formas específicas y altamente complicadas con que el paciente se maneja en el tratamiento para impedir el desarrollo y el camino hacia la cura. No son mecanismos defensivos para protegerse de la angustia, sino que son estrategias que atacan el vínculo para detener el desarrollo del proceso y mantener la estabilidad, por patológica que esta sea. Cuando lo logran, producen impasse (Etchegoyen, 1997).

Según Etchegoyen (1997), estos fenómenos de la relación terapéutica se diferencian entre sí por el tipo de conflicto transferencial que les da origen, las reacciones contratransferenciales que generan en el terapeuta y por el lugar del proceso en donde actúan.

El *acting out*, por ejemplo, actúa sobre la *tarea* psicoanalítica, y surge para no recordar. A través de *acting out* se reemplaza la reflexión por la acción. Al igual que la transferencia, deriva de la compulsión a la repetición, siendo el *acting out* siempre transferencia, pero no al revés, es decir, no toda transferencia es necesariamente *acting out* (Etchegoyen, 1997).

Laplanche & Pontails (1968) definen acting out como conductas que presentan, generalmente, un carácter impulsivo relativamente aislable en el curso de las actividades comunes, en contraste relativo con los sistemas de motivación habituales del individuo, y que adoptan a menudo una forma auto o heteroagresiva.

En el acting out el terapeuta ve la emergencia de lo reprimido. Cuando aparece en el curso de un análisis, el acting out debe comprenderse siempre en la conexión con la transferencia (Laplanche & Pontails, 1968).

Para delimitar aún más el concepto, hay que partir de la premisa de que todo acting out es un acto neurótico, pero no todo acto neurótico es acting out. El acting out y la transferencia son conceptos que se superponen al decir que ambos son formas que tiene el paciente de recordar; sin embargo, se diferencian por la intención (deseo inconsciente). Es decir, *“la transferencia repite para recordar, el acting out en lugar de”* (Etchegoyen, 1997, p. 657). Si no se acepta esta diferencia el acting out pasa a ser un tipo especial de transferencia. La transferencia es una forma de relacionarse que busca comunicar algo al objeto; el acting out es un ataque al vínculo y a la relación terapéutica, a través del cual se actúa en vez de comunicar (Etchegoyen, 1997).

Sin duda, el acting out es una acción que el paciente emprende para resistir el avance del proceso terapéutico. Etchegoyen, (1997) plantea que el acting out es un tipo específico de acción neurótica dirigida a interrumpir el proceso de lograr un efectivo insight que, por tanto, aparece especialmente en el curso del análisis, pero también en cualquier otro momento.

Para diagnosticar un acting out hay que centrarse en la intención de la conducta: acting out es toda conducta que, más allá de la conducta neurótica que siempre implica, tenga la intención de oponerse a la tarea propuesta, es decir, recordar, lograr el insight, comunicar, elaborar, etc. (Etchegoyen, 1997).

Podemos adquirir una comprensión aún más profunda sobre el acting out, incorporando los planteamientos de Bion (1962) sobre la creación del pensamiento.

Bion (1962), plantea que el niño nace con una representación del pecho materno, y cuando lo adquiere esa representación se concretiza. Lo que determinaría la emergencia del pensamiento en el niño sería la ausencia de pecho: Cuando no se obtiene lo que se desea en la realidad, se crea en el pensamiento. Ante la ausencia del pecho el niño tiene dos opciones, o evita la ausencia (a través de la negación), transformando el pecho ausente en un pecho malo persecutorio; o bien, tolera la ausencia y la frustración de no tenerlo, creándolo en el pensamiento. La primera opción es la base del acting out, ya que es una forma de relacionarse con la realidad, que se caracteriza en que la acción reemplaza al pensamiento. Este fenómeno llevado a la situación analítica, producto de frustraciones que ahí pudieran aparecer es, sin duda, un ataque al proceso analítico y al vínculo terapéutico. Desde esta perspectiva el acting out puede ser entendido como una alteración del proceso de pensar.

Por otro lado, la reacción terapéutica negativa actúa sobre los *logros*, y aparece cuando se ha realizado algo positivo. La reacción terapéutica negativa sobreviene después de un momento de alivio y de progreso, de un momento de insight en que el paciente comprende y valora la labor del terapeuta (Etchegoyen, 1997).

Freud (1923), plantea que hay algunos pacientes que no toleran el progreso del tratamiento y reaccionan de una forma contraria a lo esperado. Pareciera ser que algo se opone en los pacientes al avance, algo los lleva a ver la cura como si fuera un peligro, y esa conducta no cambia con la interpretación de la transferencia, el narcisismo y el beneficio secundario de la enfermedad. Por otro lado, también atribuye la reacción terapéutica negativa a sentimientos de culpa inconscientes, propio de algunas estructuras masoquistas.

Según Laplanche & Pontails (1968), la reacción terapéutica negativa es una forma de resistencia al tratamiento muy difícil de vencer. En cada momento en que se debiera esperar un alivio o una mejoría producto del curso del análisis, tiene lugar una agravación, como si ciertos individuos prefirieran el sufrimiento antes que la cura. Toda resolución parcial que debería tener como consecuencia una mejoría, provoca en estos pacientes un agravamiento de los síntomas y del sufrimiento psíquico.

Al parecer, la reacción terapéutica negativa estaría determinada por un fuerte sentimiento de culpa en los pacientes (Freud, 1923; 1937) y por fuertes motivaciones envidiosas (Klein, 1957). Freud plantea que este tipo de reacción está ligada indisolublemente al sentimiento de culpa, que opera a partir de una acción súper yoica. Las personas que tienden a presentar fuertes sentimientos de culpa, generalmente exhiben una reacción terapéutica negativa frente a cada progreso en el tratamiento; es decir, los sentimientos de culpa pueden dificultar el buen éxito del análisis, así como también el vínculo terapéutico, haciendo interminable el proceso (Freud, 1923).

Finalmente, la reversión de la perspectiva actúa sobre el *contrato terapéutico*, sobre el acuerdo básico entre paciente y analista. Según Etchegoyen (1997), en la reversión de la perspectiva el paciente realiza un contrato paralelo al establecido con el terapeuta, desde el cual se comprenderán todas sus vivencias durante el análisis. A partir de este contrato oculto se acomodarán y reinterpretarán todas las interpretaciones del analista. La reversión de la perspectiva consiste en un conjunto de procesos de pensamientos vinculados a un drástico intento por evitar el dolor que trae consigo el insight. Bion (1963), plantea que este fenómeno de la relación terapéutica se da con pacientes graves, generalmente psicóticos o fronterizos, aunque existe una posibilidad que también se observe en procesos terapéuticos con pacientes menos graves, en los cuales la reversión de la perspectiva actuaría de una manera menos drástica.

Bion (1963), introduce este concepto en "*Elementos del psicoanálisis*", cuando estudia la parte psicótica de la personalidad. La reversión de la perspectiva es considerada un ataque al vínculo. La parte psicótica de la personalidad realiza ataques destructivos contra todo lo que tiene la función de unir un objeto con otro, y que en un primer momento son las emociones.

La reversión de la perspectiva es absolutamente opuesta a la capacidad del paciente para lograr el insight. Este puede definirse como la capacidad para contemplar el punto de vista del otro. La reversión de la perspectiva es todo lo contrario, un mecanismo psicótico que impide cambiar y revertir mi punto de vista para aceptar o pensar sobre el de los otros. Cuando el analista interpreta, le da al analizado otro punto de vista de los hechos que él está describiendo o enjuiciando;

por lo tanto, la reversión de la perspectiva es un proceso antagónico a la perspectiva reversible o al logro del insight (Etchegoyen, 1997).

Por otro lado, Etchegoyen (1997) plantea, que la reversión de la perspectiva se relaciona con aspectos narcisistas de la personalidad. En la reversión de la perspectiva el paciente vendría a psicoterapia no por una motivación de conocerse a sí mismo o resolver sus problemas, sino por múltiples y variadas intenciones. Puede buscar imponer sus premisas y desconocer las del otro en un despliegue descomunal de narcisismo. Desde este punto de vista, la reversión de la perspectiva incluye al objeto sólo para que confirme lo que el sujeto piensa, no tiene otro fin que demostrarse a sí mismo que lo dice o piensa es cierto. Es decir, en la reversión de la perspectiva, el paciente buscaría al terapeuta para mantener su narcisismo.

En la reversión de la perspectiva, paciente y terapeuta ven los sucesos de proceso psicoterapéutico desde distintos vértices. Siempre hay acuerdo a nivel de los hechos concretos ocurridos en la situación terapéutica, sin embargo, en cuanto a las premisas nunca explicitadas el desacuerdo es total y permanente. El contrato analítico, inicialmente aceptado por el analizado, es revertido de una vez y para siempre, ateniéndose el paciente a otro contrato que el mismo establece sin por cierto nunca explicitarlo (Etchegoyen, 1997). De esta manera, el analizado ataca el vínculo terapéutico y dificulta la labor analítica, de manera oculta y silenciosa.

Estos tres fenómenos clínicos son formas de ataques al vínculo terapéutico, que en caso de cumplir su objetivo (evitar la mejoría y el dolor que genera el insight) pueden llevar a la detención del proceso o impasse. Este se presenta siempre como un fenómeno complejo y multideterminado, que debe distinguirse de la resistencia incoercible y el error técnico, siempre más visibles en su estructura y ruidosos en su presentación. Según Etchegoyen (1997) el impasse se caracteriza por ser invisible y nunca mostrarse, tampoco identifica un culpable, ya que es un fenómeno co-determinado que involucra tanto al paciente como al terapeuta. Desde este punto de vista, podemos entender el impasse como un debilitamiento relacional, que estanca el proceso y deteriora la relación terapéutica.

Es importante destacar que el diagnóstico de impasse desde la concepción psicoanalítica se realiza recorriendo el desarrollo de las sesiones (proceso) y no en una sesión determinada, ya que lo que evidencia el fenómeno del impasse es un estancamiento a lo largo del tiempo, que no se hace invisible en la evaluación sesión a sesión (Etchegoyen, 1997).

Otra alteración del vínculo terapéutico es lo que se conoce como Pseudoalianza terapéutica. Según Etchegoyen (1997), la pseudoalianza terapéutica es una expresión de lo que Bion (1963) llama la personalidad psicótica (o parte psicótica de la personalidad), que asume a veces la forma de la reversión de la perspectiva. Una de las características de la reversión de la perspectiva, es la aparente colaboración del analizado.

En cuanto expresa la parte psicótica de la personalidad, la pseudoalianza terapéutica oculta bajo una fachada de colaboración sentimientos agresivos y tendencias narcisistas, cuya finalidad es justamente atacar el vínculo y entorpecer la labor terapéutica (Etchegoyen, 1997).

Este fenómeno psicoterapéutico se caracteriza por la expresión de rasgos narcisistas y mucha hostilidad, los cuales son controlados y expresados a través de una pseudocolaboración. Este fenómeno provoca fuertes sentimientos contratransferenciales en el terapeuta. El analista se encuentra atrapado en una situación muy complicada, ya que quien se presenta como su aliado intenta amenazar el trabajo terapéutico. El mejor indicador para poder detectar este fenómeno en un proceso psicoterapéutico es prestar atención a la contratransferencia. Sólo de esta manera se puede identificar el conflicto a tiempo e interpretarlo para solucionarlo (Etchegoyen, 1997).

Conclusión

A modo de conclusión, podemos comprender que el fenómeno del vínculo paciente - terapeuta se ha transformado en el aspecto central de todo proceso psicoterapéutico. En la actualidad no existe forma de psicoterapia que no otorgue al vínculo un lugar privilegiado respecto al éxito terapéutico. La investigación en psicoterapia ha demostrado la responsabilidad del vínculo en el éxito de toda

psicoterapia; de esta manera, descuidar el vínculo sería dejar al azar el resultado del proceso. La confianza y calidez con la que se encuentre el paciente en psicoterapia será esencial para exponer aspectos del mundo interno, recabar información y orientar así la intervención y el trabajo terapéutico. Si descuidamos esta sintonía, sin duda, arriesgamos el proceso.

A lo largo de este trabajo hemos podido establecer qué es lo que entendemos por vínculo terapéutico, diferenciándolo de la alianza terapéutica y los fenómenos transferenciales, todos relevantes e influyentes en el desarrollo de un proceso terapéutico.

El conocimiento científicamente validado nos invita a generar nuevas líneas de investigación, a través de las cuales desarrollar estrategias de construcción o protección del vínculo terapéutico; así como generar estrategias de resolución o restitución de las rupturas vinculares en psicoterapia.

Luego de la presente revisión, parece fundamental comprender las alteraciones del proceso terapéutico o los ataques al vínculo, con el fin de lograr prevenirlos en psicoterapia. Estar atento a las fluctuaciones del vínculo o a los fenómenos que producen un boicot del proceso, nos ayuda a prevenir cualquier movimiento que impida el logro de los objetivos terapéuticos.

El desafío actual parece ser la integración entre la clínica, la teoría y la investigación, para generar nuevos conocimientos acerca de los fenómenos que emergen al interior de un proceso psicoterapéutico, desarrollar intervenciones que promuevan un vínculo de calidad, y así construir nuevas modalidades psicoterapéuticas.

Referencias

Arredondo, M. & Salinas, P. (2005). *Alianza terapéutica en psicoterapia: Concepción e importancia atribuida por psicoterapeutas con distintas orientaciones teóricas que trabajan en el Centro de Psicología Aplicada de la Universidad de Chile*. Memoria presentada en la facultad de psicología de la Universidad de Chile para optar al Título Profesional de Psicólogo. Santiago, Chile.

Asay, T. P., & Lambert, M. J. (1999). *The empirical case for the common factors in therapy: quantitative findings*. En Hubble, Duncan & Miller (Eds). *The heart & soul of change. What works in therapy*. American Psychological Association. Washington, D.C.

Atwood, G. E. & Stolorow, R. D. (1984). *La Intersubjetividad: La situación terapéutica*. Cap. 2. En *Structures of Subjectivity. Explorations in Psychoanalytic Phenomenology*. Buenos Aires: Amorrortu.

Atwood, G. E. & Stolorow, R. D. (1992). *El mito de la mente aislada*. Cap. 1. En *Context of Being: The Intersubjective Foundations of Psychological Life*. Buenos Aires: Amorrortu.

Berenstein, I. (1991). Reconsideración del concepto de vínculo. *Revista Psicoanálisis, APdeBA*. Vol. XIII, 2.

Bion, W. (1962). Theory of thinking. In *Second Thoughts*. London: Maresfield Reprints.

Bion, W. (1963). *Elementos del psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.

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

Botella, L. & Corbella, S. (2003). *La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación*. Barcelona: Universidad de Murcia.

De la Parra, G. (2006). *Investigación, vínculo y cambio: ¿Algo nuevo bajo el sol?* *Revista de Psicoanálisis Aperturas Psicoanalíticas*.

Etchegoyen, H. (1997). *Fundamentos de la técnica psicoanalítica*. Buenos Aires: Amorrortu.

Feixas, G. & Miró, M. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia*. Barcelona: Paidós.

Freud, S. (1912). *La dinámica de la transferencia*. *Obras Completas*. Buenos Aires: Editorial Amorrortu.

Freud, S. (1913). *Múltiple interés por el psicoanálisis*. *Obras completas*. Buenos Aires: Editorial Amorrortu.

Freud, S. (1923). *El yo y el ello*. *Obras completas*. Buenos Aires: Paidós.

Freud, S. (1937). *Análisis terminable e interminable*. *Obras completas*. Buenos Aires: Paidós.

Greenson, R. (1967). *Técnica y práctica del psicoanálisis*. México: Siglo Veintiuno.

Horvath, A. O. & Symonds, B. D. (1991). *Relation between alliance and outcome in psychotherapy: A metaanalysis*. Journal of Counseling Psychology.

Horvarth, A. & Luborsky, L. (1993). *The Role of the Therapeutic Alliance*. Journal of Consulting and Clinical Psychology.

Jiménez, J. P. (2005). El vínculo, las intervenciones técnicas y el cambio en psicoterapia psicoanalítica. *Revista Argentina de Psicoanálisis Aperturas psicoanalíticas*. Buenos Aires, Argentina.

Krause, M. (2005). *Psicoterapia y Cambio: Una mirada desde la subjetividad*. Santiago: Ediciones Universidad Católica de Chile.

Klein, M. (1957). *Envidia y gratitud*. Buenos Aires: Paidós.

Laplanche, J. & Pontails, J. (1968). *Diccionario de psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.

Lecannelier, F. (2006). *Apego e intersubjetividad: Influencia de los vínculos tempranos en el desarrollo humano y la salud mental*. Santiago: LOM Ediciones.

Mitchell, S. A. (1997). *Influence and Autonomy in Psychoanalysis*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.

RAE (2009). *Diccionario de la Real Academia Española*. España: Santillana.

Safran, J. (1999). *Seminario Internacional "La alianza terapéutica: puentes entre el Psicoanálisis y la Terapia Cognitiva"*. New School for Social Research, New York. Laboratorio Organon.

Safran, J. & Muran, C. (2000). *Negociando la alianza terapéutica. Guía para el tratamiento relacional*. New York: The Guilford Press.

Safran, J. & Muran, C. (2005) *La alianza terapéutica: una guía para el tratamiento relacional*. Paidós. Buenos Aires, Argentina.

Safran, J y Segal, Z. (1994). *El proceso interpersonal en la terapia cognitiva*. Barcelona: Paidós.

Sandler, J. (1993). *El paciente y el analista*. Buenos Aires: Paidós.

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

Stern, D. (1991). *El mundo interpersonal del infante*. Buenos Aires: Paidós.

Winnicott, D. (1963). *De la dependencia a la independencia en el desarrollo del individuo. Los procesos de maduración y el ambiente facilitador: Estudios para una teoría del desarrollo emocional*. Buenos Aires: Paidós.

Zetzel, E. (1956). Current Concepts of transference. *International Journal of Psychoanalysis*. Vol 37. Págs 369-76.

Zetzel, E. & Meissner, W. (1974). *Basic concepts of psychoanalytic psychiatry*. Buenos Aires: Paidós.

Wampold, B. (2001). *The great psychotherapy debate. Models, methods, and findings*. New Jersey, London: Lawrence Erlbaum.