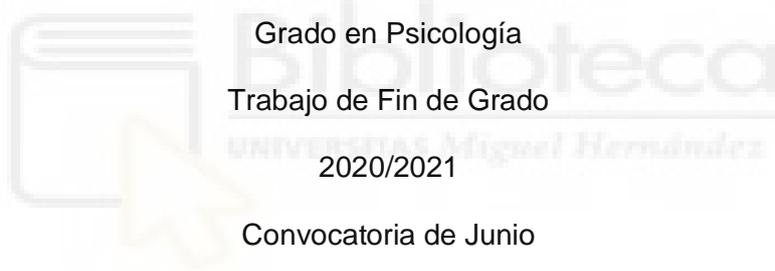




**UNIVERSITAS**  
*Miguel Hernández*



Grado en Psicología  
Trabajo de Fin de Grado  
2020/2021

Convocatoria de Junio

**Modalidad:** Revisión sistemática

**Título:** La alianza en terapia: operativización y evaluación. Una revisión sistemática.

**Autor:** Ángel Sánchez Ruiz

**Tutora:** María José Quiles Sebastián

**Cotutor:** Javier Manchón López

Elche, 4 de junio de 2021

## Índice

1.	Resumen.....	3
2.	Introducción.....	5
3.	Método.....	7
4.	Resultados.....	10
5.	Discusión.....	17
6.	Referencias.....	19

Tabla 1. Lista de criterios para las características de desarrollo y aplicabilidad de medidas PRO.....	9
Tabla 2. Instrumentos de evaluación de la alianza terapéutica.....	13
Tabla 3. Análisis de calidad de los instrumentos .....	16
Figura 1. <i>Diagrama de flujo PRISMA</i> .....	8

## Resumen

*Antecedentes:* El estudio de los llamados factores comunes en psicoterapia lleva durante años buscando respuestas a por qué las personas cambian en terapia. La alianza terapéutica es una de las variables que ha adquirido mayor relevancia, a pesar de que no está claro de qué forma afecta a los resultados de la terapia. El objetivo de este estudio es desarrollar una revisión sistemática de instrumentos de evaluación que miden la alianza terapéutica.

*Métodos:* La revisión sistemática se llevó a cabo siguiendo el protocolo PRISMA; incluyendo aquellos instrumentos auto-informados originales relacionados con la alianza terapéutica. Las bases de datos utilizadas fueron las de PsycInfo, PsycArticles, Psycodoc y PubMed. Se realizó un análisis de calidad de los instrumentos mediante la evaluación de 18 criterios.

*Resultados:* Se identificaron 172 artículos potencialmente relevantes, de los que 9 fueron incluidos en la revisión. La mayoría de los instrumentos presentaron una conceptualización similar, disparidad respecto a propiedades psicométricas y una calidad media-alta.

*Discusión:* La cantidad de instrumentos desarrollados refleja el interés que se ha producido en su investigación. Se proponen posibles limitaciones en la estrategia de búsqueda y el análisis de calidad. Las aproximaciones teóricas y la importancia de su evaluación también son discutidas.

**Palabras clave:** factores comunes, alianza terapéutica, conceptualización, evaluación en psicología, instrumentos.

## **Abstract**

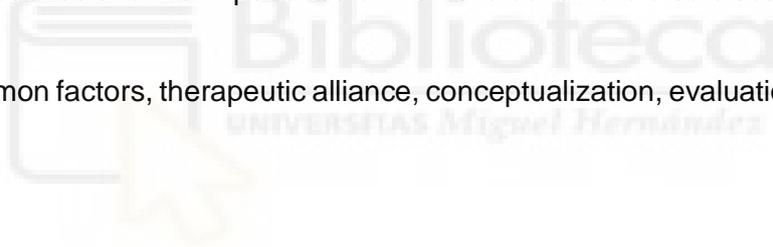
*Background:* The study of the so called common factors in psychotherapy has been searching for years for answers to why individuals change in therapy. The therapeutic alliance is one of the variables that has acquired greater relevance, although it is not clear how it affects the results of the therapy. The aim of this study is to develop a systematic review of evaluation instruments that measure the therapeutic alliance.

*Methods:* The systematic review was carried out following the PRISMA protocol; including those original self-reported instruments related to the therapeutic alliance. The consulted databases were PsycInfo, PsycArticles, Psycodoc and PubMed. A quality analysis of the instruments was carried out by evaluating 18 criteria.

*Results:* 172 potentially relevant articles were identified, 9 of which were included in the review. Most of the instruments presented a similar conceptualization, disparity regarding psychometric properties and a medium-high quality.

*Discussion:* The number of instruments developed reflects the interest that has been produced in its research. Possible limitations in the search strategy and quality analysis are presented. Theoretical approaches and the importance of their evaluation are also discussed.

**Keywords:** common factors, therapeutic alliance, conceptualization, evaluation in psychology, instruments.



## Introducción

La alianza terapéutica es un término que comprende una serie de procesos interpersonales entre el terapeuta y el cliente que intervienen en el tratamiento psicológico (Green, 2006). Sin embargo, su conceptualización no solo ha variado a través de la historia de la psicoterapia y de las distintas orientaciones teóricas en psicología, sino que además se le ha hecho alusión de manera diferente a nivel de constructo; siendo también referenciada como relación terapéutica, alianza de trabajo, alianza de ayuda o vínculo terapéutico (Horvath et al., 2011).

A principios del siglo XX, Freud (1912) ya teorizaba en *The Dynamics of Transference* acerca de los fenómenos de transferencia y contratransferencia como aspectos esenciales en la terapia psicoanalítica; destacando el papel de los vínculos afectivos tempranos sobre el inconsciente y las evocaciones de estas experiencias pasadas que se producen en el momento clínico. Por su parte, años más tarde Rogers (1951) definió desde el enfoque humanista la existencia de unos componentes activos necesarios para el cambio desde la relación terapéutica: la empatía hacia el cliente, la aceptación incondicional del mismo y la autenticidad del terapeuta. Desde la perspectiva conductual, algunos autores como Truax (1966), tomaron este énfasis en la relación terapéutica manifestado desde el enfoque humanista para redefinir en términos operantes el proceso de cambio clínico, entendiéndolo y explicándolo, aludiendo a procesos de reforzamiento que se producen a través de la propia comunicación verbal. La ciencia cognitiva también ha tenido aproximaciones teóricas al concepto de alianza. Semerari (2002), por ejemplo, enfatizó desde este marco de referencia la presencia de esquemas interpersonales a nivel cognitivo que estarían compuestos de información sobre las relaciones, produciendo previsiones sobre uno mismo y el otro dentro de la reciprocidad establecida en terapia.

Dentro de las llamadas Terapias de Tercera Generación o Terapias Contextuales, la psicoterapia analítico-funcional también ha resaltado la importancia de la relación terapéutica, tratando de tender puentes entre el conductismo radical y el psicoanálisis, entendiendo el contexto clínico como un ambiente natural más del cliente donde el terapeuta puede llevar a cabo un manejo directo de las llamadas conductas clínicamente relevantes (Kohlenberg y Tsai, 1991).

Aunque si ha habido un modelo ampliamente acogido de la alianza terapéutica, ese ha sido el desarrollado por Bordin (1979, como se citó en Andrade, 2019), que se destaca por su proyección transteórica y su influencia humanista para establecer tres componentes en la

alianza: el vínculo entre el paciente y terapeuta, el acuerdo en los objetivos de la psicoterapia y el acuerdo en las tareas a realizar para alcanzar dichos objetivos.

A pesar de que el concepto de alianza terapéutica existe desde principios del siglo XX, no fue hasta los años 70 y 80 cuando adquirió relevancia debido a la publicación de diversas revisiones que concluyeron que había una ausencia de efectos diferenciales en los tratamientos psicológicos (Luborsky et al., 1975; Smith y Glass, 1977; Stiles et al., 1986); rescatando el conocido *veredicto del pájaro Dodo* que hipotetizaba una posible eficacia similar de distintos tratamientos psicológicos (Rosenzweig, 1936). Ante esta situación, el número de publicaciones que trataban de dilucidar la aportación de los factores comunes como la alianza terapéutica y su relación con los resultados de la terapia se incrementaron, y con ello, una serie de estudios que cuestionaron las conclusiones extraídas de todos ellos, desplegando toda una controversia teórico-metodológica dentro del mundo de la psicoterapia (González-Blanch y Carral-Fernández, 2017). Más recientemente, algunos autores como Froxán-Parga (2011), han destacado que la distinción entre técnicas y relación o alianza deja de tener sentido si se entiende que tanto una como la otra serían ocasión para la ocurrencia de los mismos procesos de aprendizaje; mientras que, otros como Pérez-Álvarez (2020) han planteado la posibilidad de que las técnicas funcionen en tanto que forman parte del contexto de una terapia, con su relación y su base lógica. Sea como fuere, se generó un debate dentro de la psicoterapia que se traslada hasta la actualidad de la mano de autores como Wampold (2015) en *The Great Psychotherapy Debate*; donde se discute el posible papel de los llamados factores comunes como la alianza terapéutica dentro del propio tratamiento.

Ante esta multiplicidad de enfoques y estudios en el entendimiento de la alianza terapéutica, parece que no hay un consenso claro sobre qué significa tener una buena alianza terapéutica y cómo esta afecta a la conducta del cliente (De Pascual, 2015). Por lo que se hace necesario entender qué conductas del terapeuta y del cliente son esenciales para lograrla, y entonces entrenar a los terapeutas; ya que, como Pérez-Álvarez (2020) aclara en este sentido, la relación terapéutica no es algo natural o espontáneo como si se dijera que el terapeuta nace, sino que el terapeuta se hace y con diferentes grados de excelencia.

En este sentido, y dado que el fenómeno de la alianza terapéutica, al igual que cualquier otro fenómeno psicológico es susceptible de ser medido, esto puede ayudar a una adecuada conceptualización del término. Para la evaluación en psicología, los constructos psicológicos plantean definiciones, dimensiones, conceptos subsidiarios e interpelaciones de la forma más detallada posible, así como las situaciones observables en las cuales se da la

manifestación del fenómeno interés y cómo este afecta a la conducta de los individuos (Hernández et al., 2010, como se citó en Lagunes-Córdoba, 2017).

Por todo ello, este trabajo se plantea como una revisión sistemática de los estudios que hayan desarrollado los instrumentos de evaluación psicológica más utilizados acerca de la alianza terapéutica, indagando en la operativización de este constructo y las propiedades psicométricas de cada instrumento.

## **Método**

### **Bases de datos, palabras clave y criterio de elegibilidad**

Siguiendo el protocolo PRISMA (Moher et al., 2009), en febrero de 2021 se llevó a cabo una búsqueda sistemática de estudios que analizaban las propiedades psicométricas de instrumentos y sistemas de evaluación dirigidos a la medición de la alianza terapéutica. Para ello, se consultaron las bases de datos PsycInfo, PsycArticles, PubMed y Psycodoc. El criterio de elegibilidad que se aplicó fue el de incluir los artículos originales de mayor alcance en la literatura científica revisados por pares en español e inglés que indicaran el desarrollo de estos instrumentos de evaluación. Por su parte, se dejaron a un lado tanto los artículos que presentaban un uso del instrumento, como las adaptaciones a otros idiomas o poblaciones y los instrumentos observacionales. Además, se excluyeron los instrumentos dirigidos a evaluar los aspectos relacionales de la alianza en grupos o familias. Los descriptores utilizados en la estrategia de búsqueda fueron “therapeutic alliance” AND “measurement”.

### **Procedimiento y síntesis de resultados**

La realización de la revisión se llevó a cabo de manera independiente por el autor y otros dos profesionales en el área, quienes siguieron los pasos descritos en el diagrama de flujo PRISMA (Figura 1). Una vez finalizado el proceso de selección, se revisaron las dudas o desacuerdos encontrados entre ellos. Por otro lado, más tarde se desarrolló el proceso de síntesis y recopilación de resultados (Tabla 1).

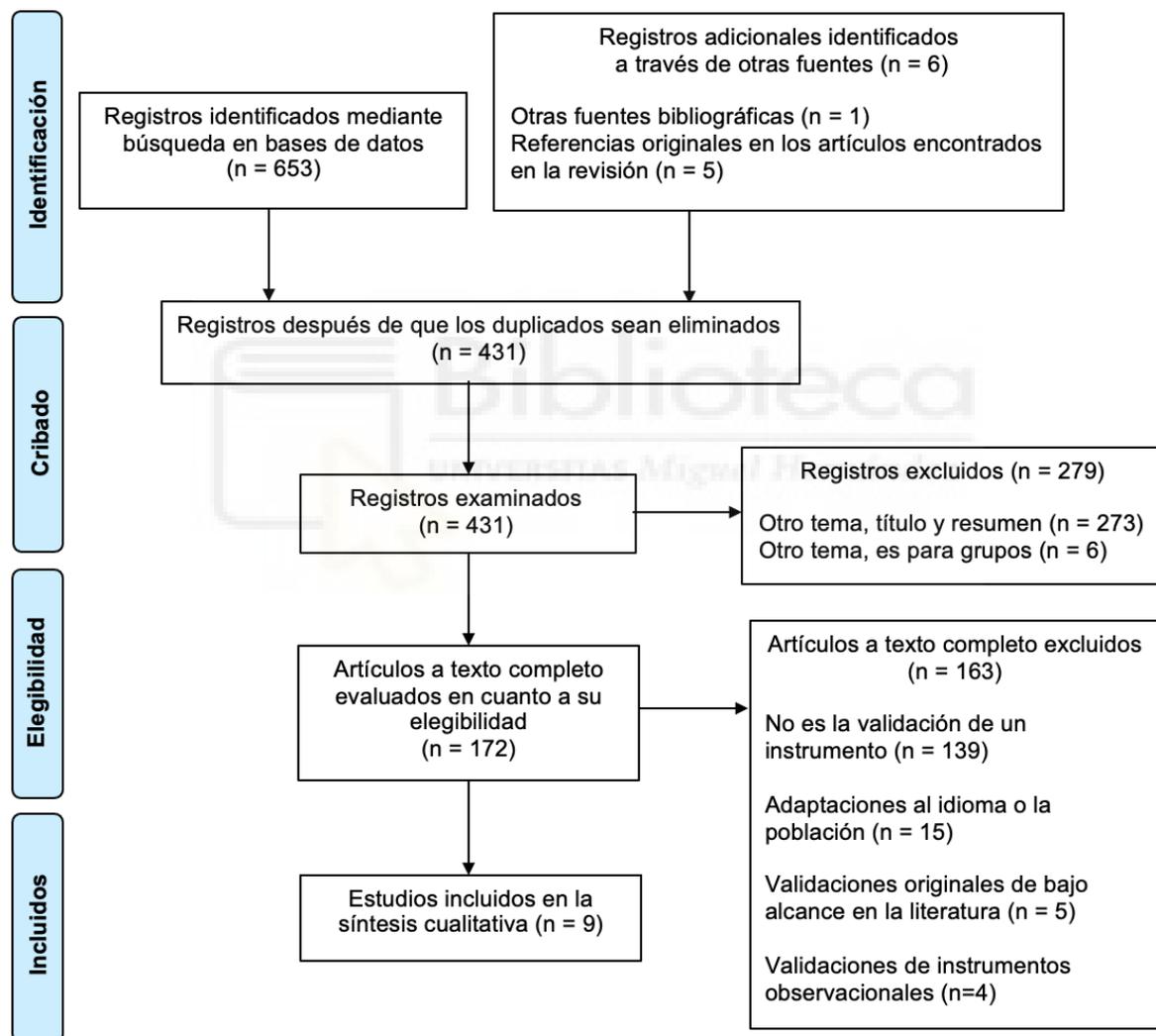
### **Análisis de calidad de los instrumentos**

El análisis de calidad de los instrumentos se llevó a cabo conjuntamente por el autor y los dos profesionales de la psicología mediante una lista de verificación de criterios para las características de desarrollo y aplicabilidad de medidas PRO (*patient-reported outcome measures*) compuesta por 18 criterios (Francis et al., 2016). Los 18 criterios se encuentran agrupados a través de seis aspectos; el modelo conceptual, la validez de contenido, la

fiabilidad, la validez de constructo, la puntuación e interpretación y la carga del encuestado y presentación (Tabla 2). Se valoró con un 1 cada vez que el criterio se cumplía y con un 0 cuando no. Por su parte, si el cumplimiento del criterio no estaba lo suficientemente claro, se registró como U/N. En este sentido, para este trabajo se han considerado de calidad adecuada todos los instrumentos que cumplieran, al menos, con la mitad de los criterios evaluados. El resultado del análisis de calidad queda recogido en la Tabla 3.

**Figura 1**

*Diagrama de flujo PRISMA*



**Tabla 1**

*Lista de criterios para las características de desarrollo y aplicabilidad de medidas PRO*

---

<b>Modelo conceptual</b>	
Criterio 1.	¿Ha sido específicamente definido el constructo PRO a medir?
Criterio 2.	¿Se ha descrito la población a la que va destinada el instrumento?
Criterio 3.	¿Aborda el modelo conceptual si se espera tratar con un constructo/escala o múltiples subescalas?
<b>Validez de contenido</b>	
Criterio 4.	¿Hay evidencia de que los miembros de la población a la que va destinada el instrumento participaron en el desarrollo de la medida PRO?
Criterio 5.	¿Hay evidencia de que expertos en el contenido participaron en el desarrollo de la medida PRO?
Criterio 6.	¿Hay una descripción de la metodología por la que los ítems/cuestiones fueron determinados (por ejemplo, grupos focales, entrevistas)?
<b>Fiabilidad</b>	
Criterio 7.	¿Hay evidencia de que la medida PRO de fiabilidad fue probada (por ejemplo, test-retest, consistencia interna)?
Criterio 8.	¿Se informa de índices de fiabilidad adecuados (por ejemplo, ideal: $r \geq .80$ ; adecuado; $r \geq .70$ ; o justificado de otra manera)?
<b>Validez de constructo</b>	
Criterio 9.	¿Hay información cuantitativa de que la medida PRO está compuesta por múltiples subescalas o de un único factor (por ejemplo, análisis factorial, teoría de la respuesta de los ítems)?
Criterio 10.	¿Los resultados apoyan las asociaciones esperadas con las medidas PRO existentes o con otros datos relevantes?
Criterio 11.	¿Los resultados apoyan diferencias esperadas en las puntuaciones entre los grupos relevantes conocidos?
Criterio 12.	¿Está la medida destinada para medir cambios en el tiempo? Si es que <b>SÍ</b> , ¿hay evidencia de la fiabilidad test-retest <b>Y</b> capacidad de respuesta al cambio? Por otro lado, concede 1 punto si hay una declaración explícita de que la medida PRO <b>NO</b> está destinada a medir el cambio en el tiempo.
<b>Puntuación e interpretación</b>	
Criterio 13.	¿Hay documentación sobre cómo puntuar la medida PRO (por ejemplo, método de puntuación como suma o algoritmo)?
Criterio 14.	¿Ha sido descrito un plan para gestionar y/o interpretar respuestas perdidas (por ejemplo, cómo puntuar encuestas incompletas)?
Criterio 15.	¿Se proporciona información sobre cómo interpretar las puntuaciones de medida PRO [por ejemplo, escalas/anclas, (cómo de altas y bajas son las puntuaciones representadas), datos normativos y/o una definición de severidad (leve→severo)]?
<b>Carga del encuestado y presentación</b>	
Criterio 16.	¿Se ha señalado el tiempo de cumplimentación y este es razonable? <b>O</b> , si <b>NO</b> está informado, ¿es el número de preguntas apropiado para la aplicación prevista?
Criterio 17.	¿Hay una descripción del nivel de alfabetización para la medida PRO?
Criterio 18.	¿Está disponible la medida PRO entera para el público (por ejemplo, publicado con la citación, o información proporcionada sobre cómo acceder a la copia)?

---

## Resultados

A través de la búsqueda se identificaron 172 artículos potencialmente relevantes para la revisión (Figura 1). De todos ellos, solo 9 pasaron el proceso de selección de artículos; mientras que el resto fueron excluidos por diversas razones expuestas anteriormente. En la Tabla 2 se recopilieron las características principales de los artículos seleccionados: instrumento, autores, conceptualización, tipo de medida, dimensiones, validez y fiabilidad.

Como se puede comprobar, la mayoría de los instrumentos recogidos en la revisión fueron desarrollados a partir de la década de los 80, con el auge del estudio de procesos comunes y factores inespecíficos en psicoterapia (Agnew-Davis et al. 1998, Gaston, 1991; Horvath y Greenberg, 1989; Luborsky et al., 1996; Marziali et al., 1984; Saunders et al., 1989). Aunque a lo largo de principios de este siglo también se han seguido desarrollando otros instrumentos sobre la alianza (Doran et al., 2012; Duncan et al., 2003; Falkenström et al., 2015) (Tabla 2).

Entre los instrumentos recopilados, el *Working Alliance Inventory* (WAI, Horvath y Greenberg, 1989) ha destacado por su especial impacto dentro de la comunidad científica, siendo además de uno de los instrumentos más empleados, el precursor de otras muchas versiones, traducciones y adaptaciones; entre las que se encuentra una versión observacional (Vöhringer et al., 2016), una versión corta (Corbella et al., 2011), y una versión específica de arteterapia (Bat Or y Zilcha-Mano, 2019). Además, algunos estudios más recientes han utilizado este inventario para investigar las relaciones entre la alianza terapéutica y aspectos como la sincronización cerebral interpersonal (Zhang et al., 2018) o los niveles de oxitocina en sangre (Zilcha-Mano et al., 2020).

Asimismo, otros instrumentos como las *California Psychotherapy Alliance Scales* (CALPAS, Gaston, 1991), el *Helping Alliance Questionnaire* (HAQ-II, Luborsky et al., 1996), las *Toronto Scales* (TARS, Marziali, 1984) o la *Vanderbilt Psychotherapy Process Scale* (VPPS, O'Malley et al., 1983) también han destacado como medidas de alianza terapéutica dentro de las referencias encontradas. De hecho, algunos autores como Elvins y Green (2008), han recomendado estas medidas por ser centrales en la evaluación de este constructo. Tanto es así, que todas ellas, a excepción de la *Vanderbilt Psychotherapy Process Scale*, se encuentran dentro de esta revisión. El motivo de exclusión de esta escala fue que se trataba de una medida observacional. Por su parte, a través de la referencia de Elvins y Green (2008) también se incorporó la *Therapeutic Bond Scale* (TBS, Saunders et al., 1989),

dado que no había sido detectada previamente entre las referencias obtenidas con la estrategia de búsqueda planteada.

En esta misma línea, otras referencias originales de instrumentos frecuentemente extendidos fueron detectadas directamente en la revisión; siendo incluidas así la *Session Rating Scale* (SRS, Duncan et al., 2003), la *Agnew Relationship Measure* (ARM, Agnew-Davis et al., 1998), el *Session Alliance Inventory* (SAI, Falkenström et al., 2015) y la *Alliance Negotiation Scale* (ANS, Doran et al., 2012).

### **Conceptualización de la alianza terapéutica en los instrumentos**

En lo que respecta a la conceptualización de la alianza terapéutica, la mayoría de los instrumentos encontrados destacan aspectos similares a la hora de definirla y operativizarla. El *WAI* (Horvath y Greenberg, 1989) es uno de los instrumentos en los que más influencia directa puede verse del modelo transteórico sobre la alianza de Bordin (1979). No obstante, no es el único instrumento de los revisados en el que se encuentran elementos conceptuales de este modelo (Agnew-Davis et al. 1998; Duncan et al., 2003; Falkenström et al., 2015; Luborsky et al., 1996; Marziali, 1984). En la *ANS*, propuesta por Doran et al. (2012), se entiende la construcción de la alianza como un proceso de negociación, recuperando aspectos teóricos propios del psicoanálisis. En otros como el *CALPAS* desarrollado por Gaston (1991), se destacan la confianza del paciente, la comprensión y compromiso del terapeuta, la similitud de metas y la capacidad de trabajo del paciente como elementos clave en el desarrollo de la alianza; ampliando la definición propuesta por Bordin (1979).

A diferencia del resto de instrumentos, la *TBS* (Saunders et al., 1989) hace alusión a este constructo desde la operativización del vínculo terapéutico, fundamentando esta en la definición desarrollada por Orlinsky y Howard (1978), donde se entiende por vínculo terapéutico la energía que cada participante invierte en el proceso, la resonancia empática que se produce en la relación y la afirmación mutua entre ambos.

### **Validez de los instrumentos**

Respecto a los indicadores de validez de los instrumentos revisados, el *WAI* (Horvath y Greenberg, 1989), el *TARS* (Marziali, 1984) y el *SAI* (Falkenström et al., 2015) presentaron exclusivamente datos de validez predictiva sobre los resultados de la terapia; mientras que otros, por su parte, no aportaron datos de validez en el artículo original (Agnew-Davis et al., 1998; Saunders et al., 1989) (Tabla 2).

En cuanto a los datos de validez convergente y discriminante, en el caso de la *ANS* (Doran et al., 2012) y el *HAq-II* (Luborsky et al., 1996), se encontraron correlaciones con otros dos instrumentos incluidos en la revisión; estos son, el *WAI* y el *CALPAS*, respectivamente. Por su parte, los artículos que aportaron datos de validez discriminante se centraron sobre todo en la nula correlación con variables sociodemográficas tanto del cliente como del terapeuta (Gaston, 1991; Luborsky et al., 1996); aunque en el caso del instrumento desarrollado por Gaston (1991), también se destacó una baja relación con la discapacidad social, una alta relación con la satisfacción con la terapia y una relación negativa con los síntomas y los problemas interpersonales.

Por su parte, para evaluar la validez de constructo en el instrumento de Doran et al. (2012), se desarrolló un protocolo para someter a los ítems a un proceso de puntuación por parte de un grupo de expertos.

### **Fiabilidad de los instrumentos**

En relación a los indicadores sobre la fiabilidad de los instrumentos, todos aportaron datos de consistencia interna tanto del total como de cada una de las dimensiones referidas; aunque algunos de ellos presentaron índices de consistencia interna por debajo de .70 (Agnew-Davis et al., 1998; Gaston, 1991; Saunders et al., 1989). En otro sentido, el *HAq-II* (Luborsky et al., 1996) y la *SRS* (Duncan et al., 2003) también reportaron información acerca de la fiabilidad test-retest, indicando relaciones de .56 y .64, respectivamente; aunque ninguno de ellos aportó datos sobre la capacidad de respuesta al cambio.

### **Análisis de calidad de los instrumentos**

En cuanto al análisis de calidad, la Tabla 3 recoge los resultados del análisis de los artículos incorporados en la revisión. Las puntuaciones totales obtenidas se encuentran en el rango de 7 a 12 puntos ( $M = 9.67$ ,  $DT = 1.8$ ), con una puntuación máxima posible de 18. La mayoría de los instrumentos obtuvo al menos la mitad de la puntuación, a excepción del *TARS* (Marziali, 1984) y el *TBS* (Saunders et al., 1989), que obtuvieron una puntuación total de 7. Dos de ellos obtuvieron una puntuación de 9, siendo considerados de calidad adecuada (Agnew-Davis et al., 1998; Luborsky et al., 1996); y cinco de ellos de calidad alta (Doran et al., 2012; Duncan et al., 2003; Falkenström et al., 2015; Gaston, 1991; Horvath y Greenberg, 1989).

**Tabla 2**

*Instrumentos de evaluación de la alianza terapéutica*

<b>Instrumento</b>	<b>Autores</b>	<b>Conceptualización</b>	<b>Tipo de medida</b>	<b>Dimensiones</b>	<b>Validez</b>	<b>Fiabilidad</b>
<b>ANS (Alliance Negotiation Scale)</b>	Doran et al. (2012)	Basado en la definición de la alianza terapéutica desde su dimensión de negociación (Safran y Muran, 2000)	12 ítems de escala psicométrica tipo Likert de 7 puntos evaluados.	2 factores de alianza (Factor 1: Comodidad con los sentimientos negativos y Factor 2: Postura flexible y negociable)	Validez convergente: Correlaciones con el WAI Validez de constructo: Altas puntuaciones medias de los ítems por parte de expertos	Consistencia interna con $\alpha = .81-.86$ (para cada factor y también para el factor total)
<b>ARM (Agnew Relationship Measure)</b>	Agnew-Davis et al. (1998)	Basados en las distintas conceptualizaciones tradicionales y componentes de alianza terapéutica (Bordin, 1979; Gaston, 1991; Hartley y Strupp, 1983; Horvath y Luborsky, 1993). Descartan los ítems que conciben la alianza como una técnica y también los de 'resultado temprano'.	26 ítems de escala psicométrica tipo Likert de 7 puntos evaluados.	6 subescalas de alianza (Escala 1: Vínculo, Escala 2: Colaboración, Escala 3: Confianza, Escala 4: Transparencia, Escala 5: Iniciativa del cliente)	No se aportaron datos de validez en el artículo original.	Consistencia interna con $\alpha = .77-.87$ (para 4 de las escalas) y .55 para la escala de Transparencia
<b>CALPAS (California Psychotherapy Alliance Scale)</b>	Gaston (1991)	A partir del marco psicodinámico; Gaston destaca la confianza del paciente, la comprensión y compromiso del terapeuta, la similitud de metas y la	24 ítems de escala psicométrica tipo Likert de 7 puntos	4 dimensiones (PC: compromiso del paciente, PWC: capacidad de trabajo del paciente, TUI: comprensión y	Validez discriminante: Correlación nula con el número de sesiones en psicoterapia, los años de práctica, edad, nivel educativo o	Consistencia interna con $\alpha = .84$ con $\alpha$ 's para las 4 dimensiones que van desde .43-.73.

		capacidad de trabajo del paciente.		compromiso del terapeuta, WSC: similitud de metas)	ingresos. Tampoco con la escala MC-SDS. Validez convergente: correlaciones con SCL-10, IIP y CSQ-8	
<b>HAq-II (Helping Alliance Questionnaire)</b>	Luborsky et al. (1996)	Basándose en la definición transteórica de Bordin (1979), Luborsky introduce el concepto cuantitativo de Helping Alliance.	19 ítems de escala psicométrica tipo Likert de 6 puntos	2 dimensiones (Factor 1: Alianza Terapéutica Positiva y Factor 2: Alianza Terapéutica Negativa)	Validez convergente: Correlaciones con CALPAS. Validez discriminante: Sin correlaciones con atención temprana, edad, etnia, género, estado civil u ocupación. Sin relación con estas variables y alianza en sesiones más avanzadas; ni con la severidad de los síntomas. Correlación con el consumo de drogas a partir de la sesión 5.	Consistencia interna con $\alpha = .90$ durante todas las sesiones. Fiabilidad test-retest a lo largo de 3 sesiones = .56 para la versión terapeuta y de .78 para la versión paciente. Estabilidad temporal entre la sesión 5 y 24: para la versión paciente, ( $r = .34, p < .005$ ), versión terapeuta ( $r = .55, p < .001$ )
<b>SAI (Session Alliance Inventory)</b>	Falkenström et al. (2015)	Basado en la definición transteórica de Bordin (1979): acuerdo con los objetivos, acuerdo sobre las tareas y vínculo en la relación. Se trata de una readaptación del WAI-SR.	Debido a la alta intercorrelación en los ítems del WAI-SR: 6 ítems de escala psicométrica tipo Likert de 7 puntos.	2 dimensiones (Unificación del Factor Task + Goal y Bond)	Validez predictiva: sobre el CORE-OM (distrés psicológico experimentado durante la semana anterior).	Correlaciones entre dimensiones = .53-.78 (dependiendo de la muestra) Consistencia interna $\omega = .89-.94$ (dependiendo de la muestra)

<b>SRS (Session Rating Scale)</b>	Duncan et al. (2003)	Basado en la definición transteórica de Bordin (1979): acuerdo con los objetivos, acuerdo sobre las tareas y vínculo en la relación; así como en la aportación de Gaston (1990) sobre la congruencia entre creencias acerca de cómo las personas cambian en terapia.	4 ítems analógico-visuales con dos polos separados por un continuo.	1 único factor de alianza	Validez concurrente: Correlaciones con el HAQ-II Validez predictiva: presenta misma correlación con los resultados que otros instrumentos	Consistencia interna con $\alpha = .88$ Fiabilidad test-retest =: .64
<b>TARS (Therapeutic Alliance Rating System)</b>	Marziali (1984)	A partir del marco psicodinámico y la definición transteórica de Bordin (1979), así como ítems obtenidos de otras pruebas como el HAQ o el VPPS. Se da énfasis en los aspectos afectivos entre terapeuta y paciente.	42 ítems de escala psicométrica de 6 puntos evaluados.	4 subescalas: la Contribución Positiva del Paciente, la Contribución Negativa del Paciente; la Contribución Positiva del Terapeuta y la Contribución Negativa del Terapeuta.	Validez predictiva: con los resultados de la terapia.	Consistencia interna con $\alpha = .81-.93$
<b>TBS (Therapeutic Bond Scales)</b>	Saunders et al. (1989)	Basándose en la definición de Orlinsky y Howard (1978, 1986, 1987). Tres dimensiones del concepto: la energía que cada participante invierte en el proceso de psicoterapia, la resonancia empática y la afirmación mutua.	50 ítems de escala psicométrica de 21 puntos evaluados	3 dimensiones (WA Scale: Working Alliance Scale, ER Scale: Empathic Resonance Scale, MA Scale: Mutual Affirmation Scale)	No se aportaron datos de validez en el artículo original.	Consistencia interna con $\alpha = .62-.82$ (para cada una de las subescalas y también para la escala total)

<b>WAI (Working Alliance Inventory)</b>	Horvath y Greenberg (1989)	Basado en la definición transteórica de Bordin (1979): acuerdo con los objetivos, acuerdo sobre las tareas y vínculo en la relación	36 ítems de escala psicométrica tipo Likert de 7 puntos	3 dimensiones de acuerdo con las descritas por Bordin (1980): WAI Task, WAI Bond y WAI Goal	Validez predictiva: sobre los resultados del counseling en las subescalas Task y Goal, así como en la puntuación total	Consistencia interna con $\alpha = .93$ con coeficientes por encima de .85 para las escalas individuales dependiendo del estudio referido
---	----------------------------	---	---	---	--	---

**Tabla 3**

*Análisis de calidad de los instrumentos*

	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9	C10	C11	C12	C13	C14	C15	C16	C17	C18	CIs	T
<b>ANS</b>	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	0	1	+	12
<b>ARM</b>	0	1	1	0	0	1	1	0	1	0	0	0	1	0	1	1	0	1	/	9
<b>CALPAS</b>	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	0	0	1	0	1	1	0	0	+	10
<b>HAq-II</b>	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	0	1	/	9
<b>SAI</b>	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	0	1	+	11
<b>SRS</b>	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0	1	+	11
<b>TARS</b>	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	-	7
<b>TBS</b>	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	-	7
<b>WAI</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	+	11

*Nota.* 1: Criterio cumplido; 0: Criterio no cumplido; U/N: No está claro. Clasificación (CIs): "-": No cumple al menos la mitad de los criterios; "/": Calidad media. Cumple al menos la mitad de los criterios, "+": Calidad alta. Cumple más de la mitad de los criterios. T = Puntos totales; ANS = Alliance Negotiation Scale; ARM = Agnew Relationship Measure; CALPAS = California Psychotherapy Alliance Scales; HAq-II = Helping Alliance Questionnaire; SAI = Session Alliance Inventory; SRS = Session Rating Scale; TARS = Therapeutic Alliance Rating System; TBS = Therapeutic Bond Scales; WAI = Working Alliance Inventory.

## Discusión

Tal y como se puede ver en los resultados de la revisión, la alianza terapéutica es un constructo que ha generado mucho interés en la comunidad investigadora, desencadenando el desarrollo y aplicación de una multitud de instrumentos de medida hasta la fecha. De ahí que se hayan encontrado desde escalas autoinformadas hasta medidas observacionales, hecho que además refleja la multiplicidad de enfoques con los que se ha evaluado el fenómeno de la alianza.

En lo que respecta a la conceptualización más utilizada de alianza terapéutica a la hora de operativizar este constructo, se ha podido observar la enorme influencia de la definición de Bordin (1979). Definición que a pesar de presentarse como transteórica, hunde sus raíces en la psicología humanista y el psicoanálisis. De hecho, a la vista de los resultados, solo tres de los instrumentos presentaron conceptualizaciones más alejadas de esta definición (Doran et al., 2012; Gaston, 1991; Saunders et al., 1989); aunque con aproximaciones a este constructo que también rescataban supuestos de alguna de estas corrientes teóricas. En contraposición, no parece que autores próximos a otros paradigmas hayan mostrado especial atención en el concepto de 'alianza', pese a que tanto desde perspectivas cognitivas como conductistas se le ha dado importancia a la relación entre el terapeuta y el cliente (Ruiz, 2013). Por todo ello, era asumible que la mayoría de los acercamientos llevados a cabo por los autores de estos instrumentos se enmarcaran tanto en el paradigma humanista como en el psicodinámico, dado que el propio concepto de alianza presenta en sí mismo un origen teórico en este último (Andrade González, 2019). En este sentido, resulta llamativa la forma en la que el afán por dar respuesta al *verdicto del pájaro Dodo* mediante el estudio de los factores comunes en psicoterapia, recae de nuevo en la heterogeneidad teórica presente en la psicología.

Por su parte, y en relación a lo mencionado anteriormente, la aproximación al marco conceptual propuesta por los autores de los distintos instrumentos también ha explicitado la facilidad con la que se puede incurrir en pseudoexplicaciones acerca de fenómenos psicológicos como la 'alianza'; generando en ocasiones un *corpus* conceptual que, lejos de proporcionar un acercamiento más operativo al fenómeno, puede favorecer una mayor confusión. En el instrumento desarrollado por Saunders et al. (1989), se puede observar de forma clara este aspecto; ya que, la definición de 'vínculo terapéutico' se ve desgranada por dimensiones como la llamada 'resonancia empática', que a su vez es descrita como 'el sentido de estar en la misma longitud de onda'. Así, se vuelve necesario en ocasiones reconducir el

concepto de alianza hacia qué cuestiones de lo que hacen, piensan o sienten tanto el terapeuta como el cliente puede reflejar la presencia o ausencia del fenómeno.

Por otro lado, como ya se ha comentado en resultados acerca del análisis de calidad de los estudios, la mayoría de ellos superaron al menos la mitad de los criterios evaluados, aunque se quedaron lejos de verificar los 18 criterios establecidos. Uno de los aspectos que generalmente ha reducido esa calidad, es que la mayoría de los artículos no aportaron datos sobre el nivel de participación en el desarrollo del instrumento, tanto por parte de la población a la que iba destinado, como por parte de los expertos en el contenido. Del mismo modo, uno de los aspectos que también ha alterado de forma general esa calidad ha sido la omisión de un análisis factorial, a pesar de que en algún caso se ha destacado la importancia de confirmar las dimensiones propuestas en el propio instrumento (Gaston, 1991).

Respecto a las características psicométricas de fiabilidad, en casi todos los casos se informa de una adecuada consistencia interna tanto para la escala total, como para cada una de las subescalas. No obstante, no se suelen aportar datos de fiabilidad test-retest y capacidad de respuesta al cambio, pese a que el propio instrumento de alianza está destinado a medir cambios en el tiempo; lo que pone en entredicho su fiabilidad.

Asimismo, los resultados de la revisión también han puesto de manifiesto que el estudio de la alianza se traduce en una insistencia por alcanzar conclusiones sólidas sobre el carácter predictor de esta sobre los propios resultados de la terapia. De hecho, tres de los instrumentos incorporados aportaron datos de validez que se focalizaron de forma casi exclusiva en la predicción de esta otra variable (Duncan et al., 2003; Horvath & Greenberg, 1989; Marziali, 1984); dejando a un lado tanto otros aspectos psicométricos de validez, como otros fenómenos que pueden estar detrás de los resultados de la terapia como son la remisión espontánea o la regresión a la media (González-Blanch y Carral-Fernández, 2017).

En lo referente a las limitaciones de la propia revisión, la estrategia de búsqueda empleada ha supuesto una aproximación parcial al fenómeno de la alianza; dejando a un lado instrumentos y sistemas de evaluación que pudieran acercarse a este constructo desde otros marcos teóricos de interés. Por su lado, la exclusión de instrumentos observacionales también ha desestimado una serie de instrumentos de evaluación psicológica, a pesar de que varios de ellos también evaluaban la alianza desde una perspectiva estática y con un origen teórico común a los incluidos (McLeod et al., 2017; O'Malley et al., 1983; Vöhringer et al., 2016). Además, el análisis de calidad empleado sobre los instrumentos incluidos en la revisión se ha realizado con la versión original de cada cuestionario, descontextualizando las aportaciones

psicométricas y metodológicas que han hecho cada uno de estos. Este hecho ha podido influir en que los artículos más recientes hayan podido situarse también entre los que más criterios han superado en el análisis de calidad (Doran et al., 2012; Duncan et al., 2003; Falkenström et al., 2015).

Con todo, se precisa por un lado de aproximaciones más tangibles y menos estáticas del concepto de alianza; que entiendan la alianza como un fenómeno dúctil, susceptible de ser una variable más que puede controlar el propio terapeuta a través de determinadas acciones y sometida a procesos concretos de la interacción verbal que se dan en el momento a momento de la terapia (Froxán-Parga, 2011). Y seguidamente, de características psicométricas lo más adecuadas posibles que estén a la base de la aplicabilidad de estos instrumentos o sistemas de evaluación. Así pues, el ámbito de la evaluación en psicoterapia requiere de la apertura a toda una adaptación de diversas formas de entender, predecir y explicar la alianza; ya que independientemente de si la predicción de la alianza sobre los resultados de la terapia puede ser adecuada (Flückiger et al., 2018) o no (De Greef et al., 2017), es un aspecto clave dentro del estudio de los llamados factores comunes.

Como Fonseca-Pedrero et al. (2021) comentan, no existe un qué sin un cómo, por lo que ninguna técnica eficaz y efectiva se puede implementar sin una relación terapéutica. Sin embargo, parece que las “Guías Clínicas” se centran más en lo primero que en lo segundo; aun siendo las terapias más similares en eficacia que en sus concepciones y procedimientos (Pérez-Álvarez, 2020, como se citó en Fonseca-Pedrero et al. 2021).

## Referencias

Las referencias marcadas (\*) se corresponden con los artículos incluidos en la revisión.

\*Agnew-Davies, R., Stiles, W. B., Hardy, G. E., Barkham, M. y Shapiro, D. A. (1998). Alliance structure assessed by the Agnew Relationship Measure (ARM). *British Journal of Clinical Psychology*, 37(2), 155-172.

<https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1998.tb01291.x>

Andrade González, N. (2019). *Elementos eficaces de la relación terapéutica en psicoterapia individual*. Universidad de Alcalá. Servicio de Publicaciones.

Bat Or, M. y Zilcha-Mano, S. (2019). The Art Therapy Working Alliance Inventory: The development of a measure. *International Journal of Art Therapy*, 24(2), 76–87.

<https://doi.org/10.1080/17454832.2018.1518989>

- Corbella, S., Botella, L., Gómez, A. M., Herrero, O. y Pacheco, M. (2011). Características psicométricas de la versión española del Working Alliance Inventory-Short (WAI-S). *Anales de Psicología / Annals of Psychology*, 27(2), 298-301.  
<https://www.redalyc.org/pdf/167/16720051004.pdf>
- De Greef, M., Pijnenburg, H. M., van Hattum, M. J., McLeod, B. D. y Scholte, R. H. (2017). Parent- professional alliance and outcomes of child, parent, and family treatment: A systematic review. *Journal of Child and Family Studies*, 26(4), 961–976.  
<https://doi.org/10.1007/s10826-016-0620-5>
- De Pascual, R. (2015). *La motivación en terapia: Un análisis funcional* [Tesis Doctoral, Universidad Autónoma de Madrid].  
<http://hdl.handle.net/10486/669271>
- \*Doran, J. M., Safran, J. D., Waizmann, V., Bolger, K. y Muran, J. C. (2012). The Alliance Negotiation Scale: Psychometric construction and preliminary reliability and validity analysis. *Psychotherapy Research*, 22(6), 710-719.  
<https://doi.org/10.1080/10503307.2012.709326>
- \*Duncan B. L., Miller S. D., Sparks J., Claud D., Reynolds L., Brown J. y Johnson L. (2003). The Session Rating Scale: Preliminary psychometric properties of a “working” alliance measure. *Journal of Brief Therapy*, 3(1), 3-12.
- Elvins, R. y Green, J. (2008). The conceptualization and measurement of therapeutic alliance: an empirical review. *Clinical Psychological Review*, 28(7), 1167-1187.  
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2008.04.002>
- \*Falkenström, F., Hatcher, R. L., Skjulsvik, T., Larsson, M. H. y Holmqvist, R. (2015). Development and validation of a 6-item working Alliance questionnaire for repeated administrations during psychotherapy. *Psychological Assessment*, 27(1), 169–183.  
<https://doi.org/10.1037/pas0000038>.
- 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.  
<https://doi.org/10.1037/pst0000172>
- Fonseca-Pedrero, E., Pérez-Álvarez, M., Al-Halabí, S., Inchausti, F., Muñoz, J., López-Navarro, E., Pérez de Albéniz, A., Lucas, B., Debbané, M., Bobes-Bascarán, M. T., Gimeno-Peón, A., Prado-Abril, J., Fernández-Álvarez, J., Rodríguez-Testal, J. F., González, D., Díez-Gómez, A., García, J. M., García, L., Osmá, J.,... Marrero, R. J. (2021). Tratamientos Psicológicos Empíricamente Apoyados Para Adultos: Una Revisión Selectiva. *Psicothema*, 33(2), 188-197.  
<https://doi.org/10.7334/psicothema2020.426>
- Francis, D. O., McPheeters, M. L., Noud, M., Penson, D. F. y Feurer, I. D. (2016). Checklist to operationalize measurement characteristics of patient-reported outcome measures.

- Systematic Reviews*, 5(1), 129.  
<https://doi.org/10.1186/s13643-016-0307-4>
- Freud, S. (1912). The dynamics of transference. En *Complete Psychological Works*, vol. 12. (pp. 97–108). Hogarth Press.
- Froxán-Parga, M. X. (2011). ¿Por qué funcionan los tratamientos psicológicos? *Clínica y salud*, 22(3), 201-204.  
<https://doi.org/10.5093/cl2011v22n3a1>
- \*Gaston, L. (1991). Reliability and criterion-related validity of the California Psychotherapy Alliance Scales-Patient Version. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3(1), 68-74.  
<https://doi.org/10.1037/1040-3590.3.1.68>
- González-Blanch, C. y Carral-Fernández, L. (2017). ¡Enjaulad a Dodo, por favor! El cuento de que todas las psicoterapias son igual de eficaces. *Papeles del Psicólogo*, 38(2), 94-106.  
<https://doi.org/10.23923/pap.psicol2017.2828>
- Green, J. (2006). Annotation: the therapeutic alliance - a significant but neglected variable in child mental health treatment studies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(5), 425-435.  
<https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2005.01516.x>
- Horvath, A., Del Re, A. C., Flückiger, C. y Symonds, D. (2011). The alliance. En J. C. Norcross (Ed.). *Relationships that work* (pp. 25-69). Oxford University Press.
- \*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>
- Kohlenberg, R. J. y Tsai, M. (1991). *Functional Analytic Psychotherapy: A guide for creating intense and curative therapeutic relationship*. Plenum.
- Lagunes-Córdoba, R. (2017). Recomendaciones sobre los procedimientos de construcción y validación de instrumentos y escalas de medición en la psicología de la salud. *Psicología y Salud*, 27(1), 5-18.  
<https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/viewFile/2431/4279>
- Luborsky, L., Singer, B. y Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies: Is it true that "every won has one and all must have prizes"? *Archives of General Psychiatry*, 32(8), 995-1008.  
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.1975.01760260059004>
- \*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.

*The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 5(3), 260–271.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22700294/>

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

<https://doi.org/10.1097/00005053-198407000-00008>

McLeod, B. D., Southam-Gerow, M. A. y Kendall, P. C. (2017). Observer, youth, and therapist perspectives on the alliance in cognitive behavioral treatment for youth anxiety. *Psychological Assessment*, 29(2), 1550-1555.

<https://doi.org/10.1037/pas0000465>

Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G. y The PRISMA Group. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *PLoS Medicine*, 6(7), e1000097.

<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>

O'Malley, S. S., Suh, C. S. y Strupp, H. H. (1983). The Vanderbilt Psychotherapy Process Scale: A report on the scale development and a process-outcome study. *Journal of consulting and clinical psychology*, 51(4), 581.

<https://doi.org/10.1037/0022-006X.51.4.581>

Orlinsky, D. E. y Howard, K. I. (1978). The relation of process to outcome in psychotherapy. En S. L. Garfield y A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 283-329). Wiley.

Orlinsky, D. E. y Howard, K. I. (1986). Process and outcome in psychotherapy. En S. L. Garfield y A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 311-381). Wiley.

Orlinsky, D. E. y Howard, K. E. (1987). A generic model of psychotherapy. *Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy*, 6(1), 6-27.

Pérez-Álvarez, M. (2020). El embrollo científico de la psicoterapia: cómo salir. *Papeles del Psicólogo*, 41(3), 174-193.

<https://doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2944>

Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy*. Riverside Press.

Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 6(3), 412-415.

<https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1936.tb05248.x>

Ruiz, J. J. (2013). Transferencia y contratransferencia. Del Psicoanálisis a la Psicoterapia Analítica Funcional. *REALITAS, Revista de Ciencias Sociales, Humanas y Artes*, 1(2), 52-58.

- Safran, J.D. y Muran, J.C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. Guilford Press.
- \*Saunders, S. M., Howard, K. I. y Orlinsky, D. E. (1989). The Therapeutic Bond Scales: Psychometric characteristics and relationship to treatment effectiveness. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1(4), 323-330.  
<https://doi.org/10.1037/1040-3590.1.4.323>
- Semerari, A. (2002). *Psicoterapia cognitiva del paciente grave. Metacognición y relación terapéutica*. Desclée de Brouwer.
- Smith, M. L. y Glass, G. V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist*, 32(9), 752-760.  
<https://doi.org/10.1037/0003-066X.32.9.752>
- Stiles, W. B., Shapiro, D. y Elliot, R. (1986). Are all psychotherapies equivalent? *American Psychologist*, 41(2), 165-180.  
<https://doi.org/10.1037/0003-066X.41.2.165>
- Truax, C.B. (1966). Reinforcement and nonreinforcement in Rogerian Psychotherapy. *Journal of Abnormal Psychology*, 71(1), 1-9.  
<https://doi.org/10.1037/h0022912>
- Vöhringer, C., Pérez, J., Martínez, C., Altimir, C., Dagnino, P., Suárez, N. y Krause, M. (2016). "Working Alliance Inventory" Versión Observacional: Traducción, Adaptación y Validación al Castellano. *Terapia Psicológica*, 31(3), 301-311.  
<https://doi.org/10.4067/S0718-48082013000300005>
- Wampold, B. E. y Imel, Z. E. (2015). *The Great Psychotherapy Debate: The evidence for what makes psychotherapy work*. Routledge.
- Zhang, Y., Meng, T., Hou, Y., Pan, Y. y Hu, Y. (2018). Interpersonal brain synchronization associated with working alliance during psychological counseling. *Psychiatry research. Neuroimaging*, 282, 103-109.  
<https://doi.org/10.1016/j.psychresns.2018.09.007>
- Zilcha-Mano, S., Shamay-Tsoory, S., Dolev-Amit, T., Zagoory-Sharon, O. y Feldman, R. (2020). Oxytocin as a biomarker of the formation of therapeutic alliance in psychotherapy and counseling psychology. *Journal of Counseling Psychology*, 67(4), 523-535.  
<https://doi.org/10.1037/cou0000386>