



FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

# **INFLUENCIA DEL ESTILO PERSONAL DEL TERAPEUTA EN LA CALIDAD DE LA ALIANZA**

Autor: Lucía Moya Cortés  
Director: Sara Ben-Bouchta del Viejo

Madrid  
Mayo, 2015

Lucía  
Moya  
Cortés

**INFLUENCIA DEL ESTILO PERSONAL DEL TERAPEUTA EN LA CALIDAD DE LA ALIANZA**



# **Influencia del Estilo Personal del Terapeuta en la calidad de la Alianza**

## **Resumen**

El objetivo principal del presente estudio es profundizar en el conocimiento del Estilo Personal del Terapeuta (EPT) y estudiar las relaciones entre diferentes funciones de este estilo y la calidad de la alianza terapéutica. Un buen vínculo a nivel emocional y relacional entre paciente y terapeuta resulta determinante para los resultados y el éxito de la terapia. El EPT fue evaluado con el cuestionario EPT-C (Fernández Álvarez, Garcia, LoBianco y Corbella, 2003) que distingue seis funciones que permiten dibujar el perfil personal de cada terapeuta: instruccional, atencional, expresiva, operacional e involucrativa. La alianza terapéutica fue evaluada a través del cuestionario WAI-S, en su versión para el terapeuta (Tracey y Kokotovic, 1989). La muestra del estudio estuvo formada por 48 psicoterapeutas que se encontraban ejerciendo la práctica clínica en el momento en que se llevó a cabo la investigación. Los resultados de los análisis indican una correlación significativa entre la función Expresiva (proximidad emocional) y la calidad de la alianza percibida por los terapeutas.

**Palabras clave:** estilo personal del terapeuta, alianza terapéutica, entrenamiento del terapeuta.

## **Abstract**

The aim of the present study is to get deeper knowledge of the Personal Style of the Therapist (EPT) and to study the relations between the different functions of this style and the quality of therapeutic alliance. A good emotional and relational bond between patient and therapist is decisive for the results and the success of the therapy. The EPT was evaluated by the questionnaire EPT-C (Fernandez Álvarez, Garcia, LoBianco and Corbella, 2003) that distinguishes six functions that allow to picture the therapist personal profile: instructional, attentional, expressive, operational and engagement. The therapeutic alliance was evaluated across the questionnaire WAI-S, on the therapist version (Tracey and Kokotovic, 1989). The study sample was formed by 48 psychotherapists who were exercising the clinical practice in the moment in which the investigation was carried out. The results of the analyses indicate a significant correlation between the Expressive function (emotional proximity) and the quality of the alliance perceived by the therapists.

**Key words:** personal style of the therapist, therapeutic alliance, therapist in training.

## Introducción

La psicoterapia no se puede concebir al margen de la relación que se establece entre cliente y terapeuta. La calidad del vínculo entre ambos a nivel emocional y relacional es una parte imprescindible del éxito del proceso terapéutico, de hecho, la investigación realizada hasta la fecha, indica que se trata de un aspecto determinante de la eficacia de la terapia (Corbella y Botella, 2003).

Lambert (1992) realizó una primera aproximación a los factores que contribuyen al cambio terapéutico, estimando la contribución relativa de cada uno de ellos. De este modo, atribuyó un 40% al cambio extraterapéutico, un 15% al efecto placebo, determinado por las expectativas del paciente, un 15% a las técnicas empleadas y un 30% a los factores comunes.

El cambio extraterapéutico hace referencia a factores del cliente, como la personalidad; o de su entorno, como acontecimientos fortuitos o el apoyo social, que contribuyen a la mejoría de la persona con independencia de la terapia. Las expectativas o el efecto placebo se derivan del hecho de que el paciente sabe que se le va a ayudar y de la credibilidad que generan las técnicas o explicaciones específicas. Las técnicas aluden a los procedimientos empleados durante la psicoterapia. Y, por último, por factores comunes se entienden aquellas variables que comparten todas las psicoterapias con independencia de la orientación teórica. La alianza terapéutica constituye uno de estos factores presentes en todas las terapias (Feixas y Miró, 1993).

La importancia de la alianza terapéutica en el desarrollo del proceso psicoterapéutico y en los resultados de la psicoterapia es indudable; es por este motivo que la mayoría de las escuelas psicoterapéuticas le han prestado atención y han reconocido su relevancia (Andrade, 2005).

La conceptualización del término alianza se fue desarrollando a lo largo del siglo XX, originándose en el ámbito de la literatura psicoanalítica (Corbella y Botella, 2003). Freud (1912) ya señalaba la importancia de una actitud comprensiva del analista hacia el paciente para establecer una relación positiva entre ambos (Corbella y Botella, 2003). En el contexto de dicha relación, conceptualizó la transferencia como motor de cambio, pero también como un posible obstáculo. Ferenczi (1932) destacó como esencial que el paciente reviviera su pasado problemático en la relación terapéutica (Feixas y Miró, 1993). Sterba (1934) recalcó la importancia de la identificación positiva del paciente con el terapeuta para trabajar en la consecución de las tareas terapéuticas comunes (Corbella y Botella, 2003). Zetzel (1956) fue el primero en afirmar el poder de la alianza para la efectividad del tratamiento y la diferenció de la transferencia, afirmando que la alianza era la parte no neurótica de la relación entre paciente y terapeuta que posibilita el *insight* (Etchevers et al., 2010).

Greenson (1956) definía la alianza como “la relación racional y relativamente no neurótica que tiene el paciente con su analista” (Etchevers, González y Simkin, 2012) y recomendaba que el terapeuta promoviese el trabajo conjunto desde el inicio de la terapia usando términos como “podemos ver” o “veamos esto” (Etchevers et al., 2012).

Hartmann (1960) sostiene que para que se forje una buena alianza es necesaria "Un área libre de conflictos", mientras que Hartley (1985) diferencia entre la "relación real" y "la alianza de trabajo" (Etchevers et al., 2012).

Finalmente, entre los autores psicoanalistas, cabe mencionar a Winnicott (1955), quien modificó el dispositivo terapéutico clásico adaptando la relación terapéutica, incluido en el llamado *setting*, para el tratamiento de pacientes no neuróticos. Propuso adecuar la frecuencia y la duración de las sesiones así como el tipo de intervención a las necesidades del paciente, no siendo la interpretación la intervención por excelencia (Etchevers et al., 2010).

Desde el movimiento humanista, se ha prestado siempre especial atención al papel de la alianza terapéutica dentro del proceso psicoterapéutico. Para Rogers (1972) tiene una función básica consistente en crear las condiciones que favorezcan el alcance de los objetivos de la terapia. La empatía, la congruencia y la aceptación incondicional por parte del terapeuta facilita la relación con el paciente, facilitando a éste último la autoexploración experiencial y, por tanto, el cambio terapéutico (Botella y Corbella, 2004).

Las perspectivas tradicionales de la terapia *gestalt* enfatizaban la relación como un medio para conseguir la conciencia de la experiencia del cliente, mientras que visiones más contemporáneas consideran que la relación es el medio para establecer un contacto experiencia con el cliente (Botella y Corbella, 2004).

Desde el modelo conductual, en un principio, se desestimó la importancia de la alianza con respecto a las nociones del condicionamiento. Se postulaba que la calidad técnica de las intervenciones del terapeuta como "instructor" para que el paciente aprendiese ciertos hábitos o conductas era el elemento esencial.

Sin embargo, cuando este enfoque comenzó a adoptar una posición más social con respecto al aprendizaje se revitalizó el interés por la relación terapéutica (Safran y Segal, 1994). La orientación cognitiva y más concretamente las perspectivas constructivistas consideran la alianza la parte central del proceso terapéutico (Botella y Corbella, 2006). Algunos autores adscritos al marco cognitivo-conductual, como por ejemplo Wolpe (1958), observó que los pacientes con los que inicialmente se sentía más a gusto tendían a presentar mejores resultados en una menor cantidad de tiempo.

Desde la perspectiva de Beck, Rush, Shaw y Emery (1979), se ha desarrollado el constructo de "empirismo colaborativo" para explicar el rol de la relación terapéutica en el cambio y para construir guías que permitan fortalecer dicha relación, permitiendo la administración de guías específicas (Etchevers et al., 2012).

Además de todos estas aportaciones a la definición de la alianza terapéutica desde las distintas corrientes, cabe mencionar como los autores más influyentes en la concepción actual del término a Bordin y a Luborsky (Corbella y Botella, 2003). El primero, Bordin, sugirió que una buena alianza era requisito imprescindible para el cambio en cualquiera de las formas de

psicoterapia, y conceptualizó el término en base a tres componentes independientes: tareas, objetivos y vínculo (Safran y Muran, 2005).

Por tareas de la terapia, se entienden aquellas actividades específicas, tanto cubiertas como encubiertas, que el paciente ha de ejecutar para obtener un beneficio del tratamiento. Los objetivos constituyen las metas generales hacia las que se dirige el tratamiento. El componente del vínculo de la alianza alude a la calidad afectiva de la relación entre terapeuta y paciente. Estos tres componentes se relacionan entre sí de forma continua y dinámica, de modo que la calidad del vínculo media el grado de acuerdo que alcanzan paciente y terapeuta en cuanto a los objetivos y tareas de la terapia, y a su vez, dicho acuerdo, determina la calidad del vínculo entre ambos. (Safran y Muran, 2005).

Para Bordin, la alianza terapéutica no es curativa de por sí, sino que se trata de un ingrediente que hace posible la aceptación y el seguimiento del trabajo terapéutico (Corbella y Botella, 2003).

El segundo autor influyente en la concepción actual de la alianza, Luborsky (1976), sugirió que se trata de una entidad dinámica que evoluciona con los cambios de las demandas de las diferentes fases de la terapia. De hecho, describió dos tipos de alianza en función de la etapa del tratamiento. La tipo 1 representa la percepción que posee el paciente del terapeuta como figura que le ayuda y le brinda apoyo, y la tipo 2 implica la experiencia del paciente de trabajar conjuntamente con el terapeuta para superar las dificultades (Feixas y Miró, 1993).

La diversidad de matices en la conceptualización teórica de la alianza según cada perspectiva teórica continúa siendo debatida. Sin embargo, existe un acuerdo considerable en considerarla como una construcción conjunta entre paciente y terapeuta, de modo que las opiniones y las expectativas que ambos van desarrollando respecto al trabajo que están realizando, la visión que tienen el uno del otro y la relación que se establece crean la alianza, así como la alianza modula dicha relación (Corbella y Botella, 2003).

De hecho, la mayoría de los instrumentos que se han sido elaborados para evaluar la alianza han sido adaptados para ser contestados tanto por el paciente como por el terapeuta; y algunos incluso cuentan con una versión para observadores externos (Corbella y Botella, 2003). Comparando la percepción del terapeuta y la del paciente en relación a la alianza terapéutica parece ser que la valoración del paciente tiene más peso para la predicción del resultado final de la psicoterapia, aunque algunos estudios no han encontrado una mayor correlación entre la percepción del paciente de la alianza y el resultado final, que la ofrecida por la percepción del terapeuta con el resultado final (Arratia, 2007). El terapeuta, entre otras habilidades objeto de entrenamiento, se forma específicamente para establecer una relación terapéutica de calidad con sus pacientes. Aprende qué actitudes favorecen el desarrollo de vínculos positivos y qué aspectos han de cuidarse en referencia a la relación con su paciente, de cara a aumentar las probabilidades de un proceso psicoterapéutico exitoso. Asimismo, su capacidad para

comprender el problema del paciente de una forma objetiva y su propia vivencia del vínculo con otros pacientes, sugieren que su percepción de la alianza debe ser tomada en cuenta.

La alianza terapéutica, por tanto, surge a través de la interacción que tiene lugar entre las variables del paciente y las variables del terapeuta. La relación terapéutica es producto del encuentro entre terapeuta y paciente, y está influida por las características y la historia personal de cada uno de ellos. Se han identificado algunas características o actitudes de los terapeutas que ayudan al establecimiento de la alianza, asimismo las diferencias en las respuestas de los clientes a dichas características, subrayan la importancia del carácter interactivo de la alianza y de la compatibilidad entre paciente y terapeuta (Botella y Corbella, 2004).

Con respecto a las variables del paciente que influyen en la alianza encontramos que variables interpersonales como el índice de eventos estresantes, las relaciones sociales y familiares del paciente y las variables intrapersonales como la calidad de las relaciones de objeto, la motivación, expectativas y las actitudes, entre otras, tienen efectos significativos en la alianza (Botella y Corbella, 2004).

Las expectativas del paciente de mantener una relación igualitaria con el terapeuta aumentan las probabilidades de establecer una buena alianza, al igual que con aquellos pacientes que poseen una mayor riqueza en sus relaciones interpersonales (Botella y Corbella, 2004).

Por otro lado, Eames y Roth (2000) estudiaron la relación entre el tipo de apego de pacientes adultos y la alianza en la fase inicial, y encontraron que los pacientes con apego ansioso puntuaban menor alianza en comparación con los que presentaban patrones de apego seguro.

Parece que ni las variables diagnósticas del paciente ni la severidad de sus síntomas tienen un impacto significativo en el establecimiento de la alianza, sin embargo, niveles elevados de perfeccionismo y rigidez correlacionan negativamente con la percepción de la calidad de la relación terapéutica (Botella y Corbella, 2004).

Asimismo, problemas interpersonales vinculados a la frialdad, la hostilidad, la inseguridad y la evitación social influyen de forma negativa en el establecimiento del vínculo (Botella y Corbella, 2004).

En cuanto a las características y conductas del terapeuta beneficiosas para el resultado terapéutico, cabe mencionar la empatía y la calidez como dos de las cualidades que la mayoría de los investigadores consideran relevantes, pero no suficientes, para establecer una buena alianza terapéutica. Asimismo, se sabe que comportamientos de exploración y valoración por parte del terapeuta favorecen el desarrollo de un vínculo de calidad (Botella y Corbella, 2004).

Los resultados de las investigaciones no constatan la existencia de correlaciones significativas entre los años de experiencia y la alianza, sin embargo, algunos estudios sugieren que el aumento de la formación de los terapeutas influye positivamente en la relación terapéutica. Además, se sabe que determinadas representaciones de relaciones pasadas del terapeuta pueden

llegar a tener un fuerte impacto en la calidad de la alianza con algunos pacientes (Botella y Corbella, 2004).

Por otro lado, cuando el terapeuta tiene la capacidad de aceptar parte de la responsabilidad por las rupturas relacionales en terapia y metacomunica con el paciente los malentendidos, la calidad del vínculo también se ve favorecida (Safran y Muran, 2005).

Con respecto a las técnicas y acciones que el terapeuta pone en marcha durante las sesiones, parece que centrarse en el aquí y ahora facilita el establecimiento de la alianza, así como que la mentalidad psicológica del terapeuta y sus habilidades sociales también correlacionan con la relación terapéutica de forma positiva (Botella y Corbella, 2004).

También se han analizado variables tales como el bienestar emocional, el locus de control, los valores, las creencias y algunas características sociodemográficas con el fin de determinar qué perfil del terapeuta es el más eficaz, sin embargo, los resultados de las investigaciones son contradictorios (Santibáñez et al., 2008).

Pese a todas las conclusiones mencionadas anteriormente, sin embargo, la investigación dedicada al estudio de la contribución de las variables del terapeuta en el establecimiento de la alianza es ciertamente escasa.

El Departamento de Investigación de la Fundación Aiglé de Buenos Aires se dedica a la investigación empírica en el campo de la psicoterapia. Desde 1998, desarrolla un programa de trabajo centrado específicamente en el Estilo Personal del Terapeuta (EPT) y su contribución en el proceso y los resultados de la terapia. Se trata de una variable moderadora que incide sobre la terapia en mayor o menor grado en virtud de las características del paciente, su patología, y el contexto de aplicación específico (Fernández-Álvarez, García y Rial, 2004).

El EPT constituye un constructo multidimensional que hace referencia al conjunto de características que el terapeuta aplica a cada situación psicoterapéutica (Casari, Albanesi y Maristanny, 2012). Se describe como una serie de funciones que, en la práctica, se llevan a cabo de manera integrada y expresan las disposiciones, rasgos y actitudes que todo terapeuta pone en juego en su ejercicio profesional (Fernández-Álvarez y García, 1998).

El EPT está configurado por aquellas condiciones peculiares que dirigen al terapeuta a comportarse de una forma particular a lo largo de su trabajo profesional, y se va definiendo a lo largo de la situación terapéutica de acuerdo a la forma cómo va definiéndose la relación con el cliente y la manera cómo el terapeuta se comunica con él. Se trata de un perfil personal que se asocia a la peculiar forma de ser del terapeuta, y que va más allá del enfoque de trabajo que se utilice y de los requerimientos específicos que le exija la intervención (Corbellá y Fernández-Álvarez, 2006).

La formación del estilo del terapeuta se va desarrollando por medio de tres variables importantes que corresponden a la posición socio-profesional del terapeuta, su situación vital y los modos dominantes de comunicación que emplea (Fernández-Álvarez, 1998). Las dos



primeras variables tienen que ver con las condiciones personales que influyen sobre la actividad terapéutica en su conjunto. La tercera reúne las modalidades básicas de comunicación que el terapeuta emplea respondiendo a los diferentes aspectos que conforman el acto terapéutico (Corbellá et al., 2009).

Fernández-Álvarez (2003, 118) resume las características que definen el EPT de la siguiente manera:

- “Regula la forma en que el terapeuta desempeña sus labores, dejando su propia marca individual que lo permite identificar como individuo ejerciendo un rol.
- Es estable en el tiempo y puede permanecer así por largos periodos, a pesar de que no es necesariamente estático. Pueden existir cambios como resultado del entrenamiento recibido, cambios en las condiciones de trabajo y factores asociados a la vida personal del terapeuta.
- Cuando los cambios son causados por factores muy intensos, pueden causar alteraciones temporales o permanentes en el estilo personal.
- Se compone de una serie de dimensiones bipolares relacionadas a las varias funciones que distinguen una acción psicoterapéutica. Entre ellas se distinguen la función Instruccional, Atencional, Expresiva, Operacional e Involucración”.

De esta forma, la función Instruccional se refiere a las conductas que lleva a cabo el terapeuta para establecer y regular el dispositivo de la terapia. Incluye el establecimiento del sistema de normas y reglas, así como la prescripción de tareas que deben cumplirse en el curso de las sesiones. Algunos ejemplos son la determinación de honorarios, horarios, ámbito de trabajo y formas de negociar cambios en el dispositivo (Fernández-Álvarez y García, 1998). Se considera que en la función Instruccional un terapeuta puede fluctuar entre la rigidez y la flexibilidad (Corbellá et al., 2009).

La función Atencional se trata de la búsqueda de información necesaria para operar terapéuticamente, donde escuchar y preguntar son las acciones predominantes, es decir, es el grado en que el terapeuta se muestra receptivo o no a lo manifestado por un paciente (Fernández-Álvarez y García, 1998). Así, un terapeuta puede ubicarse entre el polo de apertura (receptividad), o en el polo de la focalización de la atención (Casari, Albanesi y Maristanny, 2013).

Con respecto a la función Expresiva, incluye las acciones que el terapeuta emprende para sostener la comunicación emocional con el paciente como aspecto nuclear de la empatía. Se manifiesta por medio de situaciones como la intensidad del intercambio afectivo que facilita, o el nivel de tolerancia a la exposición frente a sus propios estados o ante las reacciones emocionales del paciente (Fernández-Álvarez y García, 1998). Un terapeuta puede mantenerse en un nivel de distanciamiento o en su defecto, en una posición de proximidad emocional con su paciente (Corbellá et al., 2008).

La función Operacional incluye las acciones directamente vinculadas con las intervenciones terapéuticas específicas y con las técnicas utilizadas. Se expresa a través del grado de influencia o de directividad con que el terapeuta opera o por la preferencia que muestra para utilizar procedimientos pautados o espontáneos (Fernández-Álvarez y García, 1998). Los puntajes en esta función se clasifican entre las categorías espontaneidad-directividad (Corbellá et al., 2009). Finalmente, existe una quinta dimensión denominada Involucración, que alude a las conductas explícitas e implícitas vinculadas con el compromiso que está dispuesto a asumir el terapeuta en su actividad y con sus pacientes. Incluye también el lugar que ocupa su trabajo como terapeuta en el contexto de su experiencia vital (Fernández-Álvarez y García, 1998). Los puntajes extremos para esta función son menor-mayor grado de involucración (Castañeiras, Ledesma, García y Fernández-Álvarez, 2008).

Castañeiras *et al.* (2008) identificaron, a partir de estas funciones, dos dimensiones globales. La primera, referida a la Técnica, que tiene que ver con los mecanismos atencionales de búsqueda y selección de la información y operaciones terapéuticas; la segunda, relacionada con la Interacción, asociada a los aspectos motivacionales, la regulación emocional y el ajuste del grado de involucración en la relación con el paciente y la terapia.

Hasta la fecha, el programa de investigación acerca del EPT que se lleva a cabo desde la Fundación Aiglé, se ha desarrollado en dos niveles. En un primer momento, la investigación se centró en la elaboración del constructo y su depuración técnica y conceptual. Esta fase incluyó el diseño y la puesta a prueba de un instrumento específicamente dirigido a operacionalizar y medir las funciones constitutivas del EPT (Fernández-Álvarez, García y Rial, 2004).

Posteriormente, en un segundo nivel, se han puesto en marcha investigaciones cuyo objetivo es comparar las características del EPT entre terapeutas que se adscriben a diferentes orientaciones teórico-técnicas y que poseen diferentes grados de experiencia (García y Fernández-Álvarez, 2007). Los resultados mostraron diferencias estadísticamente significativas en la composición del EPT para distintos grupos de psicoterapeutas (psicoanalíticos, cognitivos e integrativos). Concretamente, en la función instruccional y en la de involucración no existen diferencias entre las tres orientaciones. Sin embargo, en el resto de funciones, los psicoanalistas difieren de sus pares cognitivos e integrativos en que son más distantes en lo expresivo, con atención más abierta en la atencional y más espontáneos en la operativa (García y Fernández-Álvarez, 2007). También se constató que los años de experiencia ejercen un efecto modulador parcial sobre la evolución del EPT en las distintas funciones (Fernández-Álvarez et al., 2004). El EPT se mantiene estable, pero no necesariamente constante y admite ciertas variaciones a lo largo de la carrera y la experiencia del terapeuta y en función de los pacientes atendidos (Corbellá y Botella, 2004). Como ejemplo de ello, se sabe que los terapeutas cognitivos noveles, en un principio más rígidos en lo instruccional y más distantes en lo expresivo, modifican este patrón cuando poseen mayor experiencia (García y Fernández-Álvarez, 2007).

Otra línea de investigación diferente se orientó a estudiar los estilos personales de terapeutas que trabajan con distintas poblaciones clínicas (Fernández-Álvarez et al., 2004). Así, se examinaron las características del EPT de terapeutas que trabajan en terapia intensiva neonatal, encontrándose que, en conjunto, presentan una mayor flexibilidad de la función instruccional, compatible con la naturaleza misma de las condiciones de la tarea (García y Fernández-Álvarez, 2007).

De la misma manera, se estudiaron las dimensiones de involucración y expresiva en terapeutas que atienden a pacientes severamente perturbados, concluyéndose que, tomados en su conjunto, son menos cercanos en lo expresivo, involucrados en mucho menor grado con sus pacientes y mucho más pautados en comparación con los controles (Fernández-Álvarez et al., 2004).

Además, líneas de investigación más recientes se han centrado en el estudio del desarrollo del EPT en procesos de formación, considerándose que el conocimiento del propio estilo personal puede permitir a los terapeutas trabajar sobre ello y/o hacer los ajustes necesarios para optimizar su calidad profesional.

Se espera que el terapeuta se desarrolle profesionalmente de forma continua, actualizando sus habilidades y conocimientos terapéuticos de acuerdo a los resultados de lo que funciona en terapia. Es importante que conozca su estilo personal para facilitar la puesta en marcha de sus recursos y destrezas, así como para mejorar aquellos aspectos que le suponen una dificultad. Como se ha mencionado en párrafos anteriores, el EPT admite variaciones, por lo que es factible que los terapeutas puedan llevar a cabo los ajustes necesarios en sus estilos para ofrecer una mejor atención a sus pacientes.

En este sentido, se han llevado a cabo investigaciones que estudian el desarrollo del EPT en formación y lo relacionan con la tipología de apego, la dirección de intereses, las expectativas de autoeficacia y las características de personalidad de Cattell (García y Fernández-Álvarez, 2007). Algunos resultados interesantes procedentes de estas investigaciones demuestran la existencia de correlaciones negativas entre la función atencional y la Capacidad de abstracción, la Auto-Dependencia y la Apertura al Cambio; mientras correlaciona positivamente con Conciencia de las reglas, Extraversión, Autocontrol y Dureza. Por otro lado, la dimensión operativa presenta correlaciones negativas con Capacidad de abstracción, mientras que la función instruccional correlaciona negativamente con Autoeficacia, Estabilidad emocional y Apertura al cambio (García y Fernández-Álvarez, 2007).

Asimismo, los estudios han encontrado correlaciones significativas entre las funciones operacional y atencional y la dirección de intereses interna de los terapeutas (Corbella, Fernández-Álvarez, Saúl, García y Botella, 2008).

Finalmente, se han llevado a cabo estudios acerca de las relaciones entre el EPT y el perfil del paciente. En concreto, el proyecto multicéntrico Buenos Aires-Barcelona se centró en la investigación de la compatibilidad entre el EPT y las características personales del paciente.

Específicamente, el objetivo era el estudio de la interacción de las variables resistencia y estilo de afrontamiento del paciente con el EPT, y su efecto en distintos momentos del proceso terapéutico, tanto en la alianza como en las condiciones sintomáticas (Rial, Castañeiras, García, Gómez y Fernández-Álvarez, 2006).

Las influencias más evidentes que sirvieron de base a este estudio tienen que ver con la importancia del aspecto relacional entre terapeuta y paciente y del EPT en el desarrollo del proceso terapéutico. Asimismo, se fundamenta en la relevancia de las características particulares del paciente para la selección de los procedimientos terapéuticos más convenientes para cada caso (Botella y Corbella, 2004).

Las conclusiones a las que han llegado los investigadores del proyecto subrayan la importancia de las interacciones paciente-terapeuta como moduladores de los resultados de la terapia, así como la influencia de la resistencia del paciente y su estilo de afrontamiento en la alianza terapéutica. Igualmente, destacan el papel de la directividad del terapeuta en el efecto de la resistencia del paciente en la alianza y el éxito/fracaso del proceso terapéutico (Botella y Corbella, 2004). En concreto, parece que aquellos pacientes más resistentes responden significativamente mejor al tratamiento interactuando con terapeutas más espontáneos operativamente; y que los pacientes con un estilo de afrontamiento predominantemente externalizador responden significativamente mejor a la terapia interactuando con terapeutas más pautados (Rial, Castañeiras, García, Gómez y Fernández-Álvarez, 2006).

Por tanto, parece que la asignación de un paciente a un terapeuta u otro es crucial para el proceso y resultado de la terapia y debemos ser conscientes de qué estilos pueden ser más convenientes para cada tipo de paciente; lo cual constituye otro motivo por el que resulta importante que en la formación de los terapeutas se profundice en el estilo personal de éstos, a fin de fomentar la autoreflexión y la flexibilidad en la terapia.

En base a todo lo expuesto anteriormente, se concluye que la alianza terapéutica es uno de los aspectos relacionales con mayor y más claro soporte empírico, que en conjunción con las variables del terapeuta, explica la mayor parte de la varianza en los resultados de la terapia (Navia y Arias, 2010). Una de las variables del terapeuta es su estilo personal, del cual se sabe que constituye un criterio útil para delimitar los principales ejes que componen el acto psicoterapéutico, ya que influye en la marcha de cada proceso e incide en los resultados.

Por todo ello el objetivo del presente trabajo consiste en averiguar la relación existente entre el EPT y la alianza terapéutica, con el fin de examinar si existen estilos asociados a un mayor éxito terapéutico que otros, de cara a que aquellas funciones asociadas a una alianza terapéutica más óptima sean tenidas en cuenta en el entrenamiento y la formación de los terapeutas.

Es decir, la propuesta se centra en estudiar qué funciones del EPT (Instruccional, Atencional, Expresiva, Operacional e Involucración) correlacionan de manera más significativa con la calidad de la alianza terapéutica global percibida por el terapeuta. De forma más concreta, el fin

es analizar qué dimensiones del EPT muestran mayor relación con niveles elevados de los distintos componentes de la alianza (vínculo, acuerdo en objetivos y acuerdo en tareas).

Como se expuso en párrafos anteriores, en el EPT pueden identificarse dos dimensiones globales, la Técnica y la Interacción. A partir de éstas, se puede hipotetizar que mayores puntuaciones obtenidas en la dimensión de Interacción correlacionarán de forma más significativa con la alianza terapéutica, es decir, existirán correlaciones positivas entre puntuaciones elevadas en la función Expresiva y en la función de Involucración y la calidad de la alianza.

Asimismo, se ha comprobado que la función Instruccional, que oscila entre flexibilidad y rigidez, constituye uno de los factores del estilo del terapeuta que ayuda o dificulta la adaptación de éste a las necesidades del paciente (Corbella et al., 2009). Terapeutas más flexibles tendrán más facilidad para adaptar su estilo a las necesidades de cada paciente favoreciendo, por tanto, un buen vínculo paciente-terapeuta. Por ello, otra de las hipótesis a contrastar tiene que ver con la existencia de una correlación significativa entre puntuaciones altas en flexibilidad y alianza terapéutica.

Teniendo en cuenta la orientación teórica, se espera que los terapeutas cognitivos posean una atención más focalizada y una mayor preferencia la directividad, mientras que los psicólogos humanistas predominarán en cuanto a la rigidez en la determinación del encuadre, y los integrativos por su mayor grado de involucración. Por su lado, los psicoanalistas, se espera que presenten una atención más abierta, que opten por intervenciones más espontáneas, que sean más distantes a nivel emocional y se involucren menos en la tarea. En cuanto a los terapeutas sistémicos, se espera que sean más rígidos en la determinación del encuadre y que presenten mayor preferencia por tratamientos espontáneos y puntuaciones levadas en Involucración.

Por último, en base a los años de experiencia, se hipotetiza que aquellos terapeutas más noveles se mostrarán más pautados en lo Instruccional y más distantes en lo Expresivo.

Resumiendo, las hipótesis que se pretenden contrastar son las siguientes:

- Mayores puntuaciones en la dimensión de Interacción, es decir, terapeutas más próximos en cuanto a la función Expresiva y más comprometidos en cuanto a la función de Involucración, correlacionarán de forma positiva con la calidad de la alianza.
- A mayor flexibilidad en cuanto a la función Instruccional, mejor calidad percibida de la alianza terapéutica.
- Terapeutas cognitivos se caracterizan por:
  - o Función Atencional: focalizados.
  - o Función Operacional: directivos.
- Terapeutas humanistas se caracterizan por:
  - o Función Instruccional: rígidos.
- Terapeutas integrativos se caracterizan por:

- Función Involucración: muy comprometidos.
- Terapeutas psicodinámicos se caracterizan por:
  - Función Atencional: abiertos, receptivos.
  - Función Operacional: no directivos.
  - Función: Involucración: poco comprometidos.
  - Función Expresiva: distantes.
- Terapeutas sistémicos se caracterizan por:
  - Función Instruccional: rígidos
  - Función Operacional: no directivos.
  - Función Involucración: muy comprometidos.
- A menor número de años de experiencia es más probable que el terapeuta se muestre más rígido en lo Instruccional y más distante en lo Expresivo.

## **Método**

### **▪ Participantes**

La muestra estuvo compuesta por 48 psicoterapeutas (18,8% hombres, 81,3% mujeres) que se encontraban ejerciendo la práctica clínica en el momento en que se llevó a cabo la presente investigación.

Los participantes fluctuaban entre los 23 y los 56 años, con una edad media de 35,3 años. En cuanto al tiempo de experiencia clínica, oscilaban entre 1 y 25 años, con una media de 7,45 años ejerciendo.

La distribución de los participantes según las orientaciones teóricas con las que se sentían más identificados fue la siguiente: 14,6% Cognitivo-Conductual, 18,8% Humanista, 8,3% Psicodinámica, 16,7% Sistémica y 41,7% Integradora.

### **▪ Instrumentos**

#### Cuestionario sociodemográfico

Construido *ad hoc* para el presente estudio. Recoge información sobre el sexo, la edad, los años de experiencia clínica y la orientación teórica de los terapeutas participantes en la investigación.

#### Cuestionario del Estilo Personal del Terapeuta (EPT-C) (Fernández-Álvarez et al., 2003)

Se trata de un instrumento autoadministrado que permite identificar la forma en que el terapeuta se desenvuelve en el marco terapéutico. Para ello, consta de una serie de ítems presentados como autoafirmaciones a las que cada terapeuta debe responder según su grado de acuerdo con cada una de ellas, en una escala de tipo Likert que va desde 1 (totalmente en

desacuerdo) hasta 7 (totalmente de acuerdo). Las puntuaciones totales de las escalas EPT-C se obtienen por sumatoria simple de los ítems que componen cada una de ellas (Castañeiras, Ledesma, García y Fernández-Álvarez, 2008). De esta forma, a través del cuestionario se identifican las características del terapeuta en las dos dimensiones globales del constructo, Técnica e Interacción, así como en cada una de las funciones comentadas en párrafos anteriores: Instruccional, Expresiva, Atencional, Operativa e Involucración (Fernández-Álvarez y García, 1998).

Cabe mencionar, además, que el cuestionario existe en dos versiones: una larga y una abreviada. Los 36 ítems, o 21, en función de la versión aplicada se dividen entre las cinco funciones. Para la presente investigación se hizo uso de la versión abreviada, cuya distribución de los ítems es la siguiente: tres ítems para evaluar la función Instruccional, cinco para evaluar la función Expresiva, cuatro para la función de Involucración, cuatro para la función Atencional, y 5 para la Operativa (Castañeiras et al., 2008).

Los niveles de consistencia interna y estabilidad temporal son elevados en ambas versiones, por lo que se afirma que el cuestionario posee características psicométricas satisfactorias. El EPT-C ha mostrado un Alpha de Cronbach superior a 0,70 en todas las funciones y correlaciones significativas al nivel de 0,05 en el re-test (Rial, Castañeiras, García, Gómez y Fernández-Álvarez, 2006).

Los procedimientos de análisis factorial aplicados (componentes principales, rotación Viramax y normalización Kaiser) sugieren una adecuada validez teórica para las funciones propuestas, así como para las dimensiones globales mencionadas anteriormente, la cual explica el 40% de la varianza (Fernández-Álvarez, García y Rial, 2004).

Además, en comparación con la versión original, la abreviada posee una alta sensibilidad para detectar diferencias entre una y otra función (Castañeiras et al., 2008).

#### *Inventario de Alianza Terapéutica formato corto (WAI-S)* (Tracey y Kokotovic, 1989)

El Working Alliance Inventory (WAI) o inventario de alianza de trabajo, creado inicialmente por Adams Horvath y sus colegas, es una escala cuyo objetivo consiste en la medición de la formulación transteórica del concepto de alianza terapéutica que realizó Bordin (1976, 1979). Su característica principal es que es un cuestionario auto-administrado, capaz de arrojar una puntuación general que define la calidad y la fuerza de la alianza terapéutica que puede dividirse en las tres variables componentes: Tarea, Objetivo y Vínculo (Jordan, 2003).

Por ello, el WAI contiene tres subescalas que analizan estos componentes con los que Bordin configuró su constructo de alianza terapéutica, cada una de las cuales consta de 12 ítems de respuesta tipo Likert.

Fueron Tracey y Kokotovic (1989) los que eliminaron algunos ítems para conseguir un instrumento de pocos ítems que facilitara su uso en ámbitos clínicos (Corbella, 2002), creando

el WAI Short Version (WAI-S), que consta igualmente de las tres subescalas del WAI (Metas, Tareas y Vínculo) y está formado por 12 ítems a responder en una escala Likert de 7 puntos (0= totalmente en desacuerdo; 7= totalmente de acuerdo), siendo cada subescala evaluada por 4 ítems. La puntuación del WAI-S fluctúa entre los 12 y los 84 puntos.

A su vez, y de forma idéntica al WAI, se han creado versiones para el paciente, para el terapeuta e, incluso, para un observador externo.

Los análisis factoriales muestran un alfa de Cronbach de 0.98 en el WAI-S para clientes y de 0.95 en el WAI-S para terapeutas. La fiabilidad, teniendo en cuenta la consistencia interna del WAI-S, fue de 0.90; 0,84 y 0.88 para las sub-escalas de tareas, vínculo y objetivos de la versión para el cliente (Corbella, Botella, Gómez, Herrero y Pacheco, 2011)

El WAI-S ha sido sometido recientemente a validación tras haber sido traducido al español. La estimación del coeficiente de fiabilidad basado en la consistencia interna de la versión española del WAI-S se demostró buena (Corbella et al., 2011).

Los motivos por los que se ha decidido utilizar el WAI-S tienen que ver con que cuenta con un reducido número de dimensiones en comparación con la mayoría de escalas que miden la alianza terapéutica. Además, es de las pocas escalas que ha sido validada y traducida en español. Cabe mencionar que las últimas investigaciones apuntan a que, aunque a nivel teórico, resulta coherente dividir la alianza en tres dimensiones, a nivel empírico, los resultados de los estudios indican que las tres sub-escalas se encuentran altamente relacionadas y resulta compleja su diferenciación (Corbella et al., 2011).

#### ▪ **Procedimiento**

En primer lugar, y antes de proceder con la recogida de datos, se envió una carta dirigida al Comité de Ética de la Universidad Pontificia de Comillas, solicitando la aprobación de la aplicación de la investigación.

Una vez obtenido el visto bueno por parte del Comité, se creó un Formulario de Google para poder hacer llegar a los terapeutas un enlace que les remitía a los cuestionarios. Para ello, previamente los terapeutas interesados en participar en la investigación proporcionaron de forma voluntaria un correo electrónico al que querían que se les enviase dicho enlace. Una vez cumplimentados, sus respuestas eran registradas automáticamente en una base de datos garantizando el anonimato de las mismas.

En primer lugar, se les presentó un registro de variables sociodemográficas que incluía cuestiones referentes a la edad, sexo, orientación teórica y años de experiencia clínica. Seguidamente, se les solicitó que contestasen al cuestionario referente al EPT (EPT-C).

En relación a la evaluación de la calidad de la alianza terapéutica, se les pidió que al menos rellenasen dos cuestionarios WAI-T en su versión corta, en base a dos de los pacientes con los



que se encontrasen trabajando en terapia en el momento de la evaluación. Se incluyó un tercer cuestionario WAI-T en blanco por si se animaban a rellenarlo en base a un tercer paciente.

Los pacientes debían haber recibido tres o más sesiones de terapia, con el fin de que hubiera transcurrido un tiempo apropiado de interacción entre cliente y terapeuta.

El método de aleatorización utilizado para la selección de pacientes de la muestra consistió en el orden alfabético de su apellido. El fin perseguido fue reducir el sesgo que el terapeuta pudiera mostrar a la hora de seleccionar los pacientes, tendiendo a contestar los cuestionarios en base a aquellos con los que percibiera una mayor alianza terapéutica.

Por ello, se les pidió que cumplimentasen la versión del WAI para el terapeuta referidas al primer hombre y la primera mujer que tuvieran en consulta por orden alfabético de su apellido.

En relación al tercer cuestionario WAI-T, para aquellos terapeutas más colaboradores, se les solicitó que lo rellenasen en base al último paciente por orden alfabético de su apellido, con independencia del sexo.

En cuanto a variables recogidas del paciente, se incluía en la batería de cuestionarios preguntas relativas a su sexo, edad, su diagnóstico y la modalidad de tratamiento que se encontraba recibiendo (individual, grupo, pareja, familiar).

#### ▪ **Análisis**

Los datos se codificaron y trataron con el paquete IBM SPSS Statistics 20.0, empleándose un valor crítico de significación de 0,05, es decir, trabajando con un nivel de confianza del 95%.

El análisis de datos se realizó mediante las siguientes pruebas:

- Coeficiente Alfa de Cronbach para el cálculo de la fiabilidad de los cuestionarios que evalúan el EPT y la alianza terapéutica.
- Prueba de Komogorov-Smirnov para una muestra para comprobar si las variables que se iban a emplear en los análisis se ajustaban a la normalidad.
- Correlación bivariada de Pearson para medir el grado de relación existente entre dos variables.
- Coeficiente de determinación en aquellos casos en los que se obtuvieron correlaciones significativas.
- Prueba de Levene para la homogeneidad de varianzas en todos los análisis comparativos.
- Estadístico de Kolmogorov-Smirnov, así como estadísticos de forma: asimetría y curtosis, para poner a prueba el supuesto de normalidad en todos los análisis comparativos.
- ANOVA de un factor para análisis comparativo de medias entre más de dos grupos.
- Prueba robusta de Welch para llevar a cabo la comparación de medias entre más de dos grupos, cuando se incumplía el supuesto de homocedasticidad.

## Resultados

El coeficiente Alpha de Cronbach, empleado para medir la fiabilidad de los cuestionarios, ha resultado 0,748 en el caso del EPT-C y 0,8 en el caso del WAI-T, por lo que en ambos cuestionarios la fiabilidad es más que aceptable.

Con respecto a la información descriptiva de las principales variables cualitativas del estudio, el porcentaje de participantes correspondiente a cada una de las distintas orientaciones teóricas es el siguiente: Cognitivo conductual: 14,6% (n=7); Humanista: 18,8% (n=9); Psicodinámica: 8,3% (n=4); Sistémica: 16,7 (n=8); e Integradora: 41,7% (n=20).

La información referente a las variables cuantitativas se presenta en la Tabla 1.

Tabla 1

*Información descriptiva de las principales variables cuantitativas del estudio*

Variables	Media	Mediana	DT	Mínimo	Máximo
Años de experiencia clínica	7,458	6	6,361	1	25
Función Atencional	18,354	18,5	4,097	9	26
Función Operativa	13,791	13	4,635	5	23
Función Instruccional	10,187	10	2,348	3	15
Función Expresiva	20,479	21	5,263	8	31
Función Involucración	15,291	16	2,887	9	21
Alianza Terapéutica	63,322	64	4,385	51,4	69,5

Para contrastar si estas variables se ajustan a la normalidad, se aplicó la Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra. Los resultados se muestran en la Tabla 2, y se observa que en todos los casos, la significación asociada al estadístico de contraste es mayor a 0,05, por lo que se mantiene la hipótesis nula de normalidad, concluyendo que todas las variables se distribuyen normalmente.

Tabla 2

*Pruebas de normalidad para las variables empleadas en los análisis*

Variables	Z de Kolmogorov-Smirnov	p
Años de experiencia clínica	1,100	.178
Función Atencional	.636	.813
Función Operativa	.903	.389
Función Instruccional	.934	.347
Función Expresiva	.836	.486
Función Involucración	.876	.427
Alianza Terapéutica	.951	.326

### *EPT y Alianza Terapéutica*

Se ha llevado a cabo el procedimiento de Correlaciones Bivariadas, empleando el coeficiente  $r_{xy}$  de Pearson, para determinar si existe relación entre las funciones Expresiva, Instruccional y de Involucración del EPT y las puntuaciones obtenidas en alianza terapéutica.

Se ha encontrado una relación positiva entre la función Expresiva y la Alianza Terapéutica (Pearson,  $n=48$ ,  $r=.352$ ;  $p=.014$ ), es decir, terapeutas más próximos perciben una alianza terapéutica más sólida con sus pacientes. Al tratarse de una correlación estadísticamente significativa, se ha calculado el coeficiente de determinación ( $R^2$ ), obteniéndose un valor de .125. Se concluye que la Alianza Terapéutica está explicada por la función Expresiva en un 12,5%, y esto es significativo para  $p=.014$ .

En el caso de la función Involucración, la significación ( $p=.380$ ) asociada al estadístico de contraste (Pearson,  $n=48$ ;  $r=.130$ ) es mayor a .05, por lo que se mantiene la hipótesis nula de que la relación entre las dos variables es igual a cero.

Por último, se concluye que no existe relación entre la función Instruccional y la Alianza Terapéutica (Pearson,  $n=48$ ;  $r=.262$ ;  $p=.072$ ).

### *Variaciones en el EPT en función de la orientación teórica*

Se han analizado las diferencias en las distintas funciones del EPT (Instruccional, Atencional, Expresiva, Operacional e Involucración) según la orientación teórica del terapeuta (Cognitivo-Conductual, Humanista, Psicodinámica, Sistémica e Integradora). Dado que en la muestra, tan solo el 8,3% representa a los terapeutas de orientación psicodinámica ( $n=4$ ), se ha prescindido de este grupo para llevar a cabo los análisis, pues no puede considerarse representativo y, por tanto, no pueden llevarse a cabo inferencias estadísticas.

En primer lugar, se ha comprobado si los subgrupos formados según la orientación teórica, se distribuyen ajustándose a la normalidad para las distintas funciones del EPT. Los resultados hallados se presentan en la Tabla 3.

Tabla 3

*Pruebas de normalidad para los distintos grupos de sujetos en función de su orientación terapéutica.*

	Z Kolmorov-Smirnov	g.l.	p
<b>FUNCIÓN ATENCIONAL</b>			
Cognitivo-Conductual	.309	7	.042
Humanista	.225	9	.200
Sistémica	.235	8	.200
Integradora	.139	20	.200

<b>FUNCIÓN OPERATIVA</b>			
Cognitivo-Conductual	.336	7	.017
Humanista	.185	9	.200
Sistémica	.203	8	.200
Integradora	.151	20	.200
<b>FUNCIÓN INSTRUCCIONAL</b>			
Cognitivo-Conductual	.219	7	.200
Humanista	.278	9	.044
Sistémica	.222	8	.200
Integradora	.187	20	.064
<b>FUNCIÓN EXPRESIVA</b>			
Cognitivo-Conductual	.231	7	.200
Humanista	.126	9	.200
Sistémica	.180	8	.200
Integradora	.206	20	.026
<b>FUNCIÓN INVOLUCRACIÓN</b>			
Cognitivo-Conductual	.203	7	.200
Humanista	.208	9	.200
Sistémica	.188	8	.200
Integradora	.149	20	.200

Como puede observarse, se cumple normalidad en todas las variables y para todos los grupos, exceptuando cuatro casos muy concretos. Para cerciorarnos de que en estas cuatro excepciones se cumple normalidad, se han analizado las medidas de dispersión: asimetría y curtosis. Los resultados hallados se presentan en la tabla 4.

Tabla 4

*Medidas de dispersión para comprobar el supuesto de normalidad*

	Asimetría	Curtosis
Función Atencional-Cognitivo-Conductual	1.14	-.48
Función Operativa-Cognitivo-Conductual	-.4	1.59
Función Instrucciona-Humanista	-.776	1.4
Función Expresiva-Integradora	.52	-.58

Dado que los valores del estadístico de asimetría se encuentran entre -2 y 2, y los valores del estadístico de curtosis entre -4 y 4, se concluye que se asume normalidad en todas las variables a contrastar en el ANOVA y para todos los grupos.

Se ha comprobado si se cumple el supuesto de homogeneidad de varianzas aplicando el estadístico de Levene. Los resultados se muestran en la Tabla 5, y se observa que en todos los casos, excepto para la función Operativa, la significación asociada al estadístico de contraste es mayor de 0.05, por lo que se mantiene la hipótesis nula de igualdad de varianzas para todos los grupos.

Para la función Operativa, al ser el estadístico de contraste hallado menor de .05, no puede asumirse el supuesto de homogeneidad de varianzas.

Tabla 5

*Comprobación del supuesto de homogeneidad de varianzas*

	F de Levene	g.l	p
Función Atencional	.952	3	.425
Función Operativa	4.769	3	.006
Función Instruccional	1.549	3	.217
Función Expresiva	.876	3	.462
Función Involucración	.993	3	.406

Los resultados obtenidos de las comparaciones de las medias de los grupos llevadas a cabo mediante el ANOVA se muestran en la Tabla 6.

Tabla 6

*Comparaciones de las medias en las distintas funciones del EPT según la orientación teórica*

	Función Atencional	Función Instruccional	Función Expresiva	Función Involucración
<b>COGNITIVO-CONDUCTUAL</b>				
Media	15.571	9.571	18.571	14.285
DT	5.623	1.618	4.035	3.039
<b>HUMANISTA</b>				
Media	18.555	10	25.555	14.666
DT	4.216	2.236	5.174	3,391
<b>SISTÉMICA</b>				
Media	21	8.25	17.75	16.75
DT	4.242	4.112	7.74	1.5
<b>INTEGRADORA</b>				
Media	19	9.625	21.5	15.375
DT	3.585	1.060	6.391	3.925
<b>ANOVA</b>				
F	.484	1.618	.900	.431
g.l.	3	3	3	3
p	.685	.200	.450	.732

Dado que la significación asociada a todos los estadísticos de contraste F es mayor que .05, se mantiene la hipótesis nula de igualdad de medias para todos los grupos.

Finalmente, como en la variable función Operativa, se incumple el supuesto de homogeneidad de varianzas, se ha llevado a cabo la prueba robusta de Welch para realizar las comparaciones

entre las medias de los grupos. La significación ( $p = .085$ ) asociada al estadístico de contraste (Welch = 2.637) con 3 g.l. es mayor a .05, por lo que en este caso también se mantiene la hipótesis nula de igualdad de medias para todos los grupos.

#### *Variaciones en el EPT en función de los años de experiencia clínica*

Se ha llevado a cabo el procedimiento de Correlaciones Bivariadas, empleando el coeficiente  $r_{xy}$  de Pearson, para determinar si existe relación entre las funciones Expresiva e Instruccional del EPT y los años de experiencia clínica del terapeuta.

Al analizar la relación entre los años de experiencia clínica y la función Instruccional, se observa que la significación ( $p = -.194$ ) asociada al estadístico de contraste (Pearson,  $n=48$ ,  $r = .187$ ) es mayor a .05, por lo que se mantiene la hipótesis nula de que la relación entre las dos variables es igual a cero.

Con respecto a la función Expresiva, se concluye que no existe relación entre ésta y los años de experiencia clínica (Pearson,  $n=48$ ;  $r=.173$ ;  $p=.241$ ).

### **Discusión**

Es importante estudiar la relación conjunta entre las distintas funciones del EPT y la calidad del vínculo entre paciente y terapeuta, de cara a generar modelos explicativos sobre lo que sucede en la construcción de la alianza de trabajo en psicoterapia.

Dado que el terapeuta ha de actualizarse de forma permanente para optimizar su calidad profesional de acuerdo a los resultados de lo que funciona en terapia, examinar si existen estilos asociados a un mayor éxito terapéutico que otros constituye un paso previo a tener en cuenta en su formación y entrenamiento. Mejorar la adaptación al estilo personal asociado a una mayor calidad de la alianza de trabajo va a repercutir en el éxito del proceso terapéutico.

Partiendo de que la dimensión global de Interacción del EPT tiene que ver con los aspectos motivacionales, la regulación emocional y el ajuste del grado de involucración en la relación con el paciente y la terapia, se esperaba que correlacionase significativamente con la calidad de la alianza.

A este respecto, los resultados obtenidos indican la existencia de relación entre la función Expresiva del EPT y la alianza terapéutica, por lo que podemos afirmar que los terapeutas que se perciben capaces de sostener una comunicación emocional con sus pacientes consideran que construyen con ellos una alianza de trabajo más sólida.

Sin embargo, no se ha confirmado que exista relación entre la función de Involucración y la alianza terapéutica, es decir, aquellos terapeutas que se sienten más comprometidos con el trabajo que desarrollan con sus pacientes, no necesariamente perciben una mayor calidad de su relación terapéutica con éstos.

Los resultados derivados de algunos estudios concluyen que aquellos terapeutas que en su práctica habitual atienden a pacientes severos por motivación personal se involucran en mayor medida, y esta tendencia se relaciona positivamente con las autodescripciones cuantitativas del estilo en la función de involucración, obtenidas a través del EPT-C (Rial, Castañeiras, García, Gómez y Fernández-Álvarez, 2006).

La mayoría de los terapeutas que participaron en la presente investigación, señalan la presencia de trastornos del espectro neurótico (síntomas depresivos y ansiosos y de trastornos adaptativos) como el motivo de consulta de los pacientes en base a los cuales respondieron el cuestionario sobre alianza terapéutica. Si bien es cierto que no se incluyó ninguna variable relacionada con la gravedad del diagnóstico de los pacientes, la mayor parte de las patologías que refirieron los terapeutas no se consideran a priori graves o severas.

Piedrabuena (2011) señala en su estudio que algunos terapeutas se sienten cómodos cuando logran que la relación con el paciente no implique una fuerte involucración o compromiso personal, como sucede, por ejemplo, con los casos no muy severos o cuando el paciente tiene cierto grado de autonomía personal. Por otro lado, afirma que aquellos terapeutas que toleran un fuerte grado de involucración en la relación de ayuda suelen trabajar con pacientes más perturbados, participando en zonas de la experiencia personal de éstos de mayor intimidad.

Teniendo en cuenta lo anterior, es posible que los casos tratados por los terapeutas que componen la muestra de este estudio les impliquen una menor necesidad de involucración o compromiso al ser más leves, de modo que, la mayoría se mueva en niveles muy modestos de involucración, habiendo pocos terapeutas muy comprometidos para que los análisis puedan discriminar.

Otra posible explicación ante la ausencia significación en la relación entre la función de Involucración y la alianza, puede ser que los terapeutas tendieran a responder en torno a la media por efecto de la deseabilidad social. El porcentaje de terapeutas que contestaron a los ítems que evaluaban la función de Involucración a través de respuestas centrales se sitúa entre el 40 y el 60% de la muestra, de modo que apenas se obtuvieron puntuaciones extremas que pudieran discriminar grupos de sujetos muy comprometidos y poco comprometidos.

Por otro lado, en la línea de lo propuesto por Corbella et al. (2009), la función Instruccional del EPT hace referencia a la adaptabilidad del terapeuta a las características y necesidades de cada paciente, favoreciéndose la construcción del vínculo con éste. A partir de los resultados obtenidos, sin embargo, no se puede concluir la existencia de una relación significativa entre la flexibilidad del terapeuta y la calidad de la alianza percibida.

Se sabe que aquellos terapeutas que se definen como “Integradores” se caracterizan por no adherirse a ninguna escuela psicológica concreta. En sus intervenciones, utilizan supuestos y técnicas, que en ocasiones pueden llegar a ser teóricamente incompatibles, en un intento por

responder de una manera más acertada al contexto y a la situación (Vides, Grazioso y García de la Cadena, 2012).

En la presente investigación, un porcentaje significativo de terapeutas (41,7%) se identificó como Integrador, reflejándose la actitud creciente de búsqueda de ingredientes comunes entre los enfoques, en lugar de remarcar las diferencias. La integración posibilita el logro de mejores resultados, ya que predomina la flexibilidad en la función Instruccional y esto permite al terapeuta adaptar su estilo a las necesidades del paciente, contribuyendo al desarrollo de una alianza terapéutica fuerte (Vides, Grazioso y García de la Cadena, 2012).

Dada la escasa presencia de terapeutas rígidos en la muestra empleada, es posible que los análisis no discriminen, no pudiendo concluir la existencia de una relación entre función Instruccional (flexibilidad) y solidez de la alianza.

Asimismo, algunos estudios afirman que el trabajo con niños y adolescentes requiere una mayor estructuración en cuanto a normas y reglas, dado que los adultos tendrían internalizadas ciertas pautas de comportamiento que muchas veces deben enseñarse a los niños. El trabajo con este grupo etario, además, conlleva necesariamente una labor con el resto de la familia y, por ende, un encuadre más rígido de trabajo por su complejidad, al involucrar a más personas. También porque demanda del terapeuta un trabajo más activo en la dirección del tratamiento, ya que en la mayoría de los casos, los niños y adolescentes no acuden a consulta por iniciativa propia, sino que son traídos por sus padres. En cambio, con los adultos el abordaje es más flexible porque su personalidad está más desarrollada y porque acuden mayormente por motivaciones propias (Casari, Albanesi y Maristanny, 2012).

Teniendo en cuenta lo anterior y que la mayoría de los cuestionarios sobre alianza fueron respondidos en base a pacientes adultos, cobra fuerza la posibilidad de que la muestra sea mayoritariamente flexible en lo Instruccional, con un bajo porcentaje de terapeutas rígidos que permita llevar a cabo análisis discriminatorios.

Con respecto a la orientación teórica de los terapeutas, se esperaba encontrar diferencias en las distintas funciones del EPT. Investigaciones precedentes al respecto, encontraron diferencias significativas en las funciones del EPT en los terapeutas psicoanalistas en comparación con los psicólogos de otras orientaciones teóricas (Casari, Albanesi y Maristanny, 2013). En el presente trabajo, lo anterior no pudo ponerse a prueba dada la escasa presencia de terapeutas psicoanalíticos en la muestra analizada. Con respecto a los psicólogos del resto de orientaciones, no se hallaron diferencias, por lo que no se puede concluir que el enfoque teórico influya en la variabilidad de las distintas funciones del EPT. La mayor parte de los sujetos definió su orientación teórica como “Integradora”, alternativa que implicó que los terapeutas evitaran definir su modo de trabajo de una forma más precisa. Esto supuso que el resto de las orientaciones teóricas quedaron representadas por subgrupos con menos de diez participantes. En estas circunstancias, es difícil detectar diferencias significativas existentes en los grupos,



dada la pérdida de potencia en los contrastes de hipótesis que conlleva el empleo de muestras pequeñas.

Finalmente, se esperaba encontrar en los terapeutas con menor número de años ejerciendo la práctica clínica, un estilo terapéutico característico definido por una mayor rigidez en lo instruccional y mayor distancia en cuanto a lo expresivo. Los resultados obtenidos no han podido confirmar los encontrados por García y Fernández-Álvarez (2007), puesto que no permiten concluir que exista relación entre el número de años de experiencia clínica y las funciones Instruccional y Expresiva del EPT. Sin embargo, están muy en la línea de los resultados hallados por Castañeiras, Rial, García, Farfallini y Fernández-Álvarez (2006), quienes llevaron a cabo un estudio longitudinal para evaluar la estabilidad del EPT, concluyendo que éste apenas experimentaba variaciones. Mostraron que la estabilidad era mayor cuanto más tiempo pasaba entre el test y el retest, y esto no se podía atribuir a los años de experiencia ni a la orientación teórica ya que dichas variables fueron controladas.

Como limitaciones del presente estudio, cabe mencionar, en primer lugar, el escaso número de sujetos que componen la muestra. Se sabe que un tamaño de muestra pequeño puede tener profundos efectos en el resultado y el valor de una investigación.

El límite temporal para llevar a cabo el presente estudio, dificultó que se pudiese determinar con antelación si las limitaciones de un tamaño de muestra pequeño tendrían un impacto negativo demasiado grande en los resultados antes de iniciar.

El escaso número de participantes repercute de forma directa en el poder estadístico del estudio, dado que, es difícil que en una muestra tan pequeña queden reflejados rasgos que verdaderamente existan en la población.

Asimismo, al dividir la muestra en grupos en función de la orientación teórica de los terapeutas, dichos grupos son incluso más reducidos, generando los mismos problemas descritos anteriormente pero de forma más grave. Además, la muestra utilizada no contó con terapeutas adscritos a todos los enfoques psicoterapéuticos igualmente representados, puesto que el número de terapeutas por cada orientación era distinto.

Posiblemente, si no se hubiera incluido la categoría “Integradora” como alternativa al preguntar a los sujetos por su orientación teórica, se hubieran distribuido de una manera más uniforme entre el resto de enfoques de acuerdo a aquel con el que se sintieran más identificados, con independencia de si combinan técnicas de distintas orientaciones en su práctica habitual.

Es importante mencionar que, inicialmente el estudio estaba planteado contando con la versión del paciente en cuanto a la alianza terapéutica, dado que la contribución del consultante es más poderosa que la del terapeuta, al ser las condiciones pre-existentes de éste las que tienen un mayor peso en la psicoterapia (Santibáñez et al., 2008). Sin embargo, muchos de los posibles participantes se mostraron reticentes a solicitar a sus pacientes que rellenasen el WAI-P, dado que había que solicitarles un consentimiento escrito y firmado previamente. Al comprobar que

si se empleaba la versión aportada por el paciente el número de terapeutas dispuestos a colaborar se reducía notablemente, se decidió aplicar el WAI-T asumiéndolo como una limitación del estudio.

Para obtener una medida de la alianza terapéutica percibida por el terapeuta más fiable, se aplicaron entre dos y tres cuestionarios referidos a distintos pacientes. La impresión general de los terapeutas que los contestaron fue que, en el primer cuestionario, intentaban afinar más en sus respuestas que en los posteriores, por efecto de la fatiga.

Como posibles implicaciones prácticas de los resultados obtenidos, cabe destacar la relación encontrada entre la alianza terapéutica y la función Expresiva del EPT, aspecto nuclear de la empatía, que fue introducida por Rogers en el campo de la psicoterapia como condición básica capaz de producción de cambio terapéutico (Mateu, Campillo, González y Gómez, 2010). Desde entonces, este concepto ha ocupado muchos y diferentes espacios dentro de la bibliografía, haciendo referencia tanto a la posibilidad empática del paciente como a la del terapeuta.

Llama la atención, sin embargo, que si bien es un concepto sumamente utilizado, no todos se refieren a lo mismo cuando la mencionan, ya que no cuenta con una definición conceptual consensuada. Esta multiplicidad de definiciones referentes a la empatía es producto del posicionamiento teórico de los distintos autores y, además, se encuentra asociada a distintos factores, como pueden ser un origen conceptual vago; un alto nivel de abstracción y de complejidad del término; y un desacuerdo abierto y taxativo del término (Olivera, Braun y Roussos, 2011).

Los distintos instrumentos contruidos para la medición de la capacidad empática incluyen subescalas que evalúan diversos componentes específicos de este constructo, algunos de cuales se encuentran relacionados con aspectos incluidos en la definición de la función Expresiva.

Tomando como referencia, por ejemplo, el Test de empatía cognitiva y afectiva (TECA), creado por López-Pérez, Fernández-Pinto y Abad en 2008, encontramos algunas subescalas, como la de “Adopción de perspectivas” y la de “Comprensión emocional” (Olivera, Braun y Roussos, 2011). La primera, evalúa la capacidad para la tolerancia, la comunicación y las relaciones personales; la segunda, implica la capacidad para reconocer y comprender los estados emocionales de los otros; así como sus intenciones e impresiones. Ambas constituyen habilidades elementales para que el terapeuta pueda emprender y sostener una comunicación emocional con el paciente, acción indicativa de puntuaciones elevadas en la función Expresiva.

Por otro lado, el cuestionario de empatía emocional (EES) creada por Meherabian y Epstein, incluye entre otras, escalas que evalúan la susceptibilidad al contagio emocional, la respuesta emocional extrema y la tendencia a conmovirse ante estados positivos y negativos de otros (Olivera, Braun y Roussos, 2011). Todas ellas guardan relación con el nivel de tolerancia a la exposición frente a los propios estados o ante las reacciones emocionales del paciente, que se incluye como otra de las acciones propias de la dimensión Expresiva del EPT.

El Índice de Reactividad Emocional de Davis (1980) incluye una escala para evaluar la “Toma de perspectiva” (Olivera, Braun y Roussos, 2011). Se sabe que, dentro de la capacitación con la que debe contar el psicólogo, está la constante actitud de neutralidad. Si bien es cierto que una anulación completa de las emociones es inviable, hemos de ser conscientes de que tampoco debe darse un exceso de acercamiento. El psicoterapeuta debe saber posicionarse a una distancia apropiada, manejando unos límites adecuados, de modo que tenga lugar ese equilibrio que facilite una mejor relación terapéutica (Hidalgo, 2013). Las acciones relacionadas con la posición de proximidad emocional con el paciente, perfilan el estilo del terapeuta a nivel expresivo.

La empatía constituye uno de los aspectos más valorados en un terapeuta y en los programas de especialización para terapeutas se realiza el entrenamiento empático. Sin embargo, para algunos autores, la falta de un enfoque unívoco en cuanto a la definición del constructo tiene un efecto negativo en cuanto a que dificulta la existencia de herramientas de investigación eficaces, de forma que empieza a notarse una disminución en la cantidad de estudios sobre empatía en la literatura (Olivera, Braun y Roussos, 2011). En este sentido, los resultados obtenidos en el presente estudio suponen una aproximación hacia una definición más operacional de la empatía, que facilite su medición y, por tanto, garantice la continuidad de la investigación en este campo. Además, supone comenzar a discriminar aquellos componentes de la empatía más significativamente relacionados con la calidad de la alianza terapéutica y, por tanto, con el éxito del proceso terapéutico.

Los resultados encontrados también apoyan la necesidad de formar y entrenar a los terapeutas en esta faceta, que implica auto-observación y tolerancia ante estados emocionales propios y del paciente, un manejo emocional adecuado y la facilidad para desenvolverse en climas afectivos intensos, entre otras habilidades.

Un nivel de competencia apropiado en estos aspectos parece ser requisito indispensable para el desarrollo de un vínculo de calidad con el paciente, lo cual supone una mayor probabilidad de éxito de la terapia.

En cualquier caso, dado que el presente estudio tan solo constituye un primer acercamiento para dilucidar qué estilos terapéuticos propician una mejor calidad de la alianza, se propone la replicación del mismo para futuras líneas de investigación, salvando las limitaciones presentes en este.

Es decir, sería interesante reproducir la investigación en muestras más amplias, con otras poblaciones clínicas y también con terapeutas de diferentes regiones geográficas. Asimismo, una recomendación importante para estudios futuros es que se comprenda y se evalúe la alianza terapéutica en función del paciente y del terapeuta, dado que el papel de ambos es igual de importante para llegar al establecimiento de la misma (Hidalgo, 2013).

Podría ser interesante llevar a cabo en un futuro estudios que impliquen análisis más afinados, de manera que pueda investigarse la relación entre los distintos componentes de la alianza propuestos por Bordin (acuerdo en objetivos, acuerdo en tareas y vínculo) y las dimensiones del EPT.

Es importante destacar que el hecho de haber obtenido resultados significativos al analizar la relación entre la función Expresiva del EPT y la alianza terapéutica, pese al reducido tamaño muestral, ya constituye una gran línea en la que seguir investigando.

## Referencias

- Andrade, N. (2005). La alianza terapéutica. *Clínica y Salud*, 16 (1), 9-29.
- Arratia, M. (2007). La efectividad del proceso terapéutico en relación a la retroalimentación y la alianza terapéutica. *Ciencia Psicológica*, 1 (2), 1-12.
- Botella, L. y Corbellá, S. (2005). Neurobiología de la autorregulación afectiva, patrones de apego y compatibilidad en la relación terapeuta-paciente. *Revista de Psicoterapia*, 16 (61), 77-101.
- Botella, L. y Corbellá, S. (2011). Alianza terapéutica evaluada por el paciente y mejora sintomática a lo largo del proceso terapéutico. *Boletín de Psicología*, 101, 21-33.
- Casari, L. (2013, agosto). *Comparación de variables profesionales del estilo personal del terapeuta en dos grupos de psicólogos clínicos*. Póster presentado a la XIV reunión nacional y III Encuentro Internacional de la Asociación Argentina de Ciencias del Comportamiento. Córdoba, Argentina.
- Casari, L., Albanesi, S. y Maristanny, M. (2012, octubre). *Relaciones entre el estilo personal del terapeuta con dimensiones de personalidad y variables sociodemográficas*. Póster presentado al XVI Congreso Nacional de Psicodiagnóstico. Rosario, Argentina.
- Casari, L., Albanesi, S. y Maristanny, M. (2013). Influencia del enfoque teórico en el estilo personal del terapeuta. *Psicogente*, 16 (29), 132-142.
- Castañeiras, C., Ledesma, R., García, H. y Fernández-Álvarez, H. (2008). Evaluación del estilo personal del terapeuta: Presentación de una versión abreviada del cuestionario EPT-C. *Terapia Psicológica*, 26 (1), 5-13.
- Castañeiras, C., Rial, V., García, F., Farfallini, L. y Fernández-Álvarez, H. (2006). *Auto-percepción de los terapeutas sobre su estilo personal: un estudio longitudinal*. Póster presentado a las XIII Jornadas de Investigación y Segundo Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Buenos Aires, Argentina.
- Corbella, S., Balmaña, N., Fernández-Álvarez, H., Saúl, L., Botella, L. y García, G. (2009). Estilo personal del terapeuta y teoría de la mente. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 18 (2), 125-133.
- Corbella, S. y Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de Psicología*, 19 (2), 205-221.

- Corbella, S. y Botella, L. (2004). *Investigación en psicoterapia: proceso, resultados y factores comunes*. Madrid. Editorial Vision Net.
- 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*, 27 (2), 298-301.
- Corbella, S., Fernández-Álvarez, H., Saúl, L., García, F. y Botella, L. (2008). Estilo personal del terapeuta y dirección de intereses. *Apuntes de Psicología*, 26 (2), 281-289.
- Di Nuovo, S. (2011). Speaking about therapist: Old questions and some answers derived from empirical evidence. *Research in Psychotherapy*, 14 (2), 52-75.
- Etchevers, M., González, M.M. y Simkin, H. (2012). Principales desarrollos y enfoques sobre alianza y relación terapéutica. *Anuario de Investigaciones*, 19 (1), 225-232.
- Etchevers, M., González, M.M., Sacchetta, L.M., Lacoconi, C., Muzzio, G. y Miceli, C.M. (2010). *Relación terapéutica: su importancia en la psicoterapia*. Póster presentado al II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. Buenos Aires, Argentina.
- Feixas, G. y Miró, M.T. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia: Una introducción a los tratamientos psicológicos*. Barcelona: Paidós.
- Fernández-Álvarez, H. y García, F. (1998). El estilo personal del terapeuta: Inventario para su evaluación. En Gril, S., Ibáñez, A., Mosca, I. y P.L.R. Sousa (eds.), *Investigación en Psicoterapia* (pp. 76-84). Pelotas, Brasil. Educat.
- Fernández-Álvarez, H., García, F. y Rial, V. (2004). *Programa de investigación sobre el estilo personal del terapeuta*. Póster presentado a las XI Jornadas de Investigación-Facultad de Psicología. Buenos Aires, Argentina.
- Fernández-Pinto, I., López-Pérez, B. y Márquez, M. (2008). Empatía: Medidas, teorías y aplicaciones en revisión. *Anales de Psicología*, 24 (2), 284-298.
- Fossa, P. (2012). Obstáculos del proceso terapéutico: Una revisión del concepto de vínculo y sus alteraciones. *Revista GEPU*, 3 (1), 101-126.
- García, C. (2008). Estudio piloto sobre el vínculo entre el estilo personal del terapeuta, la alianza terapéutica y las características patológicas del paciente (tesis doctoral). Universidad de Belgrano. Buenos Aires.

- García, F. y Fernández-Álvarez, H. (2007). Investigación empírica sobre el estilo personal del terapeuta: Una actualización. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 16 (2), 121-128.
- Hidalgo, C. (2013). Influencia de las características del terapeuta y del paciente en la constitución de la relación terapéutica. *Psyconex*, 5 (7), 1-11.
- Hermosa, C.A. (2010). Influencia de los rasgos de personalidad y el estilo personal del terapeuta aprendiz sobre las percepciones de la alianza terapéutica (tesis de grado). Universidad San Francisco de Quito. Quito.
- Idareta-Goldaracena, F. (2013). Ética y alianza terapéutica en trabajo social. *Portularia* 13, (2), 1-13.
- Jordan, K. (2003). Relating therapeutic working alliance to therapy outcome. *Family Therapy*, 30 (2), 95-107.
- Krause, M., Altimir, C. y Horvath, A. (2011). Deconstructing the therapeutic alliance: Reflections on the underlying dimensions of the concept. *Clínica y Salud*, 22 (3), 267-283.
- Mateu, C., Campillo, C., González, R. y Gómez, O. (2010). La empatía psicoterapéutica y su evaluación: una revisión. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 15 (1), 1-18.
- Navia, C.E. y Arias, E.M. (2012). Alianza terapéutica y su relación con las variables del terapeuta y del consultante. *Universitas Psychologica*, 11 (3), 885-894.
- Ojeda, M.E. (2010). Origen y evolución de la alianza terapéutica. *Revista GPU*, 6 (3), 284-295.
- Oliveras, J., Braun, M. y Roussos, A. J. (2011). Instrumentos para la evaluación de la empatía en psicoterapia. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 22 (2), 121-132.
- Piedrabuena, S. (2011). Cualidades personales del terapeuta en opinión de los pacientes y en relación a la percepción de mejoría (tesis doctoral). Universidad de Belgrano. Buenos Aires.
- Rial, V., Castañeiras, C., García, F., Gómez, B. y Fernández-Álvarez, H. (2006). Estilo personal de terapeutas que trabajan con pacientes severamente perturbados: Un estudio cuantitativo y cualitativo. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 26 (98), 191-208.
- Roe, R. (2003). ¿Qué hace competente a un psicólogo? *Papeles del Psicólogo*, 24 (86), 1-12.

- Romero, A.F. (2008). Factores atribucionales de la efectividad psicoterapéutica. *Anales de Psicología*, 24 (1), 88-99.
- Safran, J.D. y Muran, J.C. (2005). *La alianza terapéutica: una guía para el tratamiento relacional*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Safran, J.D. y Segal, Z. (1994). *El proceso interpersonal en la terapia cognitiva*. Buenos Aires: Paidós.
- Santibañez, P. (2003). La alianza terapéutica: El "Inventario de Alianza de Trabajo" en Chile. *Psyche*, 12 (1), 109-118.
- Santibañez, P.M., Román, M.F., Lucero, C., Espinoza, A.E., Iribarra, D.E. y Muller, P.A. (2008). Variables inespecíficas en psicoterapia. *Terapia Psicológica*, 26 (1), 89-98.
- Sebastián, F. y Fernández-Álvarez, H. (2001). Investigación en psicoterapia: Un puente entre teoría y clínica. *Revista Argentina de Psiquiatría*, 12 (45), 204-210.
- Vides, A., Grazioso, M.P. y García de la Cadena, C. (2012). El estilo personal del terapeuta guatemalteco en el interior del país. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 21 (1), 33-43.
- Wincker, M.I., Cáceres, C., Fernández, I. y Sanhueza, J. (1989). Factores inespecíficos de la psicoterapia y efectividad del proceso terapéutico: Una sistematización. *Revista Terapia Psicológica*, 11, 34-40.