



UNIVERSIDAD DE BELGRANO

# Las tesis de Belgrano

**Facultad de Humanidades  
Doctorado en Psicología Clínica**

**Cualidades personales del terapeuta  
En opinión de los pacientes y en relación a la  
percepción de mejoría - Tomo I**

**N° 62**

**Sara Piedrabuena**

**Departamento de Investigaciones  
Realización 2007  
Publicación agosto 2011**

Universidad de Belgrano  
Zabala 1837 (C1426DQ6)  
Ciudad Autónoma de Buenos Aires - Argentina  
Tel.: 011-4788-5400 int. 2533  
e-mail: [invest@ub.edu.ar](mailto:invest@ub.edu.ar)  
url: <http://www.ub.edu.ar/investigaciones>



## ÍNDICE

Agradecimientos .....	5
Resumen .....	6
Introducción .....	7
B – Marco teórico .....	8
B.1 La persona del terapeuta .....	8
B.2 Las variables del terapeuta .....	8
B.3 Estilo personal del terapeuta .....	15
B.4 Cualidades personales del terapeuta .....	19
B.5 Modelo de resolución de problemas. Premisas básicas .....	31
B.6 Contexto institucional del estudio realizado .....	37
C – Objetivos generales y específicos .....	42
D – Hipótesis .....	42
E – Metodología .....	42
E.1- Introducción .....	42
E.2 – Muestra .....	43
E.3 – Instrumento .....	44
E.4 – Procedimientos .....	45
E.5 – Análisis de datos .....	45
F – Resultados .....	46
G – Discusión .....	49
H – Conclusiones .....	53
I - Bibliografía .....	54



## Agradecimientos

Deseo agradecer a las personas que me han acompañado para que la tesis sea posible.

En primer lugar quiero resaltar el apoyo recibido a lo largo del tiempo por Eva Muchinik y por Susana Seidmann, desde la Universidad de Belgrano.

Este trabajo es una síntesis del esfuerzo de muchos. Quiero agradecer y dedicar lo escrito aquí a todos mis compañeros del Centro Privado de Psicoterapias (CPP): admisores, terapeutas, secretarias. Los datos utilizados en la investigación han sido aportados por todos ellos.

Mi reconocimiento especial para los directores del querido CPP.

A Hugo Hirsch, por su estímulo y su respaldo permanentes; por todo lo que ha significado y significa en mi vida profesional.

A Héctor Barrios, por haberme enseñado que se puede hacer negocios con una ética.

A Ricardo Sterin Carmona, porque siempre ha tenido para mí una palabra de aliento.

Agradezco la colaboración de Jimena Thomann, coordinadora del equipo de seguimientos, que proporcionó la base del estudio realizado. Quiero destacar la labor de Susana Bruno, Liliana Fernández, Pablo López y Diego Martini, que han participado activamente en diferentes etapas de este trabajo.

Toda mi gratitud para Héctor Fernández Álvarez, tutor y ejemplo de rigurosidad, seriedad y compromiso con la profesión del psicoterapeuta.

Una consideración particular para Fernando Torrente y su paciencia infinita para explicarme los fundamentos y los pasos de una investigación.

Aprecio especialmente la ayuda de Celina Vautier, mi correctora de estilo, quien le ha dado un aspecto organizado y formal a esta tesis.

## Resumen

El propósito de la presente tesis fue estudiar las cualidades personales del terapeuta en la opinión de los pacientes. Se buscó investigar en qué medida dichas cualidades influyen en la mejoría de los pacientes.

La investigación se centró en

- Organizar las respuestas de los pacientes y categorizarlas en cualidades relacionales y cualidades técnicas de los terapeutas.
- Categorizar las respuestas de los pacientes en cualidades positivas y negativas de los terapeutas.
- Determinar si las cualidades personales positivas de los terapeutas tienen una influencia en la mejoría de los pacientes.
- Determinar si las cualidades personales negativas de los terapeutas tienen una influencia en la no mejoría de los pacientes.
- Determinar cuáles son las cualidades personales de los terapeutas que tienen mayor importancia para los pacientes.

Se utilizaron ciento sesenta y cuatro seguimientos telefónicos post terapia para obtener los datos necesarios de los pacientes respecto de cómo les resultó el terapeuta y si consideraban haber mejorado o no en la terapia.

Se realizó un análisis cuantitativo y un análisis de contenido de las respuestas obtenidas.

Dichas respuestas fueron categorizadas en cualidades relacionales y cualidades técnicas positivas y negativas de los terapeutas.

Se pudo establecer que hay una relación entre las cualidades personales del terapeuta y la percepción subjetiva de mejoría por parte de los pacientes.

El presente trabajo aspira a ser un aporte a la práctica clínica del terapeuta y a precisar mayor especificidad acerca de su contribución única al resultado de la terapia.

## A - INTRODUCCIÓN

*“El éxito de todos los métodos y escuelas de psicoterapia depende, en primera instancia, de la convicción del paciente de que el terapeuta se preocupa por él y es competente para aliviar su malestar.”*

**Jerome Frank**

La investigación en psicoterapia está avanzando hacia precisar cada vez más qué factores influyen en la eficacia de los tratamientos.

Si bien es innegable la influencia recíproca de las características de terapeuta y paciente y los estudios progresan en la dirección de qué con quién, creemos todavía necesario resaltar la contribución única del terapeuta.

Históricamente, numerosas investigaciones se han dedicado a explorar los efectos de la psicoterapia determinando que en ellos intervienen factores específicos e inespecíficos. Los específicos daban cuenta de la particularidad de cada escuela o técnica de terapia y los inespecíficos referían a la situación terapéutica, al paciente y al terapeuta.

En los últimos años se ha progresado en lograr especificidad y se ha podido discriminar con mayor detalle entre las variables del paciente, del terapeuta y de la relación terapéutica.

A partir de mi trabajo en el Centro Privado de Psicoterapias (CPP), y de mi deseo de aspirar a obtener el grado académico de doctor, comencé esta tarea de investigación. Su propósito es contribuir a la precisión de aspectos de la variable del terapeuta. Tomando en consideración las opiniones de los pacientes se definirán las cualidades personales del terapeuta y la relación de las mismas con la percepción subjetiva de mejoría.

El CPP es una institución que se dedica a brindar programas en salud mental para grandes poblaciones. Sus terapeutas adscriben al modelo de resolución de problemas instrumentando técnicas de terapia focalizada y estratégica.

Como parte de las actividades para evaluar y demostrar la efectividad y la eficiencia de los tratamientos, en el CPP se realizan seguimientos telefónicos post-terapia que brindan información sobre distintas cuestiones. Son exploradas la calidad general de la atención, el estado del motivo de consulta, las características del terapeuta y particularidades de la terapia.

Este trabajo pretende explorar cuáles son las cualidades personales del terapeuta más importantes para los pacientes y cuáles han tenido mayor o menor influencia en su mejoría.

Las cualidades no son características estáticas, sino emergentes en relaciones específicas con pacientes concretos. En este sentido, dichas cualidades son fruto de una construcción en el vínculo. Sin embargo, esperamos establecer que ciertas cualidades diferencian a algunos terapeutas de otros.

Nuestra práctica clínica requiere personalizar aún más la relación con los pacientes. Como terapeutas, se hace imprescindible que podamos tomar decisiones basadas en datos aportados por la investigación.

## B – Marco Teórico

### B.1 - La persona del terapeuta

Históricamente se ha separado el proceso terapéutico en dos partes: la relación entre el psicoterapeuta y el paciente por un lado, y por otro, las actividades que realizan juntos: aunque tanto en la relación como en las actividades hay efecto recíproco.

Los distintos estudios en psicoterapia se han esforzado por establecer diferencias entre la influencia del tratamiento en sí mismo y la influencia del terapeuta. También se ha intentado distinguir entre la idoneidad profesional del terapeuta y sus características personales, es decir, aspectos referidos al entrenamiento y aspectos relacionados con la persona del terapeuta. (Frank, 1977).

Aunque el entrenamiento del terapeuta y su posición social relativa a la del paciente influyen en la relación terapéutica, las características y actitudes personales del terapeuta constituyen un factor aún más importante (Frank, 1977).

Todos los modelos de psicoterapia intentan, implícita y explícitamente, influir en cómo el terapeuta se utiliza a sí mismo, puesto que la labor de la terapia transcurre a través de la relación personal que existe entre el terapeuta y el paciente (Aponte, 1985).

Evidentemente, cada modelo terapéutico propone demandas personales diferentes al terapeuta que adscribe al mismo. La orientación teórica crea un marco profesional dentro del cual el terapeuta puede trabajar, con y a partir de su persona. (Aponte, 1985).

Cada terapeuta tiene una manera de relacionarse y una manera de implementar la técnica, porque la herramienta de la técnica es la persona del terapeuta (Aponte y Winter, 1988).

Lo que constituye ya un hecho ineludible es que el terapeuta es una persona, por mucho que se esfuerce en hacer de sí mismo sólo un instrumento de tratamiento de su paciente (Orlinsky y Howard, 1986).

A pesar de que la búsqueda de eficacia no ha escatimado esfuerzos para eliminar al terapeuta como una variable que podría ser de más provecho para la mejoría del paciente, la contribución del terapeuta como persona es un factor primordial de cambio (Lambert y Okiishi, 1977).

Revisando diferentes investigaciones Wampold (2001) concluyó que la evidencia preponderante indica que hay amplios efectos del terapeuta y que esos efectos exceden grandemente los efectos del tratamiento.

Fuentes múltiples y convergentes de evidencia indican que la persona del terapeuta está inextricablemente entrelazada con el resultado de la terapia (Norcross, 2002).

Las diferentes guías de práctica parecieran proponer un terapeuta despersonalizado siguiendo procedimientos. Esto establece un notable contraste con la práctica clínica de la psicoterapia como una experiencia intensamente interpersonal y profundamente emocional (Norcross, 2002).

La psicoterapia supone un encuentro entre dos o más personas: llevarla a cabo involucra una relación personal entre quien cura y quien sufre (Frank y Frank, 1991).

### B. 2 - Las variables del terapeuta

En las últimas décadas las investigaciones en psicoterapia han precisado aspectos del terapeuta que influyen en el resultado de la psicoterapia.

La capacidad de influencia social y la competencia del terapeuta para el uso de la técnica han demostrado ser variables específicas más importantes que las características demográficas. (Beutler, Crago y Arizmendi, 1986)

En estudio posterior (Beutler, Machado y Neufeldt, 1994) demuestran que el cambio terapéutico está más relacionado con la identidad del terapeuta que con el tipo de psicoterapia que practica. Se afirma también allí que algunos terapeutas, en todos los enfoques, producen consistentemente más efectos positivos que otros; y que algunos terapeutas producen decididamente efectos negativos (Lafferty, Beutler y Crago, 1989).

En investigación sobre la contribución de los terapeutas individuales al proceso y resultado en psicoterapia (Lambert, 1989) se concluye que el efecto producido por el terapeuta a menudo excede el que se adjudica a la técnica. Este efecto puede ser positivo o negativo, se observa con pacientes diversos y más allá de la formación profesional y del nivel de experiencia.

Las variables del terapeuta han sido clasificadas en cuatro cuadrantes, representando dos dimensiones que se superponen. (Beutler, Malik, Alimohamed, Harwood, Talebi, Noble y Wong, 2004).

La primera dimensión establece la identidad de cualidades que van de considerarse rasgos extraterapia a estados específicos en la terapia. Rasgos, se refiere a los aspectos que permanecen y se manifiestan en la vida del terapeuta por fuera de la terapia y que son incidentales en el proceso de la misma. Estados hace referencia a las variables que se ponen en juego al promoverse específicamente el rol de psicoterapeuta.

La segunda dimensión establece una distinción entre características observables y características inferidas.

Las observables pueden ser identificadas por procedimientos independientes de los terapeutas, es decir, pueden ser chequeadas, observadas y verificadas a través de otras formas que no sean simplemente preguntando a los terapeutas.

Las inferidas están comprendidas en constructos hipotéticos cuya identificación recae en un proceso inferencial: se incluyen aquí aspectos de la personalidad y cualidades de relación. Algunas pueden conocerse por el auto-reporte de los terapeutas y otras pueden ser percibidas por distintas personas. (Ver Fig. 1)

**Fig. 1**



A los fines de este estudio se analizarán los tópicos que refieren a los estados observables y a los estados inferidos. Se señalarán conclusiones de algunos de los distintos estudios reseñados.

## **Características observables**

### **a. Disciplina profesional y cantidad de entrenamiento**

La variable más frecuentemente investigada y más controversial incluye la disciplina profesional, el tipo de entrenamiento, la cantidad de entrenamiento y las habilidades en la facilitación del proceso terapéutico.

Un estudio obtuvo resultados levemente favorables para los psicólogos por sobre los psiquiatras (Smith, Glass y Miller, 1980). En otro, aquellos pacientes que vieron counselors de familia y pareja reportaron menos beneficio que los que vieron psicólogos o psiquiatras (Seligman, 1995). De manera similar, comparando psiquiatras y residentes en práctica de familia, se encontró un efecto que favorece a aquellos profesionales entrenados en salud mental, es decir, un efecto que resultó más observable en los psiquiatras (Propst, Paris y Rosberger, 1994).

Por otra parte los terapeutas profesionalmente entrenados son más focalizados que sus homólogos no entrenados y esta focalización está relacionada con la reducción de síntomas (Barlow, Burlingame, Harding and Behrman, 1997)..

Pocas revisiones han encontrado efectos directos significativos de estas características sobre los resultados. Sin embargo, puede sugerirse que el entrenamiento específico en psicoterapia contribuye al desarrollo de la habilidad del terapeuta.

### **b. Experiencia profesional**

La evidencia del valor de acumular experiencia profesional es débil en el mejor de los casos (Christensen y Jacobson, 1994). Para algunos (Propst et al., 1994) los terapeutas experimentados producen mayores resultados positivos que aquellos sin experiencia. Para otros (Luborsky, McLellan, Diguier, Woody y Seligman, 1997) algunos terapeutas son sólo efectivos con un tipo particular de pacientes, mientras otros son efectivos con una gran variedad de pacientes, dependiendo parcialmente del nivel de experiencia del terapeuta.

Los resultados sugieren que lo que es importante acerca de la experiencia puede ser el contacto clínico en general, más que traer de por sí el desarrollo de competencias específicas.

### **c. Estilo interpersonal en psicoterapia**

El estilo interpersonal en psicoterapia toma diferentes formas, variando desde patrones de dominancia y positividad, hasta diversos estilos verbales y no verbales.

#### **c<sub>1</sub> - Estilos de interacción recíproca**

La influencia relacional recíproca de los estilos interpersonales de los terapeutas ha recibido más atención en las investigaciones. Mientras los estilos interpersonales son relativamente de dominio específico y relativamente estables entre terapeutas y modelos de psicoterapias particulares, no se puede dejar de lado que son reactivos a respuestas y diferencias de los pacientes (Stiles, Shapiro y Firth-Cozens, 1989).

El modelo de comunicación identifica la presencia de alternativas entre amistoso a no amistoso, y de dominante a sumiso. Estos conceptos recíprocos han sido aplicados para predecir el desarrollo de buenas relaciones terapéuticas y para evaluar la compatibilidad entre terapeuta y cliente (Henry y Strupp, 1991).

Comportamientos amigables es un concepto dentro del cual se han incluido investigaciones sobre comportamientos positivos de terapeutas que han sido consistentemente asociados con buenos resultados (Beyevach y Carranza, 1997).

Los comportamientos amistosos se corresponden generalmente con respuestas positivas de los pacientes (Andrews, 1990).

Los comportamientos no amistosos de los terapeutas traen como resultado un menor nivel de eficiencia en la comunicación con el paciente (Andrews, 1990).

Los resultados pobres para díadas cliente - terapeuta se distinguen de buenos resultados a través de patrones de baja positividad / simpatía del terapeuta, respecto de altos niveles de hostilidad del terapeuta y recíprocamente autocrítica del paciente, armándose un patrón de dominación – sumisión (Henry, Schacht y Strupp, 1990).

Los estilos interpersonales comparables entre terapeutas y clientes pueden ser indicativos de si la terapia irá en una dirección positiva o no.

### ***c<sub>2</sub> Patrones verbales de interacción en psicoterapia***

Los patrones verbales relevantes incluyen tanto aquellos aspectos que se refieren al no contenido (por ejemplo, el número de palabras y oraciones usadas), como los referidos al contenido (por ejemplo, temas) de la comunicación.

El uso de palabras cargadas de emoción correlaciona con resultados positivos (Holzer, Pokorny, Kachele y Luborsky, 1997).

La introducción de temas por parte del terapeuta está fuertemente asociada con los resultados (Tracey, 1986). Este estudio muestra que aunque la iniciación de temas es un factor importante, también lo es la emergencia de acuerdo. La alta proporción de acuerdo en los temas entre terapeuta y paciente, sin tener en cuenta quién inició el tema, está asociada con la continuidad de la terapia y con la cantidad de beneficio obtenido.

Los estudios naturalísticos han confirmado y extendido la importancia de los niveles de actividad verbal del terapeuta (Horn – George y Anchor, 1982).

### ***c<sub>3</sub> Patrones de comunicación multicanal y no verbal***

El tono de voz y la postura del cuerpo tienden a dar información que no está descubierta en el contenido del discurso (Ekman y Davidson, 1994).

Los sonidos del discurso en los cuales el contenido fue filtrado, y la comunicación escrita que tiene contenido, pero no sonidos de discurso, proveen tipos de información confiable. Compararlos provee una metodología para estudiar las incongruencias de canal. El contenido-cargado y el contenido-filtrado del discurso pueden dar a conocer intensos estados emocionales y el aspecto del no-contenido del lenguaje puede tener una enorme importancia en el ámbito psicoterapéutico (Mohr, Shoham-Salomon, Engle y Beutler, 1991).

Aunque estas conclusiones son generalmente consistentes con viejos estudios y sugieren que la correspondencia entre canales de comunicación verbales y no verbales facilita los tratamientos psicológicos, es un área de investigación que está tendiendo a desaparecer.

## **d. Métodos de tratamiento**

### ***d<sub>1</sub> Tratamientos manualizados***

Durante tres décadas, lo que los terapeutas realmente hicieron fue ignorado, y lo que se sabía acerca de los efectos de la psicoterapia estaba restringido a los autoreportes, desde los cuales se realizaban las comparaciones a través de diferentes teorías. En estas comparaciones, la validez y confiabilidad de los procesos de autoreportes se vio afectada por la influencia de lo no controlable y lo idiosincrático ejercido por las predilecciones y proclividades de la persona del terapeuta.

En efecto, el gradual reconocimiento de la influencia no controlada ejercida por el terapeuta dio nacimiento a los manuales de tratamiento. Estos manuales fueron originalmente vistos como un camino para estandarizar y controlar el proceso de tratamiento, con lo cual estos factores de la terapia podían ser detectados y extractados del ruido de los factores correspondientes a los terapeutas o a los pacientes (Nathan, Stuart y Dolan, 2000).

Sin embargo, la estandarización de los tratamientos no ha eliminado la influencia del terapeuta en los resultados (Luborsky et al. 1997). Los manuales existentes pueden ser demasiado rígidos para ser aplicados de manera útil en la mayoría de los escenarios clínicos y los terapeutas deben encontrar lo que suprimen en creatividad (Beutler, 2000).

En estudios controlados, los terapeutas más efectivos se apartaron de las directivas manualizadas (Strupp y Anderson, 1997). Las habilidades interpersonales de un terapeuta correlacionan negativamente con la habilidad de aprender un manual (Henry, Strupp, Butler, Schacht y Binder, 1993). Estos autores también afirmaron que los datos correlacionados han demostrado que altos niveles de adherencia a un modelo específico de psicoterapia puede realmente interferir con el desarrollo de una buena relación de trabajo.

Permitiendo la flexibilidad de los terapeutas se pueden aumentar mucho más los resultados que siguiendo tratamientos estructurados. El hecho de darles a los terapeutas un feedback del progreso de sus pacientes puede conseguir un ajuste de los tratamientos que mejore los resultados (Lambert, Whipple, Smart, Vermeersch, Nielsen y Hawkins, 2001).

#### **d<sub>2</sub> Supervisión**

La supervisión de los casos de psicoterapia ha sido el principal método de aseguramiento del desarrollo del nivel de competencias y habilidad de los terapeutas. Los estudios relacionando supervisión con resultados son escasos y, en la mayoría de ellos, la naturaleza de la supervisión es relativamente inespecífica.

Un estudio muestra que los pacientes notaron cambios en la evaluación de su terapia y que éstos estaban positivamente relacionados con el grado de correspondencia entre la orientación teórica del terapeuta y del supervisor (Steinheber, Patterson, Cliffe y La Goullon, 1984).

#### **d<sub>3</sub> Adherencia / conformidad y habilidad / competencia**

Una reseña de investigación sobre el nivel de competencia de los terapeutas sugiere la importancia de diferenciar entre competencia específica, un concepto que se refiere tanto a conformidad como a adherencia, y competencia general, una medida de la habilidad que ejercita el terapeuta cuando está aplicando los procedimientos de los tratamientos. Estos dos conceptos, conformidad y habilidad, no están altamente intercorrelacionados (Barber, Crits-Christop y Luborsky, 1996).

Un terapeuta puede tener competencia específica sin ser considerado como altamente hábil en la aplicación del tratamiento. La habilidad puede ser específica, tanto con un grupo de pacientes particulares o con un tipo particular de terapia, o puede ser general y darse a través de los procedimientos de terapia o en tipos de pacientes. La competencia está relacionada de manera muy cercana con la desenvoltura y la exactitud de la administración del tratamiento.

Varios estudios reportan una relación positiva de las habilidades del terapeuta con los resultados (Barlow et al. 1997; Harkness, 1997).

Para controlar sistemáticamente el tipo de supervisión, se entrenaron supervisores en dos clases de intervención. Una de ellas incluía un método de supervisión focalizado en el cliente, centrado en la construcción de habilidades, y la otra, un modelo de supervisión de proceso que proveía al practicante de mucha más empatía de la que se esperaría de un terapeuta en terapia. Los resultados enfatizaron que la empatía del supervisor y el entrenamiento en habilidades estaban relacionados con los beneficios derivados en el paciente. Los practicantes estaban más satisfechos con los consejos para la construcción de habilidades, pero el autor concluyó que la construcción de habilidades sin prestar atención a la sintonía empática está condenada a ser inefectiva (Harkness, 1997).

### e. Clases de intervenciones

Las intervenciones son las técnicas y procedimientos usados para iniciar un cambio en psicoterapia. Las intervenciones son desarrolladas desde una teoría formal pero, a diferencia de ésta, pueden ser directamente observadas.

Las clases de intervenciones y las representaciones dimensionales asociadas han sido divididas en cuatro categorías (Beutler, Clarkin y Bongar, 2000).

Son: una dimensión de conducción del terapeuta sobre el paciente, en contraposición a procedimientos de autodirección; una dimensión de foco en el insight o foco en los síntomas; una dimensión de foco en la emoción o abreacción, versus foco en las intervenciones de apoyo, y una dimensión de alta a baja intensidad de tratamiento.

#### e<sub>1</sub> *Directividad del terapeuta versus autodirección del paciente*

Los psicoterapeutas varían mucho en el grado en el que asumen el rol de guías y maestros para promover el cambio de comportamiento y de sentimientos en los pacientes (Malik, Alimohamed, Holaway y Beutler, 2000).

Aún así, los modelos de psicoterapia exhortan al terapeuta a adoptar una postura evocativa, no directiva y facilitadora o, en contraste, una postura directiva con los pacientes.

Las teorías comportamentales, cognitivas y otras orientadas a la acción enfatizan el uso de intervenciones que sitúan al terapeuta en el rol de maestro o guía. Por el contrario, los modelos no orientados a la acción instan al terapeuta a adoptar roles tales que sea el paciente quien más dirija el tratamiento.

Existe una relación positiva entre la directividad del terapeuta y el beneficio en los resultados (Beutler et al. 1994). Es un indicador de pronóstico de tratamiento y una variable que está mejor adaptada al nivel de receptividad del paciente (Beutler y Harwood (2000). Los efectos de la directividad del terapeuta son moderados por el nivel de los rasgos resistentes del paciente.

La asignación de tareas es un aspecto importante de la terapia y provee un camino en el cual los terapeutas direccionan y guían el tratamiento. Hay una conexión causal entre conformidad con la tarea y beneficios en el tratamiento (Kazdin y Mascitelli, 1982).

#### e<sub>2</sub> *Intervenciones orientadas al insight versus intervenciones orientadas a los síntomas*

Los terapeutas pueden enfatizar el logro del insight como un camino hacia el cambio, buscando sacar a la luz eventos del pasado o modificar contingencias reforzadoras centrándose en eventos actuales.

Los estudios reseñados sustentan el muy notorio veredicto del pájaro Dodo, es decir, todos los tratamientos son equivalentes unos con otros (Wampold, 2001). Sin embargo, esta conclusión puede estar atemperada por la variabilidad de los efectos observados. Se hace imprescindible la necesidad de buscar variables moderadoras, por ejemplo, características de los pacientes que afectan diferencialmente el poder de los tratamientos de insight y de los focalizados en los síntomas.

#### e<sub>3</sub> *Intervenciones de emotividad versus intervenciones de apoyo*

Las intervenciones que provocan despertar emocional aumentarán los resultados positivos, especialmente si son aplicadas tempranamente en los tratamientos (Beutler, Booker y Peerson, 1998).

Aquellos tratamientos que intentan específicamente magnificar y aumentar la experiencia emocional realmente evocan altos estados de emocionalidad y, subsecuentemente, logran mejores resultados que intervenciones que no buscan incrementar la intensidad emocional (Beutler, Kim, Davison, Karno y Fisher, 1996).

El impacto de intervenciones focalizadas en la emoción e intervenciones de apoyo es una función compleja respecto de la extensión del tratamiento y de la calidad de la alianza terapéutica. Sólo en terapias prolongadas de aproximadamente dos años, y entre pacientes que tienen buena alianza terapéutica con sus terapeutas, las intervenciones focalizadas en la emoción producen mejores resultados que las intervenciones de apoyo. Cuando los pacientes se vinculan pobremente con sus terapeutas, las intervenciones de apoyo son más efectivas (Gaston, Piper, Debbane, Bienvenu y Garant, 1994). Estos resultados apoyan la hipótesis de que las terapias efectivas consisten en un modelo de rupturas y reparaciones en el vínculo emocional entre terapeuta y paciente.

#### **e<sub>4</sub> Intensidad del tratamiento**

En la práctica clínica es común ajustar la intensidad del tratamiento (longitud, frecuencia de sesiones y setting) al nivel de daño y al riesgo de que el paciente sea dañino para sí o para terceros. Aunque dicha intensidad parece ser parcialmente dictada por la severidad del problema (Beutler et al. 1996) no siempre está claro cómo ajustar mejor la naturaleza del tratamiento en función de la severidad del problema y del nivel de daño.

Con un método de identificación de intensidad de tratamiento (cronicidad, comorbilidad y daño familiar) se pudo encontrar que los pacientes con niveles moderados y altos de daño social e interpersonal podían beneficiarse más con tratamientos más intensivos, entendiéndose por esto, agregar medicación psicoactiva, aumentar el número de sesiones y agregar terapia de grupo o familiar (Beutler et al., 2000).

Desafortunadamente, hay un número insuficiente de estudios y en consecuencia no hay una imagen clara de la relación entre intensidad de tratamiento y resultados con pacientes cuyo nivel de daño varía.

### **Estados inferidos**

#### **a. La relación terapéutica**

La calidad de la relación terapéutica puede ser evaluada desde la perspectiva del terapeuta, del paciente o de un observador independiente.

Desde todas esas perspectivas ha sido una de las correlaciones más sostenidas y aceptadas de cambio terapéutico (Lambert, 1992).

La calidad de la relación terapéutica constituye el predictor más fuerte de resultado (Beutler et al., 1994).

Algunos estudios muestran que la calidad de la relación terapéutica durante las primeras sesiones, antes de que los cambios sintomáticos tengan lugar, predicen exitosamente beneficios en los tratamientos (Stiles, Agnew-Davies, Hardy, Barkham y Shapiro, 1998) (Bachelor, 1991).

#### **b. Orientación teórica**

El modelo de tratamiento usado por el clínico representa su filosofía y sus creencias acerca de qué induce y qué mantiene el cambio. La evidencia continúa acumulando indicadores de que hay una variabilidad sustancial del terapeuta dentro de cualquier aplicación dada de un modelo teórico o de un manual (Malik et al., 2000).

La manera en que es conducida una terapia, aún la más estructurada o manualizada, es altamente dependiente de la contribución única de los particulares sistemas de creencias y teorías del terapeuta.

### **B- 3 – Estilo personal del terapeuta**

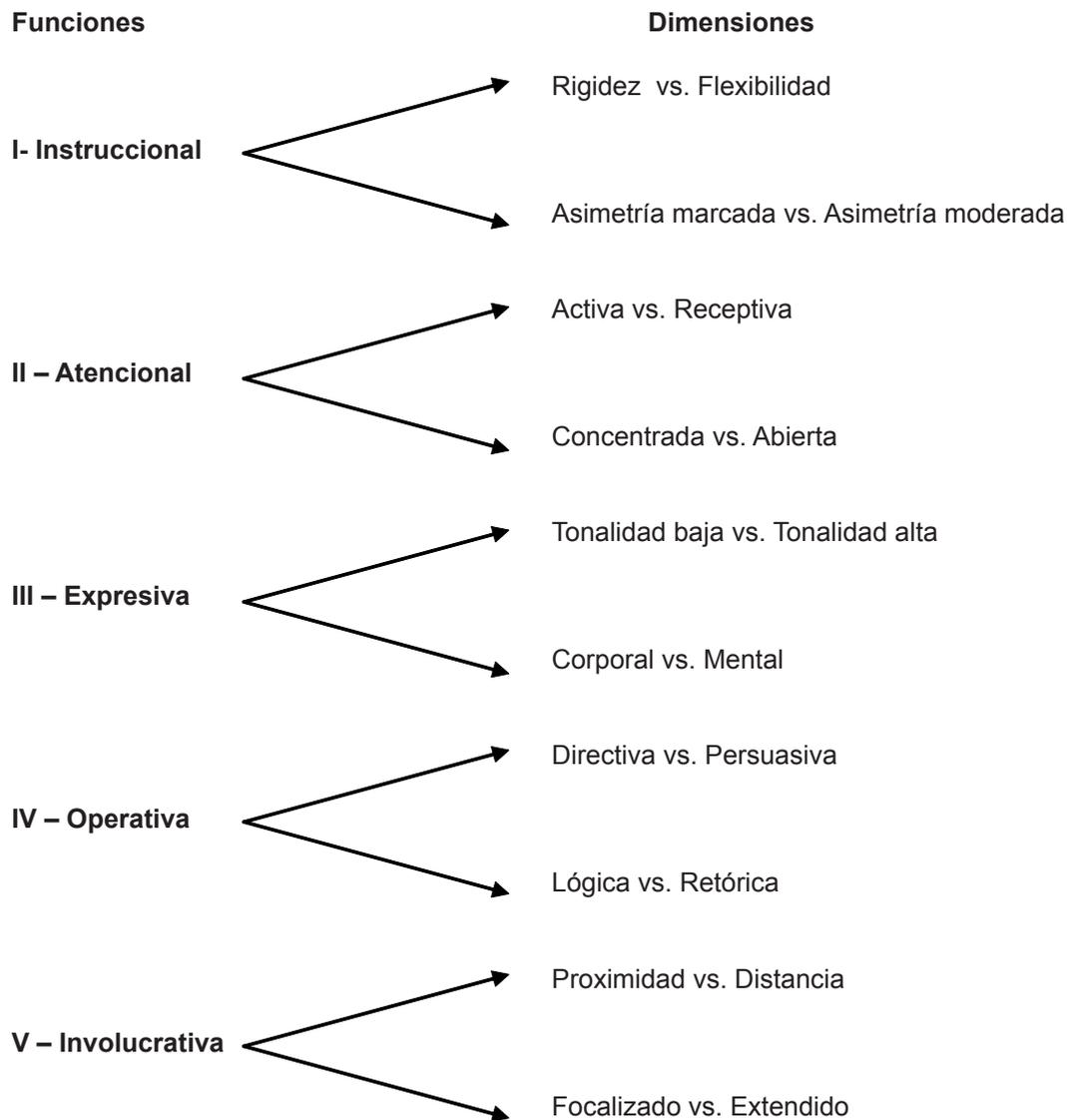
Las características personales del terapeuta se manifiestan por medio de modos de comunicación utilizados para influir sobre el paciente, con el objeto de promover procesos de cambio.

Los modos o funciones de la comunicación constituyen el factor más personalizado y de él dependen las variaciones singulares con que el estilo personal de un terapeuta incide sobre el uso de una técnica específica. La actividad global de estas funciones se traduce en la acción como un conjunto de rasgos, actitudes y disposiciones que cada terapeuta puede evidenciar en cada momento de su evolución como profesional (Fernández Álvarez, 1996).

El estilo personal del terapeuta es un constructo multidimensional definido como el conjunto de características que cada terapeuta pone en juego en cada acto de psicoterapia, modelando los atributos fundamentales de dicho acto (Fernández Álvarez , García y Scherb, 1998).

Está constituido por las condiciones peculiares del terapeuta que lo llevan a comportarse de una determinada manera en el curso de su trabajo profesional. Influencia el desarrollo de todo proceso terapéutico y tiene impacto sobre los resultados de la acción terapéutica, si bien variando ese grado de influencia de acuerdo con las características del paciente y con el contexto específico dentro del cual es aplicado (Castañeiras, García, Lo Bianco y Fernández Álvarez, 2006).

El estilo personal del terapeuta (EPT) propone un marco desde el cual organizar las funciones y dimensiones de rasgos y actitudes que todo terapeuta pone en evidencia en su ejercicio profesional. Las funciones son cinco: instruccional, atencional, expresiva, operativa y de involucración. Cada una de ellas tiene a su vez pares de dimensiones (Fernández Álvarez, 1996). Se desarrollarán primero las funciones y sus dimensiones (Fig. 2) y luego, algunos desarrollos posteriores que han articulado y relacionado las funciones entre sí y que han aplicado el constructo EPT en otras investigaciones.



**Fig. 2**

- I. La función instruccional comprende las conductas que el terapeuta pone en marcha para establecer y regular el dispositivo de la terapia, es decir, su instalación y ajuste. Por medio de esta función el terapeuta determina los alcances y los límites de la relación terapéutica, desde la definición de la distancia que regirá entre él y el paciente hasta los intercambios considerados legítimos en dicha relación. Si bien cada técnica terapéutica establece principios generales sobre la forma en que debe desarrollarse el vínculo, el estilo personal del terapeuta determina que cada uno cumpla con esos principios de maneras muy diversas. Algunos terapeutas marcan límites rígidos, tanto en lo referido al vínculo como al cumplimiento de pautas y tareas. Otros pueden manejar esto con mayor flexibilidad, sin perder por ello el rol de instruir respecto del dispositivo. De la misma manera, y si bien debe existir una asimetría, algunos terapeutas la extreman polarizando marcadamente la relación.
  
- II. La función atencional se refiere al modo en que el terapeuta focaliza para obtener la información que necesita para poder operar. Es fundamentalmente una función de escucha en la que el terapeuta selecciona los elementos que le serán de utilidad para avanzar en el trabajo terapéutico. Dicha selección puede hacerse de manera más activa por parte del terapeuta o de manera más receptiva. Dependiendo del estilo, el terapeuta puede tener una atención más concentrada o más abierta respecto de la información dada por el paciente.

- III.** La función expresiva alude a la manera en que el terapeuta se relaciona afectivamente con el paciente. Es el factor sobre el que más se ha insistido en los estudios sobre incidencia del aspecto personal del terapeuta en los tratamientos. Al ser un conjunto de acciones que el terapeuta lleva a cabo para sostener la comunicación emocional con el paciente, el tono de dicha emocionalidad puede ser bajo o alto. El terapeuta puede privilegiar la comunicación emocional, mental o corporal, de acuerdo a su particular manera de ser.
- IV.** La función operativa incluye el conjunto de acciones que el terapeuta desarrolla para cumplir con un plan de tareas que resulte en la producción de los cambios esperados en el paciente. Por medio de esta función, el terapeuta elige qué intervenciones específicas utilizará y de qué manera serán implementadas. El terapeuta decide sobre el grado de directividad o de persuasión con el que operará y sobre la forma lógica o retórica que será usada para intervenir, es decir, dando cuenta de su preferencia por utilizar procedimientos más pautados o más espontáneos.
- V.** La función involucrativa es el conjunto de conductas explícitas e implícitas vinculadas en el compromiso que experimenta el terapeuta frente a su tarea en general y en particular, frente a sus pacientes. Es el modo en que el terapeuta se involucra en su tarea, sosteniendo mayor distancia o mayor proximidad. 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. Otros terapeutas toleran un fuerte grado de involucración en la relación de ayuda que mantienen con el paciente. Trabajan con pacientes más perturbados y participan de zonas de la experiencia personal del paciente de mayor intimidad. Se incluyen también aquí una dimensión que señala la preferencia del terapeuta respecto de trabajar con programas terapéuticos focalizados y de corta duración, o de involucrarse en forma más abiertas y extendidas de tratamiento.

Las cuestiones mencionadas son de orden interpersonal. Hay además una función que da cuenta de lo intrapersonal, es decir, el grado de compromiso que el terapeuta experimenta con su trabajo en relación con el resto de las áreas de su vida.

En desarrollos posteriores utilizando el constructo EPT se ha arribado a conclusiones importantes de destacar a los fines de este estudio.

El estilo del terapeuta puede ser estudiado desde dos terrenos básicos: el uno es predominantemente cognitivo y el otro motivacional – emocional. El primero incluye las funciones atencionales y operativas, y el segundo corresponde a las funciones expresiva e involucrativa. La dimensión instruccional combina probablemente aspectos de ambos (Fernández Álvarez, García, Lo Bianco y Corbella, 2003).

La instalación del dispositivo terapéutico, una adecuada función atencional y una buena comunicación expresiva son factores clave en el acto terapéutico. El uso de las dimensiones instruccional, atencional y expresiva contribuyen al logro de una buena alianza de trabajo (Corbella y Botella, 2004).

Estudiando en detalle la función operativa Corbella y Botella (2004) plantean que la pericia del terapeuta para cumplir su tarea depende de que sea capaz de lograr tres cosas: ayudar a construir y sostener una buena alianza terapéutica; realizar intervenciones efectivas y evaluar el proceso y los resultados del tratamiento.

En consonancia con sus estilos personales, los terapeutas se inclinan al uso de ciertas técnicas más que de otras, lo que precisamente influencia significativamente en la prolongación o el acortamiento de la duración de los tratamientos (Fernández Álvarez et al., 1998). Terapeutas que prefieren tratamientos cortos se autodescriben como más flexibles en la función instruccional (Castañeiras et al., 2006).

Ser o no directivo no es en sí mismo lo correcto o lo favorable, sino que forma parte del estilo personal y éste puede ser más ventajoso para un tipo de pacientes que para otros (Corbella y Botella, 2004).

No hay combinaciones ideales de estilo personal, pero esto no significa que todo perfil posible sea igualmente positivo. Algunos estilos pueden ser considerados más adecuados que otros para el abordaje de situaciones clínicas específicas. Por ejemplo, el grado de flexibilidad contra la rigidez necesaria en la función instruccional varía según se trate de pacientes con un desorden en una personalidad antisocial o con un problema de personalidad dependiente. Al mismo tiempo, terapeutas inclinados a comportarse con diferentes grados de expresión (emocionalmente más cercana o más distante) pueden llegar a resultados igualmente positivos, ya sea que trabajen con personas que requieran más o menos muestras de contención comprensiva de su parte (Castañeiras et al., 2006).

También con el EPT se realizó una investigación con terapeutas de orientación cognitiva, psicoanalítica, sistémica e integradora (Fernández Álvarez, 2003). Se encontraron cuatro perfiles terapéuticos pero con representantes de todas las orientaciones, es decir, se pudo encontrar, por ejemplo, psicoanalistas con estilo personal más parecido a compañeros sistémicos cognitivos o integrativos que los compañeros de su propia orientación. El autor concluye que la orientación teórica influye en los modos de comunicación del terapeuta, pero aún así, las variables personales tienen un peso específico en el estilo terapéutico. Al decir de Corbella y Botella (2004) posiblemente de acá viene el acierto de Fernández Álvarez al hablar de estilo "personal" del terapeuta.

Las funciones del estilo personal no pretenden abarcar exhaustivamente el carácter multidimensional del terapeuta, ni explicar la totalidad de las acciones que se llevan a cabo en terapia. Se proponen, en cambio, como un criterio útil para delimitar los principales ejes que componen el acto psicoterapéutico (Rial, Castañeiras, García, Gómez y Fernández Álvarez, 2006).

## B. 4 – Cualidades personales del terapeuta

Se entiende por cualidades personales del terapeuta aquellas características o actitudes que el terapeuta muestra y / o transmite de manera implícita en el marco del tratamiento, independientemente del modelo psicoterapéutico que utilice (Frank, 1977).

### B.4.1 *En opinión de los pacientes*

Las cualidades personales del terapeuta han sido estudiadas tomando en consideración las opiniones de los colegas y los superiores por un lado, y por otro, las opiniones de los pacientes (Frank, 1977).

La competencia del terapeuta puede definirse en función de los juicios que sobre él emitan sus colegas o sus supervisores. De este tipo de estudio, el buen terapeuta surge como buena persona en general, inteligente y responsable, posee un juicio recto y es creativo. Se lo juzga asimismo como sincero y capaz de ofrecer una afabilidad controlada a los pacientes, es decir, se deja llevar algo, emocionalmente, a la situación del paciente, pero sin perder objetividad (Luborsky, Auerbach, Chandler, Cohen y Bachrach, 1971).

Los estudios que descansan en criterios de competencias de los terapeutas emitidos solamente por los colegas o por los supervisores, miden lo que debería ser un buen terapeuta o cómo debería conducirse, y corren el riesgo de determinar estereotipos del Buen Terapeuta, de la Correcta Terapia y de la Persona Ideal (Frank, 1977).

Los juicios sobre terapeutas emitidos por los pacientes coincidieron con los de los propios colegas, en cuanto a las cualidades personales vinculadas con el éxito en el tratamiento (Strupp, Fox y Lesler, 1969). Al combinar opiniones de terapeutas y de pacientes, el buen terapeuta fue definido como perspicazmente atento a lo que oye, interesado, benigno y preocupado, amigo cálido y natural, dispuesto a ofrecer consejo en forma directa, habla el mismo lenguaje que el paciente, es sensato y rara vez suscita un enojo intenso. En este mismo estudio, los pacientes que habían sentido que su terapia fue exitosa, describieron a su terapeuta como alguien cálido, interesado, comprensivo y respetuoso.

Con el fin de investigar cuáles fueron los eventos de mayor ayuda en el proceso terapéutico, se tomó el contenido de las descripciones post-sesión de pacientes y terapeutas. Estudiando dicho contenido, se determinó que la más alta valoración dada por ambos, fue para sentirse comprendido, sentirse cercano y sostenido por el terapeuta (Elliott, Clark y Kemeny, 1991).

En estudio sobre opiniones de los pacientes, Lorr (1965) encontró que la categorización de los pacientes dada para la comprensión y la aceptación estaba en relación mayoritariamente positiva con un aumento de la confianza paciente – terapeuta.

Los pacientes manifestaron la creencia de que las cualidades personales del terapeuta fueron más importantes que los factores técnicos específicos del tratamiento. Adjetivos como sensible, gentil y honesto fueron elegidos para describir al terapeuta (Lazarus, 1971).

Los pacientes atribuyen el resultado positivo de sus tratamientos a los atributos personales de los terapeutas (Sloane, Staples, Cristol, Yorkston y Whipple, 1975). En este estudio las variables demostradas como decisivas en el resultado de la terapia fueron:

- a) Capacidad, evaluada por el paciente, de ayudar a éste a entender sus problemas
- b) Capacidad, evaluada por el paciente, de animarlo a practicar gradualmente el enfrentamiento de las situaciones problemáticas.
- c) Capacidad de comprensión, evaluada por el paciente.
- d) Capacidad, evaluada por el paciente, de fomentar su autocomprensión.

Algunas cualidades personales de los terapeutas han sido listadas como factores curativos y fueron puestas a consideración de los pacientes. Los factores confirmados por una significativa cantidad de pacientes son: “conversar con alguien interesado en mis problemas, recibir consejo, coraje y reaseguro, hablar con alguien que entienda y que me infunda esperanza” (Murphy, Cramer y Lillie, 1984). Cabe aclarar que este estudio fue hecho a pacientes que pertenecen a una clase social baja y ya ha sido demostrado que dichos pacientes esperan consejo en terapia (Goin, Yamamoto y Silverman, 1965).

Bachelor (1988) observó que los pacientes tienen diferentes maneras de percibir la empatía. Algunos consideran que la empatía es que el terapeuta “diga lo que yo siento”. Otros consideran que la respuesta afectiva debe ser más significativa y la describen como “sentía que él sentía lo que yo le estaba diciendo”.

Lo que consistentemente aparece como importante es que el paciente valora sentirse entendido y aceptado (Cooley y La Joy, 1980).

Lafferty et al., (1991) examinaron diferencias entre mayor y menor efectividad de terapeutas y compararon niveles de sufrimiento de los pacientes antes y después del tratamiento. Concluyeron que su estudio sostiene la significación de la empatía del terapeuta en una psicoterapia efectiva. Pacientes de terapeutas menos efectivos se sienten menos comprendidos por sus terapeutas de lo que se sienten pacientes de terapeutas más efectivos.

La característica básica del terapeuta conectada con una mayor efectividad fue la posesión de habilidades interpersonales fuertes (Najavits y Weiss, 1994). En este estudio se comprobó que características tales como empatía precisa, autenticidad, respeto, actitud afirmativa, comprensión, capacidad de concretar, calidez y una baja expresión de afecto negativo (subestimar y culpar), son todos factores que contribuyen a la efectividad del terapeuta.

En otra investigación, Najavits y Strupp (1994) trabajaron con dieciséis terapeutas (ocho psicólogos y ocho psiquiatras) que habían sido recomendados por sus supervisores como clínicos empáticos y cuidadosos. Los terapeutas fueron evaluados por los pacientes de acuerdo a su comportamiento en sesión. Calidez, comprensión, actitud afirmativa, conducta amistosa, ayuda y protección fueron consideradas conductas positivas, mientras que formas sutiles de subestimar, culpar, ignorar, descuidar, atacar y rechazar fueron consideradas conductas negativas. Cabe destacar que todos los terapeutas expresaron alguna conducta negativa. Respecto de esto, los terapeutas más efectivos se mostraron más autocríticos que los menos efectivos. Los autores concluyeron que las capacidades básicas de las relaciones humanas tales como calidez, afirmación y un mínimo de ataque y de reproche, pueden ser consideradas centrales en la intervención terapéutica efectiva.

#### B.4.2 *En relación a la alianza terapéutica*

La alianza terapéutica es una variable muy importante para el cambio en el proceso de la psicoterapia. La calidad de la alianza es el predictor más fuerte en el éxito de los tratamientos (Orlinsky, Grawe y Parks, 1994).

Bordin (1976) definió la alianza terapéutica como el encaje y colaboración entre el paciente y el terapeuta. Identificó tres componentes que la configuran: acuerdo en los objetivos, acuerdo en las tareas y desarrollo del vínculo positivo.

Horvath y Luborsky (1993) resumieron los puntos de importancia a considerar sobre la alianza terapéutica. Dichos puntos son:

- a) La alianza terapéutica correlaciona con las condiciones facilitadoras rogerianas (consideración, empatía, aceptación incondicional y congruencia) pero predice el éxito de la terapia mejor que dichas condiciones.
- b) La capacidad de la alianza para predecir el resultado de la terapia no depende de la duración de ésta, y se ha demostrado en terapias que van desde 4 a 50 sesiones. Tampoco depende de la orientación teórica de la terapia y se ha demostrado en terapias conductuales, cognitivas, sistémicas, gestálticas y psicodinámicas.

- c) En las primeras fases de la terapia la respuesta del paciente se basa en su evaluación de si el terapeuta es atento, sensible, compasivo y capaz de ayudar. Más adelante, se basa en los componentes cognitivos más evaluativos o colaborativos de la alianza y en la capacidad de establecer una relación recíproca.
- d) La vivencia de una relación colaborativa y participativa por parte del paciente es clave para el establecimiento y mantenimiento de la alianza.
- e) Las intervenciones focalizadas en advertir y cuestionar los patrones relacionales disfuncionales que se están reactivando en la terapia, si son aceptados por el paciente de forma colaborativa e implicada, contribuyen a reforzar la alianza.
- f) Las fases críticas para la alianza son dos: el desarrollo inicial en las 5 primeras sesiones y el cuestionamiento de los patrones de vida neuróticos del paciente. Esta crisis se ha de superar para que la terapia continúe; el foco del terapeuta en las relaciones, en lugar de en problemas concretos, y la capacidad del paciente para responder, manteniendo la implicación, contribuyen a la superación de dicha crisis.
- g) Las variables del paciente que dificultan el establecimiento de una buena alianza son: dificultades para establecer relaciones sociales, malas relaciones familiares, pocas esperanzas de éxito terapéutico, elevada defensividad y poca mentalidad psicológica.

Respecto del último punto, cabe aclarar que el presente trabajo pone el foco en las variables del terapeuta, pero es dable mencionar algunas características del paciente que dificultan el logro y mantenimiento de la alianza terapéutica. La severidad y el tipo de problema (desórdenes de personalidad graves, delincuencia, marginalidad, drogadependencia) y el estilo de apego (temeroso, ansioso, abandonado, preocupado) influye sobre la calidad de la alianza y la posibilidad de adherir al tratamiento (Horvath, 2001).

Los tres grandes temas que definen a la alianza están parcialmente superpuestos. Son la naturaleza colaborativa de la relación, el lazo afectivo entre paciente y terapeuta y la capacidad de paciente y terapeuta de ponerse de acuerdo sobre los objetivos y las tareas del tratamiento. (Martin, Garske y Davis. 2000).

Horvath (2001) describió detalladamente a la alianza como la calidad y fuerza de la relación de colaboración entre el paciente y el terapeuta en la terapia. Incluye los lazos afectivos positivos entre paciente y terapeuta, tales como la confianza mutua, el aprecio, el respeto y el cuidado. Los aspectos más cognitivos incluidos son consenso y compromiso activo en los objetivos de la terapia y en los medios necesarios para alcanzar dichos objetivos. La alianza implica una sensación de asociación entre paciente y terapeuta en la terapia, en la cual cada participante se siente activamente comprometido con sus responsabilidades específicas y adecuadas con respecto a la terapia, y cree que el otro también siente un compromiso entusiasta con el proceso. La alianza es un aspecto conciente y significativo de la relación entre terapeuta y paciente.

Al reseñar investigaciones sobre factores de la relación terapéutica se hace difícil conceptualizar diferencias precisas entre condiciones facilitadoras, alianza terapéutica y atributos personales del terapeuta. La revisión de cada uno por separado no implica que sean conceptos mutuamente excluyentes y se hace necesario subrayar su superposición e interdependencia (Lamber y Barley, 2002).

Para el enfoque centrado en la persona, el elemento más importante en la determinación de la eficacia es la calidad del encuentro interpersonal con el cliente, es decir, lo más importante es la calidad de la relación personal (Rogers, 1962). Las condiciones facilitadoras del cambio terapéutico son: la congruencia, que refiere a la autenticidad y a lo genuino que debe ser el terapeuta en la relación con el cliente; la empatía, entendida como capacidad para percibir el mundo interior del cliente, como si fuera propio, es decir, poder ponerse en el lugar del otro, y desde ahí comprenderlo; y el aprecio o aceptación que debe ser positiva e incondicional por parte del terapeuta, en el sentido de ser benigno, no posesivo y no juzgar (Rogers y Stevens, 1980). Estas tres actitudes constituyen las denominadas condiciones necesarias y suficientes para el cambio en psicoterapia (Rogers, 1957).

Lambert, De Julio y Stein (1978) revisaron una serie de estudios para investigar la relación entre condiciones facilitadoras y resultados. Concluyeron que la evidencia es modesta en favor de la hipótesis que indica a las condiciones facilitadoras como una importante medida del resultado.

La empatía y la calidez del terapeuta son dos de las cualidades que la mayoría de los investigadores coinciden en considerar relevantes, pero no suficientes, para establecer una buena alianza terapéutica (Bachelor y Horvath, 1999).

Los problemas interpersonales del terapeuta en la dimensión frío – cálido producen un impacto significativo en la evaluación de la alianza. La dimensión de calidez aparece como facilitadora de la relación terapéutica, mientras que la dimensión fría parece producir un efecto negativo (Hersoug, Hoglend, Monsen y Havik, 2001).

Henry y Strupp (1994) encontraron que comportamientos de valoración por parte del terapeuta facilitaban la alianza con el paciente, mientras que la baja valoración perjudicaba a la alianza.

El aporte del terapeuta a la alianza incluye la provisión de condiciones facilitadoras pero el concepto de alianza terapéutica o alianza de trabajo es considerablemente más amplio (Horvath y Bedi, 2002).

La alianza terapéutica abarca aspectos referidos a la relación terapéutica y a la relación de ayuda. Una relación positiva entre los pacientes y sus terapeutas es una condición ineludible para la eficacia de la psicoterapia (Brykczynska, 1990).

La relación terapéutica es un proceso creado en conjunto por el terapeuta y el paciente (Strupp, 1998). La calidad de la relación terapéutica no es una cualidad del terapeuta, sino un conjunto de procesos que dependen de ambos: terapeuta y paciente (Beutler et al., 1994).

La construcción que hace el paciente sobre su terapeuta es uno de los principales componentes de la relación terapéutica (Brykczynska, 1990). Si se establece la alianza adecuada, el paciente sentirá que la relación es terapéutica, independientemente de otras intervenciones psicológicas (Martin et al., 2000).

Algunos terapeutas son consistentemente más capaces de ayudar que otros. Cuanto más capaz de ayudar es visualizado el terapeuta, más fácil resulta desarrollar la alianza terapéutica (Luborsky et al., 1997).

En el inicio de la terapia, la alianza se expresa por la sensación que experimenta el paciente sobre el apoyo y la ayuda que le proporciona el terapeuta como contenedor. Más adelante en el proceso terapéutico, la alianza consiste en la sensación de trabajo conjunto hacia la superación de los impedimentos y del malestar del paciente (Luborsky, 1994).

En un estudio que examina la calidad de la alianza de trabajo, se evaluaron las variables personales del terapeuta al principio y al final del proceso terapéutico (Hersoug et al., 2001). Los resultados sugieren que los pacientes se sienten cómodos con un terapeuta seguro de sí mismo e involucrado. Los atributos flexible, interesado, alerta, atento y cálido fueron puntuados como positivos para la alianza temprana. Las conductas de cercanía y demostrativas de la posibilidad de ayudar y proteger fueron significativamente importantes en los índices de alianza tomados al final del proceso terapéutico.

Horvath y Greenberg (1989) encontraron una significativa relación entre alianza temprana y atributos personales del terapeuta, tales como transmitir un sentido de ser digno de confianza y de ser honorable.

En estudio para examinar la relación entre nivel de entrenamiento y la formación de la alianza de trabajo Mallinckrodt y Nelson (1991) compararon terapeutas novatos, terapeutas avanzados y terapeutas con gran experiencia. Los terapeutas con menos experiencia son capaces de formar un vínculo con el paciente, pero pueden ser menos efectivos para establecer los objetivos del tratamiento y para desempeñarse en las tareas necesarias para alcanzar dichos objetivos. El entrenamiento no necesariamente impacta en el desarrollo del vínculo terapéutico al principio de la terapia.

Cabe aclarar aquí que el entrenamiento y la formación de los terapeutas son variables que están relacionadas con la alianza cuando ésta es evaluada por los terapeutas, pero no cuando es evaluada por los pacientes (Hersoug et al., 2001).

Bachelor (1995) examinó las percepciones de los pacientes acerca de la alianza por medio de descripciones de las principales características de una buena relación paciente – terapeuta, en tres puntos separados de la terapia (pre-terapia, sesión inicial y última sesión). La competencia del terapeuta y el respeto por sus pacientes fueron los atributos resaltados como características de una buena relación de trabajo. Los resultados fueron consistentes y parejos en los tres puntos de medición. Se destaca aquí la idea de que la calidad de la alianza puede ser influida por la percepción del paciente en las distintas etapas del proceso terapéutico.

En estudio focalizado en evaluar el clima afectivo de la sesión, Saunders (1998) utilizó la Therapist Confident Involvement (TCI: terapeuta interesado, alerta, relajado y seguro); la Therapist Distracted (TD: terapeuta distraído, aburrido y cansado) y la Reciprocal Intimacy (RI: conceptualmente representando a la alianza e incluyendo items relacionados con que el paciente se sienta cercano y que el terapeuta sea percibido como cercano, afectuoso y atractivo), que son sub-escalas del Therapy Session Report (TSR: reporte de sesión de terapia, Orlinsky y Howard, 1986). Concluyó que las percepciones del paciente acerca del terapeuta seguro e interesado están relacionadas con el sentimiento de intimidad con el terapeuta y con el sentimiento de estar siendo ayudado. Estos hallazgos sugieren que cuando los pacientes perciben la sesión como algo valioso, perciben al terapeuta involucrado y se sienten más conectados con él..

Las cualidades personales del terapeuta tales como formalidad, seriedad, benevolencia, receptividad y experiencia ayudan al paciente a tener seguridad y confianza en que su terapeuta tenga la habilidad para comprenderlo y ayudarlo a enfrentar los problemas que trajo a la terapia. Puede ser necesario para el paciente tener una opinión positiva del terapeuta, antes de que éste tenga suficiente influencia para facilitar el cambio terapéutico. Una conexión benevolente entre el terapeuta y el paciente ayuda a crear un clima cálido, de aceptación y de apoyo que aumenta la oportunidad para que el paciente haga un cambio mayor. Si el paciente cree que la relación terapéutica es un esfuerzo de colaboración entre él y el terapeuta, el paciente podrá invertir más en el proceso de tratamiento y conseguirá de éste mayor beneficio (Akerman y Hilsenroth, 2003).

Los resultados de muchos estudios sugieren que las actividades más colaborativas del terapeuta llevan a un crecimiento de la alianza. Para estudiar estas actividades se compararon las mediciones de jueces externos que contaron los signos de la conducta del terapeuta que facilitan y ayudan o dificultan el desarrollo de la alianza (Luborsky, Crits-Christoph, Alexander, Margolis y Cohen, 1983). Los autores reportaron que las conductas “nosotros” que se encontraron para ayudar al desarrollo de la alianza incluían comunicar un sentido de esperanza a los pacientes para alcanzar sus objetivos, anotar los progresos del paciente, mantener la mente abierta y demostrar entusiasmo. Otras conductas puntuadas fueron referirse a experiencias comunes entre terapeuta y paciente, transmitir el sentimiento de trabajar juntos en un esfuerzo compartido y comunicar confianza en la habilidad del paciente para usar lo que ha estado aprendiendo en el tratamiento.

La evaluación de la alianza global está relacionada significativamente con la capacidad del terapeuta para entender y comprender. Hay una correlación positiva entre alianza y conducta afiliativa del terapeuta, es decir, el terapeuta adopta una posición de apoyo y sostén, es sensible a los sentimientos del paciente y está en sintonía empática con él (Price y Jones, 1998).

Bachelor (1995) completó un análisis cualitativo para examinar la perspectiva del paciente acerca de la alianza. El resultado reveló tres tipos de alianza que contribuyen a identificar algunas cualidades de la alianza terapéutica global. El tipo nutriente se caracterizó por el terapeuta que muestra conductas tales como no juzgar, escuchar atentamente y transmitir un sentimiento de comprensión hacia el paciente. El tipo colaborativo incluye las contribuciones del terapeuta tales como ayudar al paciente a reconocer modos alternativos para interpretar las situaciones, mostrar buena disposición para aceptar la crítica o la confrontación dentro de la relación terapéutica y a no responder defensivamente a ellas. El tipo comprensivo incluye la identificación y clarificación de los problemas del paciente, facilita la expresión de afecto y mantiene al paciente enfocado en los tópicos importantes de la terapia.

La interacción entre el paciente y el terapeuta supone una comunicación productiva entre ambos e incluye un lazo afectivo y una alianza de trabajo que son aspectos de la alianza terapéutica (Price y Jones, 1998). Los autores proponen que el terapeuta debe tener la capacidad de expresarse con lucidez y de

ser percibido como perito en definir las estrategias terapéuticas. Esto contribuirá a aumentar la medida de la alianza.

La actividad y la potencia del terapeuta pueden demostrarse en el momento en que el terapeuta discute con el paciente acerca del proceso de la terapia y enfatiza que éste puede ser ayudado, pero que requiere un trabajo intenso de ambos: paciente y terapeuta. Esta actividad en particular puede ayudar a que el paciente comprenda el proceso de la terapia y evalúe si se siente confortable con las demandas que le implicará (Mohl, Martínez, Ticknor, Huang y Cordell, 1991).

La alianza terapéutica fue estudiada enfocando sobre el acuerdo acerca de la calidad del encaje entre el terapeuta y el paciente y correlacionando con la actividad verbal del terapeuta (Dolinsky, Vaughan, Luber, Mellman y Roose, 1998). Ambos, paciente y terapeuta, informaron una relación significativa entre una alianza positiva y la capacidad del terapeuta para ser más activo en intercambios verbales.

Para medir las técnicas del terapeuta (Gaston y Ring, 1992) usaron un inventario cuyo análisis permitió concluir que el uso de estrategias exploratorias por parte del terapeuta, puede comunicar al paciente un interés por sus experiencias. Esto incrementa los sentimientos de conexión entre paciente y terapeuta. Si el paciente percibe que el terapeuta está más comprometido con el proceso, su confianza en el mismo aumenta y le otorga mayor importancia al trabajo terapéutico.

Examinando la relación entre alianza y microprocesos en terapia, Sexton, Hembre y Kvarme (1996) concluyeron que la alianza que se forma temprano y después es mantenida en las distintas fases del tratamiento, está sustentada en técnicas del terapeuta tales como reflexionar, escuchar, interpretar acertadamente, interrogar y aconsejar.

Cuando el terapeuta centra su actividad en el aquí y el ahora y la orienta temáticamente, se favorece la alianza positiva (Kivlighan, 1990).

El estudio de Ackerman, Hilsenroth, Baity y Blagys (2000) investigó la articulación entre la técnica del terapeuta y la alianza durante la fase de evaluación del tratamiento. Los pacientes midieron la evaluación como más positiva cuando el terapeuta trabajó dirigido a desarrollar y mantener una conexión empática, interactuando colaborativamente con el paciente para el logro de sus objetivos individualizados y para explorar profundamente los resultados de evaluación con los pacientes.

La contribución única de los terapeutas para el desarrollo de la alianza ha sido estudiada en detalle por Ackerman y Hilsenroth (2003).

Los autores revisaron las características del terapeuta y las técnicas que impactan positivamente en la alianza terapéutica. Los atributos personales del terapeuta tales como ser flexible, honesto, respetuoso, confiable, seguro, cálido, interesado y abierto son los que contribuyen a una buena alianza terapéutica. Las técnicas del terapeuta tales como la exploración, reflexión, interpretación correcta, el facilitar la expresión de afecto e interesarse por la experiencia del paciente fueron sobresalientes en la alianza terapéutica positiva.

Las conclusiones de este trabajo se presentan en forma de cuadro. (Tabla I)

**Tabla I**

<b>Sumario de cualidades personales y técnicas del terapeuta que contribuyen positivamente a la alianza</b>	
<b>Cualidades personales</b>	<b>Cualidades técnicas</b>
Flexible,	Exploración, sondeo
Experimentado	Profundidad
Honesto	Reflexión
Respetuoso	Sostiene
Confiable	Notas sobre logros de la terapia
Seguro de sí	Interpretación acertada
Interesado,	Facilita la expresión de afecto
Alerta	Activo
Amigable	Afirmativo
Cálido	Comprensivo
Abierto	Atento a experiencias del paciente

De acuerdo con Horvath y Bedi (2002), la dimensión interpersonal se apoya y expresa en las realidades que surgen en la sesión terapéutica. La posesión y expresión de habilidades interpersonales del terapeuta iguala a su capacidad de expresar sensibilidad ante las necesidades del paciente. Además repercute en el interés y capacidad del terapeuta para generar un sentimiento de esperanza.

Las habilidades interpersonales también colaboran con la destreza del terapeuta para responder a los desafíos representados por la aparición de esquemas de relación disfuncional, expectativas negativas y otras fuentes de ruptura y malentendidos que suelen ocurrir en la terapia (Safran, Muran, Samstag y Stevens, 2002). La ruptura en la alianza terapéutica se define como un deterioro de la calidad de la relación entre el terapeuta y el paciente y es una señal interpersonal que indica una oportunidad crítica para explorar y comprender los procesos que mantienen un esquema interpersonal inadaptado (Safran y Muran, 1996).

Se favorece a la alianza terapéutica cuando el terapeuta tiene la capacidad de aceptar parte de la responsabilidad por las rupturas relacionales en terapia y cuando se metacomunica con el paciente respecto de los malentendidos (Safran et al., 2002).

En estudio sobre los malentendidos entre terapeuta y paciente, se analizaron tanto los que se habían resuelto como los que no (Rhodes, Hill, Thompson y Elliot, 1994). Mediante una técnica de entrevista retrospectiva, los autores encontraron que la fuerza de la relación terapéutica y el deseo del paciente de expresar sus sentimientos negativos referentes a no haberse sentido comprendido eran factores clave para la resolución del malentendido. Contrariamente, una relación terapéutica débil y la poca disposición del terapeuta a discutir o aceptar las reacciones negativas del paciente, llevaron a varios pacientes a abandonar la terapia.

Algunos atributos personales negativos y el mal uso de las técnicas, demostraron influir sobre la alianza terapéutica de manera notoria y perjudicial a través de la exacerbación de las rupturas terapéuticas (Ackerman y Hilsenroth, 2001). Fueron la rigidez, el titubeo y fracaso en la estructuración de la terapia, la automanifestación explotadora e inadecuada, las actitudes distantes o manipuladoras, el uso tenso y desacertado de los silencios, la subestimación y altanería y las intervenciones distraídas y superficiales.

El terapeuta debe ser capaz de reconocer las primeras señales de frialdad, distanciamiento, hostilidad y rechazo hacia el paciente. Estos sentimientos pueden convertirse en rupturas de la alianza y es en la supervisión donde se obtienen elementos para identificarlos y enfrentarlos de manera adecuada. Las rupturas pueden ser pequeñas en un principio y luego adquirir mayor dimensión, si no se las toma como signos de potenciales obstáculos serios para una alianza terapéutica de colaboración fructífera (Safran et al., 2002).

#### B.4.3 Cualidades personales en relación a proceso y resultados

La acepción del término proceso y del término resultados se tomarán aquí siguiendo a Orlinsky, Ronnestad y Willutzki (2004).

El término proceso se refiere a todos los eventos que ocurren en la sesión de terapia, sin una distinción a priori entre eventos útiles y eventos dificultosos. Esta aproximación es descriptiva y pragmática, y se enfoca sobre las acciones, pensamientos, intenciones y sentimientos de paciente y terapeuta, así como también la relación entre ellos, la cual es vista como ocurriendo dentro de la sesión de terapia. Resultados es un concepto clínico que significa algún grado de mejora o deterioro en las condiciones del paciente. Las mediciones o evaluaciones pueden ser hechas por el paciente, el terapeuta, un experto no participante o una persona leiga, como, por ejemplo, un familiar del paciente.

En la revisión de más de 2.000 estudios de proceso y resultados de Orlinsky et al., (1994) se identificaron diversas cualidades del terapeuta que han demostrado consistentemente tener un impacto positivo en el resultado de la terapia. Los atributos fueron: la credibilidad del terapeuta, su habilidad, la comprensión empática, la afirmación junto con la capacidad de comprometerse con el paciente, poner el foco en los problemas del paciente y dirigir su atención a las experiencias afectivas.

Con respecto al rol del terapeuta, distintos estudios se enfocaron en la adherencia del terapeuta a un modelo específico de tratamiento o en el establecer objetivos y metas del tratamiento, y en la habilidad observable del terapeuta o competencia para conducir el tratamiento. Tanto la capacidad del terapeuta como la adherencia son significativa y favorablemente relacionadas con resultados (Beutler et al., 2004).

Se ha demostrado la importancia significativa para eficacia del tratamiento, de la habilidad del terapeuta para conceptualizar de manera relevante (Orlinsky et al., 1994). Está demostrada la relación entre resultados y la comprensión experta del terapeuta respecto de lo que sus pacientes presentan en el tratamiento (Caspar, 1997).

Varios estudios se han ocupado de demostrar la eficacia del foco del terapeuta sobre los recursos del paciente antes que sobre su psicopatología y otros déficits, y todos ellos muestran una asociación importante con resultados positivos (Grawe, 1997).

La calidad del vínculo terapéutico ha sido consistentemente asociada a resultados. En meta análisis de 79 estudios se demostró que la relación entre vínculo terapéutico y resultados no parece estar influenciada por otras variables como el tipo de medida usada para el resultado, el tiempo de la evaluación de la alianza y el tipo de tratamiento realizado (Martin et al., 2000).

Estudios conducidos en diversos modelos de terapia también comprueban la relación entre vínculo terapéutico y resultados positivos. Han mostrado una asociación bastante consistente entre el resultado positivo y la contribución del terapeuta al vínculo con los pacientes, cuando éste fue evaluado por ellos (Orlinsky et. al., 2004).

El aspecto de trabajo terapéutico en equipo concierne al compromiso personal mostrado por los participantes en sus respectivos papeles, es decir, la motivación y la credibilidad presentes en el desempeño de sus roles. Considerada la relación entre el resultado terapéutico y el compromiso y credibilidad del terapeuta, los estudios muestran que pacientes de terapeutas que eran vistos como involucrados positivamente y como ayudantes creíbles obtenían mejores resultados. Por otro lado, pacientes que se sentían positivamente involucrados y motivados en la búsqueda de ayuda y que eran vistos de ese modo por los terapeutas, también obtuvieron mejores resultados (Saunders, 1998).

Para funcionar como un equipo, paciente y terapeuta no sólo necesitan estar comprometidos con su trabajo, sino que deben también ser capaces de coordinar sus esfuerzos efectivamente, ya sea como colaboradores igualitarios o de acuerdo al modelo directivo líder – discípulo. Desde la perspectiva del paciente, los resultados parecen más favorables con los terapeutas como colaboradores (Schulte y Künzel, 1995).

Además de lo más o menos efectivo que sea el equipo de trabajo, otro aspecto de cualquier relación es el nivel de rapport personal entre los participantes, lo que involucra la calidad de la comunicación y los sentimientos de uno hacia el otro. Respecto de la comunicación, se considera como importante cuán bien las personas se expresan a sí mismas y cuánta comprensión empática se muestran. Después de Rogers (1957) los estudios se enfocaron sobre la comprensión empática del terapeuta. Hay una aceptación general de la empatía como factor en los resultados, luego de haber sido confirmado claramente y consistentemente en el meta análisis de Bohart, Elliot, Greenberg y Watson (2002).

En síntesis, para Orlinsky et al. (2004), la psicoterapia eficaz es claramente más que un set de procedimientos técnicos, pero también es más que una relación cálida y contenedora. Los factores comunes de la relación y las intervenciones terapéuticas específicas tienen impacto sobre los resultados.

Nuevamente las investigaciones de proceso y resultado sugieren que psicoterapia es más que lo que el terapeuta hace, intencionalmente o no; es, después de todo, la experiencia del paciente. Lo que el terapeuta hace en terapia claramente hace una diferencia en lo que el paciente experimenta y aprende. Resultado parece comprenderse mejor como un resultado sinérgico de los problemas y los recursos del paciente, combinados con las habilidades del terapeuta. Las variables de la relación y los procedimientos de las intervenciones, la participación del paciente y la influencia del terapeuta contribuyen variada y conjuntamente a moldear y darle forma a los resultados en terapia (Orlinsky et al., 2004).

#### B.4.4 Cualidades personales de los terapeutas efectivos y de los terapeutas maestros

Los terapeutas efectivos tienen mayor autocontrol y son más comprensivos hacia los demás que los terapeutas menos efectivos (Wicas y Mahan, 1966). Los más efectivos tienen más actitudes positivas hacia ellos mismos, hacia los pacientes, hacia la mayoría de las personas y hacia la terapia, que los terapeutas menos efectivos (Jackson y Thompson, 1971). También se estudió que los terapeutas altamente efectivos reportan mayor satisfacción con su trabajo que los menos efectivos (Wiggins y Weslander, 1979).

El factor más importante de una terapia efectiva es la personalidad del terapeuta y, particularmente, su habilidad para construir una relación cálida y contenedora (Luborsky, MacLellan, Woody, O'Brien y Auerbach, 1985).

Goldberg (1992) entrevistó a 12 terapeutas recomendados por sus colegas por considerarlos excepcionales. Encontró que estos terapeutas parecían ser sensibles, contenedores, dedicados al bienestar de sus pacientes y a su propio crecimiento personal y profesional. Se vieron a sí mismos complacidos con la elección de la carrera y reportaron ser ayudados por un mentor competente y que se rejuvenecieron profesionalmente siendo mentores de otros.

También Albert (1997) entrevistó a 12 terapeutas indicados como clínicos expertos por sus colegas y encontró que la flexibilidad, la sensibilidad, la habilidad para crear un lugar como santuario del paciente y la capacidad para construir alianza terapéutica fueron claves para proveer una psicoterapia efectiva.

Además de la efectividad, otro factor potencial para ser un terapeuta experimentado se relaciona con el conocimiento base del terapeuta y con los procesos cognitivos que ayudan a organizar y a acceder

a dicho conocimiento base. Hillerbrand (1989) definió al terapeuta experto como una persona capaz de conceptualizar lo que le pasa al paciente, de integrar la información con una ejecución práctica y de reconocer procesos interpersonales. Ser experto consiste en poseer habilidades cognitivas para comprender y resolver problemas, es decir, identificar la información dada por el paciente y procesarla cognitivamente con el propósito de alcanzar una conclusión o una solución.

El terapeuta experto tiene esquemas más complejos y tiende a notar características más sutiles de los problemas que el terapeuta novato (Martin, Slemon, Hiebert, Hallberg y Cummings, 1989).

Si bien muchos estudios pretenden evaluar los años de experiencia del terapeuta como un criterio principal para juzgar pericia y competencia, no son los años los que definen claramente para diferenciar niveles de experticia (Skovholt, Ronnestad y Jennings, 1997).

En un completo estudio sobre las características de los terapeutas maestros, Jennings y Skovholt (1999) plantean que el término terapeuta maestro es usado en el léxico de salud mental para describir a quienes son considerados "lo mejor de lo mejor" por sus colegas. Los autores se preguntaron cuáles son las características del terapeuta maestro y, más específicamente, cuáles son las características de los terapeutas considerados sobresalientes por sus colegas. Fueron entrevistados 10 terapeutas maestros y los resultados han sido organizados bajo tres dominios, con tres categorías cada uno, que representan los atributos del terapeuta maestro.

### Dominio cognitivo

Categoría 1: el terapeuta maestro es un estudiante voraz. El desarrollo profesional continuo parece ser la marca típica de un terapeuta maestro.

Categoría 2: la experiencia acumulada es uno de los mejores recursos del terapeuta maestro. Los encuestados demostraron tener una vida y una experiencia profesional rica, sobre la cual se manejan en el trabajo. Estas experiencias parecen haber aumentado la profundidad y la competencia de los entrevistados como seres humanos y como practicantes de salud mental, en particular, por un compromiso y una apertura a aprender de dichas experiencias.

Categoría 3: los terapeutas maestros valoran la complejidad cognitiva y la ambigüedad de la conducta humana. El terapeuta maestro parece estar siempre abierto y dispuesto a ir al encuentro de lo complejo y lo desconocido. Usan criterios múltiples para juzgar los logros terapéuticos y buscan cambios positivos en las cogniciones, emociones y conductas de sus pacientes, como evidencia de resultados terapéuticos exitosos.

### Dominio emocional

Categoría 4: el terapeuta maestro parece tener definida receptividad emocional: tiene conciencia de sí, es reflexivo, no defensivo y abierto a la retroalimentación. Los encuestados mencionaron el compromiso en la terapia personal, la consulta con un par y la supervisión como modos de obtener varias fuentes de retroalimentación y como formas de aumentar el conocimiento de sí mismos y de los demás. La apertura del terapeuta maestro también incluye la posibilidad de recibir feedback de parte de sus pacientes.

Categoría 5: el terapeuta maestro parece ser una persona mentalmente sana y madura que cuida su bienestar emocional. Como indicador de salud mental, los entrevistados se esfuerzan por actuar congruentemente en su vida personal y profesional. Parecen tener un balance saludable entre humildad y confianza en sí mismos, y se describen como auténticos y honestos. Comprenden que el bienestar emocional y físico es un proceso continuo y sostienen prácticas preventivas y de cuidado personal para proteger su herramienta terapéutica más importante: ellos mismos.

Categoría 6: el terapeuta maestro es consciente de cómo afecta a su salud emocional la calidad de su trabajo. Los terapeutas maestros parecen tener convenientemente revisados y ordenados aspectos de su historia personal, para evitar interferencias en su trabajo con los pacientes.

### Dominio relacional

Categoría 7: el terapeuta maestro posee fuertes habilidades para relacionarse. Las heridas emocionales de los encuestados parecen haber aumentado su sensibilidad y su compasión hacia los demás; varios de ellos, en sus familias de origen, habían desarrollado habilidades para escuchar, observar y cuidar por el bienestar de otros. Durante el proceso de la entrevista los encuestados irradiaron calidez, respeto, cuidado y un genuino interés por la gente. Demostraron tener muy desarrollada la habilidad social para relacionarse. Quizás el terapeuta maestro tiene el don de ayudar a los pacientes a sentirse especiales.

Categoría 8: el terapeuta maestro cree que el fundamento para el cambio terapéutico es una fuerte alianza de trabajo. Aún siendo de diferentes disciplinas y orientaciones teóricas todos los encuestados acordaron en la necesidad de establecer una fuerte alianza de trabajo. Mostraron un profundo respeto por el derecho de los pacientes para tomar sus decisiones. Manifestaron creer firmemente en la posibilidad de cambio de sus pacientes, lo que contribuye a que, como terapeutas, puedan infundir esperanza y fortalecer la alianza de trabajo.

Categoría 9: el terapeuta maestro aparece como un experto en usar sus habilidades excepcionales para relacionarse en terapia. No sólo proveen apoyo y seguridad, sino que también pueden incentivar, cuestionar y desafiar a sus pacientes, si fuera necesario. Después de establecer una relación cálida y segura, son capaces de dirigir y de manejar asuntos muy difíciles de sus pacientes. Parecen tener fuerza de carácter y poder personal, no temen a las emociones fuertes de sus pacientes y expresaron su deseo de estar con ellos en momentos muy intensos. Los entrevistados parecen haberse convertido en expertos en el arte del timing y en dosificar cuándo trabajar con los pacientes. Con años de experiencia y aprendizaje de los errores y de los aciertos, tienen un fino sentido de juicio relacionado con el timing y con la intensidad de sus intervenciones.

En síntesis, los terapeutas maestros han desarrollado dominio cognitivo (C), emocional (E) y relacional (R) a un nivel muy alto y tienen estos tres dominios a su servicio cuando trabajan con sus pacientes. El modelo CER del terapeuta maestro consiste en una combinación de tres herramientas que incluyen atributos cognitivos, atributos emocionales y atributos para la relación (Jennings y Skovholt, 1999).

Orlinsky (1999) realizó una importante crítica al estudio anteriormente expuesto. Refuta el autor planteando que el hecho de que la mayoría de los 10 terapeutas altamente seleccionados y respetados compartan ciertas características no implica lógicamente que otros terapeutas no las compartan. Por ejemplo, la gran mayoría de los terapeutas aprobarían lo expresado respecto de la importancia de la alianza de trabajo para el cambio terapéutico. Por otro lado, la evidencia sugiere que la posesión de fuertes habilidades para relacionarse también está presente en los terapeutas que se inician y que es parte de los talentos básicos que aportan a la profesión. Las otras categorías le parecieron a Orlinsky (1999) como posibles de describir a cualquier persona "funcionando plenamente" como define Rogers (1980).

El único rasgo con el que Orlinsky (1999) coincide plenamente como atributo genuinamente distintivo es que los maestros parecen ser expertos en utilizar sus habilidades excepcionales, es decir, el modo singular en que las emplean para relacionarse en la terapia, pero sería deseable distinguir más acertadamente el cómo y el cuánto para definir influencia en la efectividad.

El riesgo de enfatizar solamente los atributos que los terapeutas maestros comparten, es producir una idealización que probablemente nunca será encontrada en ningún profesional. Definir cuánto de cada categoría debe estar presente y en qué proporciones permitirá que la ficción clínica del terapeuta maestro idealizado pueda ser útil en un sentido más amplio y constituya un método para evaluar el espectro completo del desarrollo del terapeuta (Orlinsky, 1999).

Guy (1987) enumeró una serie de características motivadoras que llevan a convertirse en un buen psicoterapeuta. Debe tener una mentalidad orientada a lo psicológico, ser curioso e interesado en adentrarse en la conducta humana, capaz de sentirse cómodo ante una amplia gama de emociones, siendo emocionalmente perceptivo y tolerando distintos grados de ambigüedad. Si bien inclinado a la introspección, debe ser tolerante con el contacto, la intimidad y la cercanía. El buen terapeuta es empático y comprensivo, es capaz de escuchar, se siente cómodo en la conversación y debe ser capaz de reírse, como

de expresar calidez y preocupación. Debe poseer la capacidad de renunciar a la gratificación personal, practicar la autoabnegación y manejar el poder con comodidad.

En un interesante artículo Consoli y Machado (2004) se preguntan si los psicoterapeutas nacen o se hacen. Plantean que los terapeutas tienen características naturales o aptitudes terapéuticas de psicoterapeuta, y habilidades profesionales adquiridas. El terapeuta debe desarrollar su capacidad para poner ambas, aptitudes y habilidades, al servicio de la mejoría del sufrimiento del paciente.

Los autores articulan dichas características con el entrenamiento y la formación. Concluyen que los psicoterapeutas nacen en la medida en que los candidatos traen un trasfondo sólido a su entrenamiento. Son gente que acepta a los demás, es cálida en el plano interpersonal, empática, confiable y abierta en lo intelectual a la experiencia. Se utiliza la palabra "nacen" para indicar que dichos rasgos preceden al entrenamiento. Los psicoterapeutas se hacen en cuanto estos rasgos se aplican intencionalmente para ayudar a otro ser humano que sufre, mediante el establecimiento, conservación y resolución de una relación profesional emocionalmente intensa (Consoli y Machado, 2004).

Fernández Álvarez (2001) plantea que el terapeuta posee competencias naturales y adquiridas. Las competencias naturales constituyen disposiciones básicas con las que cuenta el terapeuta para su trabajo, sin que medie ningún entrenamiento en particular, siendo las más influyentes la empatía, la disposición para infundir motivación, incentivo y esperanza, y la inteligencia. Las competencias adquiridas son habilidades específicas para manejar entrevista, para diseñar la terapia, intervenir y, posteriormente, evaluarla.

El mero entrenamiento en habilidades no alcanza para ser un terapeuta competente. El terapeuta debe tener una adecuada formación teórica, aprender procedimientos técnicos y adquirir diferentes capacidades para desplegarlas en bloques de recursos y competencias para cada momento del acto terapéutico, independientemente del modelo teórico que utilice. Debe poder desarrollar habilidades de acuerdo a principios, que aprovechen del mejor modo posible sus capacidades singulares (Fernández Álvarez, 2001).

## **B.5 – Modelo de resolución de problemas: premisas básicas**

### **B.5.1 *Precursores***

Bajo la dirección teórica de Gregory Bateson y la dirección clínica de Don Jackson, el llamado grupo de Palo Alto desarrolló su práctica terapéutica en el Centro de Terapia Breve del Instituto de Investigaciones Mentales (MRI). Originariamente participaron de dicho Centro Jay Haley, John Weakland, Paul Watzlawick, Richard Fish y Lynn Segal, entre otros. Todos ellos se enriquecieron clínicamente con las técnicas psicoterapéuticas innovadoras de Milton Erickson. El modelo de trabajo surgido aplica los principios de la teoría de los sistemas y es heredero de la teoría de la comunicación humana.

Watzlawick, Weakland y Fish (1976) desarrollaron las ideas principales referidas a la “extraña y paradójica relación que existe entre persistencia y cambio”. Persistencia y cambio han de ser considerados conjuntamente a pesar de su naturaleza aparentemente opuesta.

Los autores plantean que al observar a una persona, una familia o un sistema social más amplio inmersos en un problema de modo persistente y repetitivo, a pesar del deseo y de los esfuerzos realizados para alterar la situación, surgen simultáneamente dos preguntas: ¿cómo es que persiste esta indeseable situación? y ¿qué es preciso hacer para cambiarla?

Es importante distinguir entre dificultad y problema. Las personas enfrentan dificultades cotidianas a las que implementan soluciones. Si la solución intentada es exitosa, la dificultad desaparece. Si el intento de solución fracasa una y otra vez, la dificultad se habrá convertido en un problema. Los problemas persisten únicamente si son mantenidos por la conducta del paciente y de las personas con las que interactúa. Por consiguiente, si esa conducta es cambiada apropiadamente o eliminada, el problema se resuelve o se desvanece, independientemente de su naturaleza, su origen o su duración (Weakland, Fish, Watzlawick y Bodin, 1976).

Existen dos tipos diferentes de cambio: cambio 1, que tiene lugar dentro de un determinado sistema, que en sí permanece inmodificado, y cambio 2, cuya aparición cambia el sistema mismo. Este segundo tipo de cambio se produce con cambios en el conjunto de reglas que rigen su estructura u orden interno: es por tanto, cambio del cambio (Watzlawick, Weakland y Fish, 1976).

La psicoterapia derivada de estas ideas consiste en la resolución de problemas a través de la promoción deliberada de cambio (Fish, Weakland y Segal, 1982). El terapeuta ha de intervenir intencional y efectivamente, tiene que resumir la información, proyectar una meta de tratamiento y formular una estrategia para alcanzar esa meta. Las intervenciones son sus líneas directrices para implementar dicha estrategia.

Las metas de la terapia determinan por adelantado el tipo de cambio que se está buscando. El intento de restablecer la situación que existía antes de que se manifestasen los síntomas, implica un cambio 1. Si el objetivo es crear nuevas pautas de conducta, nuevas estructuras familiares y el desarrollo de mejores aptitudes para resolver los problemas, lo que se está proponiendo es un cambio 2 (Simon, Stierlin y Wynne, 1988).

Si una terapia exitosa es aquella que resuelve los problemas del paciente, entonces el terapeuta debe saber cómo formular un problema y cómo resolverlo. Además, si ha de resolver una variedad de problemas, no debe adoptar un enfoque rígido y estereotipado con respecto a la terapia. Por eficaz que resulta para ciertos problemas, ningún método terapéutico estandarizado puede manejar exitosamente la vasta gama de casos que suelen presentarse al terapeuta. Se necesita flexibilidad y espontaneidad; y la probabilidad de éxito aumenta si el terapeuta combina los procedimientos ya conocidos con técnicas innovadoras (Haley, 1980).

Cabe recordar aquí la frase de Hugo Rosarios (1987): “Descubrimos qué engañosamente fácil parece la teoría del modelo sistémico y qué endiabladamente difícil es dominar su práctica”

### B.5.2 *“Una manera de hacer terapia”*

Casabianca y Hirsch (1989), desarrollaron las premisas básicas del modelo de Palo Alto y los conceptos centrales definidos pragmáticamente como “qué hacemos cuando hacemos terapia desde nuestro modelo”.

#### a. Premisas

El modelo de Palo Alto comparte con los otros modelos sistémicos varias premisas:

- 1) La conducta de todo individuo es función de la conducta de otros individuos con los que mantiene relaciones. Por ende, si el comportamiento de alguno de ellos se altera, también cambiará el del primero (siempre dentro de los márgenes de su potencial personal).
- 2) Los individuos que mantienen relaciones más o menos estables pueden ser vistos como miembros de un sistema.
- 3) Los miembros de un sistema significan sus conductas.
- 4) Las conductas en un sistema se organizan en torno a dos ejes: interdependencia y jerarquía.
- 5) Todo sistema puede ser visto desde la óptica del interjuego de dos tendencias opuestas; a favor del cambio y a favor de la estabilidad.

Si bien todos los modelos comparten estas premisas, la importancia relativa que les adjudican es variable. Es a partir de estas diferencias que cada uno de ellos desarrolla principios y maneras de hacer terapia que le son características. Examinaremos las especificidades del Modelo de Palo Alto (ver Tabla II).

Tabla II

Modelo de Palo Alto	
Foco de análisis	Proceso de interacción
Objeto del cambio	Circuito que mantiene el problema
Foco de intervención	Segmento más motivado al cambio
Lugar de Cambio	Fuera de la sesión
Intervenciones	Redefiniciones Sugerencias Prescripciones (directas o paradójales)
Tipo de comunicación	Verbal
Distribución de sesiones	Diez como máximo (Generalmente una por semana o quincena)

En el modelo de Palo alto el *foco de análisis* son los procesos, esto es las secuencias repetitivas de conducta en las que el comportamiento-problema está inscripto. Dicho de otro modo, se presta atención a qué comportamiento de quién desencadena la conducta problema y qué comportamientos de quiénes siguen a ésta con el propósito de solucionarla; se trata de identificar este ciclo autopetpetuante.

Entendemos por **objeto del cambio** el aspecto del funcionamiento del sistema que se quiere modificar. Como se verá más adelante, la visión del objeto del cambio está íntimamente ligada a la formulación del problema desde el terapeuta. Se busca modificar un circuito específico, no porque haya un modo de determinar que es disfuncional en sí mismo, sino porque prueba en este caso específico que contribuye

a mantener el problema. No hay buenos o malos circuitos, sino que cualquiera puede ser funcional en un caso y disfuncional en el siguiente, cuando contribuye a mantener el comportamiento problema.

*Foco de intervención* alude a qué miembros del sistema elige el terapeuta dirigir sus intervenciones. En este modelo se selecciona a aquellos miembros del sistema que parecen particularmente motivados para resolver el problema, basándose en el supuesto de que el cambio en uno o más miembros del sistema necesariamente da lugar a cambios en los restantes en relación al problema.

Cuando hablamos de *lugar del cambio* nos referimos al contexto físico en el que el terapeuta supone tendrá lugar la modificación comportamental de los consultantes. Esto es relativo al tipo de intervenciones. El modelo de Palo Alto se ocupa sobre todo de intervenir en lo que los consultantes van a hacer fuera de la sesión. Muchas de las intervenciones tienden a modificar el comportamiento de los consultantes en su vida cotidiana, y no en el curso de la sesión terapéutica (si bien en ella se “echan raíces” de las posteriores modificaciones).

Por *intervenciones* nos referimos a aquellas conductas del terapeuta directamente planificadas para el logro de su objetivo de cambio: circuito mantenedor del problema (de hecho toda conducta del terapeuta afecta la de los consultantes, más allá de las definidas propiamente como intervenciones).

El modelo instrumenta redefiniciones que posibilitan desanclar conductas fallidas en relación a la situación definida por los consultantes como problema, estimulando, si es necesario, las nuevas alternativas de solución a través de prescripciones directas o paradójales.

Privilegia la *comunicación verbal*, tanto en el sentido de que el terapeuta presta atención casi exclusiva a lo que los pacientes cuentan como en cuanto a que sus intervenciones se basan sobre todo en qué y cómo decir.

Con *distribución de sesiones* nos referimos a la frecuencia promedio de éstas y su distribución a lo largo del tiempo de contacto consultantes-terapeuta. Palo Alto generalmente trabaja con un máximo de diez, distribuidas una por semana o quincenalmente, dependiendo en parte del tipo de prescripción o sugerencia dada por el terapeuta, y en parte de la capacidad de modificación y flexibilidad del / de los consultantes. Basados en la premisa de “el mínimo esfuerzo para el máximo cambio” considerando a la vez que este máximo cambio es el “mínimo indispensable para poner en acción un círculo beneficioso de nuevas interacciones”, podríamos definir a este modelo como el más íntimamente ligado al concepto de terapia breve.

## **b. Conceptos centrales**

1) Partiremos de considerar a la conducta – problema en contexto, es decir mantenida por acciones entre individuos de un sistema (sistema conceptual para el terapeuta), que al intentar resolver una situación difícil o molesta, la fijan (intentos fallidos de solución). Cuando hablamos aquí de sistema conceptual para el terapeuta, estamos implicando que el recorte de lo que se considera un sistema de interacción depende de nuestro ojo de observador, es decir, de cuáles son las relaciones que éste percibe como significativas en el mantenimiento de una conducta – problema.

Teóricamente, habría tantos sistemas de interacción como recortes posibles que el terapeuta-operador pudiera realizar desde las variables que elige para definirlo: en nuestro caso, desde lo que percibiríamos como circuito de mantenimiento del problema.

1) El cambio de esa situación problema viene propuesto sólo por el / los individuo/s perturbado/s por esa situación, no desde la totalidad del sistema de relaciones que el terapeuta recorte como sistema / circuito de mantenimiento.

Esto significa que el equilibrio logrado en las interacciones ha dejado de ser satisfactorio para uno o más individuos que se sienten motivados a modificar una situación-problema, convirtiéndose en los potenciales agentes de cambio. Desde el terapeuta, éstos serán considerados como el subsistema de intervención o impacto.

**III)** Desde nuestra perspectiva, no sólo la motivación en el consultante es un requisito para poner en acción el cambio. También es necesaria la posición jerarquizada en el sentido de capacidad de influir, de manera tal que la motivación se haga viable en la concreción de una diferente manera de funcionamiento del sistema de relaciones.

Muchas veces nos encontramos frente a situaciones donde un motivado consultante poco puede hacer desde su posición para modificar el problema.

Podríamos entonces afirmar que el recorte del subsistema de impacto depende también de las variables que organizan la realidad terapéutica para el terapeuta-operador por parte de los distintos miembros del sistema consultante. A la vez, esta posibilidad de recortar subsistemas de impacto por parte del terapeuta abre a éste la alternativa de elección de diversos niveles de intervención que éste considera apropiados para el logro del objetivo.

De hecho, la capacidad para influir la consideramos interaccionalmente como posibilidad de ejercer poder porque éste es otorgado complementariamente por otros en relación a quien lo ejerce.

De todo lo antedicho se desprende que, la motivación en el consultante hacia el logro de la resolución del problema definido, es la fuerza motora - producto e índice de una perturbación – que necesita ser amplificada y / u orientada hacia la consecución del logro terapéutico, especialmente a través de los que ejercen mayor influencia en el sistema.

**IV)** El / los consultante/s tiene/n conocimiento, capacidad e interés para lograr una modificación, pero necesita/n de la presencia real o virtual del experto para definir;

- 1) Un problema que sea solucionable
- 2) Una meta alcanzable en un plazo de tiempo
- 3) Orientación y estímulo suficiente, es decir, (incrementación de la motivación) para modificar sus caminos intentados.

Es así como, a partir de la demanda del / de los consultante/s, surgen interacciones con el terapeuta y se construye el sistema terapéutico, proceso a través del cual se trabajará conjuntamente para el logro de un objetivo común: el alivio de la situación problema.

Lo que está implicado aquí es que consultante y terapeuta poseen un objetivo único, pero construyen la realidad desde grillas de lectura diferentes que necesitan encajarse mutuamente para constituir una tercera común, que rescate al consultante de su propio punto de vista, posibilitando al terapeuta cumplir su función.

**V)** Cuando pensamos en la alternativa de una terapia para resolver problemas, pensamos en la posibilidad de congruencia entre sistemas consultante-terapeuta, en estos tres niveles de interacción: 1) paciente y terapeuta deben tener la capacidad de definir o acotar problemas; 2) de considerar un límite de tiempo para evaluar resultados en relación con el cumplimiento de una meta mínima; y 3) convencimiento o posibilidad de convencerse de poder introducir cambios instrumentando nuevos caminos y soluciones. Esta congruencia puede darse espontáneamente, o el terapeuta necesitará estimularla en una etapa preestratégica, tolerando el proceso de adecuación del sistema consultante al modelo estratégico, en tanto se construya una organización estratégica.

Si las limitaciones por una o ambas partes son grandes, la congruencia entre sistema consultante-terapeuta no podrá darse, y por ende, el tratamiento no podrá ser estratégico.

Como expresamos precedentemente, desde nuestro modelo de terapia estratégica se definen tres niveles de interacción consultante-terapeuta: co-construcción del problema, de la meta y de las soluciones. Podríamos decir que éstos definen “qué hacer en terapia”.

Pero también dijimos que para que sean posibles estas co-construcciones, es indispensable la congruencia sistema consultante-terapeuta en estos diferentes niveles. Esta coherencia incluye el aspecto formal de la terapia, el “cómo hacer la terapia”. De esta manera “qué” y “cómo” van indefectiblemente unidos a lo largo del proceso terapéutico, en una permanente secuencia de acciones y reacciones mutuamente

correctoras, a través de lo que tanto consultante como terapeuta perciben y evalúan de sí mismos y del otro como adecuados, en relación al objetivo terapéutico fijado.

La terapia se conforma en tres niveles.

1) Co-construcción del problema: en este nivel el proceso de co-construcción se desarrolla desde una "queja inicial" que trae el consultante (lo que él percibe que tiene que modificar), acompañada por un malestar más o menos profundo y una demanda más o menos específica de lo que está dispuesto a recibir.

Pensamos que en esta situación el terapeuta se halla frente a tres alternativas: a) selecciona de su arsenal otro modelo psicoterapéutico que se adecue isomórficamente a la demanda rígida del paciente; b) deriva a otro terapeuta capaz de implementarlo; c) intenta él rígidamente instrumentar el modelo estratégico, resignándose a fracasar a corto o mediano plazo.

En el contacto con el terapeuta, éste modifica la queja contextual y la localizándola hasta convertirla en un problema o motivo de consulta (lo que el terapeuta puede comprender desde su modelo o grilla) acompañado de un afecto de interés con relación al afecto del consultante y un estímulo o tendencia a actuar en una dirección que encaje con la demanda del consultante.

2) Co-construcción de la meta: en este nivel el proceso de co-construcción se desarrolla desde el problema o motivo de consulta resultante de las interacciones previas, hacia un aspecto puntual del mismo que ambas partes acuerden como índice de evaluación del proceso terapéutico, en un tiempo acotado.

Esta co-construcción involucra la variable tiempo y modificaciones mínimas en el estado del problema, como acuerdo de lo que consultante y terapeuta pueden percibir como leve mejoría alcanzable en un plazo, que ambos se sientan satisfechos con su probable logro y que la meta mínima se convierta en directriz compartida de las acciones de ambos.

3) Co-construcción de nuevas soluciones: en este nivel la co-construcción se da entre un sistema de intervención impedido en algún aspecto para implementar las habilidades que posee para resolver el problema, en encuentro con un terapeuta que debe ser capaz de desbloquear esas potencialidades, básicamente a través de dos caminos:

- a) persuadiéndolo de realizar conductas diferentes, o
- b) incrementando la dificultad de resolución, de manera tal que el propio sistema consultante ponga en acción otras alternativas
- c) modificando la percepción misma del problema, que en consecuencia modifique las acciones tendientes a resolverlo.

Los límites de esta puesta en común demarcan los límites de la terapia: si no hay un acuerdo percibido como que "así de diferentes son las cosas", el paciente no se sentirá satisfecho y comprendido por el terapeuta, éste sentirá que no es calificado en su intervención, y por lo tanto no podrán aunar acciones en una dirección diferente a la que mantuvo el problema. En otras palabras, si no es posible incluir una diversidad compartida, o bien ambos quedarían atrapados en las viejas premisas, o bien sería imposible trabajar conjuntamente.

Los tres niveles hasta acá descritos de organización de la relación terapéutica - problema, meta y soluciones – están permanentemente en juego a lo largo del proceso terapéutico. La secuencia de acciones y reacciones que los construyen se convertirán en confirmaciones o modificaciones de la dirección del proceso y definirán también su duración en el tiempo.

Los índices evaluadores de la confirmación o modificación de la dirección de ese proceso, necesitan entonces referirse a las congruencias entre los componentes cognitivos, afectivos y reactivos de consultante-terapeuta en cada uno de los niveles de organización del proceso. Allí descubriremos si aquello que necesita ser co-construido se logró, y si no fue así, qué obviamos hacer o de qué otra manera (cómo) tendría que haber sido hecho. Podríamos decir que, en última instancia, nuestra terapia es un proceso de modificación progresiva y económica de acciones por parte del consultante y del terapeuta, donde

cada uno de ellos es estímulo de cambio para el otro, el faro de un objetivo común: un específico logro. (Casabianca y Hirsch, 1989).

A los fines de este estudio se utilizarán conceptos que requieren de una aclaración especial. Las personas se definen a sí mismas como pacientes, o bien definen a otra, normalmente un miembro de la familia, como paciente (Fish et al., 1984). Debemos reconocer que ambas personas necesitan un cambio, pero una se define y define su situación como de propio problema y por ende, necesita encontrar propias soluciones; y el otro tiene problemas que le causa o genera otra persona y busca soluciones para esa otra persona (Fernández Moya, 2006).

Consideramos paciente identificado a la persona portadora de las manifestaciones sintomáticas. Puede o no reconocer que se siente mal y puede, por lo tanto, tener deseos de consultar para resolver su problema, o bien no se preocupa y mucho menos se ocupa del mismo. Puede tener o no, a su vez, la motivación necesaria para hacer algo respecto de su problema. Denominamos consultante a aquella persona que llama para pedir la intervención de un terapeuta porque está preocupada y ocupada en resolver el problema propio o de otro, y tiene un alto grado de motivación para la resolución del mismo. Muchas veces, consultante y paciente son la misma persona, otra no. Es el terapeuta quien debe estar atento y evaluar la postura del paciente y / o consultante en relación a su dolencia y al tratamiento (Fernández Moya, 2006).

Una dificultad recurrente en nuestro trabajo ha sido adoptar un sistema de clasificación de motivos de consulta y sus consecuentes diagnósticos. Desde nuestra perspectiva ayudamos a las personas a resolver problemas y no a curar síntomas psicopatológicos. El modelo tradicional del diagnóstico (tipo cuadros psicopatológicos y / o DSM) está basado en déficits, resulta lineal y no constituye un concepto sistémico. Preferimos pensar en términos de problemas y de dimensiones de problemas y en términos de recursos que las persona utilizan para salir de ellos (Adán y Piedrabuena, 2007).

## B. 6 – Contexto institucional del estudio realizado

### B.6.1 *La organización*

El Centro Privado de Psicoterapias (CPP) es una institución asistencial que atiende únicamente poblaciones cubiertas por sistemas de prepago, ya sean privados o de obras sociales, porque esto permite organizar programas con responsabilidad por grupos poblacionales definidos, con un elevado nivel de accesibilidad y con una infraestructura que posibilita participar de un sistema global de atención. Asumimos la responsabilidad total por el cuidado de la salud mental de los afiliados a las organizaciones que contratan nuestros servicios. Sólo tomamos contratos por capitación sobre la población de afiliados, porque el pago por prestación atenta contra la brevedad del tratamiento, al recompensar la utilización de un número mayor de sesiones (Rosarios, 1987).

El CPP tiene la necesidad permanente de mejorar la eficiencia y la calidad de sus prestaciones. Definimos eficiencia como la posibilidad de ayudar a que el problema del consultante sea aliviado en un número relativamente pequeño de sesiones, y calidad como la característica que hace que la gente se quede satisfecha con el servicio. La satisfacción de los usuarios tiene que ser alta para que no tengamos problemas con la organización que nos contrata. De este modo, se controla también el problema de la subprestación: si el número de sesiones es demasiado bajo para sus expectativas y necesidades, los usuarios se quejan. Somos los prestadores naturales de nuestros usuarios, que tienen el derecho de reclamar si la atención no cumple con lo que esperan.

Atendemos una población extraordinariamente heterogénea, con expectativas muy variadas respecto a lo que un tratamiento es y puede alcanzar. Por ende, entender las expectativas y responder con tratamientos adecuados es para nosotros esencial.

Las necesidades y demandas de dicha población heterogénea exige como respuesta una amplia gama de posibilidades terapéuticas. El equipo cuenta con psicólogos, psicopedagogas y psiquiatras, todos profesionales formados y entrenados en terapias focalizadas y modelo de resolución de problemas. Si bien cada uno de ellos utiliza un procedimiento técnico específico, todos comparten una visión estratégica acerca de la terapia (Rosarios, 1987).

De nuestra ideología terapéutica destacamos la capacidad para la resolución rápida de los problemas, movilizando las fuerzas morfogenéticas de los sistemas consultantes, en los que reconocemos una potencialidad para el cambio, sea en la dirección del cambio de conducta, sea en la dirección del cambio de los significados adscriptos a la misma. Vemos en esta posibilidad de intervenciones breves una valorización de las potencialidades humanas para la libertad y la creatividad, ya que el terapeuta es directivo en áreas limitadas, pero no lo es en la imposición de normas e ideales de vida (Fernández Moya, 2006).

Si pensamos en salud mental pública (que no necesariamente debe ser estatal) se hace imperativo considerar como un todo los modelos de salud y enfermedad, los recursos físicos, la organización del equipo, los procedimientos administrativos y las técnicas terapéuticas. Si se piensa que es conveniente maximizar la eficiencia de los recursos terapéuticos, se considerará crucial que sean los terapeutas experimentados los que conduzcan la primera entrevista con el consultante. Para maximizar la eficacia de esa entrevista deben ser citadas las personas significativas respecto del problema que origina la consulta. Esto implica personal administrativo que recoge datos, toma decisiones en base a ellos y transmite información tanto a los consultantes como a los terapeutas. Para ello debe estar entrenado respecto de a qué prestar atención, qué contestar en cada caso y cómo transmitir por escrito la información obtenida. Esta labor, mucho más que meramente administrativa es inseparable del proceso terapéutico y lo constituye parcialmente. Si se decide que se trabaja con el modelo del admisor experimentado, inmediatamente surge la cuestión de cómo transmite él la información obtenida, lo que seguramente va a determinar cuáles son los ítems pertinentes. En el acto de completar y transmitir dichos ítems se juega la terapia, puesto que si el terapeuta vuelve a preguntar cosas que ya averiguó el admisor, la utilidad de éste se pierde, y el proceso terapéutico se perjudica también, porque el consultante tiene la sensación de estar ante una especie de burocracia donde le hacen siempre las mismas preguntas inútiles. La técnica y la organización son caras de una misma moneda, si se comparan organizaciones interdisciplinarias, donde cada caso es manejado parcialmente por un especialista, con organizaciones transdisciplinarias, donde hay un responsable del caso que cuenta con un equipo que lo supervisa (Hirsch y Rosarios, 1987).

El terapeuta forma su propia visión del caso y cuenta con una línea de pensamiento sugerida por el admisor. Puede, en función de los datos de sus sesiones, formular un nuevo problema o cambiar de estrategia, pero para ello debe discutir sus razones con éste y su equipo. Así se genera una cierta organización; es mucho más fácil pensar en una línea terapéutica a partir de coincidencias y discrepancias con una línea ya fijada, mientras se consideran los datos que los consultantes van ofreciendo a lo largo de las sesiones del proceso terapéutico. El admisor queda en excelentes condiciones para supervisar el caso, puesto que lo conoce de inicio. Queremos destacar que no se trata de una relación totalmente jerárquica, puesto que la estrategia sugerida por el admisor puede modificarse, sino de una organización para que en todo tratamiento siempre haya una estrategia clara y al menos, una persona con la posibilidad de expresar el proceso terapéutico desde una posición meta. Es evidente que los esfuerzos por transmitir sus conclusiones, tanto del admisor al terapeuta, como de éste a aquél, llevan a que ambos tengan que desarrollar progresivamente su habilidad para pensar claramente sus objetivos y el sentido de sus intervenciones. El terapeuta cumplimenta las distintas etapas del proceso terapéutico y luego cerrará el caso habiendo cumplido total o parcialmente con los objetivos propuestos. Todo consultante que haya sido atendido en la institución puede ser contactado telefónicamente para un seguimiento post-terapia (Rosarios, 1987).

Los datos de la pre-entrevista, la admisión, las sesiones y el seguimiento necesitan de un modelo de registro. Un registro estandarizado del proceso terapéutico tiene dos aplicaciones:

- a) Servir al terapeuta al permitirle observar la dirección del trabajo terapéutico, dándole la oportunidad de evitar omisiones y descubrir errores, como instrumento de supervisión y, por ende, de modificarse y aprender. Funciona además como instrumento de autosupervisión.
- b) Posibilitar la investigación. A título de ejemplo citamos algunos de sus posibles usos: comparar el trabajo de un terapeuta con el de otros, comparar distintos momentos de una misma terapia y contribuir a todo estudio sobre proceso y resultados.

Para cumplir con estas finalidades, un registro del proceso terapéutico necesita contener los datos necesarios y suficientes para operar con el modelo terapéutico que se utilice y la información ordenada de tal manera que el lector pueda distinguir entre los datos en bruto de los consultantes (verbalizaciones de los mismos, descripciones de conductas o significados que adjudican a éstas) y las inferencias y conclusiones del operador. La información debe ser lo más precisa posible, es decir, no susceptible de merecer adjudicaciones de significado demasiado diferentes por parte de diversos operadores, o sea, debe ser, fundamentalmente, transmisible.

El modelo de registro incluirá la evaluación inicial del sistema consultante, los objetivos que se desprenden de esta evaluación, la estrategia general a seguir, las intervenciones específicas, las respuestas del sistema consultante a las intervenciones, la modificación de esas intervenciones en función de las respuestas y el cierre del proceso, que incluye final del tratamiento y seguimiento (Casabianca y Hirsch, 1989).

### B.6.2 Seguimientos

El campo de la psicoterapia debe evaluar y mostrar la efectividad y la eficiencia de sus tratamientos, entendiendo efectividad como grado en que las terapias alcanzan los objetivos buscados y eficiencia como la relación entre recursos utilizados y resultados obtenidos (Hirsch, 1998).

El CPP cuenta desde 1983 con un equipo de seguimientos que se ocupa de la evaluación de resultados desde la percepción de los consultantes. Se entiende por evaluación de resultados a la medición de los cambios que se producen como resultado del servicio prestado (Sheila y Kilstrom, 1997). El estudio de resultados se hace imprescindible para la toma de decisiones organizacionales, para mejorar la calidad del servicio prestado y difundir dichos resultados para el establecimiento de estándares en los sistemas de salud mental (Hirsch y Lardani, 2001).

Los seguimientos tienen como objetivo obtener información que va desde el grado de satisfacción de los consultantes con el sistema general de atención, hasta respecto de cuestiones específicas del proceso terapéutico, que permiten obtener verificación estadística de la eficacia de las terapias brindadas (Giterman, 1992).

Los terapeutas deben entrenarse permanentemente en una lectura de los efectos interpersonales de su actividad y para ello deben recibir constante información sobre el resultado de sus acciones organizada de una manera que les permita pulir sus habilidades. Los seguimientos constituyen una importante fuente de dicha información. Permiten al terapeuta obtener un feedback que le proporciona oportunidades de autocorrección. Sobre muestras suficientemente largas, las opiniones de los consultantes sobre los terapeutas tienden a coincidir y, por ende, a brindar a éstos una especie de resumen de las que parecen ser sus habilidades y sus déficits (Rosarios, 1987).

Si hay algo en que los estudios finalmente coinciden, es que hay grandes diferencias individuales en las habilidades de los terapeutas y sus resultados. Proporcionar información de seguimientos de sus pacientes permite a los terapeutas mejorar sus habilidades y, por ende, sus resultados (Hirsch y Lardani, 2001).

Los seguimientos generan objetivos de investigación y proporcionan los datos necesarios para llevarlos a cabo. En CPP se han estudiado distintos temas por medio de estos datos: mejoría y relación con las variables del paciente, mejoría en relación con el tratamiento terminado o interrumpido, mejoría en una sola entrevista, reconsultas, deserciones, alianza terapéutica y cualidades personales del terapeuta.

Respecto de cualidades personales del terapeuta y en estudio previo, se analizaron las respuestas de los pacientes para proporcionar al terapeuta información sobre distintos aspectos de su persona y de su accionar. Se indagó acerca de qué tipo de imágenes el terapeuta evoca en los demás, evaluando las descripciones que de él hicieron sus pacientes; cuáles son los recursos y habilidades más utilizadas, si posee un set acotado o más amplio de las mismas y qué aspectos de sí y de sus capacidades podría potenciar para ayudar más eficazmente a sus pacientes. Consideramos que si varios pacientes utilizan las mismas palabras para referirse a las cualidades de un terapeuta, esto habla más del terapeuta que del paciente (Piedrabuena y Urretavizcaya, 1994).

El seguimiento consiste en un llamado telefónico al consultante una vez transcurridos entre 6 meses y 1 año desde la última entrevista con algún profesional. Este tiempo permite que el consultante recuerde con claridad lo ocurrido en la terapia y, además, es suficientemente amplio como para ver si el proceso terapéutico ha desembocado o no en cambios duraderos beneficiosos (Casabianca y Hirsch, 1989). Se contacta a quienes, por lo menos, han concurrido a la entrevista de admisión, hayan sido luego derivados o no a terapia y hayan concluido o no el proceso terapéutico.

El seguimiento telefónico no es una indagación neutral y debe manejarse como cualquier otro contacto establecido con el consultante con anterioridad. El modo en que el entrevistador haga las preguntas influirá sobre el contenido de las respuestas. La entrevista debe realizarse con el consultante que pidió la consulta inicial, es decir, con quien ha estado más comprometido y motivado con el tratamiento (Casabianca y Hirsch, 1989).

Pensamos que la terapia no termina el día de la última entrevista. El proceso de cambio requiere un tiempo para establecerse, sostenerse y amplificarse. El seguimiento no debe facilitar ni estimular a la gente cuando dice “justo estaba por pedir un turno”. Un mal seguimiento abre una terapia; uno bueno cierra y refuerza lo hecho (Gitterman, 1992).

### B.6.3 *Investigación en psicoterapia*

Por primera vez en la historia de la investigación en psicoterapia, lo que se encuentra en el laboratorio de investigación puede proveer una guía para dirigir la práctica de los clínicos. Los hallazgos de la investigación proveen información útil que sostiene tanto el entrenamiento clínico como la práctica clínica (Beutler, 1992).

La investigación en psicoterapia resulta crucial para determinar la eficacia de la psicoterapia en general, la de los modelos particulares y la de los procedimientos específicos (Hirsch, 1998). Los tratamientos psicoterapéuticos necesitan estar fundamentados según dos dimensiones: la acumulación en el tiempo de evidencias empíricas similares, que refrenden o contradigan una misma tendencia cuantitativa y la acumulación de evidencias empíricas metodológicamente diversas, aporten información de diferente índole sobre un mismo procedimiento (Torrente, 2000).

Las organizaciones dedicadas a la prestación de servicios de salud mental deben garantizar que las psicoterapias allí practicadas se basan en evidencia empírica de eficacia (Banta y Saxe, 1983). En tal sentido, el CPP impulsa un programa que intenta enlazar la tarea clínica y la investigación. Se mencionarán aquí las investigaciones más importantes y las pertinentes para este trabajo. En forma conjunta con Aiglé, institución dirigida por Héctor Fernández Álvarez, se desarrolló un programa de validación del modelo Selección Sistemática de Tratamiento (STS) propuesto por Larry Beutler y John Clarkin (1990). El STS guía al clínico en la toma de decisiones sobre el tipo de intervenciones más apropiadas para cada caso particular.

El método STS instala la idea de una psicoterapia prescriptiva: cuándo hacer qué con quién. Las ventajas para el consultante son que pueda ser evaluado en su evolución y, si no está obteniendo la mejoría prevista, pueda el terapeuta corregir al curso de acción de sus intervenciones. Otorga al terapeuta la posibilidad de utilización de su experiencia clínica y de sus habilidades terapéuticas de manera flexible para cada caso particular. Esto genera sentimientos positivos que contribuyen al vínculo terapéutico y por ende a sus resultados. Las organizaciones de salud mental se benefician con el método porque la evaluación exhaustiva del paciente (antes del tratamiento y en su transcurso) así como la obtención de un informe con recomendaciones sobre el tipo de intervenciones que debe realizar el terapeuta, reduce considerablemente las posibilidades de fracasos terapéuticos (Lardani y Gagliesi, 2007).

También en conjunto con Aiglé, se ha realizado un estudio piloto acerca de las propiedades psicométricas del OQ - 45.2 de Michael Lambert y colaboradores (1996) que muestran valores alentadores para su empleo en la Argentina, similares a los descriptos para el instrumento en su idioma original (Fernández Álvarez, Hirsch, Maristany y Torrente, 2005).

Los terapeutas en su práctica cotidiana necesitan conocer los efectos de los tratamientos administrados sobre los pacientes que se encuentran bajo su atención y requieren de información sobre la respuesta al tratamiento a medida que éste transcurre y no únicamente al final del tratamiento. Este tipo de investigación centrada en el paciente busca medir sobre la marcha la respuesta y el progreso de los tratamientos tal como son aplicados a cada paciente individual. El OQ - 45.2 (Outcome Questionnaire - cuestionario de resultados) es un instrumento de auto-administración que se aplica a los pacientes y que consta de 45 ítems. Los ítems abarcan tres dominios de problemáticas de personas que buscan ayuda psicoterapéutica:

- a) Síntomas y malestar subjetivo (MS): incluye síntomas preferentemente depresivos y angustiosos, además de somatizaciones, conductas adictivas y autodestructivas.
- b) Relaciones interpersonales (RI): abarca aspectos de la vida familiar y de pareja, amistades y conflictos interpersonales, aislamiento e inadecuación.
- c) Rol social (RS): evalúa rendimiento laboral, distracción y tiempo libre, examinando descontento, conflicto, exceso de trabajo, estrés y sensación de ineficiencia.

Cada una de estas dimensiones evalúa el funcionamiento global del paciente. Se aplica en forma repetida durante el curso del tratamiento, además de utilizarse al término del mismo (Lambert y cols., 1996). El monitoreo rutinario de resultados permite asegurar la calidad de los tratamientos brindados y ofrecer herramientas a los terapeutas para identificar y corregir el curso de los procesos en riesgo de respuestas adversas. Es uno de los pasos más importantes y ambiciosos en la evolución de la base empírica de la psicoterapia (Torrente y Hirsch, 2006).

Una de las investigaciones en curso (Torrente, Harf, Margni, Rodríguez Huerta, Sartori y Hirsch) pretende explorar sobre las características de los casos complejos o difíciles de tratar. El objetivo es caracterizar dichos casos, revisar el punto de vista de la organización respecto de ellos, la visión de los terapeutas involucrados en la atención de dichos casos y la perspectiva de los supervisores.

Las consideraciones acerca de eventos tempranos en psicoterapia breve también son pertinentes para el presente trabajo. Esta investigación procuró establecer algunas evidencias respecto de procesos terapéuticos realizados en CPP.

- 1) La terapia tiende a ser breve y a compendiarse en las primeras sesiones.
- 2) La mayor proporción del cambio tiene lugar en los primeros tramos de la terapia.
- 3) Es posible observar porcentajes de mejoría considerables de una sesión a otra.
- 4) Los cambios iniciales se mantienen en el tiempo y predicen cuál ha de ser el resultado final del proceso.
- 5) Ciertos factores clave de la terapia, como la alianza terapéutica, se activan muy tempranamente.

Durante las primeras sesiones ocurren cambios trascendentales, tanto en su magnitud como en su proyección, de manera tal que los esfuerzos terapéuticos tempranos se ven recompensados al final del proceso. Es probable que parte de los efectos observados se deban a la acción de los factores comunes: la alianza terapéutica en sus diferentes dimensiones, la remoralización, el refuerzo positivo y el incremento de las expectativas (Torrente, 2007).

La importancia de la investigación en psicoterapia está probada pero se enfrenta a numerosas dificultades. Para los pacientes supone una dedicación adicional a la que tenían prevista. Para los terapeutas, interfiere sobre sus planes de trabajo y le exige una adecuación que no debe perturbar su rendimiento. La institución en su totalidad se ve afectada por un plus de obligaciones, cuyos efectos y resultados no son visibles a corto plazo. No obstante estos inconvenientes, las ventajas justifican el esfuerzo (García y Fernández Álvarez, 2001).

La psicoterapia sirve. Una de las cuestiones investigadas y comprobadas es que las diferentes terapias poseen factores comunes que son curativos, aunque no hayan sido destacados en la principal teoría de cambio de una escuela particular. Un porcentaje importante de los efectos obtenidos mediante psicoterapia realizada de acuerdo con diferentes modelos se debe a factores presentes en cualquier psicoterapia practicada razonablemente bien: expectativas de mejoría, persuasión, calidez y atención, comprensión y aliento. Esto nos lleva a preguntarnos qué características de los terapeutas contribuyen a la creación y mantenimiento de esos factores comunes, que son menos comunes en algunos consultorios de lo que podría creerse (Hirsch, 1998).

El gran debate (Wampold, 2001) se da entre los que afirman que el progreso consiste en desarrollar procedimientos manualizados para trastornos específicos, y los que afirman que el progreso consiste en comprender cada vez mejor los factores comunes subyacentes a todas las terapias. Podemos decir, desde nuestro punto de vista, que rinde más invertir en que los terapeutas se conviertan en mejores terapeutas de factores comunes, que en el entrenamiento en varias formas de terapias específicas basadas en la evidencia. Esto no implica ignorar los tipos de intervenciones y su consistencia interna. Desarrollamos un esfuerzo importante para lograr que los procedimientos psicoterapéuticos tengan consistencia interna y consideramos que la adhesión a esa lógica hace una diferencia, en cuanto a los resultados que se obtienen (Hirsch y Lardani, 2001).

## C - Objetivos generales y específicos

### Objetivos generales

- Estudiar las cualidades personales del terapeuta en la opinión de los pacientes.
- Indagar la relación entre las cualidades personales del terapeuta y la percepción subjetiva de mejoría por parte de los pacientes.

### Objetivos específicos

- Organizar las respuestas de los pacientes y categorizarlas en cualidades relacionales y cualidades técnicas de los terapeutas.
- Categorizar las respuestas de los pacientes en cualidades positivas y negativas de los terapeutas.
- Determinar si las cualidades personales positivas de los terapeutas tienen una influencia en la mejoría de los pacientes.
- Determinar si las cualidades personales negativas de los terapeutas tienen una influencia en la no mejoría de los pacientes.
- Determinar cuáles son las cualidades personales de los terapeutas que tienen mayor importancia para los pacientes.

## D - Hipótesis

A partir del análisis de contenido de la muestra total, las cualidades personales del terapeuta, según la opinión de los pacientes, pueden agruparse en dos categorías, a saber: cualidades relacionales y cualidades técnicas. Estas, a su vez, pueden categorizarse como positivas o negativas.

Se espera encontrar una relación entre las cualidades personales del terapeuta y la percepción subjetiva de mejoría por parte de los pacientes.

**Hipótesis<sub>1</sub>** : en la muestra de pacientes que expresan mejoría se espera encontrar una predominancia de cualidades relacionales positivas y de cualidades técnicas positivas.

**Hipótesis<sub>2</sub>** : en la muestra de pacientes que no expresan mejoría se espera encontrar una proporción similar de cualidades relacionales positivas y negativas, y la mención de cualidades técnicas negativas.

## E – Metodología

### E.1 – Introducción

Las hipótesis son imprescindibles en toda investigación y confrontarlas sistemáticamente con los datos observables produce nuevos conocimientos. La confrontación empírica valida conocimientos que ya poseemos, nos permite acceder a conocimientos nuevos y garantiza que esos avances no consistan en meros cambios de nombres de los fenómenos, sino que configuren verdaderas novedades (García, 1992).

Toda investigación debe poder ser clasificada y categorizada respecto de su objeto de estudio, del diseño elegido y de su finalidad pragmática.

La taxonomía metodológica propuesta por García (1991) centra la clasificación de investigaciones en psicoterapia de acuerdo a pares de dimensiones.

Para este trabajo se han tomado en consideración las dimensiones cuantitativo / cualitativo; pacientes / terapeutas y evaluación interna / evaluación externa. Respecto de la primera de las dimensiones

mencionadas se combinan ambas metodologías en un intento de aprovechar mejor los datos del estudio. Respecto de las otras dimensiones, el estudio centra en características de los terapeutas y en la evaluación que es llevada a cabo desde el interior del proceso terapéutico, en este caso, a través del paciente.

La presente investigación es un estudio cuali-cuantitativo, transversal, cuya variable de interés son las cualidades del terapeuta a partir de la evaluación interna, realizada por los pacientes.

Es imprescindible considerar el impacto de todo estudio en la práctica clínica cotidiana. Siguiendo a Torrente (2000), las investigaciones orientadas a los procesos y mecanismos aportan información sobre el funcionamiento interno de la terapia y buscan obtener evidencia empírica más específica respecto del cómo de dicho funcionamiento.

Una de las cuestiones más fructíferas en esta dirección es explorar cuáles son las condiciones internas que maximizan o minimizan los efectos de la aplicabilidad de la intervención terapéutica: características del paciente, del terapeuta y de la interacción entre ambos.

Este es un estudio descriptivo que pretende especificar cualidades del terapeuta en opinión de los pacientes y contribuir a precisar en qué medida dichas cualidades influyen en la percepción subjetiva de mejoría de los pacientes.

## E.2 – Muestra

Se trabajó con una muestra compuesta por 164 pacientes que fueron contactados telefónicamente una vez terminado el tratamiento que habían realizado. Inicialmente se consideraron 196 informes de seguimiento. De dichos informes fueron descartados 15 por tener la información incompleta, 13 por encontrarse en tratamiento al momento del llamado, y 4 porque hacen referencia a dos terapeutas a la vez. Los sujetos fueron seleccionados a través de un muestreo aleatorio simple.

De este modo se arribó a estudiar en detalle 164 seguimientos, que se corresponden con igual número de pacientes, que son los que constituyen la muestra final. Se consideró información relevante y completa la presencia de datos del paciente (sexo y edad), presencia o ausencia de mejoría y la respuesta a la pregunta cómo le resultó el terapeuta. En el caso de la muestra seleccionada para este estudio, 118 (71,95 %) de los entrevistados fueron mujeres y 46 (28,05 %) hombres. La media de edad de los sujetos encuestados fue de 33,16+ 15,09.

Los casos evaluados habían terminado su proceso terapéutico, por lo menos, seis meses antes del llamado de seguimiento.

Para mayor claridad de este estudio se decidió descartar aquellos casos en los que, por haber realizado tratamientos combinados, es decir, con psicólogo y psiquiatra, o porque el paciente había estado en contacto con dos terapeutas, en el informe de seguimiento no se hablaba específicamente de sólo uno de ellos.

Se tuvo en cuenta que los seguimientos a considerar cumplieran determinados requisitos.

Fueron hechos todos con el mismo modelo de formulario donde quedaron registrados los datos mencionados. Los llamados se produjeron entre abril y noviembre de 2000 y fueron realizados por un mismo equipo de profesionales asignados a esa tarea.

En la gran mayoría de los casos el llamado fue respondido por el paciente, quien también era el consultante.

En las consultas por niños, ha informado la madre y, sólo en un caso, el padre. En los casos de adolescentes consultantes, respondieron ellos mismos, salvo en un caso en que contestó la madre. En los casos de adolescentes cuyos consultantes eran los padres, respondió la madre.

E.3 – *Instrumento*

El formulario de seguimientos es un protocolo en el que se registran una serie de datos clasificados en antes del llamado y después del mismo. (Ver Anexo 1)

Previo al llamado

Del paciente: filiación y tres fechas: cuándo inició la consulta, cuándo la terminó y cuándo se lo llama.

De los profesionales: nombre del admisor, del terapeuta y del miembro del equipo de seguimientos que hizo el llamado.

De la historia clínica: el motivo de consulta, el objetivo y el diagnóstico.

Durante el llamado

Se registra quién atiende, y luego de los comentarios iniciales se consigna si el paciente está mejor, igual o peor a la fecha de la última entrevista y a la fecha del seguimiento telefónico. ( Ver Fig. 3)

	A la fecha de la última sesión	A la fecha del seguimiento
Mejor		
Igual		
Peor		

**Fig. 3**

- Se consigna si hubo mejoría, a qué se la atribuye.
- Si abandonó el tratamiento, por qué lo hizo.
- Con respecto al terapeuta, cómo le resultó.
- Con respecto a la terapia: qué le fue de utilidad.
- Se consigna si sus expectativas fueron cumplidas o no.
- Finalmente, se averigua hubo o no reconsultas.

De lo consignado en el llamado se han extraído del formulario los datos que hacen a la percepción subjetiva de mejoría y lo que quedó registrado como respuesta a la pregunta de cómo le resultó el terapeuta.

#### E.4 – *Procedimientos*

Para explicar con claridad el procedimiento utilizado para obtener los datos, se hace necesario contextualizarlo en una serie de prácticas que se realizan en el CPP.

Todo paciente que llega a la consulta es recibido por un admisor, quien tiene a su cargo co-construir un problema trabajable, decidir un curso de acción para el tratamiento y elegir el terapeuta más acertado para llevarlo a cabo.

El terapeuta pondrá en marcha las distintas etapas del proceso terapéutico y luego cerrará el caso habiendo cumplido total o parcialmente con los objetivos propuestos.

Una vez finalizada la terapia y transcurridos entre seis meses y un año del último contacto entre el terapeuta y el paciente, éste puede ser llamado telefónicamente para efectuar un seguimiento.

El equipo de seguimientos está formado por un grupo de profesionales dedicados exclusivamente a los llamados y al registro y procesamiento de los mismos.

Son profesionales que reciben un entrenamiento específico para realizar entrevistas telefónicas, debiendo aprender cómo generar un clima de confianza y una conversación lo más fluida posible. Durante dicha conversación, además de las preguntas estandarizadas a realizar, los miembros del equipo tienen pautas para reconocer información pertinente y cómo obtener determinados datos, a saber: ante qué respuestas pedir ejemplos, qué tipo de información se busca al interrogar y, frente a contestaciones por sí o por no, poder conseguir explicaciones aclaratorias.

Las palabras dichas por los pacientes han sido registradas textualmente en el formulario. Dicho registro, en particular respecto a cómo le resultó el terapeuta, es lo que se tomó en consideración para este estudio.

Los tratamientos relevados en estos formularios de seguimiento involucraron la participación de 40 terapeutas: 12 varones y 28 mujeres.

#### E.5 - *Análisis de datos*

El análisis de los datos se ha realizado en dos etapas. Una primera etapa de análisis propiamente cualitativo y una segunda en donde se han desarrollado procedimientos cuantitativos con el objetivo de dar sustento estadístico a las hipótesis propuestas.

En relación a la primera etapa de análisis, se ha efectuado una codificación por medio de la metodología de análisis de contenido (Krippendorff 1990). Se realizó una transformación del contenido de los mensajes en unidades que permitan su descripción y categorización.

Se han definido el universo de datos, las unidades de análisis y las categorías y subcategorías que presentarán los resultados.

El universo para efectuar este análisis son las respuestas dadas a la pregunta cómo le resultó el terapeuta. Se ha tomado textualmente lo que fue registrado en ese ítem.

Las unidades de análisis caracterizadas para ubicar dentro de las categorías han sido una palabra y / o frase referidas a alguna característica del terapeuta.

Las categorías donde fueron ubicadas las unidades de análisis son de dos tipos. Por un lado se categorizó el asunto o tema tratado en la respuesta. Por otro, se categorizó la dirección de las respuestas, es decir, cómo fue tratado el tema en cuanto a definir lo positivo o negativo que tuviera cada una de las características mencionadas

Las subcategorías fueron definidas en consonancia con los criterios mencionados y con precisiones de la lengua de uso con sus diferentes matices de significado y las correspondientes reglas gramaticales.

Se han utilizado además el diccionario de la lengua castellana y el diccionario de sinónimos y antónimos. Respecto del género de los sustantivos y adjetivos de las diferentes unidades de análisis categorizadas, se optó por considerar las palabras tal cual fueron dichas, ya sea que hicieran referencia a terapeutas varones o a terapeutas mujeres.

Se ha trabajado con dos codificadores capacitados para entender las categorías y subcategorías. Se les ha proporcionado la base de datos y han ido consignando cada unidad de análisis de acuerdo a las definiciones previas. Se ha utilizado la prueba Kappa de Cohen para evaluar el grado de acuerdo entre ambos jueces. La misma es una medida para variables cualitativas que nos permite determinar si la concordancia observada es superior a la que es esperable obtener por azar. Si bien no existe un consenso bien definido acerca de cuáles son los valores altos para este índice, una puntuación mayor a 0,8 se considera elevada.

En cuanto a la segunda etapa del análisis se han realizado pruebas estadísticas adecuadas a la naturaleza categórica de las variables "Percepción de Mejoría" y "Tipo de Calidad". Específicamente se han utilizado tests de hipótesis para una proporción. Estos nos permiten establecer si la proporción de la característica de interés se diferencia significativamente de la esperada por el mero efecto del azar.

En el caso de la presente investigación el interés radica en evaluar, coherentemente con las hipótesis planteadas, si dentro del grupo de los sujetos que percibieron una mejoría la proporción de cualidades positivas es estadísticamente significativa distinta de la que se obtendría por azar. Por otro lado, dentro del grupo de pacientes que no expresan mejoría, interesa determinar si la proporción de cualidades relacionales positivas y negativas son similares y si se mencionan cualidades técnicas negativas.

## F – Resultados

De acuerdo al marco teórico, al análisis de contenido y a la evaluación detallada de las opiniones de los pacientes se han construido tres categorías: cualidades genéricas, cualidades relacionales y cualidades técnicas, más una categoría residual, denominada "otras".

Las cualidades genéricas incluyen palabras o frases inespecíficas referidas al terapeuta, sin precisiones concretas acerca del mismo. (Ver Anexo 2)

Las cualidades relacionales se refieren a la aptitud del terapeuta de relacionarse como persona y a sus posibilidades de influencia social. Se incluirán aquí aspectos de la personalidad del terapeuta que contribuyen al clima emocional de las sesiones. (Ver Anexo 3)

Las subcategorías son:

- 1 – **Trato:** es el modo particular de comportarse de una persona que incluye la comunicación amistosa y las normas de cortesía. También se alude a trato agradable y amable.
- 2 - **Afectividad / Sensibilidad / Humanidad:** esta subcategoría incluye propensión afectiva, sensibilidad, demostración de sentimiento y cariño por un lado, y por otro, capacidad de ser afectado y conmovido.
- 3 - **Calidez / Comodidad:** se incluirán aquí referencias a ser una persona cálida, capaz de crear un clima tal que el otro se sienta cómodo y en confianza.
- 4 - **Tranquilidad / Paz / Suavidad:** alude a sosiego, paz y quietud. La suavidad está relacionada con lo apacible y figurativamente con lo sosegado, tranquilo y calmado
- 5 - **Tolerancia / Paciencia / Respeto:** la tolerancia y la paciencia son definidas la una respecto de la otra, es decir, paciencia es la virtud que enseña a tolerar y tolerancia es saber llevar con paciencia. El respeto alude a la consideración, a la deferencia y, figurativamente, también a la tolerancia.

- 6 - **Simpatía / Cercanía / Accesibilidad:** esta tríada se refiere a la correspondencia, afinidad o analogía que las personas pueden tener entre sí. Se alude también al don de gentes y a la facilidad para establecer relaciones próximas.
- 7 - **Atractivo:** en esta categoría se han incluido características superlativas que agradan fuertemente, resaltando aspectos que poseen fuerza para atraer, ya sea que se refieran a la persona del terapeuta o a su personalidad en general.
- 8 - **Encaje:** se incluyen aquí las frases que aluden a una coincidencia ajustada entre una persona y la otra. Figurativamente también se utiliza relacionado con oportunidad.

Las cualidades técnicas se refieren a aquellos atributos que pueden percibirse como destrezas y competencias en el ejercicio del rol profesional del terapeuta. (Ver Anexo 4)

Las subcategorías son:

- 1 - **Empatía:** se han incluido aquí referencias a la habilidad del terapeuta para escuchar activamente, entender, comprender, contener y ponerse en el lugar del otro.
- 2 - **Diálogo:** se refiere a la habilidad del terapeuta para establecer una conversación, expresando las ideas alternativamente y pudiendo cada uno responder al otro.
- 3 - **Claridad / precisión / asertividad / profundidad:** en esta categoría se han incluido referencias a la capacidad del terapeuta para ser conciso, exacto y expresarse con nitidez. Se incluyen también otros aspectos relacionados con la precisión y la agudeza para acceder a lo que va más allá de lo aparente.
- 4 - **Capacidad / inteligencia / experticia:** han sido incluidos aquí comentarios que dan cuenta de lo competente, preparado y experto que puede considerarse al terapeuta. Se incluyen funciones intelectuales que han sido resaltadas.
- 5 - **Dedicación / interés / responsabilidad:** se han agrupado estos términos en esta categoría porque aluden a la acción de ocuparse y preocuparse, poniendo esfuerzo, cuidado y compromiso.
- 6 - **Flexibilidad / adaptación a expectativas:** se han agrupado estos términos considerando la facilidad del terapeuta para adecuarse y acomodarse a las necesidades y requerimientos del paciente.
- 7 - **Practicidad / utilidad / sensatez / eficiencia:** se han incluido aquí descripciones que aluden al terapeuta como alguien pragmático, concreto, dinámico y con sentido común.
- 8 - **Confiabilidad / veracidad / respaldo / ayuda:** se han incluido aquí comentarios que muestran haber depositado confianza en el terapeuta y, en respuesta esperar de él seguridad, honestidad y certidumbres. La ayuda alude a la cooperación y también a la protección y al amparo.
- 9 - **Incentivo:** se han incluido aquí referencias a un conjunto de acciones realizadas por los pacientes a partir de un estímulo y de un aliciente dados por el terapeuta.

Por último, la categoría "otras" involucra frases complejas, por la estructura gramatical usada, o porque presentaban contrasentidos, o se referían a datos que no fueron considerados en este estudio, como la edad del terapeuta y las descripciones acerca de la terapia. (Ver anexo 5)

De acuerdo a los resultados obtenidos en la prueba Kappa de Cohen, existe un alto grado de acuerdo por parte de los evaluadores para definir las distintas categorías. (Ver tabla III)

Tabla III

Acuerdo interjueces (Kappa de Cohen) (Ver Anexo 9)				
	K	Error típico asintótico	t	p
Genéricas	0,88	0,039	11,316	0,001
Relacionales positivas	0,827	0,044	10,638	0,001
Relacionales negativas	0,854	0,144	11,056	0,001
Técnicas positivas	0,878	0,037	11,257	0,001
Técnicas negativas	0,94	0,042	12,066	0,001
Otras	0,869	0,064	11,15	0,001

Por otro lado a los fines del análisis cuantitativo se consideraron solamente las dos cualidades de interés: Cualidades Relacionales y Cualidades Técnicas.

En relación con lo expuesto en la hipótesis, podemos observar que, dentro de los sujetos que percibieron una mejoría, se registraron 261 referencias a cualidades positivas, lo que representa un 96,67% del total de las referencias, porcentaje que es altamente significativo ( $p < 0,001$ ). De ellas el 55,17% corresponde a cualidades relacionales positivas y el 44,83% a cualidades técnicas positivas. Estos porcentajes no difieren estadísticamente de los que se esperarían por azar ( $= 0,1075$ ).

En referencia a la segunda hipótesis establecida, dentro de los sujetos que no perciben mejoría se registraron 14 (63,64%) referencias a cualidades relacionales positivas y 8 (36,36%) a cualidades relacionales negativas. En este caso tampoco encontramos una diferencia estadísticamente significativa entre cada uno de estos porcentajes y los esperados por azar ( $p = 0,2864$ ). Sumado a lo anterior se registran referencias a cualidades técnicas negativas dentro de este grupo. (Ver Fig. 4)

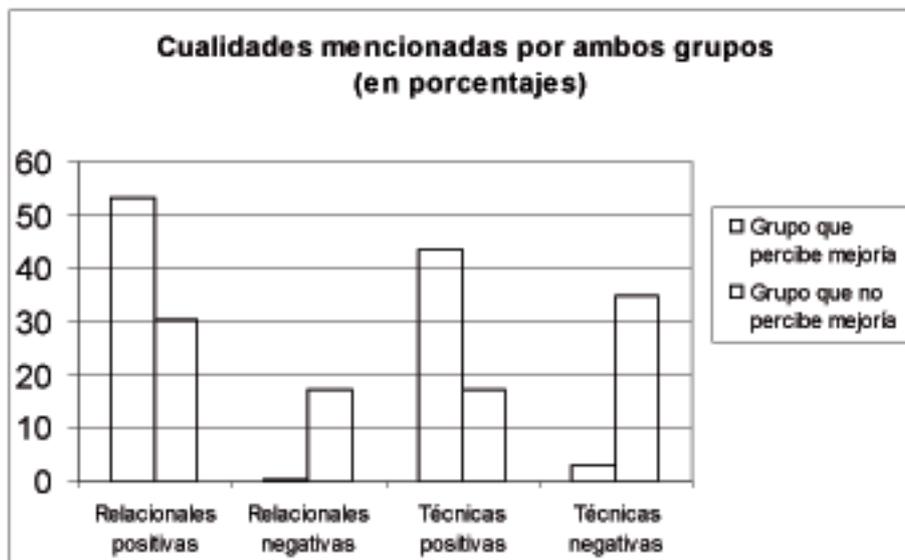


Fig.4

## G- Discusión

La discusión de este trabajo se presentará de acuerdo a los dos tipos de estudio realizados en la investigación. Las hipótesis planteadas se discuten, en primer término, en cuanto al análisis cuantitativo efectuado y, en segundo lugar, se detallan comentarios de los resultados obtenidos de acuerdo al análisis cualitativo y al análisis de contenido.

Como puede apreciarse en los resultados, las dos hipótesis propuestas en este estudio han tenido un correlato estadístico.

De acuerdo a la primera hipótesis se esperaba encontrar una predominancia de cualidades relacionales positivas y de cualidades técnicas positivas en el grupo de pacientes que percibieron mejoría. A través de la prueba estadística apropiada se ha podido dar sustento a esta afirmación. Sumado a lo anterior no se han encontrado diferencias entre la cantidad de referencias a cualidades relacionales y cualidades técnicas positivas. Esto podría indicar la relación de ambas cualidades con una percepción de mejoría. En estudios futuros podría evaluarse si se está en presencia de un efecto aditivo o sinérgico.

Con respecto a lo planteado en la segunda hipótesis se ha encontrado, dentro del grupo de los pacientes que no expresan mejoría, una proporción similar de cualidades relacionales positivas y negativas, junto con la mención de cualidades técnicas negativas, lo que representa un 34,78% de la muestra.

Las cualidades personales del terapeuta mencionadas por los pacientes de la muestra estudiada coinciden con los diferentes atributos enumerados como significativos en la bibliografía reseñada respecto de opiniones de los pacientes. El aporte de este estudio es la categorización de las cualidades personales en relacionales y técnicas, a partir de los comentarios de los pacientes que señalan diferencias al referirse a uno u otro aspecto del terapeuta. Si bien hay algún otro tipo de comentarios, la gran mayoría de ellos refiere a los atributos de influencia social y a la competencia del terapeuta.

En esta discusión nos referiremos al terapeuta, entendiendo que dicha referencia alude a los terapeutas y a las terapeutas. Probablemente, establecer diferencias de cualidades mencionadas respecto de unos y de otras sería una interesante línea a investigar

Entendiendo que la frecuencia con que aparece una idea o un tema en el contenido de un discurso tiende a interpretarse como medida de importancia, atención o énfasis, se analizarán en detalle las subcategorías encontradas en orden a la cantidad de menciones que cada una de ellas obtuvo.

Se discutirán primero las cualidades relacionales positivas y sus subcategorías. Consideramos que contrastar aquí con los comentarios negativos respecto de dichas cualidades enriquecerá la discusión. (Ver Anexo 3). Para la cantidad de menciones de cada subcategoría ver Anexo 6.

Destaca la frecuencia de menciones que hacen a características del terapeuta que agradan fuertemente y que han sido categorizadas como atractivo. Evidentemente reviste una gran importancia que el terapeuta sea percibido como excelente, muy agradable, muy buena persona y que resulte interesante estar con él. Esta subcategoría debiera ser estudiada con mayor detalle. Por un lado, por la presencia reiterada de la palabra “excelente” (Ver Anexo 10, Base de Datos) y por otro, por el uso de adjetivos superlativos tales como “fascinante” y “encantador” que refieren a un aspecto muy poco estudiado de los terapeutas relacionado con el carisma. El contraste con las expresiones “mediocre” y “no me gustó nada de él” habla por sí mismo.

Las categorías *calidez / comodidad; trato; simpatía / cercanía / accesibilidad y afectividad / sensibilidad / humanidad* han sido mencionadas en una proporción similar tal como puede observarse en el Anexo 6 – Tabla Cualidades Relacionales Positivas y Negativas. Estas cualidades aparecen consistentemente como importantes en lo reseñado bibliográficamente respecto de la alianza y de los resultados.

Las menciones a *calidez / comodidad* (y su opuesto frialdad) ponen el énfasis en las conductas del terapeuta que generan sensación de intimidad y de clima familiar y privado que se puede crear en las sesiones.

Es interesante destacar el énfasis de los pacientes en el buen trato y en la atención a las normas de cortesía. Estas parecen estar relacionadas con comportamientos de valoración por parte del terapeuta y contribuyen a que el paciente se sienta tratado como alguien especial, digno de consideración y respeto.

Respecto de *simpatía / cercanía / accesibilidad y afectividad / sensibilidad / humanidad*, los comentarios muestran la importancia atribuida a las conductas afiliativas, tipo “nosotros”. Son señalados como aspectos negativos percibir al terapeuta como cerrado, que genera una sensación de rechazo y de falta de rapport. En cuanto a descripciones tales como natural, abierto y humano, una línea de investigación posible sería explorar si, en relación a promover estas conductas, pudiera incluirse el uso correcto de las auto-revelaciones del terapeuta.

La tranquilidad, la paz y la calma aparecen mencionadas en dos direcciones tales como que el terapeuta se muestre tranquilo y que transmita tranquilidad. Esto parece resaltar la importancia del manejo de la propia ansiedad por parte del terapeuta. Al decir de Frank (1977) “el desasosiego del terapeuta milita contra el paciente que está desarrollando confianza en él”.

La categoría *tolerancia / paciencia / respeto* aparece relacionada con la importancia que el paciente le otorga al hecho de que el terapeuta brinde los tiempos necesarios y controle fastidios y enojos. Por cierto, la pérdida de la paciencia podría ser un indicador de primera señal de ruptura de la alianza, como una dirección a explorar.

Si bien son relativamente pocas las menciones categorizadas como encaje, es un ítem a tener en cuenta porque el hecho de poseer un sistema de valores y de constructos similares entre paciente y terapeuta es una variable ya probada como influyente en el resultado (Beutler et al., 1986).

Para el detalle de las cualidades técnicas positivas y negativas y sus subcategorías ver Anexo 4. El número de menciones recibido en cada subcategoría están en el Anexo 7.

Según puede observarse allí, los resultados muestran el énfasis otorgado por los pacientes a la capacidad, la inteligencia y la experticia del terapeuta. Destaca como una medida de la habilidad del terapeuta para aplicar los procedimientos de la terapia, y dan cuenta de la importancia de percibir al terapeuta como competente. Al igual que en la subcategoría *atractivo* de cualidades relacionales, los comentarios de los pacientes respecto de la capacidad de los terapeutas tienen expresiones superlativas. Es altamente significativa la presencia de menciones negativas en esta subcategoría, la mayoría de las cuales aparecen relacionadas con no haber mejorado.

Es llamativo observar en los resultados que la empatía obtuvo menor cantidad de menciones que la capacidad. Probablemente confirma una vez más que es condición necesaria pero no suficiente. Reviste, sin embargo, una gran importancia y la que se le otorga en esta investigación coincide con investigaciones realizadas y con los estudios reseñados.

Respecto de la subcategoría *practicidad / utilidad / sensatez / eficiencia* consideramos que podría tener un sesgo relacionado con el uso del modelo de resolución de problemas. Si se evalúa la posibilidad de usar esta investigación para estudiar cualidades del terapeuta que utiliza otros modelos, esta subcategoría debiera ser revisada.

Las menciones que aparecen aquí están en consonancia con las técnicas utilizadas, tales como focalizar, dar pautas, dar tareas, orientarse al presente y dirigir la acción a logros de resultados concretos. Evidentemente, el modelo implementado por el terapeuta influye en lo que el paciente señala como cualidades percibidas en relación a lo que fue de utilidad.

También es alta la cantidad de menciones referidas a la *claridad / precisión / asertividad y profundidad* del terapeuta. Puede estar, en parte, relacionado con lo dicho anteriormente respecto del modelo, en cuanto al tipo de conversación que éste favorece tener, en términos de descripciones precisas y definiciones del problema a tratar. Sin embargo, lo que los pacientes resaltan con estas cualidades es cuánto valoran que el terapeuta formule sus intervenciones con claridad y a la vez, que el contenido de las mismas sea profundo. Esto puede ser de utilidad para todos los modelos.

En los diferentes estudios reseñados, se le otorga importancia a la necesidad de los pacientes de contar con alguien confiable, sincero, honesto y capaz de brindar ayuda. En contraste, es importante destacar la presencia de los comentarios negativos del paciente respecto de la falta de sinceridad, de haberse sentido defraudado y de no haber percibido la suficiente ayuda por parte del terapeuta. Si bien hay una conducta clara y específica mencionada cuando un paciente dice “siempre pude contar con ella cuando la llamaba” y esto da cuenta de respaldo, confianza y sostén, sería interesante distinguir otras conductas del terapeuta para aumentar la presencia de las cualidades mencionadas en esta categoría.

Los resultados que aparecen agrupados en la categoría incentivo parecieran estar más relacionados con especificar conductas del terapeuta. Consideramos que son acciones que dan cuenta de los aspectos colaborativos de la terapia y la sensación de equipo entre paciente y terapeuta.

La categoría *dedicación / interés / responsabilidad* con sus menciones positivas y negativas, pone el énfasis en la importancia que le atribuye el paciente a la ocupación y a la preocupación del terapeuta. Incluso a la luz de los resultados, parece esto tanto o más importante que haber mejorado o no.

Respecto de *diálogo*, los resultados señalan de nuevo la presencia de la sensación de equipo, de con – versar sobre las cuestiones y de la actividad del terapeuta para explorar, sacar temas y cuidar la calidad de la comunicación.

La *flexibilidad* del terapeuta es una cualidad muy presente en los estudios reseñados. Dados los resultados obtenidos, nos pareció importante articularla con adaptación a expectativas. Es notoria la mención a desencuentros entre paciente y terapeuta respecto del manejo de la frecuencia de las sesiones y de su número. Por un lado, la excesiva adherencia del terapeuta a un modelo que privilegia la brevedad parece atentar contra la expectativa del paciente, pero por otro, algún aspecto de la implementación no fue realizado con suficiente pericia. Por cierto, breve no quiere decir rápido. Para la posible utilización de la exploración de estas cualidades en otro modelo y / o en otro contexto institucional, reviste importancia revisar esta categoría.

Las distintas cualidades mencionadas por los pacientes muestran lo que, desde su perspectiva, pudo haber contribuido al buen resultado de la terapia, es decir, a percibir mejoría.

Las menciones negativas muestran cuáles son las cualidades que dificultan el éxito de la terapia e incluso lo impiden. Tomando sólo la lista de las cualidades negativas tendríamos un interesante compendio de recomendaciones acerca de lo que no hay que hacer.

Cabe destacar que, aún en el grupo de los que no expresan mejoría, los pacientes mencionan cualidades relacionales positivas, resaltando el buen contacto con la persona del terapeuta.

Nuestros datos corroboran lo planteado por Fernández Álvarez y colaboradores (1995) respecto de que nuestra población tiene una tendencia predominante a evaluar positivamente los resultados de la terapia, debido a que, fundamentalmente, cree en este procedimiento de ayuda.

Se podría objetar que se ha tomado una opción conservadora para considerar mejoría y no mejoría. En función de mayor rigurosidad, se consideró mejoría sólo cuando el consultante la señaló como presente al terminar la terapia y al momento del seguimiento (Ver Anexo 10, Base de Datos).

Como limitación del estudio puede citarse la diferencia significativa en el tamaño de ambas muestras. Esta cuestión cobra relevancia dado que el test de hipótesis para una proporción es sensible al tamaño muestral. En este caso sería necesario un muestreo sistematizado para controlar las diferencias.

Examinaremos algunas consecuencias relevantes de los hallazgos para la práctica clínica, para los posibles usos e implicaciones prácticas que pueda tener este estudio y para la investigación futura de las cualidades personales del terapeuta.

Las opiniones de los pacientes respecto de las cualidades personales podrían ser un aporte a las funciones y dimensiones del EPT (Fernández Álvarez, 1996). Las funciones instruccional, atencional, operativa e involucrativa están reflejadas, desde el punto de vista de los pacientes, en las cualidades

técnicas del terapeuta. En los comentarios se muestra que los pacientes perciben el cómo implementa la técnica el terapeuta, es decir, refieren matices respecto de hacer cumplir pautas y tareas, cuidar el foco y el grado de directividad utilizado. En la investigación realizada se hace evidente la función involucrativa del EPT en relación a la elección de tratamientos focalizados. Por otro lado, las cualidades relacionales constituyen una contribución a la función expresiva pues muestran desde la visión de los pacientes, la manera en que el terapeuta se relaciona afectivamente con ellos.

Resultaría de importancia clínica que las cualidades relacionales y técnicas consignadas como negativas fueran estudiadas específicamente en relación a la alianza, puesto que el contenido de varias de ellas habla de rupturas que no se pudieron remontar. En eventos tempranos se hace más necesario estar atento a las cualidades relacionales positivas y poner más énfasis en ellas, puesto que un error en ese sentido puede desbaratar rápidamente una relación que recién comienza. Una combinación ajustada de cualidades relacionales y cualidades técnicas debe darse durante el proceso de la terapia para el manejo acertado de las rupturas y de los malentendidos.

Una línea de investigación posible a partir de los datos obtenidos en este estudio sería explorar si hay relación entre las dimensiones de problemáticas propuestas por Lambert y colaboradores (1996) y las cualidades personales encontradas en cada una de dichas dimensiones. Es decir, estudiar qué motivo de consulta se articula con qué tipo de cualidad que aparece mencionada y / o resaltada.

El listado de las cualidades personales categorizadas podría ser de utilidad para proveer guías de práctica para el entrenamiento de terapeutas noveles en la promoción del rol de psicoterapeuta. Si bien coincidimos con la posición de los autores reseñados respecto de capacidades naturales y adquirida, disintimos respecto de los matices. Efectivamente, quien decidió ser terapeuta debiera tener las capacidades básicas necesarias para las relaciones humanas, pero el terapeuta debe y puede hacer bastante más al respecto para desarrollarlas y aplicarlas en su trabajo. Cabe recordar aquí la comparación que hace Frank (1977) entre el talento musical y el talento psicoterapéutico. Nos dice el autor que el talento musical está vastamente difundido entre las personas aunque de manera despareja. Si una persona ha nacido lamentablemente sin ningún oído para la música, no habrá entrenamiento que lo haga convertirse en músico. Sin embargo, dado un mínimo de talento musical y la determinación necesaria, cualquiera puede practicar hasta convertirse en ejecutante competente, pese a que nunca llegará a virtuoso.

Tanto las cualidades relacionales como las técnicas pueden desarrollarse como competencias y habilidades.

Dice Bowen que él no entrena gente para que utilice técnicas o para enseñarle cómo saludar. A la luz de los resultados obtenidos en esta investigación, consideramos que un programa de entrenamiento debe incluir desde cómo saludar hasta las intervenciones más sofisticadas, dado que nada de lo que hace el terapeuta es inocente ni pasa desapercibido para sus pacientes.

Para los terapeutas entrenados, la combinación de seguimientos y cualidades resaltadas constituye un importantísimo feed back y podría considerarse un repaso de cuán abierto está a aprender de lo que de él dicen sus pacientes y cuán cerca o cuán lejos está de parecerse a los terapeutas maestros.

Desde el punto de vista metodológico, la articulación entre seguimientos y categorización de cualidades puede ser un instrumento de utilidad para recolectar y analizar los datos pertinentes.

Para una investigación futura y en un contexto institucional, sería de utilidad y de mayor validez y consistencia cruzar las opiniones de los pacientes con las de los colegas y los supervisores respecto de cualidades personales. En la convicción de varios juicios subjetivos arrojan objetividad, este trabajo intentó ser un aporte para resaltar la importancia de incorporar la voz de nuestros pacientes y sus preferencias respecto de lo que esperan de nosotros.

Sara Piedrabuena

## H - Conclusiones

De los resultados se desprenden las conclusiones relacionadas con los distintos objetivos que dieron lugar a este trabajo.

Los resultados indican que hay una predominancia de cualidades personales positivas en el grupo de pacientes que percibieron mejoría.

Dentro del grupo de pacientes que no expresan mejoría, hay una proporción similar de cualidades relacionales positivas y negativas, con presencia de cualidades técnicas negativas.

El aporte de este estudio es categorizar las respuestas de los pacientes en cualidades personales relacionales y técnicas positivas y negativas de los terapeutas. Se determinó, en esta muestra cuáles son las cualidades personales del terapeuta que tienen mayor importancia para los pacientes.

En cuanto a su valor teórico, este estudio espera haber colaborado para una mayor precisión de la variable del terapeuta y desde el punto de vista metodológico, haber revisado y ampliado un instrumento de feed back para los terapeutas.

Contar con estos datos beneficiará a los terapeutas en una mejor comprensión de lo que prefieren los pacientes.

Recae en beneficio de los pacientes, pues el terapeuta dispone de especificaciones acerca de su contribución al resultado de la terapia.

## I - Bibliografía

- Ackerman, S.J., Hilsenroth, M.J., Baity, M.R. y Blagys, M.D. (2000). "Interaction of therapeutic process and alliance during psychological assessment". *Journal of Personality Assessment*. 75 (1) . 82 – 109.
- Ackerman, S.J. y Hilsenroth, M.J. (2001). "A review of therapist characteristics and techniques negatively impacting the therapeutic alliance". *Psychotherapy, Theory, Research, Practice, Training*. 38 . 171 – 185.
- Ackerman, S. y Hilsenroth, M. (2003). "A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance". *Clinical Psychology Review*. 23, 1 – 33.
- Albert, G. (1997). "What are the characteristics of effective psychotherapists? The experts speak". *Journal of Practical Psychology and Behavioral Health*. 3. 36 – 44
- Alboukred, A. y Fuentes, G. (Ed.) (2002). *Diccionario de sinónimos, antónimos e ideas afines*. 26ª. ed.) México. Larousse.
- Adán, S. y Piedrabuena, S. (2007). "Diagnóstico y estrategia en psicoterapia". En D. Kopec y J. Rabinovich (comps.) *Qué y cómo. Prácticas en psicoterapia estratégica*. Buenos Aires. Dunken.
- Andrews, J., (1990). "Interpersonal self-confirmation and challenge in psychotherapy". *Psychotherapy*. 27 . 485 – 504.
- Aponte, H., (1985) "La persona del terapeuta: piedra angular de la terapia". *Sistemas familiares*. 1 (1), 7-13.
- Aponte, H., (1988) "La dimensión social del pensamiento sistémico". (Entrevista de Claudio Des Champs). *Perspectivas Sistémicas*. 1. (4), 4 – 5.
- Aponte, H. y Winter, J. (1988). "La persona y la práctica del terapeuta. Tratamiento y entrenamiento". *Sistemas familiares*. 4 (2), 7 –24.
- Bachelor, A. (1988). "How clients perceive therapist empathy: a content analysis of received empathy". *Psychotherapy*. 25 . 227 – 240.
- Bachelor, A. (1991). "Comparison and relationship to outcome of diverse dimensions of the helping alliance as seen by client and therapist". *Psychotherapy*. 28, 534 – 549.
- Bachelor, A. (1995). "Clients' perception of the therapeutic alliance: a qualitative analysis". *Journal of Counseling Psychology*. 42 (3) . 325 – 337.
- Bachelor, A. y Horvath, A. (1999). "The therapeutic relationship". En M. Hubble, B. Duncan y S. Miller (Eds.) *The heart and soul of change: what works in therapy*. Washington. American Psychological Association.
- Banta, H.D. y Saxe, L. (1983). "Reimbursement for psychotherapy, linking efficacy research and public policy making". *American Psychologist*. 38 . 918 – 923.
- Barber, J., Crits-Christoph, P. y Luborsky, L. (1996). "Effects of therapist adherence and competence on patient outcome in brief dynamic therapy". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 64 .(3), 619 – 622.
- Barlow, D., Rulingame, G., Harding, J. y Behrman, J. (1997). "Therapeutic focusing in time-limited group psychotherapy". *Troup Dynamics*. 1 (3) . 254 – 266.
- Beutler, L., Crago, M. y Arizmendi, T. (1986). "Therapist variables in psychotherapy process and outcome". En S. Garfield y A. Bergin (eds.) *Handbook of Psychotherapy and behavior change*. 3a. Ed. New York. Wiley.
- Beutler, L. y Clarkin, J. (1990). *Systematic treatment selection*. Nueva York. Brunner/Mazel.
- Beutler, L. (1992). "El estado actual y las contribuciones de la investigación en psicoterapia". *Revista Argentina de Clínica Psicológica*. 1 (3) . 203 – 214.
- Beutler, L., Machado, P. y Neufeldt, S. (1994). "Therapist variables". En S. Garfield y A. Bergin (eds.) *Handbook of Psychotherapy and behavior change*. 4a. Ed. New York. Wiley.
- Beutler, L. , Kim, E., Davison, E., Karno, M. y Fisher, D. (1996). "Research contributions to improving managed health care outcomes". *Psychotherapy*. 33 . 197 – 206.
- Beutler, L., Booker, K. y Peerson, S. (1998). "Experiencial treatments: humanistic, client-centered and gestalt approaches". En P. Salkovskis (Ed.) *Comprehensive Clinical Psychology*. 6. 163 – 182. Oxford. Pergamon Press.
- Beutler, L.. y Harwood, T. M. (2000). *Prescriptive Psychotherapy: a practical guide to systematic treatment selection*. New York. Oxford University Press.

- Beutler, L., Clarkin, J. y Bongar, B. (2000). *Guide lines for the systematic treatment of the depressed patient*. New York. Oxford University Press.
- Beutler, L. E. (2000). "David and Goliath: When psychotherapy research meets health care delivery systems". *American Psychologist*. 55 . 997 – 1007.
- Beutler, L. E., Malik, M., Alimohamed, S., Harwood, T. M., Talebi, H., Noble, S. y Wong, E. (2004).. "Therapist variables". En M. J. Lambert (ed.) *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. 5a ed. New York. Wiley.
- Beutler, L. E., Moleiro, C. y Penela, V. (2004). "Hallazgos de la investigación: ¿Qué funciona en psicoterapia?" En H. Fernández Álvarez y R. Opazo Castro: *La integración en psicoterapia*. Barcelona. Paidós Ibérica.
- Beyevach, M. y Carranza, V. (1997). "Therapeutic interaction and dropout: measuring relational communication in solution-focused-therapy. *Journal of Family Therapy*. 19.173 - 212
- Blatt, S., Sanislow, C., Zuroff, D. y Pilkonis, P. (1996). "Characteristics of effective therapists". *Journal of consulting and clinical psychology*. 64 (6), 1276 – 1284.
- Bohart, A., Elliott, R., Greenberg, G. y Watson, J. (2002). "Empathy". En Norcross (Ed.) *Psychotherapy relationships that work: therapist contributions and responsiveness to patients*. New York. Oxford University Press.
- Bordin, E. S. (1976). "The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance". *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 16. 252 – 260.
- Brykczynska, C. (1990). "Changes in the patient's perception of his therapist in the process of group and individual psychotherapy". *Psychotherapy and Psychosomatics*. 53 . 179 – 184.
- Casabianca, R. y Hirsch, H. (1989). *Cómo equivocarse menos en terapia. Un registro para el modelo MRI*. Buenos Aires. Universidad Nacional del Litoral.
- Caspar, F. (1997). "What goes on in a psychotherapist's mind?" *Psychotherapy Research*. 8 . 105 – 125.
- Castañeiras, C., García, F., Lo Bianco, J. y Fernández Álvarez, H. (2006). "Modulating effect of experience and theoretical-technical orientation on the personal style of the therapist ". *Psychotherapy Research*. 16. (5) . 587 – 593.
- Christensen, A. y Jacobson, N. (1994). "Who or what) can do psychotherapy: the status and challenge of non professional therapies". *Psychological Science*. 5. 8 – 14.
- Consoli, A.J. y Machado, P. (2004). "Los psicoterapeutas, ¿nacen o se hacen? Las habilidades naturales y adquiridas de los psicoterapeutas: implicaciones para la selección, capacitación y desarrollo profesional". En H. Fernández Álvarez y R. Opazo Castro: *La integración en psicoterapia*. Barcelona. Paidós Ibérica.
- Cooley, E. y La Joy, R. (1980). "Therapeutic relationship and improvement as perceived by clients and therapists". *Journal of Clinical Psychology*. 36 . 562 – 570.
- Corbella, S. y Botella, L. (2004). *Proceso, Resultado y Factores comunes*. Barcelona. Visión Net.
- Dolinsky, A., Vaughan, S. C., Luber, B., Mellman, L. y Roose, S. (1998). "A match made in heaven? A pilot study if patient – therapist match". *Journal of Psychotherapy Practice and Research*. 7 . 119 – 125.
- Ekman, P. y Davidson, R. (1994). *The nature of emotion: fundamental questions*. New York. Oxford University Press.
- Elliott, R., Clark, C. y Kemeny, V. (1991). "Analyzing clients' post-session accounts of significant therapy events" . Paper presented at the Society for Psychotherapy Research. Lyon. France.
- Fernández Álvarez, H., Scherb, E., Bregman, C. y García, F.S. (1995)- "Creencias sobre extensión y eficacia de la psicoterapia en la población de la ciudad de Buenos Aires". En J.P.Giménez, C. Buguñá y A. Belmar: *Investigación en Psicoterapia: procesos y resultados*. Santiago de Chile. C.P.U.
- Fernández Álvarez, H.. (1996) "Características personales del terapeuta". *AAP Dinámica*. 10 (4). 323 – 330.
- Fernández Álvarez, H., García, F.S. y Scherb, E.(1998). "The research program at AIGLÉ". *Journal of Clinical Psychology*. 54 (3), 343 – 359.
- Fernández Álvarez, H. (2001). "Formación de terapeutas. Entrenamiento en habilidades terapéuticas". En H. Mesones Arroyo (comp.) *La formación del psicoterapeuta*. Buenos Aires. Ananké.

- Fernández Álvarez, H., García, F., Lo Bianco, J. y Corbella, S. (2003). "Assessment questionnaire on the personal style of the therapist. PST - QT. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 10 (2) . 116 – 125.
- Fernández Álvarez, H. (2003). Conferencia "Nuevos desarrollos en la investigación del Estilo Personal del Terapeuta". Encuentro Capítulo Sudamericano SPR. Reñaca. Chile.
- Fernández Álvarez, H. y Opazo Castro, R. (2004). *La integración en psicoterapia*. Barcelona. Paidós Ibérica.
- Fernández Álvarez, H., Hirsch, H., Maristany, M. y Torrente, F. (2005, Agosto). "Propiedades psicométricas del OQ – 45.2 en la Argentina: estudio piloto. Presentación 4° Congreso Mundial de Psicoterapia". Buenos Aires. Argentina.
- Fernández Moya, J.(2006). *En busca de resultados*. Mendoza. Universidad del Aconcagua.
- Fisch, R., Weakland, J. y Segal, L. (1984). *La táctica del cambio*. Barcelona. Herder.
- Frank, J. (1977). *Salud y Persuasión*. Buenos Aires. Editorial Troquel.
- Frank, J.D. y Frank, J.B. (1991). *Persuasion and healing* (3a. ed.) Baltimore. Johns Hopkins University Press.
- García, F. (1991). "Una clasificación tentativa de metodologías de investigación en psicoterapia". *Boletín Argentino de Psicología*. 4 (1–3), 11 – 14.
- García, F. (1992).Comentario al artículo de Larry Beutler "El estado actual y las contribuciones de la investigación en Psicoterapia". *Revista Argentina de Clínica Psicológica*. i (3). 229- 230.
- García, F. S. y Fernández Álvarez, H. (2001). "Investigación en psicoterapia: un puente entre teoría y clínica". *Vertex* . 12 (45), 204 – 210.
- Gaston, L. y Ring, J. M. (1992). "Preliminary results on the Inventory of Therapeutic Strategies". *Journal of Psychotherapy Practice and Research*. 1 . 135 – 146.
- Gaston, L. , Piper, W., Debbane, E., Bienvenu, J. y Garant, J. (1994). "Alliance and technique for predicting outcome in short – and – long – term psychotherapy". *Psychotherapy Research*. 4 (2), 121 – 135.
- Giterman, M. (1992). "Evaluando la eficacia de la psicoterapia: seguimientos". *Acta psiquiátrica y psicológica de América Latina*. 38 (1), 59 – 62.
- Goin, M., Yamamoto, J. y Silverman, J. (1965). "Therapy congruent with class linked expectations". *Archives of General Psychiatry*. 38 . 335 – 339.
- Goldberg, C. (1992). *The seasoned psychotherapy*. New York. Norton.
- Grawe, K. (1997). "Research informed Psychotherapy". *Psychotherapy Research*. 7. 1 – 19.
- Guy, J. D. (1987). *The personal life of the psychotherapist*. New York. Wiley.
- Haley, J. (1980). *Terapia para resolver problemas*. Buenos Aires. Amorrortu.
- Haley, J. (1997). *Aprender y enseñar terapia*. Buenos Aires. Amorrortu.
- Harkness, D. (1997) "Testing interactional social work theory: a panel analysis of supervised practice and outcomes". *Clinical Supervisor*. 15 (1), 33 – 50.
- Henry, W, Shacht, T. y Strupp, H. (1990) "Patient and therapist introject, interpersonal process, and differential psychotherapy outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 58 . 768-774.
- Henry, W. y Strupp, H. (1991) Vanderbilt University: "The Vanderbilt Center for Psychotherapy Research". En L. Beutler y M. Crago (eds.) *Psychotherapy Research: An international review of programatic studies*. Washington. American Psychological Association.
- Henry, W., Strupp, H., Butler, S., Schacht, T. y Binder, J. (1993). "Effects of training in time-limited dynamic psychotherapy: changes in therapist behaviour". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 61 . 434 – 440.
- Henry, W.P. y Strupp, H.H. (1994). "The therapeutic alliance as interpersonal process". En A. Horvath y L. Greenberg (Eds.) *The working alliance: theory, research and practice*. New York. Wiley.
- Hersoug, A., Hoglend, P., Monsen, J. y Havik, O. (2001). "Quality of working alliance in psychotherapy: therapist variables and patient / therapist similarity as predictors". *Journal of Psychotherapy Practice and Research*. 10 . (4). 205 –216.

- Hillerbrand, E. (1989). "Cognitive differences between expert and novices: implications for group supervision". *Journal of Counseling and Development*. 67 . 293 – 296.
- Hirsch, H. y Rosarios, H. (1987). *Estrategias Psicoterapéuticas Institucionales*. Buenos Aires. Nadir Editores.
- Hirsch, H. (1998). "Efectividad en psicoterapia". *Sistemas Familiares*. 14 (3), 85-97.
- Hirsch, H. y Lardani, A. (2001). "Resultados en psicoterapia: ¿Qué opinan nuestros consultantes? *Vertex*. 12 (45), 221 – 225.
- Holzer, M., Pokorny, D., Kachele, H. y Luborsky, L. (1997). "The verbalization of emotions in the therapeutic dialogue. A correlate of therapeutic outcome? *Psychotherapy Research*. 1 (3). 261 – 273.
- Horn – George, J. y Anchor, K. (1982). "Perception of the psychotherapy relationship in long-versus-short-term therapy. *Professional Psychology*. 13 . 483 – 491.
- Horvath, A.O. y Greenberg, L.S. (1989). "Development and validation of the Working Alliance Inventory". *Journal of Counseling Pshchology*. 36 . 223 – 233.
- Horvath, A. O. y Luborsky, L. (1993). "The role of the therapeutic alliance in psychotherapy". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 51 (4), 561 - 573.
- Horvath, A. O. (2001). "The alliance". *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. 38 . 365 – 372.
- Horvath, A. O. y Bedi, R. P.(2002). "The alliance". En J. Norcross: *Psychotherapy relationships that work. Therapists contributions and responsiveness to Patients*. New York. Oxford University Press.
- Jackson, M y Thompson, C.L. (1971). "Effective counselor characteristics and attitudes". *Journal of Counseling Psychology*. 18 . 249 – 254.
- Jennings, L. y Skovholt, T. (1999). "The cognitive, emotional and relational characteristics of master therapists". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 46 (1), 3 – 11.
- Kazdin, A. y Mascitelli, S. (1982) "Covert and overt rehearsal and homework practice in developing assertiveness". *Journal of Consulting and Clinical Pshychology*. 50 . 250 – 258.
- Kivlighan, D. M. (1990). "Relation between counselors' use of intention and clients' perception of working alliance". *Journal of Counseling Psychology*. 37. 27 – 32.
- Krippendorff, K. (1990). *Metodología de análisis de contenido*. Buenos Aires. Paidós.
- Lafferty, P., Beutler, L. y Crago, M. (1991). "Differences between more and less effective psychotherapists: study of select therapist variables". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 57 . 76 – 80.
- Lambert, M.J., De Julio, S.S. y Steint, D.M (1978). "Therapist interpersonal skills: process, outcome, methodological considerations and recommendations for future research". *Psychological bulletin*. 85 . 467 – 489.
- Lambert, M. (1989). "The individual therapist's contribution to psychotherapy process and outcome". *Clinical Psychology Review*. 9 . 469 – 485.
- Lambert, M. (1992) "Psychotherapy outcome research: implications for integrative and eclectic therapists". En J. Norcorss y M. Goldfried (Eds.) *Handbook of Psychotherapy Integration*. New York. Basic Books.
- Lambert, M.J., Burlingame, G.M., Umphress, V.J., Hansen, N.B., Vermeersch, D., Clouse, G. y Yanchar, S. (1996). "The reliability and validity of the Outcome Questionnaire". *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 3 . 106 – 116.
- Lambert, M.J. y Okiishi, J.C. (1997). "The effects of the individual psychotherapist and implications for future research". *Clinical Psychology: Science and Practice*. 4 . 66 – 75.
- Lambert, M., Whipple, J., Smart, D., Vermeersch, D., Nielsen, S. y Hawkins, E. (2001). "The effects of providing therapists with feedback on patient progress during psychotherapy: are outcomes enhanced?" *Psychotherapy Research*. 11 . 49 – 68.
- Lambert, M. J. y Barley, D. E. (2002). "Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome". En J. Norcross (Ed.) *Psychotherapy relationships that work. Therapist contributions and responsiveness to patients*. New York. Oxford University Press.
- Lambert, M., Bergin, A. y Garfield, S. (2004). "Introduction and historical overview". En M. J. Lambert (ed.) *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. 5a ed. New York. Wiley.

- Lardani, A. y Gagliesi, P. (2007). "Selección sistemática de tratamiento. Antecedentes y desarrollo de un programa de validación en la Argentina". En D. Kopec y J. Rabinovich (comps.) *Qué y cómo: prácticas en psicoterapia estratégica*. Buenos Aires. Dunken.
- Lazarus, A. (1971). *Behavior therapy and beyond*. New York. Mc Graw Hill
- Lorr, M. (1965) "Client perceptions of therapists". *Journal of Consulting Psychology*. 29 . 146 – 149.
- Luborsky, L., Auerbach, A., Chandler, M., Cohen, J. y Bachrach, H. (1971). "Factors influencing the outcome of psychotherapy". *Psychological Bulletin*. 73 . 145 – 185.
- Luborsky, L., Crits-Christoph, P., Alexander, L., Margolis, M. y Cohen, M. (1983). "Two helping alliance methods for predicting outcomes of psychotherapy, a counting signs vs. a global rating method". *Journal of Nervous and Mental Disorder*. 17 (8) . 480 – 491.
- Luborsky, L., McLellan, T. A., Woody, G. E., O'Brien, C. P. y Auerbach, A. (1985). "Therapists success and its determinants". *Archive of General Psychiatry*. 42 . 602 - 611.
- Luborsky, L. (1994). "Therapeutic alliances as predictors of psychotherapy outcomes: factors explaining the predictive success". En A. Horvath y L. Greenberg (Eds.) *The working alliance: theory, research and practice*. New York. Wiley.
- Luborsky, L., McLellan, A., Diguier, L., Woody, G. y Seligman, D. (1997). "The psychotherapist matters: comparison of outcomes across twenty-two therapists and seven patients samples". *Clinical Psychology: Science and Practice*. 4 . 53 – 63.
- Malik, M., Alimohamed, S., Holaway, R. y Beutler, L. (2000) "Are all cognitive therapies alike?" Paper presented at the *Annual Meeting of the Society for Psychotherapy Research*. Chicago.
- Mallinckrodt, B. y Nelson, M.L. (1991). "Counselor training level and the formation of the psychotherapeutic working alliance". *Journal of Counseling Psychology*. 38 . 133 – 138.
- Martin, J., Slemon, A.G., Hiebert, B., Hallbert, E.T. y Cummings, A.L. (1989). "Conceptualizations of novice and experienced counselors". *Journal of Counseling Psychology*. 36 . 395 – 400.
- Martin, D.J., Garske, J.P. y Davis, M.K. (2000). "Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: a meta-analytic review". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 68 . 438 – 450.
- Mohl, P.C., Martínez, D., Ticknor, C., Huang, M. y Cordell, L. (1991). "Early dropouts from psychotherapy". *Journal of Nervous and Mental Disorders*. 179 (8) . 478 – 481.
- Mohr, D., Shoham-Salomon, V., Engle, D. y Beutler, L. (1991.) "The expression of anger in psychotherapy for depression: its role and measurement". *Psychotherapy Research*. 1 . 125 – 135.
- Murphy, P., Cramer, D. y Lillie, F. (1984). "The relationship between curative factors perceived by patients in their psychotherapy and treatment outcome: an exploratory study". *British Journal of Medical Psychology*. 57. 187 – 192
- Najavits, L. y Weiss, R. (1994). "Variations in therapist effectiveness in the treatment of patients with substance use disorders: an empirical review". *Addiction* 89. 679 – 688.
- Najavits, L. y Strupp, H. (1994). "Differences in the effectiveness of psychodynamic therapists: a process – outcome study". *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. 31 . 114 – 123.
- Nathan, P., Stuart, S. y Dolan, S. (2000). "Research on psychotherapy efficacy and effectiveness: between Scylla and Charybdis? *Psychological Bulletin*. 126 . 964 – 981.
- Norcross, J. (2002). "Empirically Supported Therapy Relationships". En Norcross: *Psychotherapy relationships that work: therapist contributions and responsiveness to patients*. New York. Oxford University Press.
- Orlinsky, D. y Howard, K. E. (1977). "The therapist's experience of psychotherapy". En A.S. Gurman y A. M. Razin (Eds.). *Effective outcome research: A handbook of research*. New York. Pergamon.
- Orlinsky, D. E. y Howard, K. I. (1986). "Process and outcome in psychotherapy". En S. Garfield y A. Bergin (Eds.) *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. (3a. ed.). New York. Wiley and sons.
- Orlinsky, D., Grawe, K. y Parks, B. (1994) "Process and outcome in psychotherapy: noch einmal". En A. Bergin y S. Garfield (eds) *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. 4ª ed. New York. John Wiley and sons.

- Orlinsky, D. (1999). "The master therapist: ¿ideal character or clinical fiction? Comments and questions on Jennings and Skovholt's "The cognitive, emotional and relational characteristics of Master therapists". *Journal of Counseling Psychology*. 46 (1), 12 – 15.
- Orlinsky, D., Ronnestad, M. H. y Willutzki, V. (2004). "Fifty years of psychotherapy. Process – Outcome – Research: continuity and change". En M. J. Lambert (ed.) *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. 5ª ed. New York. Wiley.
- Piedrabuena, S. y Urretavizcaya, A. (1994 - Noviembre). "Lo que hay que tener: cualidades del buen terapeuta y cómo desarrollarlas". Presentación en el 3er. Congreso ASIBA . Mar del Plata.
- Price, P.B. y Jones, E.E. (1998). "Examining the alliance using the Psychotherapy Process Q – Set". *Psychotherapy*. 25 (3) . 392 – 404.
- Propst, A., Paris, J. y Rosberger, Z. (1994). " Do therapist experience, diagnosis and functional level predict outcome in short-term psychotherapy?" *Canadian Journal of Psychiatry*. 39 (3). 168 – 176.
- Real Academia Española (Ed.) (2001). *Diccionario de la Lengua Española*. 22ª. ed. Vols. 1-2. Madrid. R.A.E.
- Rial, V., Castañeira, 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 Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 26 (98) . 191 – 208.
- Rhodes, R. H., Hill, C. E., Thompson, B. J. y Elliot, R. (1994). "Client retrospective recall of resolved and unresolved misunderstanding events". *Journal of Counseling Psychology*. 41 (4) . 473 – 483.
- Rogers, C. (1957). "The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change". *Journal of Consulting Psychology*. 21 . 95 – 103.
- Rogers, C. R. (1962) . "La relación interpersonal, núcleo de la orientación". En C. Rogers y B. Stevens. *Persona a persona* (1980). Buenos Aires. Amorrortu.
- Rogers, C. (1980). *El poder de la persona*. México. Editorial El Manual Moderno.
- Rogers, C. y Stevens, B. (1980). *Persona a persona*. Buenos Aires. Amorrortu.
- Rosarios, H. (1987). "La organización para la atención de la salud mental desde una perspectiva familiar sistémica". En H. Hirsch y H. Rosarios *Estrategias Psicoterapéuticas Institucionales: La organización del cambio*. Buenos Aires. Nadir.
- Safran, J.D. y Muran, J.C. (1996). "The resolution of ruptures in the therapeutic alliance". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 64 . 447 – 458.
- Safran J.D., Muran, J.C., Samstag, L.W. y Stevens, C. (2002). "Repairing alliance Ruptures". En J. Norcross (Ed.) *Psychotherapy Relationships that Work: therapist contributions and responsiveness to patients*. New York. Oxford University Press.
- Saunders, S.M. (1998). "Clients' assessment of the affective environment of the psychotherapy sessions: relationship to session quality and treatment effectiveness". *Journal of Clinical Psychology*. 54 . 597 – 605.
- Schulte, D. y Künzel, R. (1995). "Relevance and meaning of therapist's control". *Psychotherapy Research*. 5 . 169 – 185.
- Seligman, M. (1995). "The effectiveness of psychotherapy. The consume report study". *American Psychologist*. 50 (12), 963 – 974.
- Sexton, H. C., Hembre, K. y Kvarme, G. (1996). "The interaction of the alliance and therapy microprocess: a sequential analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 64 (3) . 471 – 480.
- Sheila, W. y Kihlstrom, C.I. (1997). "Outcomes, Quality and Cost, Integrating Psychotherapy and Mental Health Services Research". *Psychotherapy Research*. 7 (4) . 365 - 381.
- Simon, F. B., Stierlin, H. y Wynne, L. C. (1988). *Vocabulario de terapia familiar*. Buenos Aires. Gedisa.
- Skovholt, T. M., Ronnestad, M. H. y Jennings, L. (1997). "In search of expertise in counseling, psychotherapy and professional psychology". *Educational Psychology Review*. 9 361 – 369.
- Sloane, R., Staples, F., Cristol, A., Yorkston, N. y Whipple, K. (1975). *Psychotherapy versus behavior therapy*. Cambridge. Harvard University Press.
- Smith, M., Glass, G. y Miller, T. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore John Hopkins University Press.

- Steinheber, J., Patterson, V., Chiffe, K. y La Goullon, M. (1984). "An investigation of some relationships between psychotherapy supervision and patient change". *Journal of Clinical Psychology*. 40 . 1346 – 1353.
- Stiles, W., Shapiro, D. y Firth-Cozens, J . (1989). "Therapist differences in the use of verbal response mode forms and intents". *Psychotherapy*. 26.314 – 322.
- Stiles, W. B., Agnew-Davies, R., Hardy, G. E., Barkham, M. y Shapiro, D. A., (1998). "Relations of the alliance with psychotherapy outcome: findings in the second Sheffield Psychotherapy Project". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 66 (5). 791 – 802.
- Strupp, H., Fox, R. y Lessler, K. (1969). *Patients view their psychotherapy*. Baltimore, Johns Hopkins Press.
- Strupp, H. (1989). "Psychotherapy: can the practitioner learn from the researcher?". *American Psychologist*. 44. 717 – 724.
- Strupp, H. y Anderson, T. (1997). "On the limitations of therapy manual". *Clinical Psychology, Science and Practice*. 4 . 76 – 82.
- Strupp, H. H. (1998). "The Vanderbilt I study revisited". *Psychotherapy Research*. 8 . 17 – 29.
- Torrente, F. (2000). "La base empírica de la psicoterapia: problemas y métodos". *Acta psiquiátrica y psicológica de América Latina*. 46 (2), 145 – 155.
- Torrente, F. y Hirsch, H. (2006). "Evaluación de resultados en psicoterapia: breve reseña evolutiva". *Sistemas Familiares*. 22 (3-4), 58 – 69.
- Torrente, F. (2007) . "Eventos tempranos: evidencias de la investigación en psicoterapia breve". En D. Kopec y J. Rabinovich (comps.) *Qué y cómo: prácticas en psicoterapia estratégica*. Buenos Aires. Dunken.
- Tracey, T.: "Interactional correlates of premature termination". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 54 (6). 784 – 788.
- Wampold, B. (2001). *The great psychotherapy debate: models, methods and findings*. New Jersey. Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Watzlawick, P., Weakland, J y Fish, R. (1976) *Cambio*. Barcelona. Herder.
- Weakland, J., Fish, R., Watzlawick, P. y Bodin, A. (1976), "Terapia breve focalizada en la resolución de un problema". *Revista Argentina de Psicología*. 6 . (19 – 20) 33 – 56.
- Wicas, E. A. y Mahan, T. W. (1966). "Characteristics of counselors rated effective by supervisors and peers". *Counselor Education and Supervision*. 6 . 50 – 60.
- Wiggins, J. D. y Weslander, D. L. (1979). "Personal characteristics of counselors rated as effective or ineffective". *Journal of Vocational Behavior*. 15 . 175 – 185