

UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y RELACIONES HUMANAS



TESIS DE GRADO

ESTILOS FUNCIONALES DEL PSICÓLOGO Y SU RELACIÓN CON LA ALIANZA TERAPÉUTICA

PRESENTADA POR

GABRIELA AGUSTINE

Legajo: 4673

Tutora de Tesis: Prof. Lic. Patricia Díaz

Título a obtener: Licenciatura en Psicología

Fecha: 05 de Diciembre 2022

ÍNDICE

ÍNDICE	2
AGRADECIMIENTOS.....	3
RESUMEN	4
ABSTRACT	5
CAPÍTULO I.....	6
INTRODUCCIÓN	7
RELEVANCIA Y JUSTIFICACIÓN	8
<i>Relevancia Teórica</i>	8
<i>Relevancia Clínica</i>	8
Objetivos.....	8
General	8
<i>Hipótesis</i>	8
Antecedentes de la Investigación	9
CAPÍTULO II.....	13
MARCO TEÓRICO.....	14
Estilo personal del Terapeuta	14
Alianza Terapéutica	17
CAPÍTULO III.....	23
METODO	24
<i>Diseño</i>	24
<i>Criterios de inclusión/exclusión</i>	25
<i>Procedimiento</i>	27
CAPÍTULO IV	28
RESULTADOS	29
CONCLUSIONES	34
CAPÍTULO V.....	36
DISCUSIÓN.....	37
REFERENCIAS.....	39
ANEXO 1: CUESTIONARIOS	46
Consentimiento Informado.....	46
Cuestionario Sociodemográfico ad-hoc.....	46
Working Alliance Inventory-Short (WAI-S)	47
Cuestionario de evaluación del estilo personal del terapeuta (EPT-C)	48
ANEXO 2: GRAFICOS	53

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, quiero agradecer a mis hijos Giuliana y Bautista quienes fueron mis grandes pilares, acompañándome en este largo camino y que gracias a su apoyo y amor pude llegar a finalizar.

A mis amigas de la vida por su incondicional amistad, que siempre estuvieron presentes apoyándome y alegrándose de verme crecer, cuidando en varias oportunidades a mis hijos para que pueda estudiar.

Gracias a mis amigos que esta hermosa carrera me obsequio y que le dieron alegría todas las mañanas, tardes y noches de estudio.

A mi tutora Patricia quién me guio y me acompaño brindándome sus conocimientos para llevar adelante la producción del presente trabajo de investigación.

Y a todas las personas que han participado en el proceso de realización de este trabajo, gracias por su predisposición y colaboración.

RESUMEN

El objetivo de esta tesis es evaluar los estilos del terapeuta de acuerdo a la orientación teórica en psicólogos graduados y su relación con la alianza terapéutica. Se administraron dos cuestionarios, el *Estilo Personal del Terapeuta* y el *Inventario de Alianza Terapéutica* junto a preguntas demográficas a una muestra de cien psicoterapeutas argentinos de ambos sexos, con una antigüedad desde tres a más años de experiencia profesional identificados como orientaciones cognitivo-conductual, psicoanálisis y otras (por ejemplo, humanistas, transpersonales, transaccionales, guesálticos, etc.). Los resultados indican que aquellos terapeutas que construyen su alianza terapéutica basada en vínculos, objetivos y tareas con el paciente tienden a sostener la comunicación emocional con el paciente mediante la proximidad emocional, empatía y regulación emocional. Los psicoanalistas mostraron un criterio basado en un método más verbal en contraste con los métodos ejecutivos de las tareas de otras orientaciones terapéuticas (como los métodos conductistas). Además, se encontró que las acciones vinculadas con las intervenciones terapéuticas específicas y con las técnicas utilizadas de implementación instrumental favoreció a los terapeutas de orientación Cognitivo Conductual en comparación con otras orientaciones. Aquellos profesionales con menos experiencia profesional están más sujetos a técnicas utilizadas (“Operativa”) así como la escuchar y preguntar como acciones dominantes (“Atencional”).

Palabras clave: Estilo del Terapeuta; Alianza Terapéutica; Psicoterapia; Psicoanálisis, Cognitivo-Conductual.

ABSTRACT

PERSONAL STYLE OF THE PSYCHOLOGIST AND ITS RELATIONSHIP WITH THE THERAPEUTIC ALLIANCE

Abstract. The aim of this thesis is to evaluate the styles of the therapist according to the theoretical orientation in graduate psychologists and their relationship with the therapeutic alliance. Two questionnaires, the *Personal Style of the Therapist* and the *Therapeutic Alliance Inventory*, together with demographic questions, were administered to a sample of one hundred Argentine psychotherapists, with three or more years of professional experience identified as cognitive-behavioral orientations, psychoanalysis and others (for example, humanistic, transpersonal, transactional, Gestalt, etc.). The results indicate that those therapists who build their therapeutic alliance based on links, goals and tasks with the patient tend to maintain emotional communication with the patient through emotional proximity, empathy and emotional regulation. The psychoanalysts showed a criterion based on a more verbal method in contrast to the executive methods of the tasks of other therapeutic orientations (such as behavioral methods). In addition, it was found that the actions linked to the specific therapeutic interventions and the instrumental implementation techniques used favored the Cognitive Behavioral orientation therapists compared to other orientations. Those professionals with less professional experience are more subject to techniques used (“Operative”) as well as listening and asking as dominant actions (“Attentional”).

Keywords: *Therapist Style; Therapeutic Alliance; Psychotherapy; Psychoanalysis, Cognitive-Behavioral.*

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

En la actualidad hay escasos estudios e investigaciones acerca del estilo personal del terapeuta con pacientes/clientes acordes según el marco teórico de la psicoterapia y su relación con la alianza terapéutica. Por otra parte, las múltiples definiciones de estilo personal del terapeuta van a depender de las propias características que cada terapeuta aplica en su tarea como resultado de su propia manera de ser, más allá del enfoque de trabajo que utilice y de los requerimientos específicos que implemente para fortalecer el vínculo terapeuta/paciente (Corbella y Fernández-Álvarez, 2006).

La dificultad de la construcción del vínculo en psicoterapia en las diferentes escuelas se la podría atribuir a ciertas actitudes, formas de actuar o características propias de los terapeutas y también de los pacientes que ayudan o dañan la alianza terapéutica y el éxito terapéutico (Rogers, 1957). Ahora bien, al estilo personal del terapeuta se lo define como el conjunto de condiciones únicas que llevan a un terapeuta a intervenir de un modo particular en su tarea (Fernández-Álvarez, 1998).

Se entiende por alianza terapéutica como una construcción conjunta entre paciente y terapeuta de modo que las expectativas, opiniones, construcciones de ambos desarrolladas en el trabajo psicoterapéutico inducen a un cambio (Bordin, 1979). Con respecto a los antecedentes, las investigaciones sobre el Estilo Personal del Terapeuta (EPT) que desarrolla desde 1998 la Fundación Aiglé se encuentran actualmente en un programa de investigación. El objetivo es conseguir datos normativos del EPT-C para la población de la Argentina que permitan ampliar las características del constructo EPT (Fernández Álvarez et al., 2005). A partir de las investigaciones de Bordin (1979, 1994) se examina la significativa correlación que existe entre la alianza terapéutica y el resultado final de la psicoterapia. Como finalidad de sugerir algunas propuestas futuras de investigaciones.

Por lo tanto, ante los antecedentes internacionales y la escasa presencia de investigaciones, este trabajo pretende responder a las siguientes tres preguntas de investigación: ¿En qué medida la alianza terapéutica difiere en cuanto a la orientación teórica del psicoterapeuta? ¿Qué diferencias presentan estilos funcionales y la alianza terapéutica de acuerdo a la orientación terapéutica? ¿Influye la antigüedad en la práctica profesional en la alianza terapéutica y los estilos funcionales?

RELEVANCIA Y JUSTIFICACIÓN

Relevancia Teórica

Este estudio aportará conocimientos al campo teórico e incrementará nuevos datos a los antecedentes registrados y pretende aportar información de la importancia del vínculo terapéutico exitoso, alentando la investigación y búsqueda de herramientas y/o practica de habilidades que permitan lograrlo.

Relevancia Clínica

La presente investigación demuestra la importancia para nuestra disciplina ya que busca comprender el lugar que ocupa la alianza terapéutica en la psicoterapia y para lograr el éxito de la misma. Entender las diferentes variables intervinientes en la relación psicoterapéutica es de suma importancia para captar rupturas o abandonos en el tratamiento psicoterapéutico.

Objetivos

General

Evaluar los estilos funcionales del terapeuta de acuerdo a la orientación teórica de psicólogos graduados y su relación con la alianza terapéutica.

Específicos

- Relacionar los estilos funcionales y la alianza terapéutica.
- Comparar la orientación teórica con la alianza terapéutica y los estilos funcionales.
- Relacionar los estilos funcionales y la alianza terapéutica de acuerdo a la orientación terapéutica.
- Comparar la antigüedad profesional con la alianza terapéutica y los estilos funcionales.

Hipótesis

Aquellos terapeutas que muestren estilos funcionales de mayor (1) apertura atencional, (2) proximidad emocional, (3) rigidez horaria, (4) involucración con el paciente, y (5) estilo pautado tenderán a construir una mayor (o más sólida) alianza terapéutica.

Antecedentes de la Investigación

En los últimos 20 años, la investigación más antigua dentro de los últimos años revelada fue desarrollada por García & Fernández- Álvarez (2007), quien llevo adelante una actualización empírica sobre el Estilo Personal del Terapeuta. Para ello detalla el constructo y un instrumento para su implementación: El Estilo Personal del Terapeuta (EPT-C) como variable moderadora de los efectos de la psicoterapia, diferencias entre terapeutas que conservan otro tipo de experiencia y que adscriben a distintas orientaciones teórico-técnicas y reseñas sobre la estabilidad del estilo a través del tiempo. Actualmente, se puntualiza en un proyecto que se encuentra en curso, en donde los diferentes grupos de investigación lo están aplicando y sus respectivas conclusiones son evaluadas con esta información.

Más adelante, Etchevers, González y Simkin (2012) investigaron los aspectos del éxito de un tratamiento psicoterapéutico, el cual se debe desplegar un buen vínculo terapeuta-paciente. Los distintos modelos psicoterapéuticos se basan en la relación terapéutica de diferentes maneras; también, este concepto muestra significativas diferencias entre la perspectiva psicoanalítica y la cognitivo-conductual. Esta investigación desea describir lo anteriormente mencionado. Por ello, se apunta a los principales antecedentes históricos del concepto de relación terapéutica y a líneas clásicas y actuales de investigación. Por esta razón, se efectuó una revisión bibliográfica en las investigaciones que se encuentran en las bases de la EBSCO y Jstore.

Por otra parte, Cobo (2013) investigó la influencia de la orientación teórica-técnica en el desarrollo del Estilo Personal del Terapeuta (EPT). Para esto, se administró el cuestionario EPT-C (Fernández- Álvarez & García, 1998), tomando una muestra de 106 psicoterapeutas de Argentina, en el cual, se hallaron diferencias significativas en las funciones del EPT en los terapeutas psicoanalistas en comparación con los psicólogos

de otras orientaciones teóricas. Actualmente, se evalúan los resultados y proyectan futuras líneas de investigación.

En el año 2015, se relevaron dos investigaciones que aportaron datos relevantes con relación a la temática. En la primera de ellas, Vázquez (2015) indagó la influencia en la orientación teórico-técnica en el estilo personal del terapeuta. Para ello, se estudió a 60 psicoterapeutas, pertenecientes a las orientaciones psicoanalítica, cognitiva e integrativa. Se aplicó el cuestionario de Evaluación del Estilo Personal Terapéutico (EPT-C) de Fernández – Álvarez y García (1998). Los resultados alcanzados revelan diferencias estadísticamente significativas en el estudio personal del terapeuta según la orientación teórico-técnica, mostrándose un perfil propio según sean psicoanalíticos, cognitivos o integrativos. De esta manera, estos resultados cobran relevancia para la práctica profesional del psicoterapeuta. En la segunda investigación, se realizó un estudio en el cual se analizó el conocimiento del EPT y estudió las relaciones entre diferentes funciones de este estilo y la calidad de la alianza terapéutica. Un buen vínculo a nivel emocional y relacional entre paciente y terapeuta resulta concluyente para los resultados y el éxito de la terapia. El EPT fue administrado por el cuestionario EPT-C (Fernández Álvarez, García, LoBianco y Corbella, 2003) y la alianza terapéutica fue evaluada a través del cuestionario WAI-S, versión terapeuta, en donde se tomó una muestra de 48 psicoterapeutas que se encontraban ejerciendo la práctica clínica.

Los resultados de los análisis indican una correlación significativa entre el aspecto emocional y la calidad de la alianza percibida por los terapeutas (Moya Cortés, 2015).

Casari (2018) describe al Estilo Personal del Terapeuta como una de las funciones en su forma de desenvolverse en la clínica, más allá de su forma de ser, su foco y las respectivas tareas. Desde los inicios del EPT hasta la actualidad, se puede encontrar varias investigaciones científicas, el último estudio que se centró en una síntesis actual acerca del Estilo Personal del Terapeuta que fue elaborado en el año 2007. De esta manera, la intención de este artículo fue mostrar una pequeña reseña sobre las últimas investigaciones actuales y pensando de manera reflexiva sobre las fortalezas y líneas futuras de investigación sobre el EPT.

Casari (2019) realizó este estudio para describir el perfil de Estilo Personal del Terapeuta (EPT) en dos grupos de 429 psicólogos clínicos: uno que trabaja en

instituciones de tratamiento de adicciones y otro no abocado específicamente a este campo; comparo en el mencionado estudio, el posible efecto del enfoque teórico y los años de experiencia profesional sobre el EPT en cada grupo. También, se observaron diferencias entre los dos grupos de terapeutas según el enfoque teórico y correlaciones significativas con los años de experiencia profesional.

Caceres (2019) realizó una investigación cuyo objetivo fue establecer la relación de la empatía y el estilo personal del terapeuta en la construcción de la alianza terapéutica en psicólogos. Este estudio tiene un enfoque cuantitativo, diseño no experimental de corte transversal, y de tipo correlacional. Esta muestra fue administrada por 20 psicólogos entre 24 a 61 años. Se utilizaron tres instrumentos: Test de empatía Cognitiva y Afectiva (TECA), Cuestionario de Estilo Personal del Terapeuta (EPT-C), y el inventario de Alianza Terapéutica (WAI). Los resultados arrojados no revelan una relación significativa entre las tres variables de estudio; pero sí contribuyen a brindar información relevante en cuanto a las características sociodemográficas de los psicólogos de la muestra y sobre los instrumentos.

Helmich, & Etchevers (2020) realizaron una investigación con el objetivo de comprobar si la mediación de un terapeuta producía cambios en el tratamiento psicológico, de esta manera analizaron si el grado de la alianza terapéutica predecía los resultados de la intervención psicológica en los diferentes momentos del tratamiento. En este estudio se examinó a 60 personas adultas, cuyas edades fueron entre los 18 a 45 años, quienes eran consultantes del área de Salud del Hospital de Clínicas de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Se dispusieron herramientas de recolección de datos adaptadas a los fines del estudio: Cuestionario sociodemográfico, Inventario de Alianza de Trabajo - versión Paciente y Terapeuta (los mismos se tomarán en las sesiones 3, 8 y 15) Cuestionario para evaluación de resultados y evolución en psicoterapia (OQ- 45), Diagnóstico psicodinámico operacionalizado cuestionario estructural (OPD- SQ) (Ehrenthal et al., 2012), Inventario de Síntomas (SCL-90) y Escala de Apego Adulto (AdultAttachmentScale-AAS). Hasta el momento se realiza una presentación parcial de los resultados siendo el total de pacientes que se les propuso participar en el proyecto es 64. 37 pacientes que ingresaron al estudio y 13 de los mismo han finalizado su 30 va sesión.

Por otro lado, Valdivieso (2014) investigó que la calidad de la alianza terapéutica no difiere según la corriente psicológica del terapeuta ni se sujeta con la

cantidad de sesiones. No obstante, sí se hallaron asociaciones entre los valores del terapeuta y los valores del paciente. También, se encontró que existe una alta correlación entre los puntajes del WAI versión terapeuta y el WAI versión paciente.

Finalmente, Maldavsky (2017) estudió la relación paciente-terapeuta en donde se podía estudiar en una primera sesión la construcción de la alianza terapéutica.

El instrumento es útil para considerar la construcción de la alianza terapéutica y contiene las variables de motivo de consulta, sintonía con los estados afectivos y/o somáticos y foco.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

Estilo personal del Terapeuta

El Estilo Personal del Terapeuta (EPT) tiene sus raíces en dos fuentes: las contribuciones sobre las variables del terapeuta desarrolladas por Beutler, Machado y AllstetterNeufeldt (1994) y la concepción de los aportes del terapeuta en el acto terapéutico que propone el Modelo Genérico de Psicoterapia (Orlinsky, Grawe y Parks, 1994). Orlinsky et al. (1994) consideraban que el estilo del terapeuta se refería a rasgos establecidos vinculados a su personalidad, que tendrían un impacto en la relación terapéutica e influenciaron los resultados del tratamiento. Mientras que, en el mismo año, Beutler et al. (1994) postulan que el estilo del terapeuta sería un estado objetivo altamente estable en el tiempo y que modulan la forma específica en que cualquier procedimiento o técnica es aplicada.

Fernández Álvarez y García postularon un concepto diferente pero relacionado al anterior, llamado Estilo Personal del Terapeuta (en adelante EPT). Considerado el factor más idiosincrático del profesional, relacionado a modos particulares de comunicación que se plasman en una serie de funciones que imponen un sello personal a la hora de ejercer la práctica. Estos modos de comunicación están influidos por las características de personalidad del terapeuta y también por su orientación teórica (Fernández-Álvarez, García, LoBianco y Corbella, 2000). El mismo sería definido del siguiente modo: “(...) un conjunto de condiciones singulares que llevan a un terapeuta a actuar en un modo particular en su trabajo. Se refiere a las características normales que cada terapeuta imprime a su trabajo como resultado de su particular manera de ser, más allá del foco del tratamiento y de los requerimientos específicos de la tarea” (Fernández Álvarez, García & Scherb, 1998, p. 352).

El Estilo Personal del Terapeuta (EPT) se refiere a las características que cada terapeuta imprime a su actividad clínica como resultado de su particular manera de ser, más allá del foco de su trabajo y de los requerimientos específicos de la tarea. Dicho de otro modo, se refiere a las características habituales que cada terapeuta impone en su tarea como resultado de su peculiar manera de ser, es decir de su conducta psicoterapéutica, más allá del enfoque de trabajo que utilice y de los requerimientos específicos que le exija la intervención (Corbella y Fernández-Álvarez, 2006).

El modelo del EPT se compone actualmente de 5 funciones (Fernández-Álvarez, García, Lo Bianco y Corbella, 2003) las cuales son: Instruccional vinculada al establecimiento del encuadre terapéutico), Expresiva (comunicación emocional del terapeuta), Involucración (grado de compromiso del terapeuta con su trabajo), Atencional (modalidades de recolectar la información terapéutica) y Operativa (formas de intervenir terapéuticamente). No obstante, Cobo (2013) (ver también Castañeiras, Ledesma, García & Fernández-Álvarez, 2008) afirma que ha impulsado un cuestionario para medir el estilo personal del terapeuta, llamado Estilo Personal del Terapeuta: Cuestionario (EPT-C), el cual evalúa cinco funciones, las cuales fueron identificadas como Instruccional, Expresiva, Involucración, Atencional y Operativa. Investigaciones recientes enfatizan el EPT-C como una de las formas principales para evaluar la actividad terapéutica (Heinonnen, 2014). Se encuentran dos versiones: la versión original de 36 ítems (Fernández Álvarez et al., 2003) y una versión abreviada de 21 ítems (Castañeiras et al., 2008), ambas evalúan las cinco funciones antes mencionadas.

Todas ellas son bipolares, fluctúan entre dos extremos, donde los terapeutas se inclinan por alguno de ellos. Por ejemplo, en la función Instruccional, los extremos son: flexibilidad y rigidez en el encuadre terapéutico. Los autores explican que estas funciones no cubren todas las acciones que provienen del terapeuta, pero son altamente representativas. Las mismas interactúan a lo largo del proceso terapéutico variando su peso relativo, y se expresan como una unidad. El EPT puede resumirse en dos grandes aspectos: uno predominantemente cognitivo y otro motivacional – emocional. El primero reúne a las funciones Atencional y Operativa, y el segundo a las funciones Expresiva e Involucración. La función Instruccional aglutina aspectos de las demás (Fernández Álvarez et al., 2003).

En tanto, McNair y Lorr (1964) han definido tres factores que parecían definir la conducta psicoterapéutica y que se centraban en las características de las técnicas empleadas. La primera dimensión se definió por asunciones derivadas de la orientación psicodinámica tradicional, la segunda representaba un continuo entre la expresión versus el control del afecto y la tercera parece representar directividad versus no directividad del terapeuta. Posteriormente Orlinsky, Lundy, Howard, Davidson y O'Mahoney (1987) diseñaron el cuestionario TPI-R para obtener información sobre las intervenciones psicoterapéuticas que se realizan en una sesión.

El estilo del terapeuta es dinámico, multidimensional y refleja las predilecciones comportamentales que el terapeuta usa para comunicarse con otra persona (Beutler, Machado y Neufeldt, 1994). Las intervenciones del terapeuta son las diferentes técnicas y procedimientos proporcionados por las distintas orientaciones psicoterapéuticas. De este modo el estilo del terapeuta se distinguiría de las intervenciones por el aspecto más global y vinculado a los principios comunicativos del terapeuta, sin limitarse a las técnicas concretas empleadas. Se considera que tres variables contribuyen principalmente a la formación del estilo personal del terapeuta (Fernández-Álvarez, 1998):

- a) La posición socio-profesional.
- b) La situación vital, la personalidad, la actitud y los posicionamientos.
- c) Los modos dominantes de comunicación que utiliza.

Las dos primeras variables apuntan a condiciones personales que intervienen sobre la actividad terapéutica en su conjunto. Una se refiere a la incidencia que tiene el lugar ocupado por el terapeuta en el contexto socio-profesional donde se desempeña. Otra da cuenta, a la síntesis de las circunstancias vitales y de relación con el marco teórico que condicionan el modo de cumplir con su tarea. La tercera variable reúne las particularidades básicas de comunicación que el terapeuta utiliza respondiendo a los diferentes aspectos que conforman el acto terapéutico.

Por lo tanto, el Estilo Personal del Terapeuta percibe las acciones estilísticas primordiales del terapeuta, moldeando las aplicaciones de cualquier técnica específica. Estos modos dominantes están influidos hasta cierto punto por la orientación teórica a la que se adhiere y que le proporciona estrategias básicas Estilo Personal del Terapeuta y Teoría de la Mente 127 respecto de la manera en que debe posicionarse frente al acto terapéutico (Corbella y Fernández-Álvarez, 2006). En la misma línea de lo trabajado, Cobo, Nasetta&Maristany (2013) sostiene que el Estilo Personal del Terapeuta (en adelante EPT) es un constructo multidimensional que se pone en juego en el proceso terapéutico y cuenta con un conjunto de funciones que integran en la práctica profesional rasgos y actitudes que el terapeuta pone en juego constantemente.

Por lo tanto, este constructo multidimensional del EPT, plantea un criterio útil para definir las principales condiciones en el que se desarrolla el acto psicoterapéutico

(García & Fernández-Álvarez, 2007). Asimismo, el estilo personal del terapeuta es considerado como una de las características usuales que cada terapeuta emplea a la hora de utilizar su tarea como resultado de su manera específica de ser, más allá del enfoque y herramientas que vaya a utilizar (Vázquez & Gutiérrez Saez, 2015).

Por otra parte, (Casari, Ison & Gómez, 2019) sostiene que el EPT se encuentra vinculado al modo particular de la comunicación entre terapeuta y cliente, del cual se ve reflejado en una serie de funciones que imponen un sello personal a la hora de realizar la práctica. Como se viene mencionando no se puede pensar una psicoterapia sin la existencia de un buen vínculo entre cliente y terapeuta. Además, el estilo personal del terapeuta se ha manifestado que uno de los estilos más afectados por la teoría de la mente es la función instruccional del terapeuta, siendo este más flexible cuando posee una habilidad elevada de esta y uno más rígido cuando carece de la misma. Esta función tiene un rol moderador sobre las otras funciones del estilo del terapeuta, de tal manera, que un terapeuta que sea más flexible tendrá una mayor capacidad para adaptar su estilo a las necesidades de cada paciente. Y si bien el estilo personal del terapeuta y la alianza terapéutica están íntimamente relacionados, no funcionaría como predictor de la calidad de la misma el EPT. Muy por el contrario la alianza va a surgir de la interacción o compatibilidad del estilo personal del terapeuta (EPT) y las características del paciente. De esta manera, la teoría de la mente resulta fundamental para el desarrollo de una apropiada alianza terapéutica del terapeuta con el paciente y para encontrar las estrategias más apropiadas para ayudarlo (Corbella, Fernández Álvarez et al., 2009). La orientación teórica interviene en los modos de comunicación del terapeuta, pero aun así, los estilos personales tienen un peso específico en el estilo terapéutico (Fernández Álvarez, 2003).

El entrenamiento en habilidades no alcanza para ser un buen terapeuta. Si no que el terapeuta debe tener una apropiada formación teórica, para ello, debe aprender procedimientos técnicos y lograr adquirir diferentes capacidades para desplegarlas en bloques de recursos y competencias para cada momento del acto terapéutico, independientemente del modelo teórico que vaya a utilizar. De esta manera, debe poder desarrollar habilidades de acuerdo a principios, que produzcan del mejor modo posible sus capacidades únicas (Fernández Álvarez, 2001).

Alianza Terapéutica

El término de alianza terapéutica a lo largo del siglo XX fue cambiando y transformándose. Freud en *The Dynamics of Transference* (1912), desarrolló la importancia de que el analista sostuviera un interés y una posición comprensiva hacia el paciente para permitir que la parte más saludable de este construyera una relación positiva con el analista (Corbella y Botella 2004 et al., 2009, citado en Fernández-Álvarez & García, 2019).

Se estima que los dos autores más influyentes en la noción actual de la alianza terapéutica fueron Bordin y Luborsky (Corbella y Botella 2003). El primero sostuvo que la alianza como el encaje y colaboración entre el cliente y el terapeuta e identificó tres componentes que la configuran: (a) acuerdo en las tareas, (b) vínculo positivo y (c) acuerdo en los objetivos (Bordin, 1979). Las tareas indican que las acciones y pensamientos que forman parte del trabajo en el proceso terapéutico, de manera que la percepción de estas acciones o tareas como principales para la mejoría es una parte fundamental del establecimiento de la alianza. De igual modo, el acuerdo entre terapeuta y paciente respecto a cuáles son los objetivos a alcanzar con la psicoterapia, así como compartir recíprocamente confianza y aceptación, son la base para una buena alianza. A pesar de la importancia atribuida a la alianza terapéutica, Bordin (1980) alegó que una alianza positiva no es curativa por sí misma, sino que es un componente principal que hace posible la aceptación y el seguimiento del trabajo terapéutico (Horvath y Luborsky, 1993; citado en Fernández-Álvarez & García, 2019)

Por otra parte, el mismo autor puntualizó en dos tipos de alianza en función de la fase o etapa de la terapia de la que se encuentre. La alianza de tipo 1 se da sobre todo en el comienzo de la terapia y se identifica por la sensación que experimenta el paciente. La alianza de tipo 2 se da en fases posteriores del proceso terapéutico y reside en la sensación del labor en conjunto hacia la superación de los impedimentos y el malestar del paciente (Luborsky, 1976; citado en Fernández-Álvarez & García, 2019)

Botella y Feixas (1998) refieren que “La alianza terapéutica se define como un encuentro entre dos o más personas, que acuerdan mantenerse en interacción por un período determinado, para provocar cambios en la organización de uno o más de los participantes en esta interacción” (p.150). Por lo tanto, la alianza terapéutica parte de un encuentro entre terapeuta y paciente que pactan un intercambio por un lapso de tiempo determinado, para provocar cambios en la organización de uno de los participantes en esta interacción.

“La alianza terapéutica individual, se centra en cómo perciben los clientes el comportamiento del terapeuta” (Bordin, 1979) De esta manera, la alianza terapéutica se enfoca en como los clientes observan el comportamiento del terapeuta, pudiendo así percibir su conducta para con ellos. Feixas y Miró (1993) plantean que el paciente o cliente (según el enfoque teórico que se utilice), es una de las variables primordiales en todo proceso psicoterapéutico, ya que es quien recurre a la asistencia psicoterapéutica. El cliente o paciente siente la necesidad de cambiar su forma de vincularse con el mismo y/o con el mundo que lo rodea. Estas necesidades no pueden ser reemplazadas ni por el mismo, ni por cualquier persona de su entorno y van en busca de una ayuda profesional, ósea, el terapeuta. De este modo, el paciente se encuentra en una posición muy particular, entiende que no puede resolver esta situación por sí mismo. Por su parte, éste espera que el proceso psicoterapéutico le de herramientas para superar ese fracaso. Asimismo, para poder construir una buena alianza, es fundamental que el terapeuta pueda negociar estas expectativas a corto y mediano plazo y vincularlas con los deseos del cliente para alcanzar alivio duradero de su sufrimiento. A través, del desarrollo de esos vínculos, el terapeuta puede lograr el compromiso activo por parte de los clientes para llegar a estos objetivos (Beck, 1995).

Por otro lado, Carl Rogers en 1961 en su libro *El Proceso de Convertirse en Persona* alude que el cambio en el transcurso de la terapia parece suceder a través de la experiencia en la relación. De este modo, Rogers postulaba que si se puede proporcionar un cierto tipo de relación, la otra persona va a revelar dentro de sí misma la capacidad de utilizar esa relación para el crecimiento y el desarrollo personal se producirá. Mientras más segura sea la relación terapéutica más útil será para el cliente. Lo que conlleva a que el terapeuta debe ser consciente de sus propios sentimientos. Es decir, ser genuino, según Rogers envuelve la voluntad de ser y de expresar, en palabras y en comportamiento, los diferentes sentimientos y actitudes que existen dentro del terapeuta (Rogers, 1961).

Safran, Muran y Samstag (1994) hallaron que se facilitaría la alianza terapéutica cuando el terapeuta tenía la capacidad de aceptar parte del compromiso por sus rupturas relacionales en terapia y cuando se meta comunicaba con el paciente en relación a posibles malentendidos. Incluso se han estudiado algunas de las actividades técnicas y las acciones del terapeuta durante los encuentros relacionándolas con el desarrollo de la alianza. Se encontró que cuando el terapeuta centra su actividad en el aquí y ahora y la orienta temáticamente se favorece la alianza (Kivighan, 1990; Kivlighan & Schmitz,

1992). Por otro lado, Crowley (2001) descubrió que la mentalidad psicológica del terapeuta y sus habilidades sociales correlacionaban positivamente con la alianza terapéutica.

Bermúdez y Navia (2013) consideran que los sesgos culturales y estereotipos pueden conducir al terapeuta a transferir juicios negativos, como por ejemplo el lenguaje corporal. Luego, invitan a los terapeutas a ser conscientes de propias creencias, estereotipos, prejuicios y a distinguir la influencia que pueden tener en el desarrollo de la alianza terapéutica. Según Corbella y Botella (2003) pueden surgir dificultades durante la constitución, afianzamiento y formación de la alianza. Los impasses y rupturas se refieren a momentos de embotamiento en la relación terapéutica, que son necesarios ya que el paciente protege sus formas habituales de funcionamiento (aun cuando sufre por ellos) de la influencia externa y lo expresará del mismo modo en que lo hace normalmente fuera del ambiente terapéutico. Estas tensiones pueden variar desde tensiones menores (impasses) a una ruptura mayor en la relación. Además, este término de Alianza Terapéutica se ha extendido a todas las ramas terapéuticas por su importancia. El modelo cognitivo-conductual en sus comienzos tenía menos peso a la relación terapéutica también ha sido de mucho reconocimiento a la influencia en el proceso específicamente en los hallazgos de la investigación. De este modo, estos modelos tienen un alto nivel de actividad entre terapeuta y paciente. En cambio, es diferente en las terapias psicoanalíticas en donde el terapeuta se muestra más receptivo. También los terapeutas cognitivos se distinguen por buscar acuerdos más explícitos en los objetivos y tareas mientras que los de orientación integrativa usan medios variados y cambiantes durante el proceso. El tipo de tarea que necesitan estos modelos acentúan distintos aspectos de la relación por ejemplo la asociación libre la exposición o exploración de la experiencia inmediata demandan distintas maneras de colaboración entre terapeuta y paciente.

Los diferentes temas que definen a la alianza se encuentran parcialmente superpuestos. Las cuales 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). Navia & Arias (2012) sostienen que la Alianza Terapéutica se construye y va cambiando en el transcurso de la terapia, como todo proceso interpersonal depende no solo de las habilidades técnicas del terapeuta, sino también de las características propias y de las variables relacionales del consultante. Siguiendo la misma línea Piedrabuena (2007)

sostiene que la alianza es un aspecto conciente y significativo de la interacción entre terapeuta y paciente. Además, Un terapeuta puede tener determinadas habilidades sin ser considerado como altamente eficiente en el proceso del tratamiento.

Las habilidades pueden ser específicas para grupos específicos de pacientes. o para usar un tipo específico de tratamiento. La competencia está íntimamente relacionada con el equilibrio y la precisión de cada tratamiento particular (Piedrabuena, 2007)

La evaluación de la alianza global está vinculada significativamente con la capacidad del terapeuta para entender y comprender. De este modo, se puede decir que hay una correlación positiva entre alianza y conducta afiliativa del terapeuta, es decir, el terapeuta toma una posición de apoyo y sostén, siendo este sensible a los sentimientos del paciente y está en sintonía empática con él (Price y Jones, 1998). La relación entre el paciente y el terapeuta supone una interacción productiva entre ambos e incluye un lazo afectivo y una alianza de trabajo que son aspectos de la alianza terapéutica (Price y Jones, 1998). Estos autores entienden que el terapeuta debe tener la capacidad de expresarse con claridad y de ser visto como perito en definir las estrategias terapéuticas. Esto ayudará a aumentar la medida de la alianza. En este sentido, Muran y Safrán (2005) afirman que el terapeuta construye un rol a partir de los conocimientos y la experiencia vivida, en las que incluye sus propias vivencias en el marco de la terapia personal. A partir de ahí, se despliegan las capacidades de escucha, contención y sostenimiento, en donde el terapeuta se brinda a sus pacientes y colegas como oportunidad relacional. En la misma medida que el terapeuta ajusta su actividad en el aquí y el ahora y la orienta temáticamente, se fortalece la alianza positiva (Kivlighan, 1990).

El estudio de Ackerman, Hilsenroth, Baity y Blagys (2000) indagó la articulación entre la técnica del terapeuta y la alianza durante la fase de evaluación del tratamiento. Se destacó que los pacientes computaron la evaluación como más positiva cuando el terapeuta trabajó dirigido a desarrollar y a conservar una conexión empática, interactuando colaborativamente con el paciente para el logro de sus objetivos determinados para explorar profundamente los resultados de evaluación con los pacientes. La contribución única de los terapeutas para el desarrollo de la alianza ha sido investigada en detalle por Ackerman y Hilsenroth (2003). Estos autores revisaron las características del terapeuta y las técnicas que impactan positivamente en la alianza terapéutica. Las características personales del terapeuta tales como ser flexible, honesto,

respetuoso, confiable, seguro, cálido, interesado y abierto son los que favorecen 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 destacados en la alianza terapéutica positiva.

Cabe destacar que, algunos atributos personales negativos y el mal uso de las técnicas, indicaron que influye sobre la alianza terapéutica de manera notoria y perjudicial a través de la exacerbación de las rupturas terapéuticas (Ackerman y Hilsenroth, 2001). En este sentido, fueron la rigidez, el titubeo y fracaso en la conformación de la terapia, la automanifestación incongruente, las actitudes distantes o manipuladoras, los silencios, la subestimación y altanería y las intervenciones distraídas y superficiales. El terapeuta debe ser capaz de registrar las primeras señales de frialdad, distanciamiento, hostilidad y rechazo hacia el paciente. Dichos sentimientos pueden convertirse en rupturas de la alianza y es en la supervisión donde se logran elementos para identificarlos, detectarlos y enfrentarlos de manera adecuada. Estas rupturas pueden ser pequeñas en un principio y luego alcanzar mayor dimensión, si no se las toma como signos de potenciales dificultades serios para una alianza terapéutica de colaboración fructífera (Safran et al., 2002).

CAPÍTULO III

METODO

Diseño

El presente trabajo de investigación consiste en un diseño no experimental (ex post-facto), sin manipulación de la variable independiente por parte del investigador y basado en la observación del fenómeno tal y como se da en su contexto natural. Es de tipo transversal con un enfoque cuantitativo. Este estudio es correlacional y comparativo. A raíz de la clasificación asociada a esta investigación se realizará a continuación la descripción de los estudios comparativos y correlacionales de análisis, del estudio ex post-factico (Cancela Gordillo, Cea Mayo, Galindo Lara & Valilla Gigante, 2010), Los datos serán cargados y procesados mediante el paquete estadístico SPSS 20. Dependiendo de la asimetría de las puntuaciones, se usará estadística paramétrica o no paramétrica.

Muestra y muestreo

La muestra es no probabilística, en otras palabras, la población se obtiene cada unidad que la integra con una probabilidad conocida, y distinta a cero. El muestreo subjetivo por decisión razonada: las unidades de la muestra se distinguen en función de algunas de sus características, el proceso de elección se realiza empleando criterios racionales, sin recurrir a la selección causal (Corbetta, 2007).

La muestra estuvo conformada por Psicólogos de Argentina, la cual, se obtuvo durante el año 2022. Compuesta por un muestreo de 100 Psicólogos de ambos sexos, en la República Argentina.

Participantes

La muestra estuvo compuesta por cien psicoterapeutas argentinos de ambos sexos, 85 mujeres y 15 varones, con un rango etario de 23 a 70 años (Media = 40,57 años, DT = 9,86) provenientes de CABA (n = 20), zona sur (n = 37), zona norte (n = 9), zona oeste (n = 6) e interior del país (n = 28) con una antigüedad de tres a más de 15 años de

experiencia profesional (n = 65, entre tres a diez años). Los terapeutas se identificaron con tres orientaciones teóricas: Cognitivo-Conductual (CC) (n = 36), Psicoanálisis (n = 40), y “Ni Cognitivo-Conductual ni Psicoanálisis” (n = 24), por ejemplo, humanistas, transpersonales, transaccionales, guesálticos, etc.

Criterios de inclusión/exclusión

Se excluyeron aquellos psicólogos egresados con menos de tres años de experiencia laboral o sin grado académico menor a cinco años (por ej. counselor, psicólogos sociales, *couching*, acompañantes terapéuticos, etc.), así como participantes no argentinos.

Instrumentos

Cuestionario Socio-demográfico y laboral. Se relevaron las características sociodemográficas de la muestra tales como la edad del terapeuta, sexo, orientación terapéutica. Lugar de residencia laboral y antigüedad como terapeuta.

Estilo Personal del Terapeuta. (EPT-C; Fernández-Álvarez & García, 1998) es un instrumento autoadministrado que consta de 36 ítems escritas como afirmaciones a las que cada terapeuta debe responder según su grado de acuerdo con cada una de ellas, en una escala tipo Likert que va desde 1 (*Totalmente en desacuerdo*) hasta 7 (*Totalmente de acuerdo*). Esta medida evalúa dimensionalmente las cinco funciones terapéuticas:

1. *Función Atencional.* Se trata de una función básica relacionada con la búsqueda de la información necesaria para operar terapéuticamente o de focalización. Esto es, en qué medida cada terapeuta moviliza los mecanismos atencionales y su capacidad receptiva frente a lo que manifiesta el paciente, y a hacerlo de una manera más o menos activa. Escuchar y preguntar son las acciones dominantes que constituyen esta dimensión (ejemplo: “Suelo mantener mi escucha más bien abierta y receptiva más que concentrada y focalizada”). Los puntajes extremos de la dimensión se denominan para esta función: *Apertura-Focalización* de la atención.

2. *Función Expresiva.* Se refiere a las acciones que emprende el terapeuta para sostener la comunicación emocional con el paciente (empatía, regulación emocional). Se manifiesta a través de la intensidad del intercambio afectivo que

facilita, o el nivel de tolerancia a la exposición frente a sus propios estados o ante las reacciones emocionales del paciente (ejemplo de ítem: “Una alta proximidad con los pacientes es imprescindible para promover cambios terapéuticos”). Los puntajes extremos de la dimensión se denominan para esta función: *Distancia-Proximidad emocional*.

3. *Función Instruccional*. Se refiere a las conductas que lleva a cabo el terapeuta para establecer y regular el dispositivo de la terapia y establecer *setting* terapéutico. Incluye el establecimiento del sistema de normas y reglas (horarios, honorarios, ámbito de trabajo, formas de negociar los cambios en el dispositivo), así como la prescripción de las tareas que deben cumplirse en el curso de las sesiones (ejemplo de ítem: “Soy bastante laxo con mis horarios”). Los puntajes extremos de la dimensión se denominan para esta función: *Flexibilidad-Rigidez* de mis reglas.

4. *Función de Involucración*. Alude a las conductas explícitas e implícitas vinculadas con el compromiso que está dispuesto a asumir el terapeuta en su actividad y con sus pacientes, así como el lugar que ocupa su trabajo en el contexto de su experiencia vital (ejemplo de ítem: “Fuera de las horas de trabajo dejo de pensar en los pacientes”). Los puntajes extremos de la dimensión se denominan para esta función *Menor-Mayor* grado de involucración.

5. *Función Operativa*. Incluye las acciones directamente vinculadas con las intervenciones terapéuticas específicas y con las técnicas utilizadas o de implementación instrumental. Se expresa a través del grado de influencia o de directividad con que el terapeuta opera, y/o por su preferencia para utilizar procedimientos pautados o espontáneos (ejemplo: “Prefiero los tratamientos donde están programados todos los pasos a seguir”).

DIRECCIÓN DE LAS FUNCIONES

FUNCIÓN	Valores	
	BAJOS	ALTOS
1. <i>Atencional</i>	Abierta	Focalizada
2. <i>Expresiva</i>	Distante	Próxima

3. <i>Instruccional</i>	Flexibilidad	Rigidez
4. <i>Involucración</i>	Baja	Alta
5. <i>Operativa</i>	Espontánea	Pautado

Inventario de Alianza Terapéutica (IAT, Hovarth y Greenberg, 1986). Se basa en la formulación teórica desarrollada por Bordin a partir del constructo de Alianza Terapéutica, definiendo en la alianza tres características fundamentales: (1) *Objetivos*. El terapeuta y el cliente deben estar de acuerdo en los objetivos del proceso terapéutico, (2) *Tareas*: El nivel de concordancia respecto a las tareas a realizar, y (3): *Vínculo*. Desarrollo de un vínculo personal. El IAT tiene contiene 12 ítems con una escala de respuesta tipo Likert de 7 puntos. Hay dos versiones autoaplicables, una para ser contestada por pacientes y otra para ser respondida por el terapeuta (en este estudio, se empleó el modelo que examina al terapeuta), donde la puntuación más alta indica mayor alianza terapéutica.

Procedimiento

Se diseñó una encuesta para internet anunciada en redes sociales, foros específicos y grupos de *Whatsapp* para alcanzar el mayor número de terapeutas que sea posible reclutar (con un rango-ventana de cinco meses de permanencia en línea). A causa del aislamiento social por COVID-19, hubo dificultades para alcanzar casos por muestreo no-probabilístico, de modo que los resultados pueden no ser representativos sino sólo de aquellos dispuestos a responder con acceso a internet. Los datos fueron tratados con confidencialidad y anonimato de sus respuestas e incluyó un Consentimiento Informado apropiado antes de avanzar. La participación fue voluntaria y sin pago. Finalmente, los datos fueron cargados y procesados mediante el paquete estadístico *SPSS 22*.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

Se llevó a cabo un contraste de hipótesis sobre la normalidad de ambas variables mediante un análisis de Shapiro-Wilks. A partir de los valores obtenidos, se asumió una distribución simétrica o normalizada de las puntuaciones de ambos instrumentos. En consecuencia, se decidió emplear para los análisis estadísticos, el test de ANOVA (Análisis de Varianza) para comparar grupos y r de Pearson para correlacionar las puntuaciones de las escalas (ver Tabla 1).

TABLA 1: PRUEBA DE NORMALIDAD

<i>Variables</i>	<i>Shapiro-Wilk</i>	<i>Sig.</i>
Alianza Terapéutica	,984	,256
1. Atencional	,985	,318
2. Expresiva	,986	,356
3. Instruccional	,981	,158
4. Involucración	,975	,059
5. Operativa	,989	,576

La hipótesis principal predice que aquellos terapeutas que muestren estilos funcionales de mayor (1) apertura atencional, (2) proximidad emocional, (3) rigidez horaria, (4) involucración con el paciente, y (5) función pautaada tenderán a construir una mayor (o más sólida) alianza terapéutica, lo cual se confirmó para los estilos “Expresivo” ($r = .391$; Sig. $< .001$), “Involucración” ($r = .260$; Sig. $= .005$), y “Operativa” ($r = .203$; Sig. $= .02$), excepto “Atencional” e “Instruccional” (ver Tabla 2).

TABLA 2: RELACION ENTRE LOS ESTILOS DEL TERAPEUTA Y ALIANZA TERAPEUTICA

<i>Variables</i>		<i>Alianza Terapéutica</i>			
		<i>1.Vínculo</i>	<i>2.Objetivo</i>	<i>3.Tarea</i>	
1. Atencional	<i>r de Pearson</i>	-,15	-,05	-,042	-,137
	<i>Sig.</i>	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
2. Expresiva	<i>r de Pearson</i>	,43	,16	,29	,39
	<i>Sig.</i>	$< ,001$	,05	,001	$< ,001$

3. Instruccional	<i>r</i> de Pearson	-,08	,07	,09	,03
	Sig.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
4. Involucración	<i>r</i> de Pearson	,26	,10	,22	,26
	Sig.	,004	n.s.	,01	,005
5. Operativa	<i>r</i> de Pearson	,17	,07	,28	,20
	Sig.	,04	n.s.	,002	,02

Se comparó la orientación teórica de los cien psicoterapeutas para determinar qué grado de alianza terapéutica y qué estilo funcional predomina entre las tres orientaciones. Aunque no se encontraron diferencias en AT, sin embargo, el factor “Tarea” mostró una diferencia significativamente *menor* para los Psicoanalistas en comparación con otras orientaciones, $F(19,50) = 4,05$, Sig. = .02). Para los estilos funcionales, el “Atencional” mostró una diferencia menor para los Psicoanalistas en comparación con otras orientaciones, $F(17,43) = 3,79$, Sig. = .02), la función “Expresiva” mostró una diferencia mayor para los “Ni CC ni Psicoanalistas” en comparación con otras orientaciones, $F(40,79) = 4,13$, Sig. = .02) y la función “Operativa” que mostró una diferencia muy mayor para los Cognitivo Conductual en comparación con otras orientaciones, $F(25,33) = 4,92$, Sig. < .001) (ver Tabla 3).

TABLA 3: COMPARACION ENTRE ORIENTACION TEORICA CON ALIANZA TERAPEUTICA Y ESTILOS DEL TERAPEUTA

		<i>Orientación</i>				
<i>Variables</i>	<i>teórica</i>	<i>N</i>	<i>Media</i>	<i>DT</i>	<i>F*</i>	<i>Sig.</i>
1. Vínculo	Cognitivo Conductual	36	27,75	3,04		
	Psicoanálisis	40	27,00	3,25	2,66	n.s.
	Ni psicoanálisis ni CC	24	28,79	2,46		
2. Objetivo	Cognitivo Conductual	36	16,33	1,88		
	Psicoanálisis	40	15,83	2,90	0,52	n.s.
	Ni psicoanálisis ni CC	24	16,29	1,92		
3. Tarea	Cognitivo Conductual	36	21,28	2,67		
	Psicoanálisis	40	19,50	3,20	4,05	,02
	Ni psicoanálisis ni CC	24	21,04	2,72		

Alianza Terapéutica	Cognitivo Conductual	36	60,47	5,57		
	Psicoanálisis	40	58,00	6,25	2,54	n.s.
	Ni psicoanálisis ni CC	24	60,92	5,34		
1. Atencional	Cognitivo Conductual	36	19,75	3,64		
	Psicoanálisis	40	17,43	3,47	3,79	,02
	Ni psicoanálisis ni CC	24	18,96	4,25		
2. Expresiva	Cognitivo Conductual	36	37,83	9,26		
	Psicoanálisis	40	33,80	9,99	4,13	,02
	Ni psicoanálisis ni CC	24	40,79	9,86		
3. Instruccional	Cognitivo Conductual	36	33,61	7,14		
	Psicoanálisis	40	32,58	7,10	0,80	n.s.
	Ni psicoanálisis ni CC	24	31,33	5,89		
4. Involucración	Cognitivo Conductual	36	25,08	7,67		
	Psicoanálisis	40	24,30	7,73	1,06	n.s.
	Ni psicoanálisis ni CC	24	27,00	5,24		
5. Operativa	Cognitivo Conductual	36	25,33	4,92		
	Psicoanálisis	40	17,88	5,71	20,13	< ,001
	Ni psicoanálisis ni CC	24	23,29	4,99		

* Análisis de la Varianza (ANOVA).

Se correlacionaron los estilos del terapeuta y alianza terapéutica (divido por orientación terapéutica). Las función Expresiva mostraron correlaciones más robustas con la Alianza Terapéutica para los Cognitivo-Conductuales ($r = .36$; Sig. = .01) y los Psicoanalistas ($r = .41$; Sig. = .004) así como para Involucración para los Cognitivo-Conductuales ($r = .28$; Sig. = .04) y los Psicoanalistas ($r = .37$; Sig. = .001) (ver Tabla 4).

TABLA 4: RELACION ENTRE LOS ESTILOS DEL TERAPEUTA Y ALIANZA TERAPEUTICA (DIVIDIDO POR ORIENTACION TERAPEUTICA)

		Alianza Terapéutica CC (n = 36)	Alianza Terapéutica Psicoanálisis (n = 40)	Alianza Ni CC/Ni Psicoanálisis (n = 24)
Atencional	<i>r</i> de Pearson	-,11	-,16	-,40
	Sig.	n.s.	n.s.	,02
Expresiva	<i>r</i> de Pearson	,36	,41	,21
	Sig.	,01	,004	n.s.
Instruccional	<i>r</i> de Pearson	-,20	,13	,26
	Sig.	n.s.	n.s.	n.s.
Involucración	<i>r</i> de Pearson	,28	,37	-,21
	Sig.	,04	,009	n.s.
Operativa	<i>r</i> de Pearson	,08	,18	-,03
	Sig.	n.s.	n.s.	n.s.

* Análisis de la Varianza (ANOVA).

Aunque no se encontraron diferencia entre Antigüedad y Alianza Terapéutica, se observó que aquellos psicólogos con menos antigüedad laboral mostraron más función Atencional (Sig. = .02) y más función Operativa (Sig. = .01) (ver Tabla 5).

TABLA 5: COMPARACION ENTRE ANTIGÜEDAD CON ALIANZA TERAPEUTICA Y ESTILOS DEL TERAPEUTA

<i>Variables</i>	<i>Antigüedad profesional</i>				<i>F*</i>	<i>Sig.</i>
		<i>N</i>	<i>Media</i>	<i>DT</i>		
Alianza Terapéutica	De 3 a 5 años	42	59,36	5,76	0,98	n.s.
	De 5 a 10 años	23	58,91	6,54		
	De 10 a 15 años	15	58,67	6,44		
	Más de 15 años	20	61,55	4,89		
Atencional	De 3 a 5 años	42	19,88	3,45	3,18	,02
	De 5 a 10 años	23	17,26	3,50		

	De 10 a 15 años	15	18,67	3,92		
	Más de 15 años	20	17,55	4,31		
Expresiva	De 3 a 5 años	42	38,17	9,55		
	De 5 a 10 años	23	37,43	9,92	1,41	n.s.
	De 10 a 15 años	15	32,13	11,22		
	Más de 15 años	20	37,35	9,89		
Instruccional	De 3 a 5 años	42	33,50	7,69		
	De 5 a 10 años	23	30,17	6,00	1,41	n.s.
	De 10 a 15 años	15	32,60	4,33		
	Más de 15 años	20	33,75	7,05		
Involucración	De 3 a 5 años	42	26,26	7,24		
	De 5 a 10 años	23	25,74	7,64	1,04	n.s.
	De 10 a 15 años	15	22,67	6,98		
	Más de 15 años	20	24,40	6,70		
Operativa	De 3 a 5 años	42	23,86	5,55		
	De 5 a 10 años	23	19,96	6,65	3,60	,01
	De 10 a 15 años	15	18,87	3,64		
	Más de 15 años	20	22,10	7,26		

CONCLUSIONES

El objetivo general de esta tesis fue evaluar los estilos del terapeuta de acuerdo a la orientación teórica de psicólogos graduados y su relación con la alianza terapéutica, más específicamente, relacionar los estilos funcionales y la alianza terapéutica y comparar la antigüedad profesional con la alianza y los estilos funcionales. Los resultados indican que aquellos terapeutas en general que mejoran su alianza terapéutica basada en vínculos, objetivos y tareas con el paciente tienden a sostener la comunicación emocional con el paciente mediante la proximidad *emocional*(empatía y regulación emocional)(“Expresiva”), el compromiso que está dispuesto a asumir el terapeuta en su actividad y con sus pacientes o el lugar que ocupa su trabajo en el contexto de su experiencia vital (“Involucración”), así como acciones vinculadas con las intervenciones terapéuticas específicas y con las técnicas utilizadas o de implementación instrumental (“Operativa”).

Por otra parte, los resultados muestran que los psicoanalistas mostraron significativamente menos alianza terapéutica basada en “tareas”, lo cual es coherente con un criterio basado en un método más verbal en contraste con los métodos ejecutivos de las tareas de otras orientaciones terapéuticas (como los métodos conductistas). El estilo funcional relacionado con una atención más “abierta” es coherente por ejemplo, con el método de asociación libre que desenfoca mucho la búsqueda de información para prestar atención al discurso desestructurado del paciente. En cambio, para aquellas acciones terapéuticas vinculadas con la expresión emocional (gestáltica, transpersonal, vincular/familiar), resultaron más cercanas a una orientación más estructurada de los terapeutas cognitivo-conductuales o más desestructuradas del psicoanálisis. Es claro que estas orientaciones terapéuticas ponen el énfasis en la intensidad del intercambio afectivo que facilita la exposición frente a sus propios estados y las reacciones emocionales del paciente.

Además, se encontró que las acciones vinculadas con las intervenciones terapéuticas específicas y con las técnicas utilizadas de implementación instrumental favoreció a los terapeutas de orientación Cognitivo Conductual en comparación con otras orientaciones porque aplican métodos y estrategias más pautadas en contraste con la espontaneidad que caracteriza al psicoanálisis u otras técnicas más guiadas por la emoción.

Finalmente, aquellos profesionales con menos experiencia profesional, cercana a los primeros tres a cinco años) juega un papel importante el reconocimiento las técnicas utilizadas o de implementación instrumental (“Operativa”) así como la escuchar y preguntar como acciones dominantes (“Atencional”).

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

El objetivo principal de la presente investigación fue indagar si existe una asociación significativa entre el Estilo Personal del Terapeuta de acuerdo a la orientación teórica y Alianza Terapéutica y a su vez comparar la antigüedad profesional con la alianza y los estilos funcionales. De acuerdo a los resultados de la investigación, mostraron una correlación positiva entre la escala Estilo Personal del Terapeuta (EPT) y Alianza Terapéutica (AT) dando estadísticamente diferencias significativas en los diferentes estilos funcionales del terapeuta. Donde los terapeutas que se basan en vínculos, objetivos y tareas tienden a tener mejor alianza terapéutica sosteniendo una mejor comunicación emocional con el paciente mediante la proximidad emocional, así como acciones vinculadas con las intervenciones terapéuticas específicas y con las técnicas utilizadas o de implementación instrumental. Confirmándose nuestra Hipótesis principal. Según Fernández Álvarez, García, LoBianco y Corbella (2003), es fundamental que haya una relación entre diferentes funciones de estilos y calidad de la alianza terapéutica, ya que un buen vínculo a nivel emocional y relacional entre paciente y terapeuta resulta concluyente para los resultados y el éxito de la terapia. Los resultados de los análisis indican una correlación significativa entre el aspecto emocional y la calidad de la alianza percibida por los terapeutas (Moya Cortés, 2015).

Por otro lado, los psicoanalistas mostraron significativamente menos alianza terapéutica basada en tareas mostrando un estilo funcional relacionado con una atención más abierta, la cual es coherente a la hora de vincularlo con el método de asociación libre teniendo en cuenta una escucha más desestructurada. Asimismo, se halló que los estilos vinculados con la expresión emocional, como por ejemplo (gestáltica, transpersonal, vincular/familiar), resultaron más cercanas a una orientación más estructurada. En este sentido, como menciona Etchevers, González y Simkin(2012) los distintos modelos psicoterapéuticos se basan en la relación terapéutica de diferentes maneras; también, este concepto muestra significativas diferencias entre la perspectiva psicoanalítica y la cognitivo-conductual.

Se demostró además, que los terapeutas de orientación Cognitivo Conductual tienden a tener intervenciones terapéuticas específicas, en donde, las técnicas utilizadas de implementación instrumental, los favoreció en comparación con otras orientaciones porque aplican métodos y estrategias más pautadas, contrastando con estudios de

Vázquez (2015) el cual indagó la influencia en la orientación teórico-técnica en el estilo personal del terapeuta, los resultados alcanzados revelan diferencias estadísticamente significativas en el estudio personal del terapeuta según la orientación teórico-técnica, mostrándose un perfil propio según sean psicoanalíticos, cognitivos o integrativos.

Con respecto, a los terapeutas con menos experiencia profesional, cercana a los primeros tres a cinco años juega un papel importante el reconocimiento las técnicas utilizadas o de implementación instrumental (“Operativa”) así como la escuchar y preguntar como acciones dominantes (“Atencional”). Esto se corresponde con lo mencionado por Maldavsky (2017) el cual, estudió la relación paciente-terapeuta en donde se podía experimentar en una primera sesión la construcción de la alianza terapéutica.

El presente estudio presenta limitaciones que futuras investigaciones deberían considerar, tales como que solo se especificó dos corrientes las cognitivas conductuales y las psicoanalistas, limitando así en la categoría “Ni cognitivos ni psicoanalistas” las diferentes corrientes teóricas como por ejemplo, humanistas, gestálticas, sistémicas, etc. Esto hace que no se pueda conformar una muestra más representativa, ya que al no tener una muestra no probabilística se dificulta la generalización de la muestra.

Se espera que la investigación presentada pueda ser considerada en la comunidad científica como una nueva línea de investigación acerca de las variables de los terapeutas según el marco teórico de psicólogos graduados que intervienen en el proceso de psicoterapéutico.

REFERENCIAS

- Ackerman , S.J., Hilsenroth, M.J., Baity, M.R. y Blagys, M.D. (2000). “Interaction of therapeutic process and alliance during psychological assessment”. *Jurnal 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* Volume 38 Number 2, 171-185.
- Ackerman, S. J., & Hilsenroth, M. J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review*, 23, 1-33.
- Andrade-González, N. y Fernández-Liria, A. (2016). Adaptación española del *Working Alliance Inventory-Short* (WAI-S). *Psicología actual*, 35 (1), 169-177.
- Beck, J. (1995). *Cognitive Therapy: Basis and Beyond*. Guilford Press: New York.
- Bermúdez, C., & Navia, C. E. (2013). Factores que favorecen y se interponen en el establecimiento de la alianza terapéutica en terapia de familia y pareja. *Revista Colombiana de Psicología [Edición Electrónica]*, 22(2), 333–343.
- Beutler, L.E., Machado, P.P., y Neufeldt, S. (1994). Therapist variables. En A.E.
- Bergin y S.L. Garfield (Eds). *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (4rd Ed.) (págs. 229-264). Nueva York: John Wiley.
- Bordin, ES (1979). La generalización del concepto psicoanalítico de alianza de trabajo. *Psicoterapia: teoría, investigación y práctica*, 16 (3), 252-260.
<https://doi.org/10.1037/h0085885>

- Botella, L. y Feixas, G. (1998). *Teoría de los constructos personales: Aplicaciones a la práctica psicológica*. Barcelona: Laertes.
- Caceres Rivera, J. L. (2019). Empatía y estilo personal del terapeuta en la formación de la alianza terapéutica en psicólogos.
- Cancela Gordillo, R., Cea Mayo, N., Gabildo Lara, G., & Valilla Gigante, S. (2010). *Metodología de la Investigación Educativa: Investigación ex post facto*. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.
- Casari, L. M., Ison, M., Gómez, B. (2018) Estilo personal del terapeuta: estado actual (1998-2017). Buenos Aires: Revista Argentina de clínica psicológica volumen 27, numero 3 pp 466-477. Editorial: Fundación Aiglé.
- Casari, L. M., Ison, M. S., & Gómez, B. (2019). Estilo Personal del Terapeuta: comparación entre profesionales que trabajan en instituciones de adicciones y profesionales del área clínica general. *Revista Costarricense de Psicología*, 38(1), 57-73.
- Castañeiras, C., Ledesma, R., García, F., & Fernández-Álvarez, H. (2008). Evaluación del estilo personal del terapeuta: presentación de una versión abreviada del Cuestionario EPT-C. *Terapia psicológica*, 26(1), 5-13.
- Castañeiras, Claudia, Ledesma, Rubén, García, Fernando, & Fernández-Álvarez, Héctor. (2008). Evaluación del Estilo Personal del Terapeuta: Presentación de una Versión Abreviada del Cuestionario EPT-C. *Terapia psicológica*, 26(1), 5-13.
- Cobo, L. M. C., Nasetta, S. B. A., & Maristany, M. P. (2013). Influencia del enfoque teórico en el estilo personal del terapeuta. *Psicogente*, 16(29), 132-142.
- Corbella, S., Balmaña, N., Fernández-Álvarez, H., Saúl, L. A., Botella, L., & García, F. (2009). Estilo personal del terapeuta. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 18, 125-133.

- Corbella, S., & Botella, L. (2003). LA ALIANZA TERAPÉUTICA: HISTORIA, INVESTIGACIÓN Y EVALUACIÓN. *Anales de Psicología / Annals of Psychology*, 19(2), 205–221. Recuperado a partir de <https://revistas.um.es/analesps/article/view/27671>
- Corbella, S., & Fernández-Álvarez, H. (2006). El terapeuta, posiciones, actitudes y estilos personales. Construcciones, narrativas y relaciones: Aportaciones constructivistas y construccionistas a la psicoterapia. Barcelona: Edebe, 299-340.
- Corbetta, P. (2007). *Metodologías y Técnicas de Investigación Social*. Madrid: McGraw-Hill/Interamerica.
- Cortés, L. (2015). Influencia de estilo personal del terapeuta en la calidad de alianza terapeutica. [Tesis de grado, Universidad Pontificia Comillas]. <https://repositorio.comillas.edu/rest/bitstreams/2529/retrieve>
- Crowley, M. J. (2001). Patient and therapist pre-treatment characteristics as predictors of the therapeutic alliance. Tesis doctoral no publicada, Ohio University.
- De Vázquez, M. G., & Vázquez, L. (2015). Orientación teórico-técnica y estilo personal del terapeuta. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 24(2), 133-142.
- Etchevers, M., González, M., Simkin, H. (2012). Principales desarrollos y enfoques sobre alianza y relación terapéutica. En *Anuario de investigaciones*, Vol. 20. Facultad de Psicología: Universidad de Buenos Aires.
- Feixas, G. y Miró, M. T (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia, una introducción a los tratamientos psicológicos*. Barcelona: Paidós.

- Fernández-Álvarez, H., & García, F. (1998). El estilo personal del terapeuta: Inventario para su evaluación. En S. Gril, A. Ibañez, I. Mosca y P. Sousa (Eds.), *Investigación en Psicoterapia* (pp. 76-84). Pelotas: Educat.
- Fernández-Álvarez, H., García, F., Lo Bianco, J., & Corbella Santomá, S. (2003). Assessment questionnaire on the personal style of the therapist PST-Q. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 10(2), 116-125.
- Fernández-Álvarez, H. & García, F. (2019). *El estilo personal del terapeuta*. Buenos Aires: Polemos.
- Fernández-Álvarez, H., García, F., Lo Bianco, J., & Corbella, S. (2000). Estilos personales e terapeutas psicoanalíticos, cognitivos e integrativos. In Trabajo presentado en el II Congresso Latinoamericano de Pesquisa em Psicoanalise e Psicoterapia. Gramada, Brasil.
- Fernández Álvarez, H., García, F., Castañeiras, C., & Rial, V. (2005). Normalización del cuestionario de evaluación sobre el estilo personal del terapeuta (EPT-C) en una población de psicoterapeutas de la Argentina. En *12va. Jornadas de Investigación y Primer Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur*. Facultad de Psicología: Universidad de Buenos Aires.
- Fernández-Liria, A y Rodriguez, B. (2001). La práctica de la psicoterapia. La construcción de narrativas terapéuticas. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Freud, S. (1912). La dinámica de la transferencia. Buenos Aires: Editorial siglo veintiuno.
- García, F. & Fernández, H. (2007). Investigación empírica sobre el estilo personal del terapeuta: una actualización. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 16(2), 121– 128. Doi.org/10.18682/pd.v15i1.481
- Heinonen, E. (2014). *Therapists' professional and personal characteristics as predictors of working alliance and outcome in psychotherapy*. Academic Dissertation. Research/National Institute for Health and Welfare.

- Helmich, N., & Etchevers, M. (2020). Alianza terapéutica y resultados del tratamiento psicológico realizado en el Hospital de Clínicas. En XII *Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología*. Facultad de Psicología: Universidad de Buenos Aires.
- Kivlighan, D. M. (1990). "Relation between counselors' use of intention and clients' perception of working alliance". *Journal of Counseling Psychology*. 37. 27 – 32.
- Luborsky, L. (1976). Helping alliances in psychotherapy. En J. L. Cleghorn (Ed.), *Successful psychotherapy* (pp. 92-116). New York: Brunner/Mazel.
- Luborsky, L. (2000). A pattern-setting therapeutic alliance study revisited. *Psychotherapy Research*, 1, 17-29.
- Maldavsky, D., Álvarez, L. H., Neves, N. y Tate de Stanley, C. (2017). Construcción de la alianza terapéutica durante la sesión: conceptos e instrumento para la investigación empírica. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 21(2), 146-161.
- Martin, D.J., Garske, J.P. y Davis, M.K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A metaanalytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 438-450.
- McNair, D.M., y Lorr, M. (1964). An analysis of professed psychotherapeutic techniques. *Journal of Consulting Psychology*, 28(3), 265-271.
- Muran C. y Safran J.D. (2005). *La alianza terapéutica, una guía para el tratamiento relacional*. Bilbao: Desclée de brouwer
- Navia, C. E. & Arias, E. M. (2012). Alianza terapéutica y su relación con las variables de apego del terapeuta y del consultante. *Universitas Psychologica*, 11(3), 885-894.

- Orlinsky, D.E., Lundy, M., Howard, K.I., Davidson, C.V., y O'Mahoney, M.T. (1987). *Therapeutic Procedures Inventory Revised*. Chicago: Northwestern University.
- Orlinsky DE Grawe K Parks BK (1994) Process and outcome in psychotherapy – noch einmal. en: AL Bergin SL Garfield (eds.) *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, New York: John Wiley & Sons, Inc. pp.270-376.
- Piedrabuena, S. (2007). *Cualidades personales del terapeuta En opinión de los pacientes y en relación a la percepción de mejoría*. Tesis de doctorado, Universidad de Belgrano. Recuperado de <http://repositorio.ub.edu.ar/handle/123456789/762>
- Price, P.B. y Jones, E.E. (1998). “Examining the alliance using the Psychotherapy Process Q – Set”. *Psychotherapy*. 25 (3) . 392 – 404.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Jornal of Consulting Psychology*, 21, 95-103.
- Rogers, C. (1961). *On becoming a person*. New York: Houghton Mifflin.
- Safran, J. D., Muran, J. C., & Samstag, L. W. (1994). Resolving therapeutic alliance ruptures: A task analytic investigation. In A. O. Horvath, & L. S. Greenberg (Eds.) *The Working alliance: Theory, research and practice* (pp. 225-255), New York: Wiley.
- Safran, J.D.; Muran, J.C.; Samstag, L.W. y Stevens, C. (2002). Repairing alliance ruptures. En J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapists contributions and responsiveness to patients* (pp. 235-254). New York: Oxford University Press.
- Valdivieso, M. I. (2014). *Alianza terapéutica entre pacientes y terapeutas practicantes en tres tipos de corrientes psicológicas terapia cognitiva conductual, terapia humanista y terapia psicodinámica*. Bachelor's thesis, Quito: USFQ Recuperado de <http://repositorio.usfq.edu.ec/handle/23000/3407>.

- Vázquez, G. L., & Gutierrez Saez, M. L. (2015). Orientación teórico-técnica y estilo personal del terapeuta.

ANEXO 1: CUESTIONARIOS

	Consentimiento Informado
	Facultad de Psicología y Relaciones Humanas
	Universidad Abierta Interamericana

Como alumna de la Universidad Abierta Interamericana solicito su apoyo para la realización de mi tesis de grado para obtener el título de Lic. en Psicología. La información brindada por usted es anónima y sus datos no serán difundidos. Los resultados de la investigación serán utilizados para fines académicos y científicos. Este cuestionario solo está destinado a Terapeutas que se encuentren ejerciendo actualmente.

Brindo mi consentimiento informado para participar del estudio:

- ☐ Si
- ☐ No

	Cuestionario Sociodemográfico ad-hoc
	Facultad de Psicología y Relaciones Humanas
	Universidad Abierta Interamericana

1. Edad (Responde en número): _____

2. Sexo

- ☐ 1. Femenino
- ☐ 2. Masculino
- ☐ 3. Otro: _____

Lugar de residencia:

- ☐ Zona Norte

- Zona Sur
- Zona Este
- Zona Oeste
- CABA
- Otro

¿Cuál es la Orientación teórica que tiene más preponderancia en tu ejercicio profesional?

- Cognitivo Conductual
- Psicoanálisis
- Otro

Años de ejercicio profesional

- De 1 a 5 años
- De 5 a 10 años
- De 10 a 15 años
- Más de 15 años

	Working Alliance Inventory-Short (WAI-S)
	Facultad de Psicología y Relaciones Humanas
	Universidad Abierta Interamericana

WORKING ALLIANCE INVENTORY (WAI Short)

Versión del terapeuta

En esta página hay frases que describen las distintas opiniones o emociones que un terapeuta puede tener en relación con su paciente. Si la frase describe lo que usted opina o siente siempre acerca de su paciente, rodee con un círculo el número 7; si por el contrario nunca opina o siente así acerca de él, marque el número 1. Emplee los números intermedios para expresar su opinión entre estos dos extremos. Este cuestionario es CONFIDENCIAL. Su paciente no verá sus respuestas. No se detenga mucho en las preguntas; lo que nos interesa es su primera impresión. POR FAVOR, ASEGÚRESE DE CONTESTAR A TODAS LAS PREGUNTAS. Gracias por su colaboración.

Mi paciente y yo estamos de acuerdo sobre qué hacer para mejorar su situación.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Rara vez	De vez en cuando	A veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre

Mi paciente y yo estamos seguros de la utilidad de las actividades que realizamos en la terapia.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Rara vez	De vez en cuando	A veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre
Creo que a mi paciente le caigo bien.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Rara vez	De vez en cuando	A veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre
Tengo dudas sobre lo que estamos intentando conseguir en la terapia.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Rara vez	De vez en cuando	A veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre
Confío en mi capacidad para ayudar a mi paciente.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Rara vez	De vez en cuando	A veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre
Mi paciente y yo estamos trabajando para conseguir los objetivos que hemos acordado.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Rara vez	De vez en cuando	A veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre
Aprecio a mi paciente como persona.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Rara vez	De vez en cuando	A veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre
Estamos de acuerdo sobre lo que es importante que trabaje mi paciente.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Rara vez	De vez en cuando	A veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre
Entre mi paciente y yo hemos creado un clima de confianza mutua.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Rara vez	De vez en cuando	A veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre
Mi paciente y yo tenemos distintas ideas sobre cuáles son sus verdaderos problemas.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Rara vez	De vez en cuando	A veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre
Mi paciente y yo entendemos qué tipo de cambios le vendrían bien.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Rara vez	De vez en cuando	A veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre
Mi paciente cree que estamos trabajando en su problema de forma adecuada.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Rara vez	De vez en cuando	A veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre

	Cuestionario de evaluación del estilo personal del terapeuta (EPT-C)
	Facultad de Psicología y Relaciones Humanas
	Universidad Abierta Interamericana

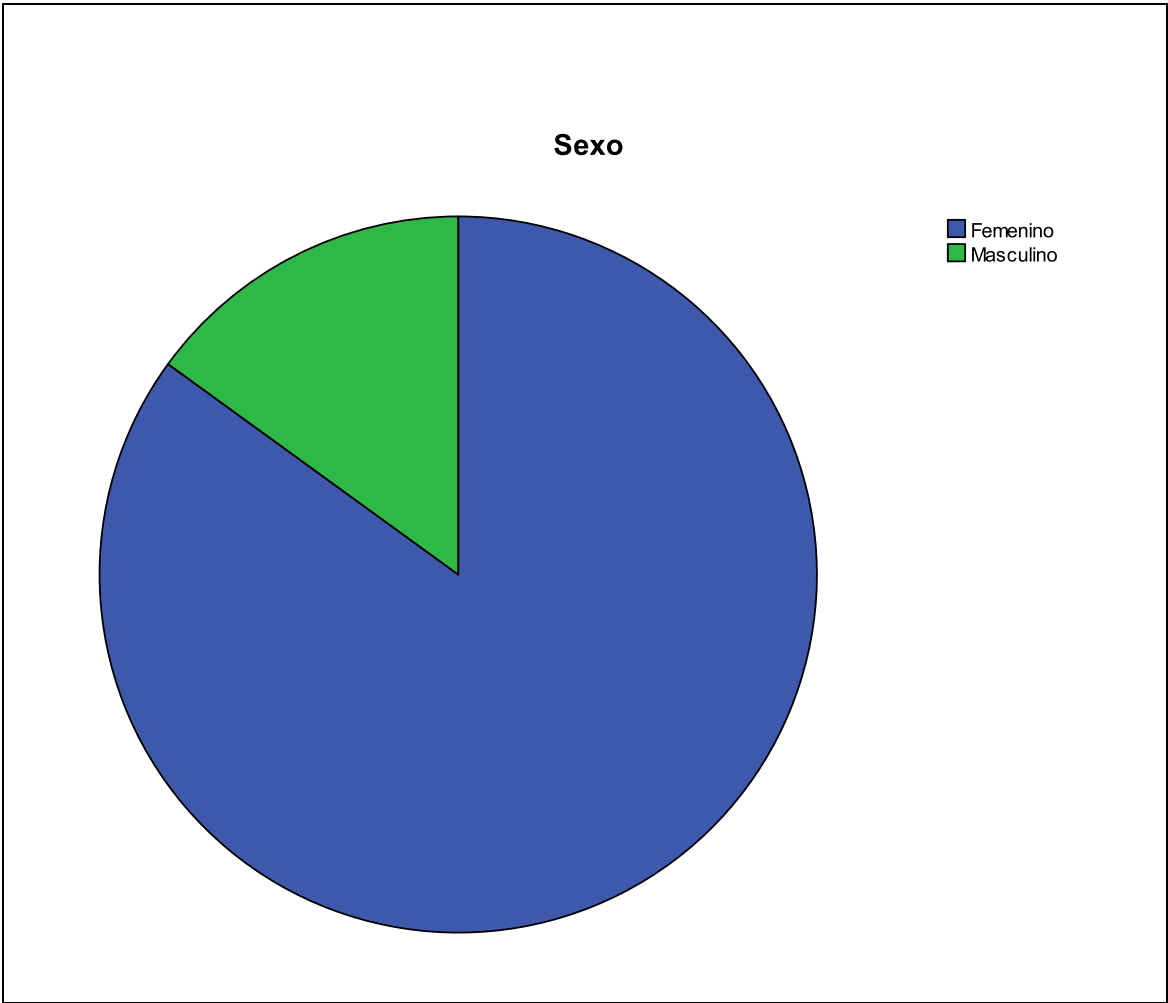
01	Suelo mantener mi escucha mas bien abierta y receptiva más que concentrada y focalizada	
02	Procuro que los pacientes se adecuen al formato habitual de mi trabajo.	
03	Como terapeuta prefiero indicar a los pacientes qué debe hacerse en cada sesión	
04	Mantengo un bajo nivel de involucración con los pacientes para actuar con más objetividad	
05	Me resultan estimulantes los cambios en el encuadre.	
06	Las emociones que me despierta el paciente son decisivas para el curso del tratamiento	
07	Me siento más inclinado a acompañar al paciente en su exploración que a señalarle los caminos a seguir	
08	Evito comunicarme a través de gestos y expresiones muy emotivas	
09	Tiendo a exigir cumplimiento estricto con los honorarios	
10	Los tratamientos pautados me merecen escasa valoración	
11	La expresión de las emociones es un poderoso instrumento de cambio	
12	Muchos cambios importantes. en el curso de un tratamiento requieren que el terapeuta opere con un bajo tono emocional.	
13	Fuera de las horas de trabajo dejo de pensar en los pacientes.	
14	Los cambios de consultorio afectan negativamente los tratamientos.	
15	Los verdaderos cambios se producen en el curso de sesiones con un clima emocional intenso	

16	Me considero un terapeuta que trabaja con un encuadre flexible.	
17	Me resulta útil revelar algunos de mis aspectos personales en las sesiones.	
18	Me gusta sentirme sorprendido por el material del paciente sin tener ideas previas	
19	Suelo atender pacientes fuera del ámbito del consultorio.	
20	Las mejores intervenciones en un tratamiento surgen de modo espontáneo.	
21	Lo que les pasa a mis pacientes tiene poca influencia en mi vida personal	

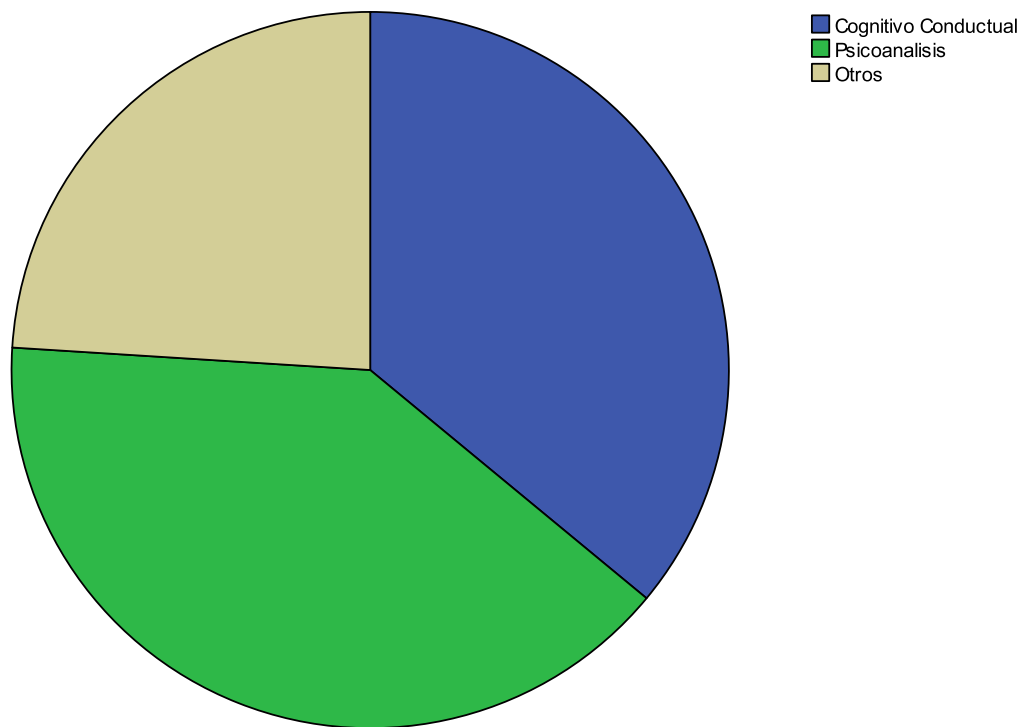
22	En mis intervenciones soy predominantemente directivo.	
23	Pienso bastante en mi trabajo, aun en mis horas libres.	
24	Evito revelar a mis pacientes mis estados emotivos	
25	Puedo planear un tratamiento en su totalidad desde que se inicia.	
26	La distancia emocional con los pacientes favorece los procesos de cambio	
27	Nunca modifíco la duración de las sesiones, a menos que sea imprescindible	
28	Si algo me irrita durante una sesión puedo expresarlo	
29	Una alta proximidad emocional con los pacientes es imprescindible para promover cambios terapéuticos.	
30	Prefiero saber de antemano a qué cosas debo prestar atención en las sesiones.	
31	Prefiero los tratamientos donde están programados todos los pasos a seguir.	
32	Me interesa trabajar con pacientes que presentan problemas focalizados.	
33	Procuro dirigir mi atención a la totalidad de lo que pasa en las sesiones	
34	Tengo en mente los problemas de los pacientes mas allá de las sesiones	
35	Soy bastante laxo con los horarios.	

36	Desde el comienzo de las sesiones me dispongo a dejar flotar mi atención	
----	--	--

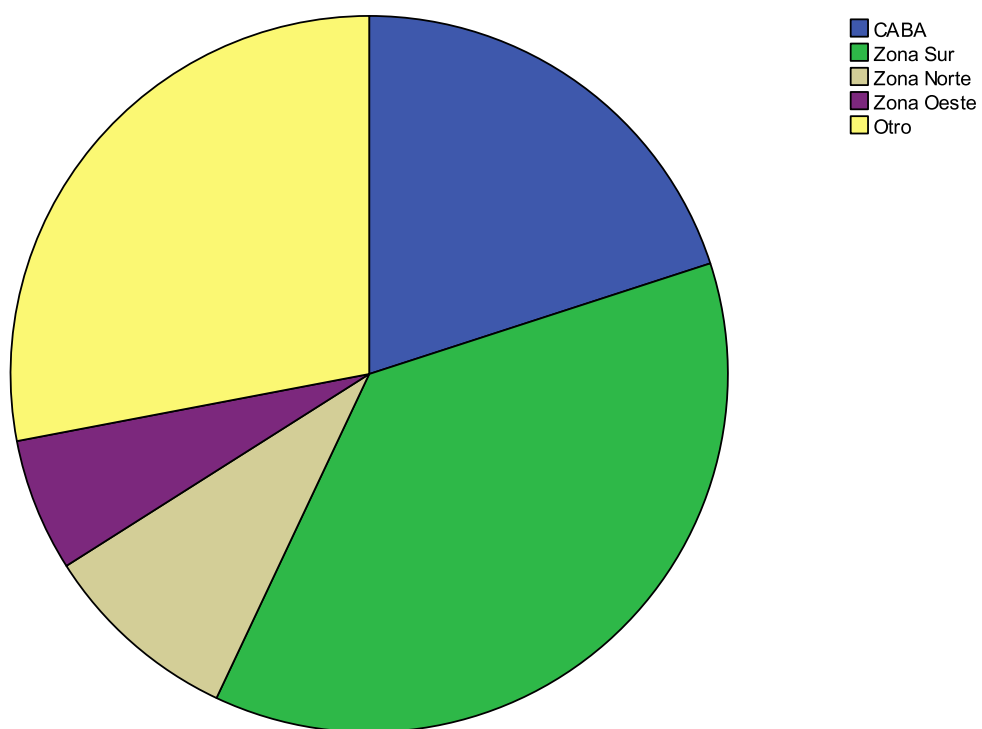
ANEXO 2: GRAFICOS



Orientacion Teorica



Lugar de Trabajo



Antigüedad

