

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO

Colegio de Artes Liberales

**Influencia de los Rasgos de Personalidad y el Estilo Personal del
Terapeuta Aprendiz sobre las Percepciones de la Alianza Terapéutica**

Carlos Alberto Hermosa Bosano

Tesis de Grado presentada como Requisito para la Obtención del Título de
Psicólogo Clínico

Quito

Diciembre 2010

Universidad San Francisco de Quito

Colegio de Artes Liberales

**Influencia de los Rasgos de Personalidad y el Estilo Personal del
Terapeuta Aprendiz sobre las Percepciones de la Alianza Terapéutica**

HOJA DE APROBACIÓN DE TESIS

Carlos Alberto Hermosa Bosano

Monserate Checa, M.A.
Miembro del Comité de Tesis

.....

Ana María Viteri, Ph.D.
Miembro del Comité de Tesis

.....

Teresa Borja Álvarez, Ph. D.
Coordinadora del Área de Psicología
Clínica y Directora de Tesis

.....

Carmen Fernández-Salvador, Ph. D.
Decana del Colegio de Artes Liberales

.....

Quito

Diciembre 2010

© Derechos de Autor

Carlos Alberto Hermosa Bosano

2010

A mis padres, hermanos y demás personas significativas que a lo largo de estos años me han permitido ampliar el lente con el que observo el mundo y creer, de forma profunda, en el crecimiento y el calor terapéutico que se genera en las relaciones humanas.

Resumen

En la actualidad, las relaciones entre la personalidad y las características del estilo de un terapeuta aprendiz no se encuentran del todo claras. Tomando en cuenta esto, el presente estudio se enfoca en la alianza terapéutica y cómo ésta es influida por los rasgos de personalidad y estilo para el establecimiento del vínculo relacional existente entre terapeuta y paciente.

Para hacerlo, se reunió una muestra de 16 terapeutas aprendices y 48 pacientes de una clínica universitaria, quienes, a través de cuestionarios, calificaron la relación terapéutica desde sus perspectivas. Los resultados mostraron que ciertos componentes del estilo personal del terapeuta aprendiz influyen sobre la alianza percibida por ambos miembros de la relación. Además, se comprobó que el estilo terapéutico está predicho por rasgos de la personalidad del terapeuta.

Estos resultados, entonces, revelan información sobre la influencia de la estructura psicológica de un terapeuta durante sus primeros años de formación clínica y la consecuente necesidad de guiar los procesos de supervisión hacia el aprovechamiento de sus fortalezas personales.

Abstract

Nowadays, the relation between a psychotherapy trainee's personality and his own style are not completely clear. Taking this into account, this study focuses on the therapeutic alliance and how it is influenced based on personality traits and a therapist's personal style.

With this then, a study was conducted in a university clinic using 16 psychotherapy trainees and 48 patients. They responded to a series of questionnaires to rate the therapeutic alliance. The results showed that certain components of the therapist's personal style are linked to the alliance reports. In the same way, it was proven that the therapist's personal style is predicted by certain personality traits.

These results then reveal information about the role of the psychological structure of a therapist during the first years of his professional formation, and consequently, the importance of guidance in the process of supervising towards the progress of his personal strengths.

Tabla de Contenidos

Resumen	v
Abstract.....	vi
Lista de Figuras	ix
Marco Teórico	1
Los Factores Inespecíficos de la Efectividad de la Psicoterapia.....	1
El interés por la relación terapeuta-paciente en la Investigación.....	2
Desarrollo del Constructo de la Alianza Terapéutica	3
La Alianza Terapéutica: ¿Consecuencia de las Características Personales del Terapeuta?	
.....	5
El Papel del Terapeuta en la Consolidación de la Alianza: Su Personalidad	6
La Personalidad del Terapeuta Aprendiz	8
El Estilo Personal del Terapeuta	11
Implicaciones para la Alianza Terapéutica: Posibles interacciones entre Personalidad y	
Estilo Personal del Terapeuta.....	14
Modelo de Entendimiento de la Personalidad: los Cinco Grandes.....	15
Hipótesis	18
Método.....	20
Sujetos.....	20
Materiales	22
Inventario de Personalidad de 16 Factores de Cattell, Versión 5 (16 PF-5).....	22
Cuestionario del Estilo Personal del Terapeuta, EPT-C	26
Inventario de Alianza Terapéutica, WAI-C (Clientes) y WAI-T (Terapeutas)	28
Procedimientos	30
Resultados.....	33
Percepción de Clientes de la Alianza Terapéutica	33
Percepción de Terapeutas de la Alianza Terapéutica.....	33
Correlación entre Alianza Terapéutica del Cliente y del Terapeuta	34
Influencia de la Personalidad sobre el Estilo Terapéutico	34
Discusión	36

Referencias Bibliográficas.....	43
Anexos.....	47

Lista de Figuras

Factores de Personalidad medidos por el 16 PF-5.....	48
Información Demográfica de Terapeutas	50
Análisis Estadísticos	58
Gráficas de Explicación.....	66

Marco Teórico

Los Factores Inespecíficos de la Efectividad de la Psicoterapia

Quizá una de las más arduas tareas de la investigación en psicoterapia es determinar su grado de eficacia (Winkler, M., Cáceres, C., Fernández, I., Sanhueza, J., 1989). La razón por la cual es tan complejo hacerlo, se debe en parte a la gran cantidad de variables que involucra la situación terapéutica (Winkler et al., 1989; Cain & Seeman, 2008). De esta manera, según sostienen Winkler et al. (1989), la investigación de la eficacia del proceso de terapia ha tenido muchas direcciones a lo largo del siglo XX, siendo en el año de 1952 que se publicó un artículo escrito por Eysenck (1952 en Winkler et al., 1989) en el cual se postulaba que, cuando se aplicaba un tratamiento, los “índices de mejoría de la terapia eran inferiores a los de la no terapia”; fue por este motivo que durante una época, la aplicación de tratamientos no era recomendada (p. 35). Es a partir de estos controvertidos resultados que los investigadores de la época, volcaron todos sus esfuerzos a la demostración del grado de eficacia de la terapia sobre la ausencia de ésta y la búsqueda de las diferencias entre los diversos enfoques psicoterapéuticos (Winkler et al., 1989).

Es tanto así que ya a partir de los años ochenta, se encontró que la presencia de un tratamiento era más efectiva que su ausencia; así mismo, se planteó que posiblemente eran los factores técnicos del enfoque teórico del que surgía el tratamiento los que influían en la eficacia del mismo (Winkler et al., 1989). Sin embargo, con el paso de los años, los resultados de las investigaciones no arrojaron datos convincentes sobre la superioridad de un determinado tipo de terapia sobre otro, por lo que se tornó necesario el re-plantear los temas de estudio; esto, ciertamente, dio paso a una nueva etapa del movimiento de investigación en psicoterapia (Winkler et al., 1989).

Poco a poco, entonces, se movió el lente de estudio hacia lo que se conocen como Factores Inespecíficos de la Psicoterapia: aquellas variables del proceso terapéutico que no involucran los aspectos técnicos de cada enfoque teórico (Winkler et al., 1989).

Fue en este sentido, que Garfield (1981 en Winkler et al., 1989), planteó que el cambio terapéutico se relacionaba con aspectos del paciente, del terapeuta y de la relación que se establece entre ambos. Con esto, entonces, inició una verdadera revolución: los factores importantes debían encontrarse en las personas que estaban inmersas en un proceso interpersonal en el cual, ni el uno, ni el otro, eran más importantes, si no su interacción (Winkler et al., 1989; Cain & Seeman, 2008).

El interés por la relación terapeuta-paciente en la Investigación

Es posible notar entonces dos movimientos importantes dentro de la investigación sobre la eficacia de las terapias; de manera particular, uno propuesto por la escuela Conductual y otra desde el modelo Rogeriano (Bustos, 2001). Es en la primera que se apunta que “el éxito de la terapia depende fundamentalmente de las técnicas empleadas, siendo la relación entre terapeuta y cliente secundaria” (Bustos, 2001, p. 1). En el modelo Rogeriano, al contrario, se considera que la relación terapéutica es el principal agente movilizador de cambios, más allá de las técnicas (Bustos, 2001). Y es que, Carl Rogers, fundador de la Terapia Centrada en el Cliente, determinó que existen tres principales características por parte del terapeuta que permitían el desarrollo de cambios profundos dirigidos hacia el crecimiento del ser (Cain & Seeman, 2008). Estas características son: autenticidad del terapeuta, aceptación incondicional positiva y la empatía (Bustos, 2001; Cain & Seeman, 2008). Son éstas, las que en conjunto con la serie de características de personalidad, actitudes, motivaciones, creencias y expectativas del terapeuta y el cliente, las que permitirían el crecimiento de los integrantes de la relación terapéutica en lo que se conoce como *Alianza Terapéutica*: aquel vínculo de trabajo y compromiso logrados entre

terapeuta y paciente para la consecución de fines particulares, que incluyen objetivos, tareas y actividades dentro de la terapia y fuera de ella (Bustos, 2001; Safran & Muran, 2005; Chapman, Talbot, Tatman & Britton, 2009).

Desarrollo del Constructo de la Alianza Terapéutica

Siendo así, la alianza terapéutica ha sido un constructo que ha ido evolucionando a lo largo de los años. De acuerdo a autores como Corbella y Botella (2003), la importancia de la relación entre el paciente y terapeuta viene desde tiempos de Freud y el psicoanálisis, surgiendo en ese entonces la necesidad de que el “analista mantuviera un interés y una actitud comprensiva hacia el paciente para permitir que la parte más saludable de éste estableciera una relación positiva con el analista” (p. 205); el análisis de esta “transferencia”, entonces se convirtió en una importante herramienta terapéutica, ya que permitía al analista determinar la existencia de posibles idealizaciones hacia el terapeuta que, teóricamente, reflejaran la actualización de conflictos internos asociados al pasado del cliente (Corbella & Botella, 2003).

Con esto, Zetlen, en el año 1956, destacó que la transferencia y la alianza no eran necesariamente lo mismo (Zetlen, 1956 en Corbella & Botella, 2003). Para este autor, la alianza consistía en aquel “aspecto no neurótico de la relación entre terapeuta y paciente que posibilita el insight y el uso de las interpretaciones del terapeuta para distinguir entre las experiencias relacionales del pasado y la relación real con el terapeuta” (Corbella & Botella, 2003, p. 206).

Estas posturas, surgidas desde la visión psicoanalítica, sin embargo, fueron dejadas de lado, ya que se consideraba que no necesariamente debía existir una influencia del pasado del cliente con la alianza con el terapeuta (Corbella & Botella, 2003). De esta manera, tras el surgimiento de autores como Harley (1985 en Corbella & Botella, 2003), se estableció la necesidad de identificar dos componentes de la relación terapeuta-paciente. La primera de

ellas, consistía en el aspecto “real” de la relación, además, del aspecto de “trabajo” (Harley, 1985 en Corbella & Botella, 2003).

En este sentido, el aspecto real de la alianza constituía el vínculo emocional existente entre un terapeuta y su paciente, caracterizado por un intenso grado de empatía. El aspecto de trabajo de la relación, en cambio, estaría caracterizado por la capacidad de ambos participantes para “trabajar conjuntamente hacia los objetivos específicos” (Harley, 1985 en Corbella & Botella, 2003, p. 206).

Ya con esto definido entonces, Horvath (1981), creador del famoso Inventario de Alianza Terapéutica (WAI), apuntó la necesidad de entender la alianza en función de ambos participantes (Horvath, 1981 en Corbella & Botella, 2003). Las percepciones de la alianza de ambos, entonces, debían estar relacionadas. Estudios, posteriormente, demostraron que su hipótesis era cierta, ya que, “la confianza de los terapeutas en sus clientes correlacionaba positivamente con las puntuaciones de las condiciones facilitadoras de alianza y éstas, a su vez, correlacionaban con la confianza del paciente en su terapeuta” (Peschken & Johnson, 1997 en Corbella & Botella, 2003).

Así mismo, se considera actualmente que la alianza terapéutica es un constructo que incluye tres variables particulares: la Tarea, el Objetivo y el „Bonding” o Vínculo (Jordan, 2003). El factor *Tarea* se encontraría relacionado con aspectos que involucran las intervenciones en sí: corresponde a la forma como el terapeuta y el paciente acuerdan llevar a cabo una terapia, en base a lo que se considera debe hacerse o no en pro del bienestar del paciente (Jordan, 2003). El factor *Objetivo*, en cambio, está relacionado con el resultado de un proceso terapéutico: incluye las metas que se trazan en la terapia y lo que se acuerda para que un paciente maximice los beneficios percibidos de un tratamiento específico (Jordan, 2003). Finalmente, el último de los factores, el *Vínculo*, está asociado a

cómo el paciente y el terapeuta se perciben el uno al otro para generar un ambiente de confianza mutua y aceptación (Jordan, 2003).

De esta forma, la alianza terapéutica se ha convertido en una de las condiciones más importantes para el desarrollo del trabajo de terapia. Tal es así, que empezó a utilizarse el constructo para la evaluación del éxito terapéutico: no necesariamente por actuar como un factor curativo, si no por ser un “ingrediente que hace posible la aceptación y el seguimiento del trabajo terapéutico” (Horvath & Luborsky, 1993 en Corbella & Botella, 2003, p. 208). Y ciertamente, cabe mencionar, sus resultados han sido sorprendentes (Hersoug, Hoglend, Monsen & Havik, 2001; Fernández-Álvarez, García, Lo Bianco, Corbella, 2003).

La Alianza Terapéutica: ¿Consecuencia de las Características Personales del Terapeuta?

Tanto es el efecto que la alianza terapéutica ha tenido, que Safran y Muran (2005) definieron a la calidad de la alianza como el “predictor más robusto en el éxito de todo tratamiento” (p. 25). De hecho, se especula que es posible atribuir entre un 30 al 45% del éxito de una terapia a la fuerza de este compromiso, sobre todo si es que la alianza se establece desde las fases iniciales de la terapia (Bustos, 2001; Hersoug et al., 2001; Fernández-Álvarez et al., 2003). Esto es importante saber, pues conduce a la idea de que es la alianza y no las técnicas las que permiten el desarrollo de cambios terapéuticos, dándole así mayor fuerza a la idea de que los factores inespecíficos de la terapia son los responsables de su éxito.

Adicionalmente, se conoce que “son los casos con resultados pobres los que muestran una mayor evidencia de procesos interpersonales negativos (interacciones hostiles y complejas entre terapeutas y pacientes)” en comparación con los casos resultados favorables (Safran & Muran, 2005; p. 25).

Sin embargo, es a partir de esto que empieza la pregunta, ¿Qué es lo que hace que se establezca la alianza?, ¿Si no existe suficiente experiencia de parte del terapeuta, qué es lo que crea un clima terapéutico favorable?.

En este sentido, Safran y Muran (2005) consideran que es obvia la existencia de terapeutas más eficaces que otros a la hora de la formación del „enganche” con el paciente. Ya desde autores como Swenson (1971 en Bustos, 2001) que se considera que es el interés profundo en las personas y el compromiso hacia el paciente lo que diferencia entre un terapeuta eficaz y uno no eficaz. Agrega Phares (1997 en Bustos, 2001), que incluso terapeutas con diversas orientaciones teóricas pueden ser similares en cuanto a su comunicación empática, haciéndolos más eficaces que otros. Esto plantea entonces la idea que son ciertas características de la forma de ser, actuar y pensar de parte del terapeuta las que podrían estar comprometidas dentro del proceso de la formación de la alianza terapéutica, y su respectivo impacto sobre la modificación de la conducta del paciente.

El Papel del Terapeuta en la Consolidación de la Alianza: Su Personalidad

Desde luego, en el proceso de la formación de la alianza se involucran factores asociados al cliente tales como el tipo de perturbación que presenta, la complejidad de sus síntomas, sus características de personalidad, su disposición personal a realizar terapia y sus expectativas respecto al tratamiento (Winkler et al., 1989). Tanto es así que la gran cantidad de información disponible al momento está enfocada en la figura del cliente: ¿Quién es esa persona que viene?, ¿Qué presenta?, ¿Qué debe cumplir en la terapia?, son unas cuantas de las preguntas que se ha intentado responder (Hersoug et al., 2001). Garfield (1997 en Fernández-Álvarez et al., 2003), a este respecto comenta que las características del terapeuta solían ser la variable más abandonada en el campo de la

investigación; no obstante, el campo está volviendo a ser abierto (Fernández-Álvarez et al., 2003). Agregan Davis y Pierce (2006 en Blow, Sprenkle & Davis, 2007) que, “apenas conocemos acerca de las variables y características que ejemplifican a un terapeuta eficaz, y conocemos menos aún sobre la forma cómo esas variables del terapeuta interactúan con el enfoque terapéutico, el cliente y sus problemas”; es por esa razón que nuevas investigaciones deben ser realizadas (p. 302).

Con todo, lo que sí se conoce por ahora es que determinadas variables sí influyen en el desarrollo de la alianza: entre ellas la Personalidad del Terapeuta. Autores como Ackerman y Hilsenroth (2001 en Chapman, Talbot, Tatman & Britton, 2009) recogieron datos de 25 estudios que identificaron características de los terapeutas asociadas a una buena alianza terapéutica, y 14 estudios que recogían las características asociadas a una pobre alianza. Concluyeron entonces que la “flexibilidad, la honestidad, el respeto, la confianza en sí mismo, el interés, la alerta, la calidez y apertura”, entre otras, son básicas para el establecimiento de una buena alianza (Ackerman & Hilsenroth, 2001 en Chapman et al., 2009, p. 578). Al contrario, la “rigidez, inseguridad, explosividad, el criticismo, la distancia, la tensión, [...]”, eran rasgos asociados a una alianza terapéutica deficiente (Ackerman & Hilsenroth, 2001, en Chapman et al., 2009, p. 578). Esto claro está, sin tomar en cuenta el grado de experiencia del terapeuta, considerado como el número de años que el terapeuta ha ejercido su práctica clínica profesional, pues es una variable asociada al tiempo, más que a la estructura psíquica del individuo y a la cual se le ha atribuido un gran papel dentro de las investigaciones sobre la alianza (Hersoug et al., 2001; Chapman et al., 2009).

En cuanto a investigaciones realizadas en el contexto latinoamericano, y de manera particular, en el ecuatoriano, sólo se ha podido constatar un estudio realizado por Flachier,

publicado en el año 2009. En éste, se utilizó la técnica de manchas de tintas de Rorschach para determinar el perfil de personalidad de 16 terapeutas ecuatorianos (Flachier, 2009). Los resultados indicaron que el promedio de los terapeutas arrojaron niveles superiores de inteligencia, tendencias para el pensamiento profundo de fenómenos, vitalidad psicológica, elevados niveles de sensibilidad, interés profundo en las relaciones humanas, entre otras (Flachier, 2009).

Estos datos, entonces, sugieren que deberían existir características importantes del terapeuta y de forma especial, de quien se inicia en la práctica de la psicoterapia, que ejercen un cierto efecto sobre un determinado paciente, sea quien fuere y sobre la alianza con éste. De éstas, posiblemente los atributos de Personalidad del terapeuta sean una de las más destacadas para el caso de los terapeutas aprendices.

La Personalidad del Terapeuta Aprendiz

Existe muy poca investigación en este campo, sin embargo, como comentaban Winkler et al., ya en el año de 1989, los autores no encontraban un consenso sobre el perfil de personalidad necesario para la práctica de la psicoterapia y que, así mismo, facilite la formación de alianza. A pesar de esto, se habían identificado numerosas características las cuales, en su ausencia, dificultarían el proceso del establecimiento de una alianza terapéutica provechosa, entre ellas, las comentadas en párrafos anteriores en el estudio llevado a cabo por Ackerman y Hilsenroth (2006).

Así mismo, se consideraba que la efectividad terapéutica estaría ligada al grado de salud mental del terapeuta, existiendo un “amplio consenso en relación a que terapeutas más sanos, con menos conflictos y escasamente patogénicos tienen mayor éxito en terapia que aquellos menos sanos, con más conflictos y más patogénicos” (Garfield & Bergin, 1971 en Winkler et al., 1989). Y es que es el estilo dañino, obstaculizador de cambio e inductor de deterioro, en el que el terapeuta estimula la agresividad por medio de la confrontación,

impaciencia y autoritarismo, el que genera daños en la relación terapéutica, generando a la larga índices altos de recaída en sus pacientes (Winkler et al., 1989).

Siendo así, entonces, se hace evidente que entender el perfil de personalidad de un terapeuta resulta importante, pero quizá resulte más interesante el preguntarse lo que sucede en el caso de terapeutas en entrenamiento ya que como es sabido, durante los primeros años de formación del terapeuta sus conocimientos teóricos están siendo forjados y su experiencia se encuentra limitada y no es sino hasta después de algunos años de práctica clínica que el psicoterapeuta eficaz adquiere competencia en el ámbito de la formación de la alianza (Crits-Christoph, Conolly, Crits-Christoph, Narducci, Schamberger & Gallop, 2006; Hilsenroth, 2006 en Chapman et al., 2009). Hersoug et al., (2001) incluso sostienen que la adquisición de habilidades pro-alianza sigue un esquema paulatino que va desde el fortalecimiento de las capacidades de relacionarse con otros, al aprendizaje de técnicas y habilidades específicas de terapia, llegando finalmente al establecimiento de una teoría personal de la mente y la psicoterapia.

Es por esa razón que en el caso de terapeutas aprendices, que se encuentran en plena fase de fortalecimiento de sus conocimientos y habilidades, que la formación de la alianza posiblemente está asociada fuertemente a características particulares de su personalidad (Chapman et al., 2009). Esta idea fue la que entonces motivó a Chapman et al., (2009) a que desarrollaran un estudio que permita identificar las características de personalidad que se asocian a mejores calificaciones en la alianza terapéutica. Para hacerlo, utilizaron una muestra de treinta y tres terapeutas aprendices, estudiantes de diversos programas de maestría y doctorado en los Estados Unidos, para que respondieran a cuestionarios de personalidad así como reportes de alianza terapéutica tanto de ellos como de sus clientes (Chapman et al., 2009). Encontraron así que, en muestras de terapeutas aprendices, la existencia de niveles promedio de neuroticismo (tendencia a experimentar afectos

negativos) así como niveles promedio de Apertura a la experiencia (interés en ideas, personas y actividades diversas) permiten obtener grados elevados de alianza tanto desde el punto de vista de los terapeutas y de los pacientes. De esta manera, se pone quizá en duda la idea de que es necesaria la completa sanidad mental del terapeuta aprendiz ya que se encontró que la existencia de niveles de neuroticismo elevados pueden dar lugar a mejores calificaciones en la alianza por parte de los pacientes mientras que se generan menores calificaciones de alianza por parte de los propios terapeutas (Chapman et al., 2009). Siendo así nace la idea de que, en el caso de los terapeutas aprendices, es necesario y hasta cierto punto deseado que posean un nivel promedio de ansiedad y de inestabilidad emocional, a fin de que sea esa variable la que facilite la formación de empatía basada en experiencias personales del terapeuta que el cliente puede reconocer como propias, convirtiendo la terapia en un acto de reconocer y crecer, como lo dijo Rogers, persona a persona (Chapman et al., 2009; Cain & Seeman, 2008).

Además, como sustentan Chapman et al., (2009) entender la influencia de la personalidad de los terapeutas aprendices en la alianza terapéutica puede tener repercusiones sobre los sistemas de enseñanza y de supervisión aplicados a las universidades y programas de maestría en psicología clínica. Un supervisor que conoce acerca de rasgos de personalidad que posee su supervisado y que se conocen tienden a producir distanciamiento con su paciente, puede direccionar su supervisión hacia el fortalecimiento y control de aquellos rasgos que pueden afectar el trabajo terapéutico (Chapman et al., 2009). Así mismo, en aquellos que poseen características que los hacen aptos para el establecimiento de alianzas sanas y correctas, se podría dirigir la enseñanza de la psicoterapia en términos de la formación y del fortalecimiento de otras habilidades del campo (Chapman et al., 2009).

El Estilo Personal del Terapeuta

Así mismo, es importante considerar que durante el entrenamiento en psicoterapia, todo aprendiz va adquiriendo lo que se conoce como el Estilo Personal, el cual constituye un constructo relativamente nuevo dentro del campo de la psicoterapia (Fernández-Álvarez, García, Lo Bianco, Corbella, 2003). Según Fernández-Álvarez et al., (2003) el estilo personal es aquel

Conjunto de características que el terapeuta aplica a cada situación psicoterapéutica. Está configurado por aquellas condiciones peculiares que dirigen al terapeuta a comportarse de una forma particular a lo largo de su trabajo profesional (p. 117).

De acuerdo a Corbella, Fernández-Álvarez, Saúl, García y Botella (2008), el estilo del terapeuta se va definiendo a lo largo de la situación terapéutica de acuerdo a la forma cómo va definiéndose la relación con el cliente y la manera cómo el terapeuta se comunica con él. Es en esta comunicación que se “combinan formas estilísticas y modalidades singulares” que van estructurando un determinado “perfil personal asociado a la peculiar forma de ser del terapeuta, más allá del enfoque de trabajo que se utilice y de los requerimientos específicos que le exija la intervención”. (Corbella et al., 2008, p. 282).

En esta dirección, según Corbella et al., (2008), la formación del estilo del terapeuta se va desarrollando por medio de tres variables importantes que corresponden a la posición socio-profesional del terapeuta, su situación vital (incluida la personalidad), y los modos dominantes de comunicación que emplea. De éstas, quizá una de las más importantes es la personalidad, ya que sintetiza la red de circunstancias vitales a las cuales un terapeuta ha sido expuesto (Corbella et al., 2008).

Adicionalmente, es el estilo personal que se manifiesta como una “variable moderadora” de los procesos así como de los resultados obtenidos a través de cada acción

realizada en la situación terapéutica; es decir, incide sobre la terapia en mayor o menor grado en virtud de las características del paciente, su patología, y el contexto de aplicación específico (Fernández-Álvarez et al., 2003; Barón & Kenny, 1986 en Castañeiras, Ledesma, García & Fernández-Álvarez, 2008, p. 6).

Siendo así, entonces, se considera que el estilo personal es una variable que incluye las siguientes características:

- A) Regula la forma en que el terapeuta desempeña sus labores, dejando su propia marca individual que lo permite identificar como individuo ejerciendo un rol.*
- B) Es estable en el tiempo y puede permanecer así por largos periodos, a pesar de que no es necesariamente estático. Pueden existir cambios como resultado del entrenamiento recibido, cambios en las condiciones de trabajo y factores asociados a la vida personal del terapeuta.*
- C) Cuando los cambios son causados por factores muy intensos, pueden causar alteraciones temporales o permanentes en el estilo personal.*
- D) Se compone de una serie de dimensiones bipolares relacionadas a las varias funciones que distinguen una acción psicoterapéutica. Entre ellas se distinguen la función Instruccional, Atencional, Expresiva, Operacional e Involucración*
(Fernández-Álvarez et al., 2003, p. 118)

Son estas dimensiones las que en la práctica se manifiestan a lo largo de la sesión de terapia de forma integrada y que en conjunto “expresan las disposiciones, los rasgos y actitudes que todo terapeuta pone en evidencia durante su ejercicio profesional” (Corbella et al., 2008, p. 284).

De esta forma, en la *función Instruccional* se revela la capacidad del terapeuta para instalarse y ajustarse en el contexto de la terapia, incluyendo su sistema de reglas y normas, así como la prescripción de las tareas que deben cumplirse en el curso de las

sesiones (Castañeiras et al., 2008; Corbella et al., 2008). Se considera que en la función Instruccional un terapeuta puede fluctuar entre la rigidez y la flexibilidad (Castañeiras et al., 2008; Corbella et al., 2008).

En la *función Atencional* se toma en cuenta la actitud del terapeuta para obtener la información necesaria para operar terapéuticamente; es decir, el grado en que el terapeuta se muestra receptivo o no a lo manifestado por un paciente (Castañeiras et al., 2008; Corbella et al., 2008). Así, un terapeuta puede ubicarse entre el polo de apertura (receptividad), o en el polo de la focalización de la atención (Castañeiras et al., 2008; Corbella et al., 2008).

En el campo de la *función Expresiva*, un terapeuta puede mantenerse en un nivel de distanciamiento o en su defecto, en una posición de proximidad emocional con su paciente (Castañeiras et al., 2008; Corbella et al., 2008). Esta función, entonces, se refiere a las acciones del terapeuta para facilitar una comunicación emocional permanente con su paciente o, al contrario, regular sus propios estados emocionales y los del otro (Castañeiras et al., 2008; Corbella et al., 2008).

Para la *función Operacional*, se considera el que un terapeuta sea capaz de ejecutar apropiadamente las intervenciones terapéuticas específicas a través de técnicas (Castañeiras et al., 2008; Corbella et al., 2008). Siendo así, un terapeuta puede moverse entre un continuo que va desde un grado de mayor directividad o una preferencia por procedimientos pausados y espontáneos (Castañeiras et al., 2008; Corbella et al., 2008).

Finalmente, existe una quinta dimensión denominada *Involucración*. Esta función marca el grado en que el terapeuta está dispuesto a fomentar un compromiso con sus pacientes y permitir que éstos se vuelvan parte de su propia experiencia vital (Castañeiras et al., 2008; Corbella et al., 2008). Este compromiso, entonces, puede moverse entre uno de mayor o menor grado (Castañeiras et al., 2008; Corbella et al., 2008).

De esta manera, a partir de estas funciones, es posible identificar dos dimensiones globales que podrían resumirse como una Técnica, que hace referencia a los mecanismos atencionales de búsqueda y selección de la información y operaciones terapéuticas; y una de Interacción, asociada a los aspectos motivacionales, regulación emocional y el ajuste del grado de involucración en la relación con el paciente y la terapia (Castañeiras et al., 2008).

Con esto, entonces, se pone de manifiesto la siguiente pregunta: Si un terapeuta aprendiz presenta determinadas características de personalidad, y va desarrollando a lo largo de su entrenamiento un estilo personal de llevar a cabo su terapia, ¿Qué sucede con la alianza terapéutica?, ¿Existe un perfil de personalidad y de estilo más “exitoso”? Esta es la principal pregunta que intenta responder la presente investigación.

Implicaciones para la Alianza Terapéutica: Posibles interacciones entre Personalidad y Estilo Personal del Terapeuta

Hasta el momento, no existen investigaciones que intenten responder la pregunta sobre la acción conjunta de la personalidad y el estilo personal del terapeuta sobre la alianza terapéutica. La razón para esto es que el constructo del estilo personal no ha sido utilizado ampliamente en la investigación en psicoterapia y sus aplicaciones recién empiezan a ser vistas (Castañeiras, García, LoBianco & Fernández-Álvarez, 2006). En este sentido, se han realizado investigaciones que intenten asociar el estilo personal del terapeuta con determinadas variables y muestras específicas (Ríal, Castañeiras, García, Gómez & Fernández-Álvarez, 2006). Ejemplos de estas investigaciones incluyen los estudios realizados por Ríal et al. (2006) con una muestra de pacientes severamente perturbados. En ella, se encontró que los terapeutas valoraron un grado de “involucración bajo, una mayor distancia emocional y una mayor estructuración en los aspectos operativos de la psicoterapia” a la hora de trabajar con una muestra clínica tan dificultosa como lo es la de pacientes psiquiátricos graves (Ríal et al., 2006, p. 7). Estos resultados dan a pensar sobre

las consecuencias de este tipo de estilos con la alianza terapéutica y se insiste en la necesidad de profundizar en este tipo de investigaciones (Ríal et al., 2006). Así mismo, en el año 2008 se publicó un estudio desarrollado por Corbella et al., (2008), en el cual se intentó estudiar las relaciones entre el estilo personal y la dirección de intereses de terapeutas en formación, encontrándose así que existe una tendencia moderada a que los terapeutas descritos como receptivos y espontáneos tengan intereses dirigidos hacia las ideas, la imaginación, la filosofía y las emociones (Corbella et al., 2008). Es así entonces que se desprende la idea de que la personalidad influye en los modos en como el terapeuta se comunica y va edificando la “estructura” del estilo personal de cada terapeuta (Corbella et al., 2008).

Con esto, entonces, se postula la necesidad de ir desarrollando un estudio que permita entender las relaciones conjuntas entre la personalidad y el estilo del terapeuta sobre la alianza terapéutica. Entender esto, principalmente en una muestra de terapeutas en entrenamiento, permite aislar, de cierta forma, la influencia de la experiencia sobre la construcción de estilos terapéuticos. Es por esa razón que se considera necesario desarrollar un estudio que tome en cuenta la participación de sujetos que tengan experiencia limitada en el ámbito de la psicoterapia y así mismo que estén empezando a construir sus estilos terapéuticos personales, permitiendo que sean así ambas variables y no la experiencia, la que medien en el impacto de las capacidades para la formación de alianzas terapéuticas.

Modelo de Entendimiento de la Personalidad: los Cinco Grandes

No obstante, es importante tener claro que el estudio de la personalidad debe partir desde un determinado modelo teórico. En este sentido, Chapman et al., (2009) sugieren que el modelo de organización de rasgos de personalidad basado en la teoría de los Cinco Grandes es un modelo prominente de entendimiento de la personalidad de un terapeuta, y

sus asociaciones a la alianza. El Big Five, en su nombre original en inglés, es un sistema taxonómico propuesto originalmente por Allport y Odbert (1936 en Russell & Karol, 2005), derivado a partir del análisis factorial de pruebas de personalidad que describían a los individuos en base a adjetivos usados de forma coloquial (McCrae & Costa, 1997; Goldberg, 1990 en Chapman et al., 2009). En este sentido, se considera que la personalidad puede ser comprendida en base a cinco factores globales:

- *Neuroticismo*.- Grado de vivencia de afectos negativos como depresión, ansiedad, ira, e inestabilidad emocional (Russell & Karol, 2005).
- *Extraversión*.- Incluye el sentido de gregarismo, sociabilidad, energía y actividad; Afectos positivos como excitación y alegría (Russell & Karol, 2005).
- *Apertura a la experiencia*.- Describe el interés en las experiencias nuevas, las ideas, la gente y las actividades (Russell & Karol, 2005).
- *Amabilidad*.- Plantea el grado de calidez interpersonal, la confianza en otros, el altruismo y la amigabilidad (Russell & Karol, 2005).
- *Responsabilidad*.- Implica la autodisciplina, la organización, el sentido del deber, la necesidad del éxito y la competencia (Russell & Karol, 2005).

De esta manera, se considera que el modelo de los cinco grandes permite la obtención de perfiles coherentes que organicen la investigación en psicoterapia, facilitando el foco de atención a las dimensiones básicas de la personalidad humana (Chapman et al., 2009). Es por esta razón que el presente estudio intenta basarse en un modelo similar que ha sido catalogado como uno de los derivados de los cinco grandes: el de Raymond Cattell (Russell & Karol, 2005). Cattell, basado en la investigación previa realizada por Allport y Odbert, identificó la existencia de dieciséis rasgos de conducta a partir del análisis factorial del conjunto de descriptores de la personalidad total (1936 en Russell & Karol, 2005). Así, se dio lugar a la agrupación de aquellas dimensiones primarias en un conjunto de escalas

llamadas factores o dimensiones globales (Russell & Karol, 2005). Estas cinco dimensiones corresponden a la Extraversión, Ansiedad, Dureza, Independencia y Autocontrol (Russell & Karol, 2005) (Véase *Materiales* para mayor información).

De acuerdo a los investigadores, los contenidos de cada una de estas dimensiones se correlacionan fuertemente con las dimensiones aplicadas en el modelo de cinco grandes (Russell & Karol, 2005). Siendo así, entonces, se considera que la aplicación de este modelo, recogido en el Cuestionario de Personalidad de 16 Factores, 16PF (versión 5), es capaz de arrojar datos similares a los arrojados por el Inventario de personalidad Big Five (NEO PI-R).

Hipótesis

Es de esta forma que se propone realizar un estudio en el cual se intente identificar las relaciones de la Personalidad y el Estilo Personal del Terapeuta sobre las percepciones de la Alianza Terapéutica. Para hacerlo, se tomarán en cuenta las calificaciones de un grupo de terapeutas aprendices, estudiantes del último año de Psicología Clínica de una Universidad privada. Las mediciones estarán basadas en las calificaciones del Cuestionario de Personalidad 16 PF-5, así como el Cuestionario del Estilo Personal del Terapeuta, desarrollado por Fernández-Álvarez y García (1998). Para medir la alianza terapéutica, se hará uso del llamado Inventario de Alianza Terapéutica, en sus formas para el cliente y terapeuta con el fin de determinar si es que existen diferencias entre las percepciones de la alianza (Horvath, 1981). De esta manera, se esperaría que los resultados encontrados tengan fuertes direcciones relacionadas a las encontradas por Chapman et al., en su estudio publicado en el año 2009. Siendo así se considera que para las características de personalidad, la existencia de niveles promedio de ansiedad sean señales de fuertes alianzas tanto de parte de los terapeutas como de los clientes. En cuanto a la extraversión y al autocontrol, se esperaría que niveles altos de estos rasgos se asocien a reportes altos de alianza en terapeutas y clientes; mientras que para elevaciones en rasgos como dureza e independencia, las percepciones de alianza sean menores para ambos grupos.

En términos del estilo terapéutico, a pesar de no tener claras señas del perfil adecuado para niveles elevados de alianza terapéutica, se esperaría que un estilo atencional, que demuestre apertura, provoque mayores niveles de alianza tanto en terapeutas como en clientes. Así mismo, se esperaría que un estilo espontáneo, con elevados grados de involucración, proximidad emocional y flexibilidad por parte de los terapeutas aprendices, generaren mayores índices de alianza terapéutica en ambas muestras.

Finalmente, como propósito último del trabajo investigativo se espera determinar la correlación existente entre la alianza terapéutica del cliente y del terapeuta para determinar la fuerza de la relación entre ambas variables.

Método

Sujetos

Para la realización del estudio, se utilizó una muestra de 16 terapeutas aprendices (14 mujeres, 2 hombres) inscritos en la carrera de Psicología Clínica impartida en la Universidad San Francisco de Quito. La edad media de los terapeutas fue de 26,0 años (D.E.: 4,63).

Cabe especificar que en la institución educativa, la carrera de Psicología comprende de cuatro años de formación previa en bases generales y un último año dedicado a la profundización de diversos enfoques psicoterapéuticos que comprenden la psicoterapia psicodinámica, humanista/existencial, cognitivo/conductual y familiar sistémica. Durante este último año, los estudiantes van aprendiendo sobre distintas visiones y técnicas originarias de cada enfoque psicoterapéutico a la par de la experiencia práctica in vivo con pacientes originarios de la comunidad universitaria y de las zonas aledañas a la Universidad. Es en esta muestra que se utilizaron terapeutas que se encontraban finalizando su último año.

Igualmente, es importante mencionar que de los 16 terapeutas, 6,25% identificaron su labor terapéutica con el enfoque Psicoanalítico (Psicodinámico), 18,75% con el enfoque Humanista/Existencial, otro 18,75% con el enfoque Cognitivo/Conductual y el 43,75% con el Familiar Sistémico. El resto de terapeutas (12,5%) se identificó con otras corrientes impartidas fuera del sistema de educación de la universidad (Ej. Enfoque Transpersonal).

En cuanto a sus rasgos de personalidad se encontró que como grupo, los terapeutas tuvieron niveles promedio de Extraversión ($X = 4,81$; D.E. = 2,05), Ansiedad ($X = 6,12$; D.E.: 2,98), Dureza ($X = 4,06$; D.E.: 2,21), Independencia ($X = 4,68$; D.E: 1,74) y Autocontrol ($X = 5,62$; D.E.: 2,22).

Adicionalmente, para la realización de las encuestas de la alianza terapéutica, se utilizó una muestra de 48 pacientes cuya edad promedio fue de 25,7 años (D. E.: 8,42). El promedio de sesiones por paciente fue de 6,71 sesiones (D.E.: 3,90). De éstos, 47 pacientes fueron atendidos durante el año académico 2009-2010.

Es importante señalar, además, que el tiempo promedio que pasó entre el haber terminado la terapia y el haber calificado la alianza terapéutica de su terapeuta fue de aproximadamente 8,9 meses (D.E.: 2,06). Esto es importante ya que se considera que el tiempo que pasó entre el haber terminado la terapia y la calificación de los cuestionarios, pudo distorsionar tanto las percepciones de la alianza tanto en los clientes, como en los terapeutas. Sin embargo, no se pudo controlar este efecto debido a que el presente estudio fue desarrollado una vez que los terapeutas terminaron un promedio de 120 horas de práctica en psicoterapia.

Igualmente, es necesario especificar que para la investigación no se tomó en cuenta variables del tipo nivel socioeconómico, educativo ni diagnóstico clínico con el que paciente ingresaba al servicio de atención psicológica de la Universidad.

Materiales

Inventario de Personalidad de 16 Factores de Cattell, Versión 5 (16 PF-5)

El 16 PF-5 o, Inventario de Personalidad de los 16 Factores de Cattell, es un cuestionario que consta de 185 preguntas, cuyo objetivo principal es “identificar los principales componentes de la personalidad mediante el análisis factorial de los adjetivos que describen conductas humanas” (Russell & Karol, 2005, p. 11). De esta manera, el método propuesto por Cattell corresponde a uno de los más acertados en el área de evaluación de personalidad puesto que permite reunir numerosas variables y reducirlas a conjuntos menores que expliquen un constructo multifactorial de tanta complejidad (Russell & Karol, 2005).

Siendo así, el cuestionario identifica rasgos de personalidad separándolos en diversas categorías conocidas como Rasgos Primarios, los cuales se han identificado de acuerdo a las letras del alfabeto y su objetivo corresponde a explicar la “variabilidad de los descriptores implicados en el citado léxico” (Russell & Karol, 2005). De esta manera, la evaluación distingue hasta 16 factores entre los que se encuentran la afabilidad, la estabilidad, la dominancia, la atención a normas, entre otras (Russell & Karol, 2005) (Véase Sección *Anexos*).

Son estos rasgos los que podrían, a su vez, ser descritos como rasgos bipolares, ya que calificaciones positivas (valores altos, entre 8 y 10), describen determinadas formas de ser de un individuo y calificaciones negativas (valores bajos entre 0 y 3), describen sus opuestos (Russell & Karol, 2005). Cabe comentar que estas denominaciones, positivo o negativo, en ningún momento aluden a características socialmente deseables; simplemente ubican al evaluado en uno de los dos polos del rasgo de personalidad.

Igualmente, es importante mencionar que a partir de las 16 escalas primarias, se podrían recoger el conjunto de factores en cinco dimensiones globales, las cuales, como se mencionó, están relacionadas con el modelo de cinco grandes. Estas dimensiones son la Extraversión (Ext), la Ansiedad (Ans), la Dureza (Dur), la Independencia (Ind) y el Autocontrol (AuC) (Russell & Karol, 2005) (Véase Sección *Anexos*).

Siendo así, de acuerdo a Karson, Karson & O'Dell (2003), puntuaciones positivas del factor *Extraversión (Ext)* corresponden a la descripción de una persona extravertida y socialmente participante, mientras que en el polo negativo, se describe a una persona introvertida e inhibida socialmente.

En cuanto al factor de *Ansiedad (Ans)*, el polo alto califica a una persona como ansiosa e intranquila y su polo bajo a una persona poco ansiosa e imperturbable (Karson, Karson & O'Dell, 2003).

En la escala de *Dureza (Dur)*, se hacen frente las características de una persona con mentalidad dura, resolutiva e insensible (polo positivo) y las de una persona con mentalidad abierta, receptiva e intuitiva (polo negativo) (Karson, Karson & O'Dell, 2003).

En *Independencia (Ind)*, se considera que puntuaciones positivas denotan a una persona independiente, persuasivo y voluntarioso, en oposición a una persona acomodaticia, conformista y desinteresada (Karson, Karson & O'Dell, 2003).

Finalmente, para la dimensión de *Autocontrol (AuC)*, puntuaciones elevadas revelan el perfil de inhibición de impulsos y autocontrol de un sujeto, mientras que puntuaciones menores indican el descontrol y la necesidad de obedecer a los impulsos (Karson, Karson & O'Dell, 2003).

Con esto, las 185 preguntas de las que está compuesto el test proporcionan la información necesaria para la realización de una descripción completa de la personalidad del evaluado en estas cinco escalas, a más de la identificación del funcionamiento

intelectual del individuo, en una sub escala particular, denominada Razonamiento (B) (Karson, Karson & O'Dell, 2003).

Ahora bien, para motivos de calificación, el test cuenta con una estructura de tipo Likert en la que existen tres opciones de respuesta: A, B y C. A éstas, se le asignan valores que van desde 1 punto para la opción A, 2 puntos para la B, y 3 puntos para la opción C. Las respuestas ausentes se valoran con un puntaje de 0 (Russell & Karol, 2005). Estas calificaciones se corrigen en un programa desarrollado por TEA Ediciones, el cual arroja un perfil numérico con los puntajes para cada escala mediante la conversión de puntuaciones brutas, obtenidas en base a la sumatoria de los diversos reactivos componentes de cada rasgo primario, en un sistema de decatipos, que permiten ubicar al individuo, en escalas que van desde 1 hasta 10 puntos. Estos decatipos se encuentran estadísticamente validados en investigaciones de muestras de grandes proporciones (Russell & Karol, 2005).

Es así entonces, que el 16 PF-5 cuenta en la actualidad con un sistema de baremos que permiten ubicar las características del sujeto en un formato de comparación con los resultados de la población general a la cual se le ha aplicado el test, o bien, en base a un sistema de diferenciación por sexo (Russell & Karol, 2005).

En cuanto a las aplicaciones del test, se estima que el 16 PF-5 es un excelente instrumento para el ámbito laboral, educativo y clínico (Karson, Karson & O'Dell, 2003; Russell & Karol, 2005). De esta forma, en el área clínica, el test puede jugar un papel importante en el diagnóstico de diversos trastornos del comportamiento humano y la estimación de cambios conseguidos a través de alguna terapia de modificación (Russell & Karol, 2005). Adicionalmente, se considera que el test ofrece ventajas a nivel experimental permitiendo definir rasgos de personalidad en múltiples variables y dimensiones controladas asociadas estadísticamente con otros tests de enorme valor clínico como lo son

el NEO-PI-R (Inventario de Personalidad NEO), el CPI (Inventario Psicológico de California) y el MBTI (Inventario Tipológico de Myers-Briggs) (Russell & Karol, 2005).

Finalmente, es importante comentar que el 16 PF-5 se encuentra estandarizado en muestras de habla española, demostrando altos índices de consistencia interna (Cronbach $\alpha \approx .76$) y validez, haciendo de esta herramienta la ideal para los motivos de la investigación.

Cuestionario del Estilo Personal del Terapeuta, EPT-C

El Cuestionario del Estilo Personal del Terapeuta, o EPT-C por sus siglas, es un instrumento desarrollado por Fernández-Álvarez & García en el año de 1998. Intenta medir el constructo del Estilo Personal, el cual, se refiere a “aquellas condiciones peculiares que dirigen al terapeuta a comportarse de una forma particular a lo largo de su trabajo profesional” (Fernández-Álvarez et al., 2003, p. 117). Es en esto donde entran en consideración sus disposiciones, rasgos y actitudes (Castañeiras et al., 2008). Siendo así, el EPT-C es una herramienta que permite, a través de sus preguntas, identificar las características del terapeuta en dos dimensiones globales: la primera de ellas, la Técnica y la otra, conocida como de Interacción (Fernández-Álvarez et al., 2003).

Siendo así, el cuestionario permite dividir el estilo en cinco funciones que se considera constituyen las dimensiones técnica y de interacción (Fernández-Álvarez et al., 2003). Las funciones, o factores, incluyen la función *Instruccional*, *Expresiva*, *Atencional*, *Operativa* e *Involucración*, comentadas en párrafos anteriores (Fernández-Álvarez et al., 2003).

Con esto, entonces, se considera que el Cuestionario del Estilo Terapéutico es un instrumento que permite identificar la forma cómo el terapeuta se desenvuelve en el marco terapéutico determinando la posición del mismo, en un sistema de continuos bipolares de las cuales está formado cada factor. El terapeuta, entonces, al recibir el cuestionario se dispone a evaluar su propio comportamiento asignando valores a los ítems mediante un sistema de calificación que va desde 1, que representa total desacuerdo y 7, que representa total acuerdo. Para motivos de calificación, sólo es necesario realizar la sumatoria entre los ítems que comprenden cada una de las funciones (Castañeiras et al., 2008)

Cabe mencionar, además, que el cuestionario actualmente existe en dos versiones: una larga y una abreviada. Los 36 ítems, o 21, dependiendo de la versión aplicada, se dividen entre las cinco funciones. Para la presente investigación se hizo uso de la versión abreviada

y la distribución de los ítems corresponde a 3 ítems para la función Instruccional, 5 para la función Expresiva, 4 para la función de Involucración, 4 para la función Atencional, y 5 para la Operativa (Castañeiras et al., 2008).

Los niveles de consistencia interna son elevados en ambas versiones por lo que se afirma que el cuestionario tiene características psicométricas satisfactorias y en comparación con la versión original, la versión abreviada posee una alta sensibilidad para detectar diferencias entre una y otra función (α Instruccional = 0,60; α Expresivo = 0,70; α Involucración = 0,72; α Atencional = 0,71; α Operativo = 0,75) (Castañeiras et al., 2008). Adicionalmente, se considera que el cuestionario tiene una adecuada estabilidad al cabo de 4 meses (Corbella et al., 2008).

Estudios posteriores confirman, además, que la estructura del cuestionario indicó una “adecuada validez teórica de las dimensiones propuestas por los autores” por lo que su utilización para la medición del constructo es apropiada (Fernández-Álvarez et al., 2003 en Corbella et al., 2008, p. 285).

Inventario de Alianza Terapéutica, WAI-C (Clientes) y WAI-T (Terapeutas)

El Inventario de Alianza Terapéutica (o WAI, por sus siglas en inglés), en sus versiones tanto para el Cliente y el Terapeuta, es un cuestionario desarrollado por Horvath & Greenberg en el año 1989 (Jordan, 2003). Reconocido mundialmente como una de las herramientas para medición de la efectividad en psicoterapia, el WAI es un instrumento que intenta identificar la forma cómo se perciben los involucrados en el marco de la situación psicoterapéutica (Jordan, 2003). Su característica principal es que es un cuestionario auto-administrado que es capaz de arrojar una puntuación general que define la calidad y la fuerza de la alianza terapéutica (Jordan, 2003). No obstante, esa puntuación puede dividirse en las tres variables componentes: Tarea, Objetivo y Vínculo.

La variable *Tarea*, como se mencionó en páginas anteriores, está relacionada con el comportamiento dentro de la sesión de terapia, la cual considera el grado de acuerdo establecido sobre las intervenciones que deben realizarse en función del bienestar del paciente (Jordan, 2003).

La variable *Objetivo*, por otro lado, mide el grado en que el terapeuta y el cliente establecen acuerdos para determinar el resultado esperado del proceso terapéutico (Jordan, 2003).

En cuanto a la variable *Vínculo*, está relacionada con el grado en que existe una percepción de aceptación, armonía y confianza entre terapeuta y paciente (Jordan, 2003).

La forma de medición de estas escalas componentes es mediante un sistema Likert de 5 puntos que establecen el grado de acuerdo – desacuerdo a los ítems que componen el test. Siendo así, los puntos que conforman la escala son los siguientes:

1	2	3	4	5
Nunca	Rara vez	A veces	Casi Siempre	Siempre

Siendo así, estas variables, pueden ser calificadas por separado, y luego sumadas para otorgar un valor general que se conoce como Alianza Global. El puntaje máximo de esta forma se encuentra entre los 180 puntos como valor máximo y 36 como valor mínimo para ambas versiones. Para la presente investigación sólo se hizo utilización de los valores de alianza global.

En cuanto al sistema de calificación se enfatiza la necesidad de realizar reversiones a ciertos ítems. Estos son los ítems 1, 3, 7, 9, 10, 11, 12, 15, 20, 27, 29, 31, 33, y 34 (<http://www.educ.sfu.ca/alliance/allianceA/waidoc/waikey/waiKl.pdf>).

Adicionalmente, es importante mencionar que el WAI ha sido sometido a diversas pruebas para comprobar su validez y confiabilidad (Jordan, 2003). En general, se considera que el WAI tiene correlaciones significativas entre sus puntajes y el resultado de la terapia (Horvath & Greenberg, 1986 en Jordan, 2003). Así mismo, se considera que la consistencia interna del test es elevada, otorgando valores Cronbach Alpha entre 0,85 y 0,88 hasta 0,98 (Horvarth & Greenberg, 1986 en Jordan, 2003; Tyron & Kane, 1993 en Jordan, 2003).

Procedimientos

Para el presente estudio, se utilizaron como variables las dimensiones globales de personalidad, medidas a través del Cuestionario 16PF-5. Además, se utilizaron como variables las funciones del Estilo Personal, medidas a través del Cuestionario EPT-C. Éstas se emplearon para desarrollar modelos predictivos que permitan identificar su influencia sobre las percepciones de Alianza Terapéutica tanto del Cliente como del Terapeuta, arrojadas por las versiones del WAI (C y T).

Fue con esto definido que se estableció como criterio que los terapeutas en entrenamiento sean estudiantes del programa de Psicología Clínica. Para asegurar que tuvieran un Estilo Personal en proceso de consolidación, se estableció la necesidad de que todos los estudiantes hayan cursado todas las materias ofrecidas por la Universidad en el ámbito de la Psicoterapia. De esta forma, todos los estudiantes, al momento de contestar los cuestionarios de Estilo Terapéutico ya habían recibido las horas de teoría y completado un mínimo de 120 horas prácticas en psicoterapia, en sus diferentes variantes (Psicodinámica, Humanista, Cognitiva y Sistémica).

Además, se consideró que para poder contestar a los cuestionarios de Alianza Terapéutica, el cliente haya asistido como mínimo entre 3 y 4 sesiones de terapia con el fin de que haya habido un tiempo apropiado de interacción entre cliente y terapeuta.

Fue así, como se procedió a la recolección de los datos de Personalidad. Se elaboró una versión electrónica del cuestionario de Personalidad de 16 Factores, a la cual, los terapeutas aprendices debían responder y devolver mediante correo electrónico para su respectiva corrección y calificación. Las respuestas serían entonces ingresadas en un sistema de calificación virtual diseñado por TEA ediciones. Este programa, devolvía un perfil electrónico que señalaba las puntuaciones para cada escala componente del Cuestionario de Personalidad en base a un sistema de baremos estandarizado de acuerdo al

sexo del terapeuta. Cabe mencionar, además, que el perfil electrónico señalaba el grado de sinceridad con el que los terapeutas contestaban el cuestionario a través de las escalas de Estilo de Respuesta. Estas escalas corresponden a las mediciones de Manipulación de Imagen (MI), Infrecuencia (IN) y Aquiescencia (AQ) del Cuestionario. De éstas, la más importante para el estudio constituyó la escala de IN, ya que es a través de ella que se revela la existencia de oposicionismo a contestar el cuestionario. Los promedios de esta escala revelaron que los niveles de Infrecuencia fueron aceptables en comparación a las muestras poblacionales que establecen que un rango mayor a 8 exige la nueva toma del cuestionario ($X = 6,06$).

Siendo así, los terapeutas, a su vez, tomaron el cuestionario del Estilo Terapéutico Personal, EPT-C. Las respuestas a cada uno de los 21 ítems componentes, eran ingresadas a una base de datos, que arrojaba puntuaciones en base a las funciones de las cuales está compuesto el cuestionario (Atencional, Operativo, Instruccional, Expresivo y de Involucración).

Con estos datos, entonces, se procedió a la segunda fase del estudio: recolección de los reportes de alianza terapéutica por parte de los pacientes. Para hacerlo, se realizó una encuesta online con las preguntas del WAI-C, a través del portal electrónico www.surveymonkey.com. Este portal permite construir cuestionarios y reunir las respuestas de los participantes en formatos que facilitan la calificación de los cuestionarios. Con esto, se procedió a la selección de pacientes en base al número de sesiones que los terapeutas habían reportado tener. De esta forma, se envió a los pacientes con más de 3 sesiones a contestar el cuestionario online. Los datos recogidos, entonces, se trasladaron a la base de datos para obtener su respectiva puntuación.

Finalmente, con la información de la alianza terapéutica de los pacientes, se procedió a la fase final del estudio: la recolección de reportes de alianzas terapéuticas de los

terapeutas. Nuevamente, se hizo uso del portal www.surveymonkey.com, para la construcción del WAI, en su versión para el terapeuta. Fue en base a la información de los pacientes que contestaron el WAI-C, que se solicitó a los terapeutas contestar los respectivos reportes de alianza.

Con estos datos, entonces, se procedió a la realización de los respectivos análisis estadísticos.

Resultados

Percepción de Clientes de la Alianza Terapéutica

Se procedió a la realización de Análisis de Regresión Stepwise para determinar la predictibilidad de las variables „Alianza Terapéutica Cliente“ (WAI-C) y „Alianza Terapéutica Terapeuta“ (WAI-T) en base a las 5 dimensiones globales del 16 PF-5 (Extraversión, Ansiedad, Dureza, Independencia, y Autocontrol) y las 5 funciones arrojadas por el EPT-C (Atencional, Operativo, Involucración, Expresivo e Instruccional).

Los resultados indicaron que las funciones Atencional ($T = 2,26$; $p < 0,05$) e Instruccional ($T = 2,28$; $p < 0,05$) del Estilo Personal predicen la alianza reportada por el cliente. La dirección de la relación fue de carácter positivo para ambas funciones ($RA_{\text{atencional}} = 1,80$; $RI_{\text{instruccional}} = 3,2$) lo que indicó que los clientes tienden a calificar alianzas más elevadas cuando los terapeutas reportaron tener una escucha más abierta y receptiva, atención dirigida a la totalidad de lo que ocurre en la sesión y comodidad con el material que surge durante la sesión (Función Atencional). De igual forma, los clientes califican mejor las alianzas con los terapeutas que reportaron ser más estrictos en cuanto a la duración de sesiones, honorarios y que son menos flexibles con la duración de la sesión de terapia (Función Instruccional).

Percepción de Terapeutas de la Alianza Terapéutica

Igualmente, para determinar si las percepciones de la alianza terapéutica, por parte del terapeuta, podrían ser predichas en base a la personalidad y al estilo terapéutico, se procedió nuevamente a un análisis de Regresión Stepwise. Los resultados indicaron que la Función Operativa ($T = -2,05$; $p < 0,05$) e Instruccional ($T = 2,86$, $p < 0,05$) del Estilo Personal predicen en conjunto la forma cómo el terapeuta evalúa la relación con su cliente.

La relación para la función Operativa fue de carácter negativo ($R_{\text{Operativo}} = -1,15$). Esto significa que los terapeutas que reportaron ser más espontáneos, menos directivos, y menos regidos por un conjunto de intervenciones esquematizadas, tendieron a reportar índices de alianza más elevados.

En cuanto a la función Instruccional, la relación fue positiva ($R_{\text{Instruccional}} = 3,9$). Estos terapeutas, entonces, suelen ser más estrictos en cuanto a la duración de sesiones, honorarios y son menos flexibles con la duración de la sesión de terapia.

Correlación entre Alianza Terapéutica del Cliente y del Terapeuta

Posteriormente, se procedió a la realización de una Correlación Pearson para determinar el grado de relación que existe entre las percepciones de alianza terapéutica tanto de los clientes como de los terapeutas. Los resultados indicaron que existe una fuerte relación entre ambas variables ($R = 0,417$; $p < 0,05$). Esta relación, además, es de carácter positivo lo que indica que mientras más elevadas son las puntuaciones de los clientes de la alianza terapéutica, más elevadas tienden a ser las puntuaciones de los terapeutas.

Influencia de la Personalidad sobre el Estilo Terapéutico

En vista de que el estilo terapéutico, y no la personalidad, predijo los niveles de alianza terapéutica, se decidió realizar un Análisis de Regresión Stepwise para determinar si es que la personalidad tendría alguna influencia sobre las funciones del estilo terapéutico. De esta forma, se usaron como variables predictoras los 5 factores del 16 PF-5 y como variables dependientes las funciones que anteriormente se encontró predicen la alianza terapéutica: éstas fueron las funciones Atencional, Operativa e Instruccional.

Se obtuvo que los terapeutas que reportaron tener una escucha activa y receptiva, atención a lo general y comodidad con la novedad en el discurso del paciente (Función Atencional) tienden a ser, en promedio, más ansiosos, reactivos, vigilantes, aprensivos e

impacientes ($T_{\text{Ansiedad}} = 0,53$; $p < 0,05$) y a su vez, más desinhibidos, inconformistas, abstractos, y tolerantes con el desorden ($T_{\text{Autocontrol}} = -3,57$; $p < 0,05$).

Los terapeutas que reportaron ser espontáneos, menos directivos, y menos regidos por intervenciones esquematizadas (Función Operativa), son más introvertidos, reservados, serios, tímidos y autosuficientes ($T_{\text{Extraversión}} = -3,09$; $p < 0,05$); más ansiosos, reactivos, vigilantes, aprensivos e impacientes ($T_{\text{Ansiedad}} = 3,59$; $p < 0,05$) e igualmente más abiertos al cambio, vigilantes, atrevidos, y dominantes ($T_{\text{Independencia}} = 2,31$; $p < 0,05$). Finalmente, los terapeutas que tienden a ser introvertidos, reservados, serios, tímidos y autosuficientes ($T_{\text{Extraversión}} = -2,64$; $p < 0,05$), y a su vez, atentos a normas, prácticos y perfeccionistas ($T_{\text{Autocontrol}} = 2,80$; $p < 0,05$) suelen reportar ser más estrictos en cuanto a la duración de sesiones, honorarios y son menos flexibles con los horarios (Función Instruccional).

Discusión

Es importante estudiar la relación conjunta de la personalidad y el estilo terapéutico de un terapeuta aprendiz porque es a través del entendimiento de estos factores que se pueden generar modelos explicativos sobre lo que sucede en la construcción de la alianza de trabajo que se establece entre un terapeuta y su cliente. Así mismo, es necesario estudiar la alianza desde la perspectiva de ambos involucrados en la relación terapéutica ya que la forma cómo la experimentan puede diferir (Hersoug et al., 2001). En este estudio se analizó la relación desde ambas perspectivas, lo que permitió conocer mejor cómo el estilo personal y la personalidad del terapeuta aprendiz se asocian con la alianza reportada por el cliente y su terapeuta.

Los resultados indican que la alianza terapéutica, reportada por un cliente, es mayor cuando un terapeuta reporta tener un estilo terapéutico caracterizado por una escucha abierta y receptiva, atención hacia la totalidad de lo que ocurre en la sesión y comodidad con el material nuevo que surge durante las sesiones. Esto confirma la idea de Fernández-Álvarez et al. (2003) quienes sostienen que el acto terapéutico implica realizar intervenciones en base a la recolección de información de los clientes. Los clientes parece que evalúan la alianza terapéutica en función de cómo esa información es recogida. El terapeuta aprendiz que tiende a dirigir su atención a lo macro en vez de lo específico, y que tiende a centrarse en receptar la información de la narrativa del cliente para procesarla y analizarla, facilita la alianza terapéutica reportada por el cliente.

Los resultados de este estudio también indican que los terapeutas que reportan ser más rígidos reciben mejores calificaciones en cuanto a alianza terapéutica. Estos mismos terapeutas también se califican con mejores alianzas con el cliente. La rigidez se refiere a que un terapeuta establece y regula el ambiente en el que se desarrolla la terapia, tal como ya lo han establecido previamente Fernández-Álvarez et al. (2003). Siendo así, la habilidad

del terapeuta para establecer el encuadre terapéutico, definido como el conjunto de reglas y normas sobre los cuales se lleva a cabo una terapia, se torna importante (Fernández-Álvarez et al., 2003). Los clientes y terapeutas valoran este aspecto de la relación entre ambos posiblemente porque de esto “depende en gran medida la claridad y organización de los aspectos relacionales entre paciente y profesional” (Ceberio, 2002, p. 1). Comenta Ceberio (2002), que la importancia de mantener normas y reglas para la sesión terapéutica subyace en el hecho de que son éstas sobre las que se basa un encuentro agradable y productivo. El grado de flexibilidad y rigidez, entonces, depende de cómo los involucrados establecen acuerdos para la definición de su relación de trabajo (Ceberio, 2002). En este sentido, sostiene que

Hay contratos cuyas cláusulas son más flexibles y otros, más rígidos. Los grados de plasticidad de un contrato, dependerán del grado de tolerancia de las partes para su cumplimiento. La aplicación de punitivos puede quedar aclarada en el trato, de la misma manera que el margen de tolerancia.

La relación terapéutica como tal, lleva la explicitación de una serie de pautas que mantendrán, con miras al futuro, el intento de una relación clara y a-conflictiva. El diseño de un contrato terapéutico, posibilitará plantear una nómina de cláusulas que alientan a que la relación se conduzca bajo los mejores cánones de desarrollo (Ceberio, 2002, p. 3).

Siendo así, se podría considerar que los clientes y terapeutas que reportan altos índices de alianza valoran este aspecto posiblemente porque conciben la relación como algo importante, y como tal, se rigen bajo un sistema claro de normas que permitan el manejo de la situación terapéutica (Ceberio, 2002). En el caso de los terapeutas aprendices esto implica una adopción de roles en los cuales cada uno participa. El cliente, a sabiendas que el terapeuta se encuentra en una situación de aprendiz, posiblemente se siente más cómodo

cuando el terapeuta es más rígido en su encuadre. Así mismo, el terapeuta aprendiz posiblemente se entrega más al cliente una vez que las normas quedan claramente establecidas, con el fin de generar intervenciones en un contexto de mutuo acuerdo.

En segundo lugar, la alianza reportada por el terapeuta, es mayor cuando se muestra abierto a las diversas direcciones que podría tomar un tratamiento; es decir, cuando se siente más espontáneo durante el proceso terapéutico. Esto es interesante, especialmente en el caso de terapeutas aprendices, quienes se encuentran consolidando conocimientos teóricos mientras realizan sus prácticas. En el caso de la muestra para este estudio, los estudiantes reciben cuatro orientaciones psicoterapéuticas (Psicodinámica, Humanista, Cognitiva y Sistémica) lo cual pudo resultar en que hagan uso de intervenciones menos esquematizadas, enfocadas en el entendimiento de la problemática del cliente desde una perspectiva global. Esta explicación, sin embargo, queda como una hipótesis que requiere mayor indagación ya que en este estudio no se determinó cómo el estilo del terapeuta practicante fue consolidándose durante la realización de sus prácticas clínicas. No obstante, lo que sí es claro de los resultados de la presente investigación es que el estilo personal del terapeuta está relacionado con la alianza terapéutica. Se recomienda la realización de nuevas investigaciones que intenten clarificar la relación entre el estilo terapéutico y la orientación con la que se identifican los terapeutas. Además, sería interesante averiguar cómo el estilo del terapeuta cambia a través del tiempo, conforme avanza la práctica clínica del terapeuta.

Ahora bien, es necesario destacar, que en el presente estudio, la personalidad no tuvo niveles de predicción directos sobre las percepciones de alianza terapéutica reportados por clientes y terapeutas. Esto es porque la personalidad influye sobre el estilo terapéutico (Corbella et al., 2008). Los resultados de la presente investigación indican que los terapeutas que tienden a ser más ansiosos, reactivos, vigilantes, aprensivos e impacientes,

así como más desinhibidos, inconformistas, abstractos y tolerantes con el desorden, suelen tener un estilo en el que su escucha es más abierta, receptiva y globalizadora. Este aspecto se relaciona con la forma cómo el cliente evalúa la alianza terapéutica. Así mismo, se encontró que los terapeutas que son más espontáneos, menos directivos, y menos esquematizados tienden ser introvertidos, reservados, serios, tímidos y autosuficientes, en conjunto con una tendencia hacia ser más ansiosos, vigilantes, aprensivos e impacientes y además, abiertos al cambio, atrevidos, y dominantes. Esto se vincula con la alianza terapéutica desde la postura del terapeuta. Finalmente, se encontró que los terapeutas que son más estrictos en cuanto a horarios, honorarios y la duración de las sesiones suelen ser más introvertidos, serios y tímidos en conjunto con una tendencia a atender a las normas, practicidad y perfeccionismo.

Estos resultados entonces explican por qué Chapman et al. (2009) encontraron que niveles promedio de Ansiedad en el terapeuta se relacionan con elevadas calificaciones de alianza terapéutica reportada por los clientes y terapeutas. La ansiedad, en este sentido, no es la causa, sino que los terapeutas con niveles medianamente altos de ansiedad tienen un estilo terapéutico caracterizado por uso de la escucha activa, receptividad y comodidad ante el material que trae un cliente a la sesión, que como se indicó, influye en la calificación de los clientes; a su vez, la ansiedad, actúa modulando el estilo en cuanto a la forma cómo el terapeuta se percibe a sí mismo en función de su espontaneidad, algo que es valorado por los propios terapeutas a la hora de calificar la alianza terapéutica.

Adicionalmente, en base a los resultados se podría sugerir la importancia de niveles promedios de Autocontrol en el terapeuta. Un alto Autocontrol, expresado en una atención elevada a las normas, practicidad y perfeccionismo, está relacionado con el estilo con el cual se establece el encuadre terapéutico, lo cual como se comentó es valorado por el cliente y el terapeuta. Así mismo, una tendencia hacia bajos niveles de Autocontrol,

manifestada en inconformismo, abstracción y tolerancia al desorden, está relacionado con la apertura a la búsqueda de información. Como ambos aspectos son importantes a la hora de consolidar la alianza terapéutica se enfatiza la importancia de niveles promedio de este factor.

Estos resultados confirman las conclusiones de Corbella et al. (2008) de que la personalidad influye de cierta forma en las características que posee un terapeuta en cuanto a la configuración del estilo terapéutico, pues es a través de la personalidad de base, que se establece la forma cómo se relaciona el terapeuta durante el contacto terapéutico. Corbella, Balmaña, Fernández-Álvarez, Saúl, Botella & García (2007) concluyen además que, El terapeuta como persona y miembro de su familia, ha experimentado distintas relaciones y suma diferentes vivencias relacionales que van configurando sus posicionamientos relacionales y sus características particulares que le dan identidad y que influyen en la concepción y desarrollo de su actividad profesional (p. 132).

Futuras investigaciones podrían centrarse en descifrar la forma cómo la personalidad y el estilo del terapeuta se vinculan de forma tal que la personalidad del terapeuta actúe como plataforma sobre la cual el terapeuta aprendiz puede ir estructurando su estilo. Específicamente, sería importante entender cómo es que ciertos rasgos de personalidad llegan a ser expresados a nivel de la terapia.

Una recomendación importante para investigaciones es que comprendan la alianza terapéutica en función de ambos participantes. Así mismo, es interesante estudiar el efecto entre la personalidad del terapeuta y la personalidad del cliente sobre la alianza terapéutica para dilucidar la existencia de una posible compatibilidad entre los participantes de la relación terapéutica.

En cuanto a las limitaciones del estudio, es importante notar que el tiempo transcurrido desde la terminación del tratamiento y la calificación de las alianzas terapéuticas fue de

varios meses por lo que pudo existir distorsión en las percepciones de ambos participantes de la relación terapéutica. Incluso, posiblemente, esta distorsión afectó más a los terapeutas de la muestra quienes atendieron a varios clientes a la vez y bajo diversas orientaciones teóricas. Es posible, entonces, que los resultados varíen si se hubiese realizado este estudio poco después o durante el proceso terapéutico.

Igualmente, es importante que en la muestra se tomó en consideración puntuaciones promedio de los terapeutas por lo que los presentes resultados se encuentran sujetos a los efectos de la norma, que establecen la tendencia de un terapeuta a moverse en una u otra dirección dentro de la dimensión de personalidad que medía el inventario. Esto es importante considerarlo ya que este efecto no considera las puntuaciones extremas que podrían haberse manifestado en cada una de las dimensiones de personalidad. Se recomienda entonces realizar investigaciones que tomen en cuenta este efecto.

Finalmente, a pesar de las limitaciones de esta investigación, queda claro que la interacción entre terapeuta y cliente depende en parte de cómo cada uno se desenvuelve y siente con el otro. Se torna entonces necesario volver a insistir en la educación de un terapeuta hábil para establecer relaciones de compromiso, respeto y trabajo. Los esfuerzos en la educación de psicoterapia deben dirigirse entonces al aprovechamiento de las fortalezas de la personalidad del terapeuta aprendiz para que, a través de ellas, se construyan estilos eficaces en la formación de alianzas terapéuticas. Investigaciones en este sentido se encuentran siendo realizadas en la actualidad con mayor frecuencia. Ejemplos de estas investigaciones incluyen la realizada por Chapman et al. (2009) sobre la personalidad del terapeuta aprendiz. Sin embargo, investigaciones que incluyan el estilo terapéutico como variable deben ser realizadas. Si es que se incentiva este tipo de estudios se podría entonces empezar a descubrir cómo el estilo personal se va conformando para así utilizar aquellas fortalezas que posee un terapeuta aprendiz. Sólo así, entonces, se podrá

fomentar en universidades y programas de maestría la educación de terapeutas hábiles, capaces de interactuar con el otro y establecer una relación de ayuda cuyo único fin es el crecimiento y desarrollo humano.

Referencias Bibliográficas

- Ackerman, S. J., & Hilsenroth, M. J. (2001). A review of trainee characteristics and techniques negatively impacting the therapeutic alliance. En: Chapman, B., Talbot, N., Tatman, A., Britton, P. (2009). Personality traits and the working alliance in Psychotherapy Trainees: An organizing role for the Five Factor Model? *Journal of Social and Clinical Psychology*.
- Allport, G. & Odbert, H. (1936) Trait-names: A psycholexical study. En: Russell, M. T. & Karol, D. L. (2005). *16 PF-5: Manual del Administrador*. 8va. edición. Madrid: TEA Ediciones.
- Barón, R. M. & Kenny, D. A. (1986). The Moderator-Mediator Variable Distinction in Social Psychological Research: Conceptual, Strategies and Statistical Considerations. En: 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*.
- Blow, A. J., Sprenkle, D. H., & Davis, S. D. (2007). Is who delivers the treatment more important than the treatment itself: The role of the therapist in common factors. *Journal of Marital and Family Therapy*, 33, 298-317.
- Bustos, C. (2001). La persona del Terapeuta y su Importancia en los Distintos Tipos de Terapia. Obtenido de:
http://www.apsique.com/wiki/CliniPersona_terapeuta#titulo12.
- Cain, D. (Editor), Seeman, J. (2008). *Humanistic Psychotherapies: Handbook of Research and Practice*. Washington: American Psychiatry Association.
- Castañeiras, C., García, F., Lo Bianco, J., Fernández-Álvarez, H. (2006). Modulating the effect of experience and theoretical-technical orientation on the personal style of the therapist. *Psychotherapy Research*, Vol. 16, No. 5, 595-603.
- 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*, Vol. 26, No. 5, 5-13.
- Ceberio, M. (2002). El Contrato Terapéutico. Obtenido de:
<http://www.escuelasistemica.com.ar/publicaciones/articulos/4.pdf>
- Chapman, B., Talbot, N., Tatman, A., Britton, P. (2009). Personality traits and the working alliance in Psychotherapy Trainees: An organizing role for the Five Factor Model?. *Journal of Social and Clinical Psychology*, Vol. 28, No. 5. 557-596.

- Corbella, S. & Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de Psicología*, Vol. 19, No. 2, 205-221.
- Corbella, S., Balmaña, N., Fernández-Álvarez, H., Saúl, L., Botella, L., García, F. (2007). Estilo Personal del Terapeuta y Teoría de la Mente. Obtenido de: www.elpixel.com/bocetos/aigle4/uploads/EPT_y_Teora_de_la_Mente.doc
- Corbella, S., Fernández-Álvarez, H., Saúl, L. A., García, F., Botella i Garcia del Cid, Ll. (2008). Estilo personal del terapeuta y dirección de intereses. *Apuntes de Psicología*, Vol. 26, No. 2, 281-289.
- Crits-Christoph, P., Connolly Gibbons, M. B., Crits-Christoph, K., Narducci, J., Schamberger, M., & Gallop, R., (2006). Can therapist be trained to improve their alliances? A preliminary study of alliance-fostering psychotherapy. *Psychotherapy Research*, Vol. 16, 268-281.
- Davis, S. D., & Piercy, F. P. (2007). What clients of couple therapy model developers and their former students say about change, part I: Model-dependent common factors across three models. En: Blow, A. J., Sprenkle, D. H., & Davis, S. D. (2007). Is who delivers the treatment more important than the treatment itself: The role of the therapist in common factors. *Journal of Marital and Family Therapy*.
- Eysenck, H. J. (1952). The effects of Psychotherapy: An evaluation. En: Winkler, M., Cáceres, C., Fernández, I., Sanhueza, J. (1989). Factores Inespecíficos de la Psicoterapia y Efectividad del Proceso Terapéutico: Una sistematización. *Revista Terapia Psicológica*.
- Flachier, J. (2009). "Perfil de Personalidad del Psicoterapeuta". Introducción al Estudio del Rorschach. Quito: Pontificia Universidad Católica del Ecuador, 2009, p. 347-366.
- Fernández-Álvarez, H., García F., Lo Bianco, J., Corbella, S. (2003). Assessment Questionnaire on the Personal Style of the Therapist PST-Q. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, Vol. 10, 116-125.
- Garfield, S. M. & Bergin, A. (1971) Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. En: Winkler, M., Cáceres, C., Fernández, I., Sanhueza, J. (1989). Factores Inespecíficos de la Psicoterapia y Efectividad del Proceso Terapéutico: Una sistematización. *Revista Terapia Psicológica*.
- Garfield, S. M. (1978). Research on Client Variables in Psychotherapy. En: Winkler, M., Cáceres, C., Fernández, I., Sanhueza, J. (1989). Factores Inespecíficos de la

Psicoterapia y Efectividad del Proceso Terapéutico: Una sistematización. *Revista Terapia Psicológica*.

- Garfield, S. M. (1997). The therapist as a neglected variable in psychotherapy research. En: Fernández-Álvarez, H., García F., Lo Bianco, J., Corbella, S. (2003). Assessment Questionnaire on the Personal Style of the Therapist PST-Q. *Clinical Psychology and Psychotherapy*.
- Goldberg, L. P. (1990). An alternative “description of personality”: The Big-Five factor structure. En: Chapman, B., Talbot, N., Tatman, A., Britton, P. (2009). Personality traits and the working alliance in Psychotherapy Trainees: An organizing role for the Five Factor Model? *Journal of Social and Clinical Psychology*.
- Hersoug, A. G., Hoglend, P., Monsen, J. T., Havik, O. E. (2001). Quality of working alliance in Psychotherapy: Therapist variables and Patient/Therapist similarity as Predictors. *Journal of Psychotherapy Practice and Research, Vol. 10, No. 4, 205-216*.
- Hilsenroth, M. J., Defife, J. A., Blagys, M. D. & Ackerman, S. J. (2006). Effects on training in short-term psychodynamic psychotherapy: Changes in graduate clinician technique. En: Chapman, B., Talbot, N., Tatman, A., Britton, P. (2009). Personality traits and the working alliance in Psychotherapy Trainees: An organizing role for the Five Factor Model? *Journal of Social and Clinical Psychology*.
- Horvath, A. (1981). An Exploratory Study of the Working Alliance: Its measurement and Relationship to Therapy Outcome (Doctoral Dissertation, British Columbia University, 1981).
- Jordan, K. (2003). Relating Therapeutic Working Alliance to Therapy Outcome. *Family Therapy, Vol. 30., No. 2, 95-107*.
- Karson, M., Karson, S., O'Dell, J. (2002). *16 PF-5: Una guía para su interpretación en la práctica clínica*. Madrid: TEA Ediciones.
- McCrae, R. R., & Costa, P. T., Jr. (1997). Personality trait structure as a human universal. En: Chapman, B., Talbot, N., Tatman, A., Britton, P. (2009). Personality traits and the working alliance in Psychotherapy Trainees: An organizing role for the Five Factor Model? *Journal of Social and Clinical Psychology*.
- Phares, E.J. (1997). *Psicología clínica: conceptos, métodos y práctica*. En: Bustos, C. (2001). La persona del Terapeuta y su Importancia en los Distintos Tipos de

Terapia. Obtenido de:

http://www.apsique.com/wiki/CliniPersona_terapeuta#titulo12.

Rial, V., Castañeiras, C., García, F., Gómez, B., Fernández-Álvarez, H. (2006). Estilo personal de terapeutas que trabajan con pacientes severamente perturbados: Un estudio cuantitativo y cualitativo. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, Vol. 26, No. 2.

Russell, M. T. & Karol, D. L. (2005). *16 PF-5: Manual del Administrador*. 8va. edición. Madrid: TEA Ediciones.

Safran, J., & Muran, J. (2005). *La Alianza Terapéutica: Una guía para el tratamiento relacional*. Barcelona: Desclée de Brouwer.

Winkler, M., Cáceres, C., Fernández, I., Sanhueza, J. (1989). Factores Inespecíficos de la Psicoterapia y Efectividad del Proceso Terapéutico: Una sistematización. *Revista Terapia Psicológica*, Año VIII, No. 11. 34-40.

Anexos

- 1.- Factores de Personalidad medidos por el 16 PF-5
- 2.- Información Demográfica de Terapeutas
- 3.- Análisis Estadísticos
- 4.- Gráficas de Explicación

Factores de Personalidad medidos por el 16 PF-5

Afabilidad (A)	A-	Fría, impersonal, distante
	A+	Cálida, afable y atenta con los demás
Razonamiento (B)	B-	Concreta
	B+	Abstracta
Estabilidad (C)	C-	Reactiva y emocionalmente cambiabile
	C+	Emocionalmente estable, adaptada y madura
Dominancia (E)	E-	Deferente, cooperativa y evita conflictos
	E+	Dominante, asertiva y competitiva
Animación (F)	F-	Seria, cooperativa y evita conflictos
	F+	Dominante, asertiva y competitiva
Atención a normas (G)	G-	Inconformista, muy suya e indulgente
	G+	Atenta a las normas, cumplidora y formal
Atrevimiento (H)	H-	Tímida, temerosa y cohibida
	H+	Atrevida/segura en lo social y emprendedora
Sensibilidad (I)	I-	Objetiva, nada sentimental y utilitaria
	I+	Sensible, esteta y sentimental
Vigilancia (L)	L-	Confiable, sin sospechas y adaptable
	L+	Vigilante, suspicaz, escéptica y precavida
Abstracción (M)	M-	Práctica, con los pies en la tierra y realista
	M+	Abstraída, imaginativa e idealista
Privacidad (N)	N-	Abierta, genuina, llana y natural
	N+	Privada, calculadora, discreta y no se abre
Aprensión (O)	O-	Segura, despreocupada y satisfecha
	O+	Aprensiva, insegura y despreocupada
Apertura al cambio (Q1)	Q1-	Tradicional y apegada a lo familiar
	Q1+	Abierta al cambio, experimental y analítica
Autosuficiencia (Q2)	Q2-	Seguidora y se integra al grupo
	Q2+	Autosuficiente, individualista y solitaria
Perfeccionismo (Q3)	Q3-	Flexible y tolerante con el desorden o las faltas
	Q3+	Perfeccionista, organizadora y disciplinaria
Tensión (Q4)	Q4-	Relajada, plácida y paciente
	Q4+	Tensa, enérgica, impaciente e intranquila

Extraversión (EXT) A+, F+, H+, N-, Q2-	Ext-	Introversa, socialmente inhibida
	Ext+	Extroversa, social y participativa
Ansiedad (ANS) C-, L+, O+, Q4+	Ans-	Imperturbable, con poca ansiedad
	Ans+	Perturbable, con mucha ansiedad
Dureza (DUR) A-, I-, M-, Q1-	Dur-	Receptiva, de mente abierta, intuitiva
	Dur+	Dura, firme, inflexible, fría, objetiva
Independencia (IND) E+, H+, L+, Q1+	Ind-	Acomodatiza, acepta acuerdos, cede pronto
	Ind+	Independiente, crítica, le gusta la polémica
Auto Control (AuC) F-, G+, M-, Q3+	AuC-	No reprimida, sigue sus impulsos
	AuC+	Autocontrolada, contiene impulsos

Información Demográfica de Terapeutas

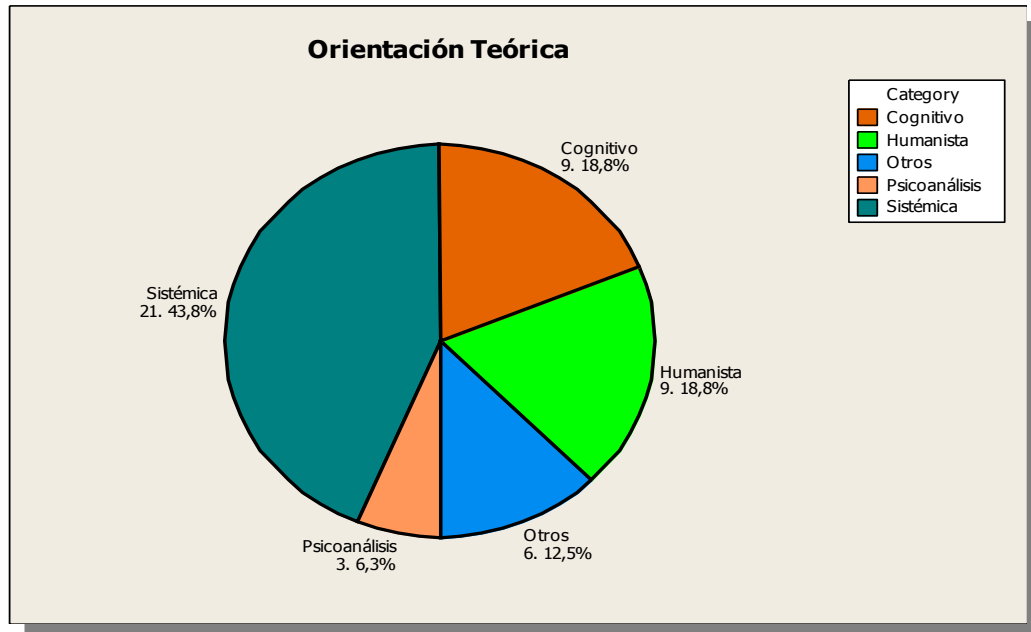


Gráfico 1.- Distribución de Terapeutas de acuerdo a su Orientación Predilecta

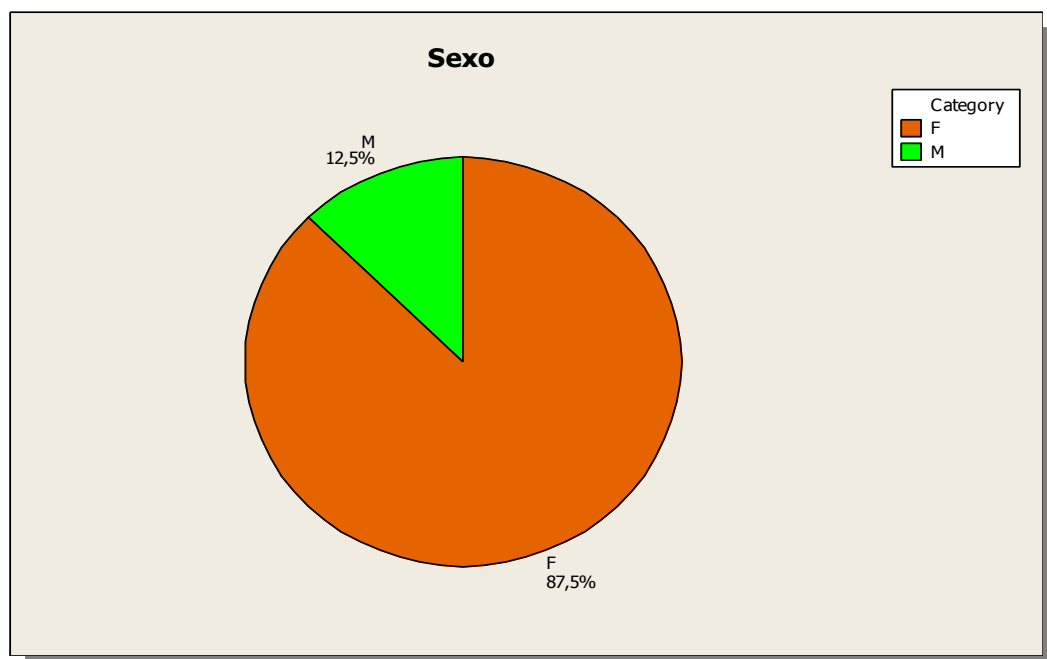


Gráfico 2.- Distribución de Terapeutas de acuerdo a su Sexo

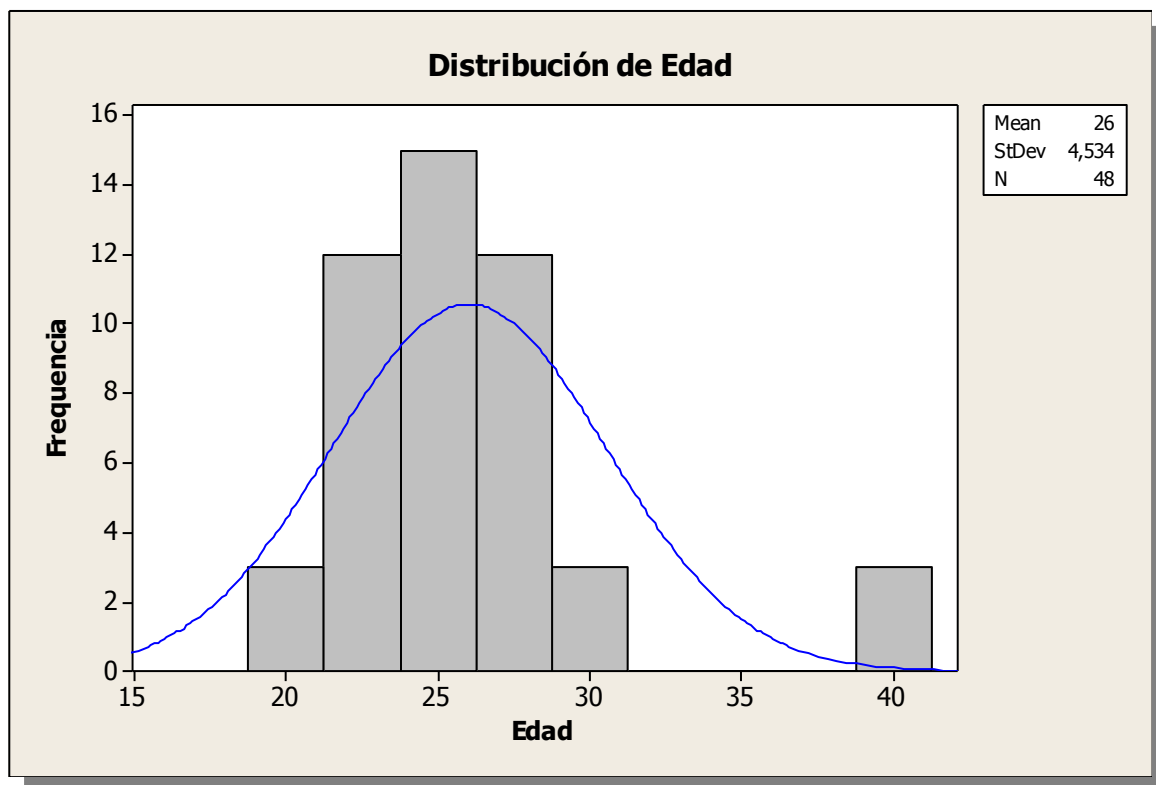


Gráfico 3.- Distribución de Edad de los Terapeutas

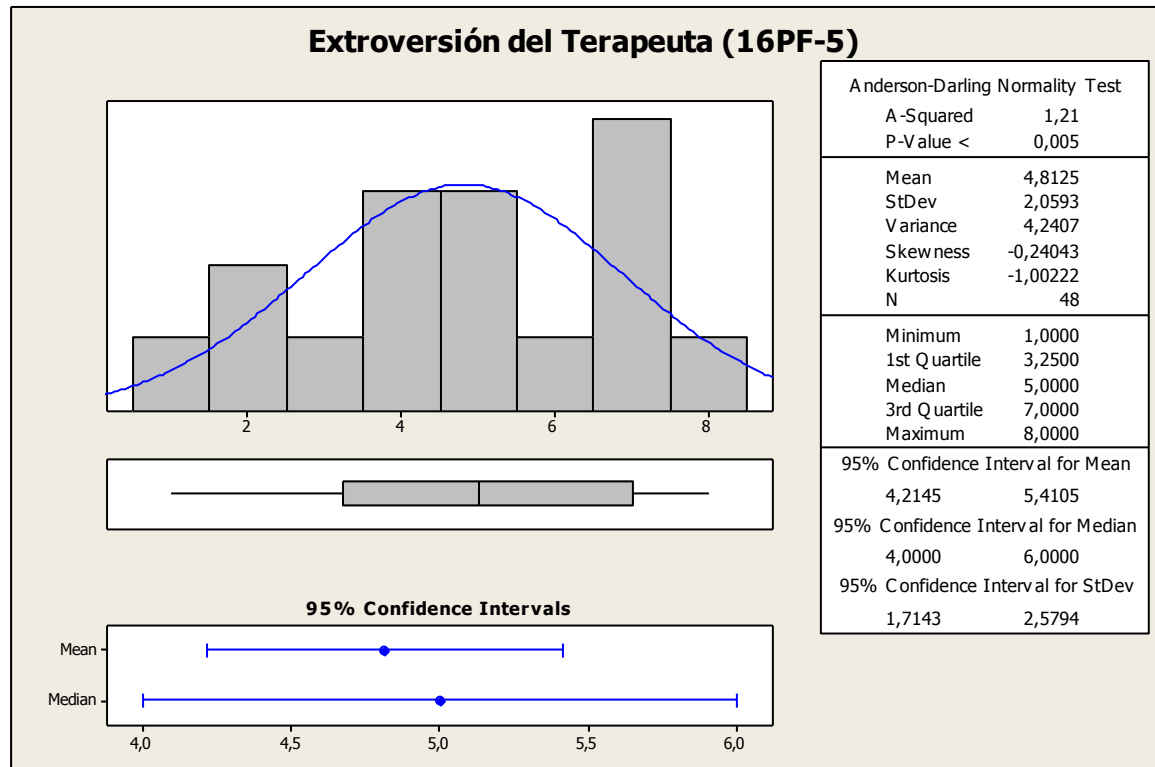


Gráfico 4.- Niveles de Extroversión de los Terapeutas Aprendices medidos por el 16PF-5

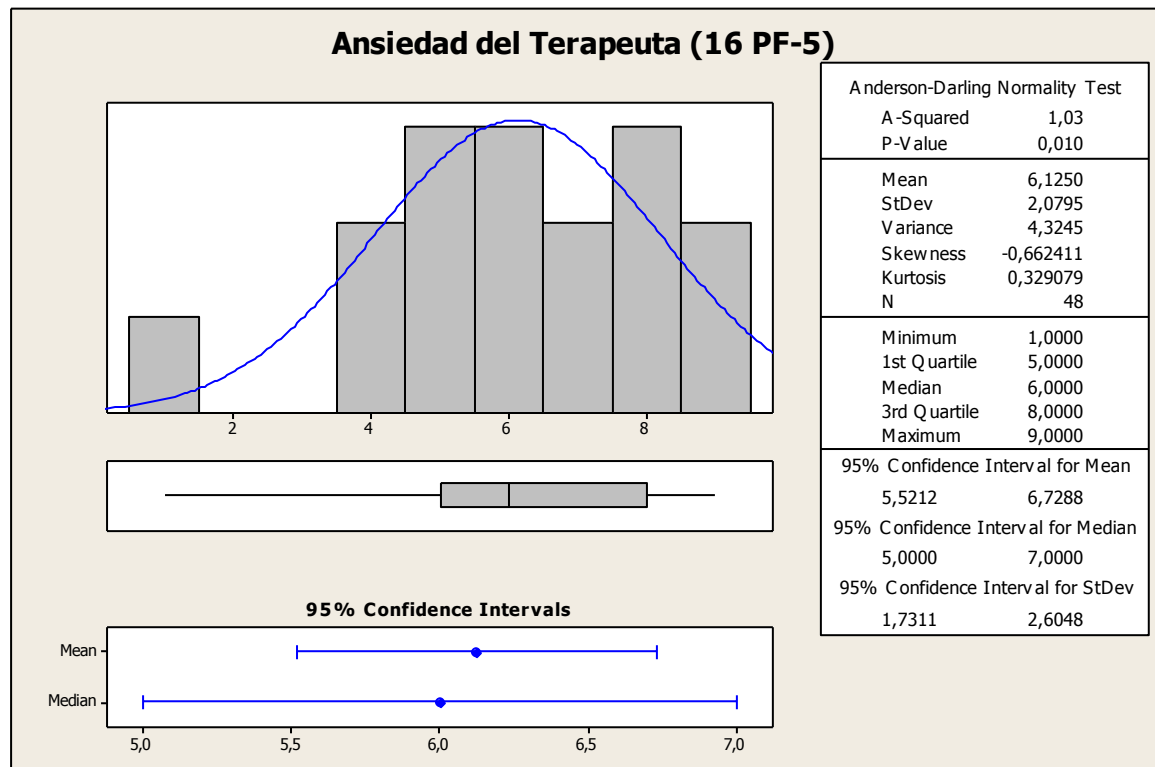


Gráfico 5.- Niveles de Ansiedad de los Terapeutas Aprendices medidos por el 16PF-5

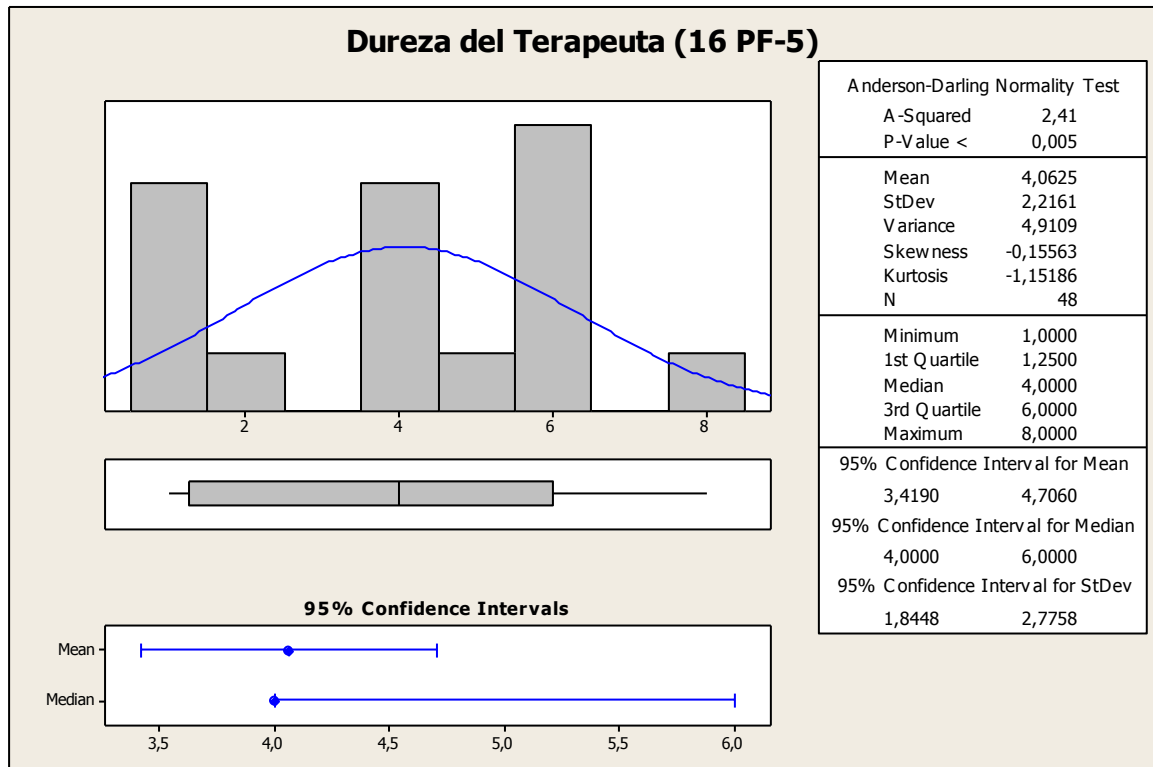


Gráfico 6.- Niveles de Dureza de los Terapeutas Aprendices medidos por el 16PF-5

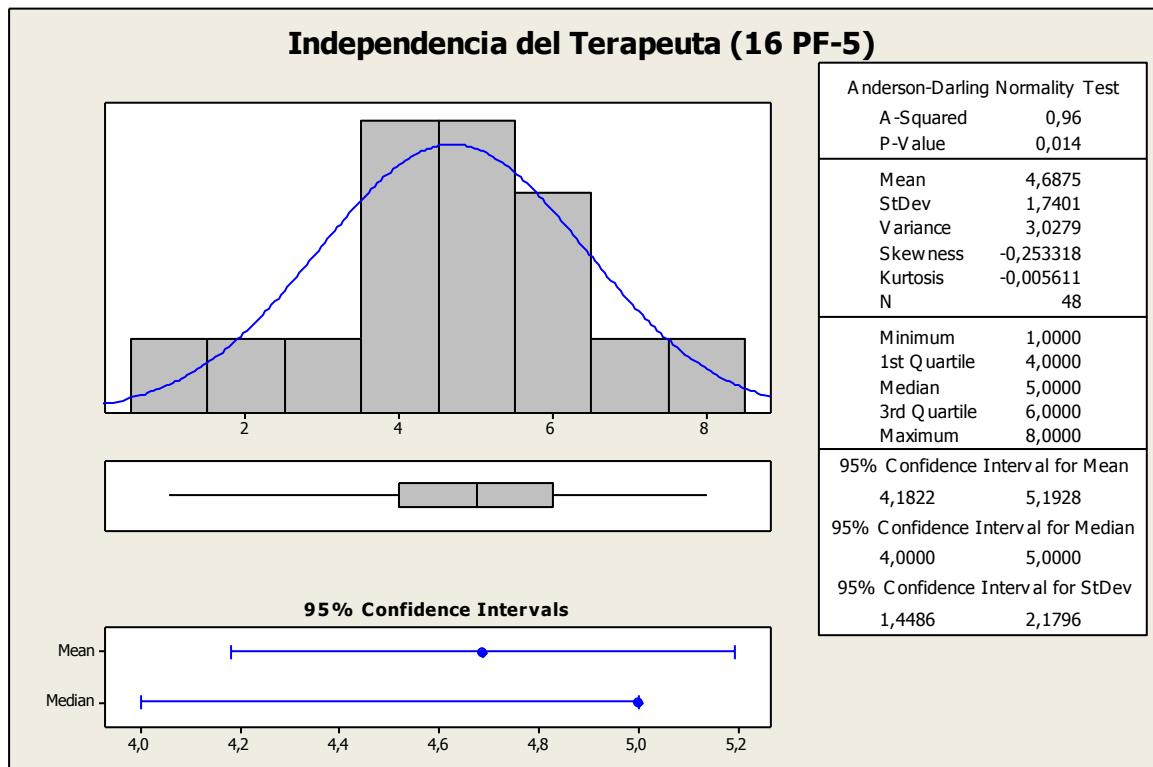


Gráfico 7.- Niveles de Independencia de los Terapeutas Aprendices medidos por el 16PF-

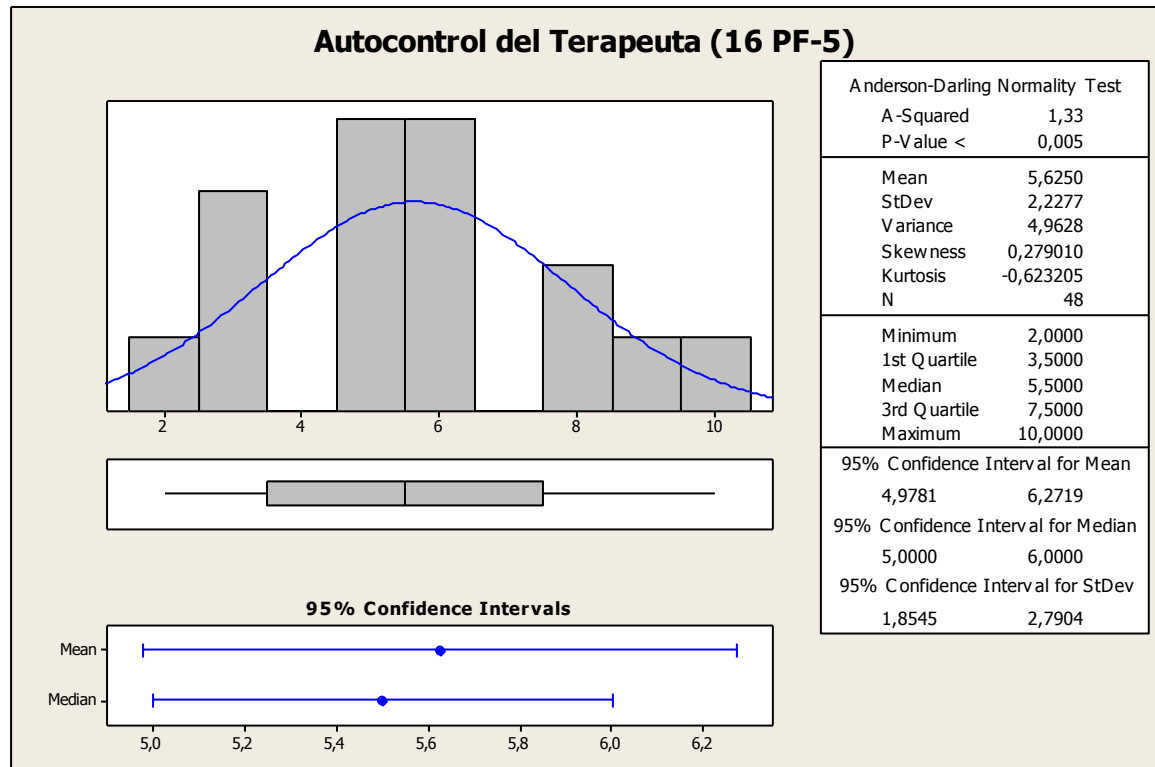


Gráfico 8.- Niveles de Autocontrol de los Terapeutas Aprendices medidos por el 16PF-5

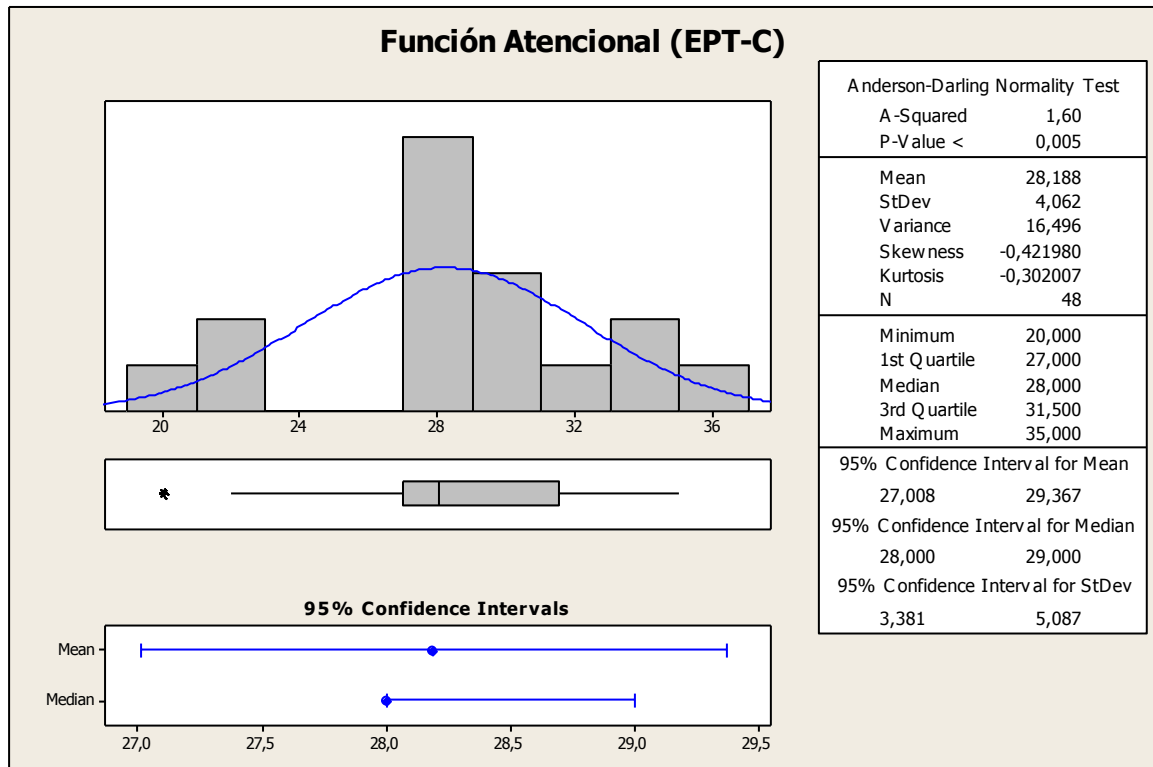


Gráfico 9.- Función Atencional en los Terapeutas Aprendices (Focalizado-Apertura)

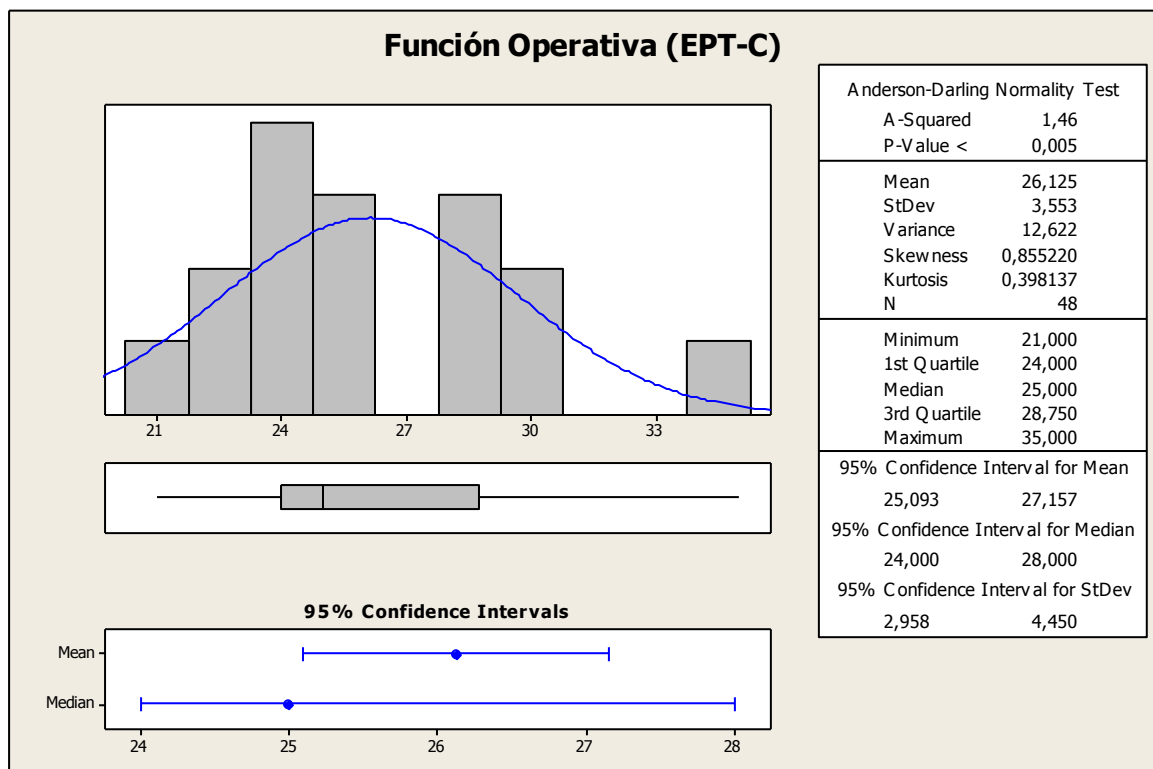


Gráfico 10.- Función Operativa en los Terapeutas Aprendices (Sujeto a Pautas-Espontaneidad)

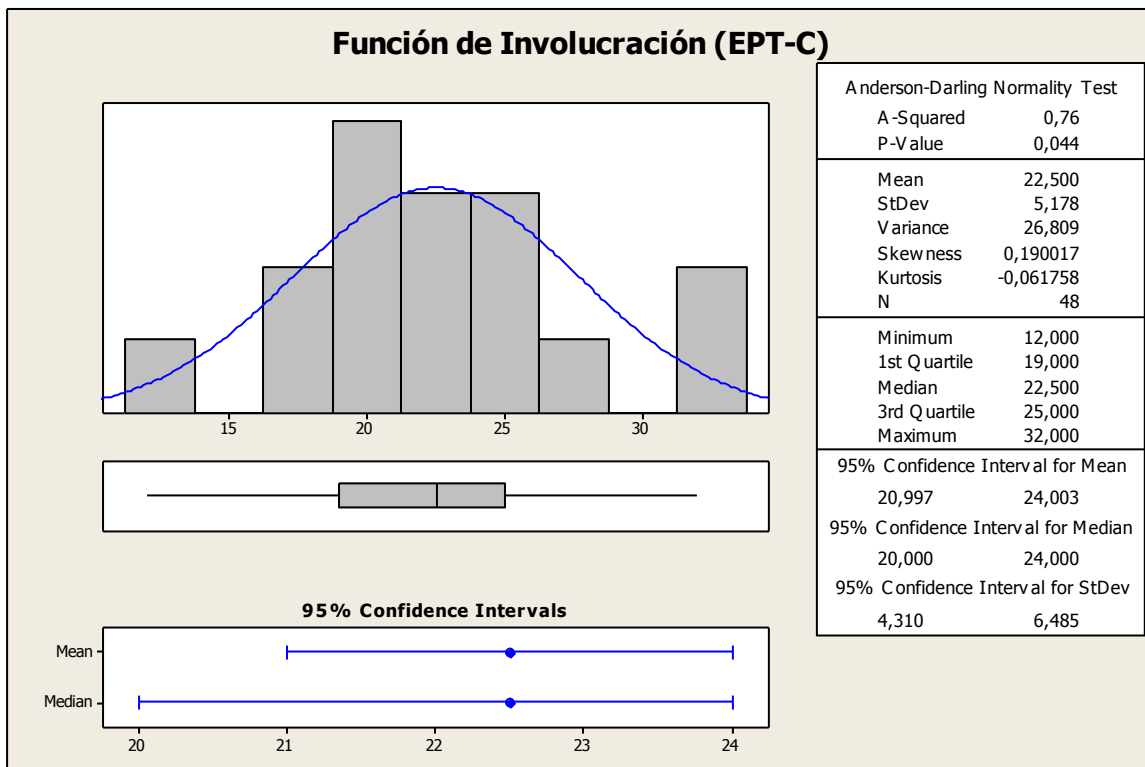


Gráfico 11.- Función de Involucración en los Terapeutas Aprendices (Menor-Mayor)

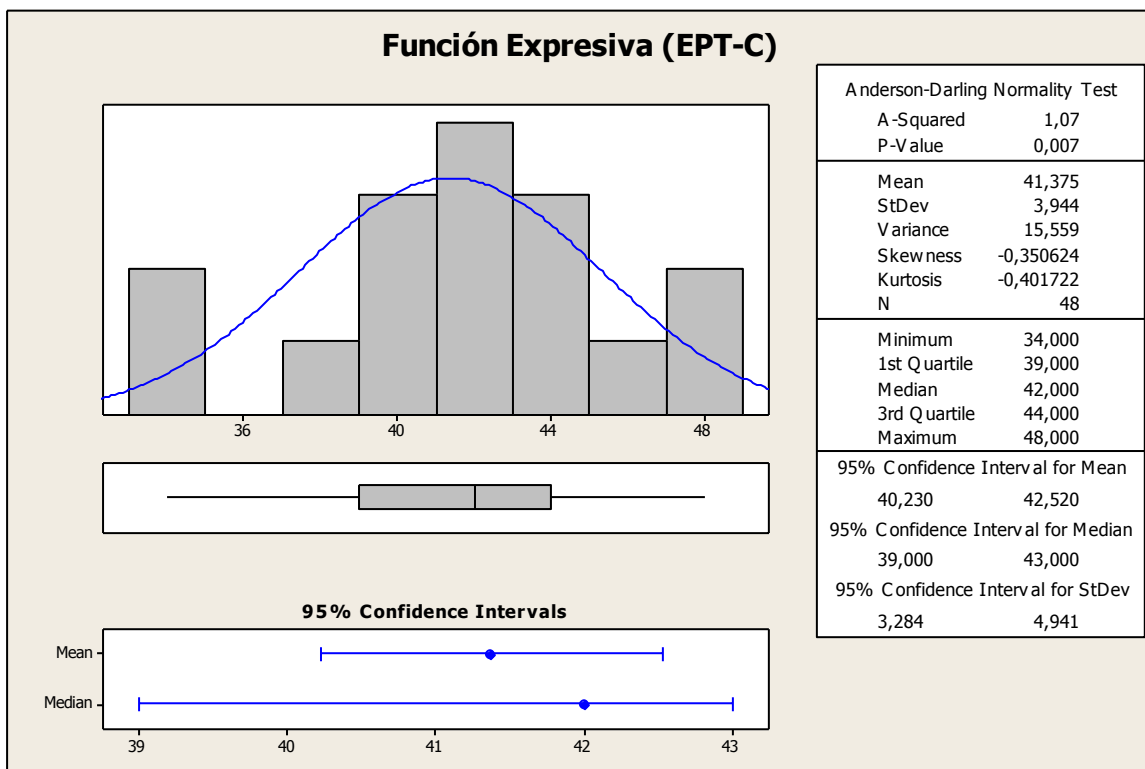


Gráfico 12.- Función Expresiva en los Terapeutas Aprendices (Distancia-Proximidad)

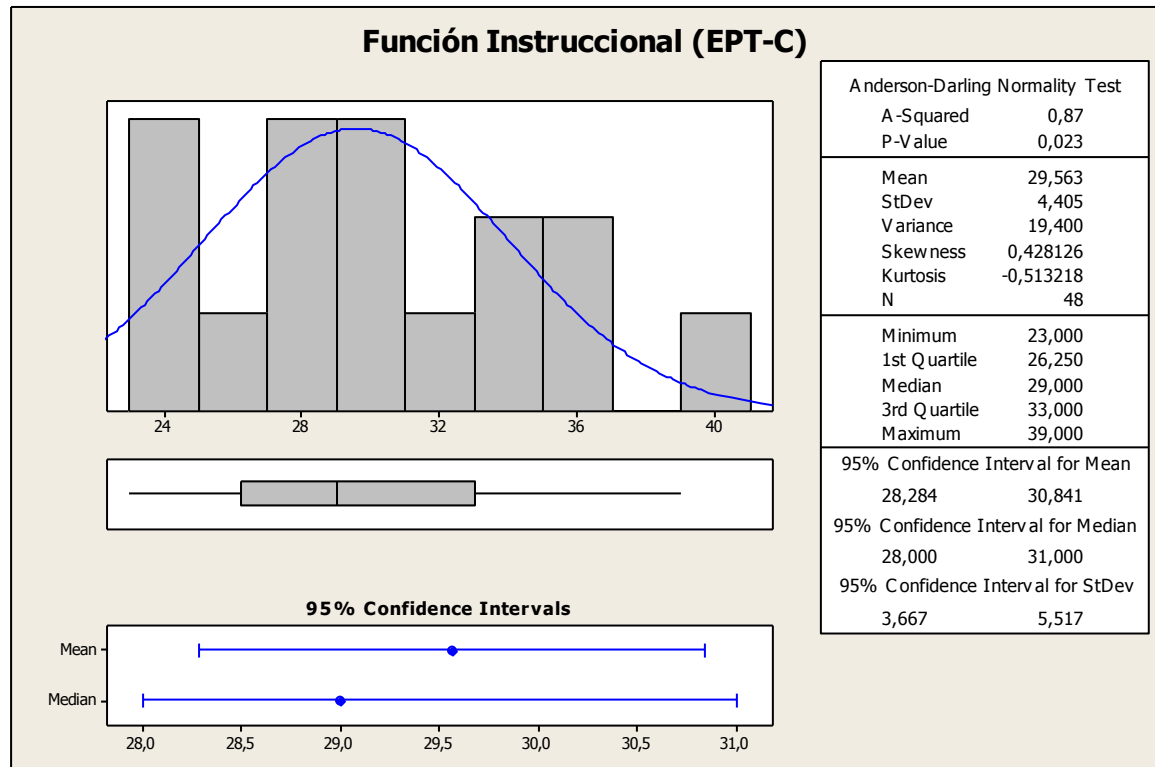


Gráfico 13.- Función Instrucciona en los Terapeutas Aprendices (Rigidez-Flexibilidad)

Análisis Estadísticos

Stepwise Regression: WAI-C versus EXTROVERSIÓN. ANSIEDAD. ...

Alpha-to-Enter: 0,05 Alpha-to-Remove: 0,05

Response is WAI-C on 10 predictors, with N = 48

Step	1	2	3	4	5	6
Constant	-147,30	-138,21	-124,25	-151,26	17,39	36,31
EXTROVERSIÓN	6,1	5,9	5,6	6,1	2,3	2,2
T-Value	1,43	1,60	1,55	1,87	1,54	1,47
P-Value	0,162	0,118	0,129	0,069	0,132	0,149
ANSIEDAD	-8,3	-8,0	-7,8	-7,9	-3,4	-3,2
T-Value	-1,54	-1,93	-1,90	-1,95	-1,61	-1,55
P-Value	0,132	0,062	0,065	0,058	0,115	0,129
DUREZA	3,5	3,3	3,1	3,0	1,2	1,0
T-Value	1,19	1,46	1,40	1,38	0,71	0,60
P-Value	0,241	0,154	0,170	0,176	0,479	0,552
INDEPENDENCIA	-1,1	-1,1	-0,8			
T-Value	-0,47	-0,50	-0,41			
P-Value	0,643	0,618	0,687			
AUTOCONTROL	-0,6	-0,7				
T-Value	-0,37	-0,46				
P-Value	0,717	0,651				
ATENCIONAL	3,85	3,77	3,78	3,79	2,42	2,45
T-Value	2,17	2,61	2,64	2,68	2,53	2,58
P-Value	0,037	0,013	0,012	0,011	0,015	0,013
OPERATIVO	2,1	2,1	1,9	2,1		
T-Value	1,17	1,21	1,14	1,30		
P-Value	0,250	0,234	0,263	0,200		
INVOLUCRACIÓN	0,1					
T-Value	0,08					
P-Value	0,938					
EXPRESIVO	2,78	2,70	2,40	2,84	0,53	
T-Value	1,07	1,15	1,07	1,46	0,66	
P-Value	0,289	0,259	0,291	0,152	0,516	
INSTRUCCIONAL	9,9	9,6	9,1	9,7	5,4	5,0
T-Value	1,85	2,26	2,25	2,57	2,82	2,77
P-Value	0,073	0,029	0,030	0,014	0,007	0,008
S	17,2	17,0	16,8	16,6	16,8	16,7
R-Sq	24,53	24,52	24,10	23,78	20,55	19,72
R-Sq(adj)	4,13	6,64	8,54	10,45	8,92	10,16
Mallows C-p	11,0	9,0	7,2	5,4	5,0	3,4

Step	7	8	9
Constant	47,49	65,57	66,51
EXTROVERSIÓN	2,0		
T-Value	1,38		
P-Value	0,175		
ANSIEDAD	-2,3	-1,3	
T-Value	-1,62	-1,05	
P-Value	0,113	0,301	
DUREZA			
T-Value			
P-Value			
INDEPENDENCIA			
T-Value			
P-Value			
AUTOCONTROL			
T-Value			
P-Value			
ATENCIONAL	2,17	2,02	1,80
T-Value	2,64	2,45	2,26
P-Value	0,012	0,018	0,029
OPERATIVO			
T-Value			
P-Value			
INVOLUCRACIÓN			
T-Value			
P-Value			
EXPRESIVO			
T-Value			
P-Value			
INSTRUCCIONAL	4,5	3,6	3,2
T-Value	2,85	2,47	2,28
P-Value	0,007	0,017	0,027
S	16,5	16,7	16,7
R-Sq	19,03	15,45	13,35
R-Sq (adj)	11,50	9,68	9,49
Mallows C-p	1,7	1,5	0,5

Stepwise Regression: WAI-T versus EXTROVERSIÓN. ANSIEDAD. ...

Alpha-to-Enter: 0,05 Alpha-to-Remove: 0,05

Response is WAI-T on 10 predictors, with N = 48

Step	1	2	3	4	5	6
Constant	23,86	63,51	79,79	90,17	123,61	68,30
EXTROVERSIÓN	1,2	0,4				
T-Value	0,26	0,13				
P-Value	0,797	0,896				
ANSIEDAD	-4,2	-3,0	-2,7	-2,8	-2,0	-2,0
T-Value	-0,71	-1,09	-1,63	-1,72	-1,35	-1,36
P-Value	0,480	0,282	0,111	0,093	0,184	0,183
DUREZA	0,8					
T-Value	0,24					
P-Value	0,812					
INDEPENDENCIA	0,9	0,9	0,7			
T-Value	0,36	0,36	0,35			
P-Value	0,719	0,717	0,728			
AUTOCONTROL	3,4	3,4	3,4	3,1	2,3	1,6
T-Value	1,76	1,77	1,79	1,82	1,48	1,10
P-Value	0,086	0,085	0,081	0,077	0,147	0,276
ATENCIONAL	1,6	1,2	1,2	1,2		
T-Value	0,82	1,04	1,11	1,13		
P-Value	0,416	0,306	0,273	0,264		
OPERATIVO	-1,81	-2,11	-2,28	-2,20	-2,31	-1,55
T-Value	-0,89	-1,36	-2,52	-2,54	-2,67	-2,52
P-Value	0,378	0,182	0,016	0,015	0,011	0,016
INVOLUCRACIÓN	2,9	2,7	2,6	2,5	2,3	2,1
T-Value	1,99	2,35	2,37	2,39	2,22	2,01
P-Value	0,054	0,024	0,023	0,022	0,032	0,051
EXPRESIVO	-0,9	-1,3	-1,5	-1,7	-1,5	
T-Value	-0,31	-0,60	-1,20	-1,35	-1,24	
P-Value	0,758	0,553	0,237	0,185	0,221	
INSTRUCCIONAL	6,4	5,3	4,9	4,8	4,0	4,9
T-Value	1,09	1,50	2,61	2,62	2,36	3,22
P-Value	0,283	0,141	0,013	0,012	0,023	0,002
S	19,0	18,8	18,5	18,3	18,4	18,5
R-Sq	33,18	33,08	33,05	32,84	30,68	28,07
R-Sq(adj)	15,12	17,23	19,31	21,08	20,54	19,50
Mallows C-p	11,0	9,1	7,1	5,2	4,4	3,8

Step	7	8	9
Constant	75,86	74,29	104,17
EXTROVERSIÓN			
T-Value			
P-Value			
ANSIEDAD			
T-Value	-1,4		
P-Value	0,313		
DUREZA			
T-Value			
P-Value			
INDEPENDENCIA			
T-Value			
P-Value			
AUTOCONTROL			
T-Value			
P-Value			
ATENCIONAL			
T-Value			
P-Value			
OPERATIVO			
T-Value	-1,40	-1,50	-1,15
P-Value	0,025	0,015	0,046
INVOLUCRACIÓN			
T-Value	1,63	1,49	
P-Value	0,095	0,122	
EXPRESIVO			
T-Value			
P-Value			
INSTRUCCIONAL			
T-Value	5,1	4,9	3,9
P-Value	0,001	0,002	0,006
S			
R-Sq	18,5	18,5	18,8
R-Sq (adj)	25,98	24,19	19,91
Mallows C-p	19,09	19,02	16,35
	3,0	2,0	2,3

Correlations: WAI-C. WAI-T

Pearson correlation of WAI-C and WAI-T = 0,417
P-Value = 0,003

Stepwise Regression: ATENCIONAL versus EXTROVERSIÓN. ANSIEDAD. ...

Alpha-to-Enter: 0,05 Alpha-to-Remove: 0,05

Response is ATENCIONAL on 5 predictors, with N = 48

Step	1	2	3	4
Constant	19,08	19,89	20,17	20,24
EXTROVERSIÓN	0,13	0,11		
T-Value	0,52	0,46		
P-Value	0,603	0,650		
ANSIEDAD	0,82	0,79	0,85	0,53
T-Value	2,57	2,60	3,02	2,28
P-Value	0,014	0,013	0,004	0,027
DUREZA	-0,52	-0,48	-0,49	
T-Value	-1,81	-1,88	-1,91	
P-Value	0,077	0,067	0,063	
INDEPENDENCIA	0,11			
T-Value	0,32			
P-Value	0,751			
AUTOCONTROL	-0,71	-0,74	-0,76	-0,78
T-Value	-2,89	-3,46	-3,57	-3,57
P-Value	0,006	0,001	0,001	0,001
S	3,09	3,06	3,03	3,12
R-Sq	30,10	29,93	29,59	23,78
R-Sq(adj)	21,78	23,41	24,79	20,39
Mallows C-p	6,0	4,1	2,3	3,8

Stepwise Regression: OPERATIVO versus EXTROVERSIÓN. ANSIEDAD. ...

Alpha-to-Enter: 0,05 Alpha-to-Remove: 0,05

Response is OPERATIVO on 5 predictors, with N = 48

Step	1	2	3
Constant	5,870	6,316	9,348
EXTROVERSIÓN	-0,91	-0,92	-1,02
T-Value	-2,67	-2,74	-3,09
P-Value	0,011	0,009	0,004
ANSIEDAD	1,09	1,01	1,17
T-Value	2,55	2,98	3,59
P-Value	0,014	0,005	0,001
DUREZA	-0,12		
T-Value	-0,30		
P-Value	0,764		
INDEPENDENCIA	1,13	1,07	0,85
T-Value	2,54	2,69	2,31
P-Value	0,015	0,010	0,025
AUTOCONTROL	0,46	0,43	
T-Value	1,39	1,37	
P-Value	0,172	0,178	
S	4,15	4,11	4,15
R-Sq	36,46	36,32	33,53
R-Sq(adj)	28,89	30,39	29,00
Mallows C-p	6,0	4,1	3,9

Stepwise Regression: INSTRUCCIONAL versus EXTROVERSIÓN. ANSIEDAD. ...

Alpha-to-Enter: 0,05 Alpha-to-Remove: 0,05

Response is INSTRUCCIONAL on 5 predictors, with N = 48

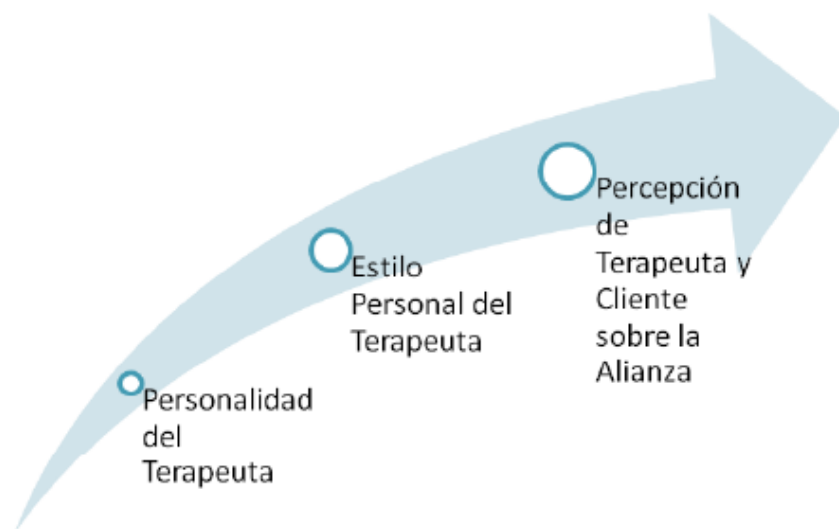
Step	1	2	3	4
Constant	11,66	11,45	11,47	12,02
EXTROVERSIÓN	-0,44	-0,43	-0,43	-0,33
T-Value	-3,09	-3,22	-3,08	-2,64
P-Value	0,004	0,002	0,004	0,011
ANSIEDAD	0,40	0,41	0,22	
T-Value	2,24	2,38	1,54	
P-Value	0,030	0,022	0,132	
DUREZA	-0,27	-0,28		
T-Value	-1,65	-1,92		
P-Value	0,106	0,061		
INDEPENDENCIA	-0,03			
T-Value	-0,15			
P-Value	0,883			
AUTOCONTROL	0,26	0,27	0,26	0,33
T-Value	1,91	2,26	2,10	2,80
P-Value	0,063	0,029	0,041	0,008
S	1,73	1,71	1,76	1,79
R-Sq	33,61	33,57	27,87	24,00
R-Sq(adj)	25,70	27,39	22,95	20,62
Mallows C-p	6,0	4,0	5,6	6,1

Gráficas de Explicación

Desarrollo del Estudio: Procedimientos



Modelo de Explicación de Resultados



Las percepciones de alianza de terapeutas y clientes son predichas por el estilo personal del terapeuta, y éste, a su vez, es predicho por la personalidad del terapeuta

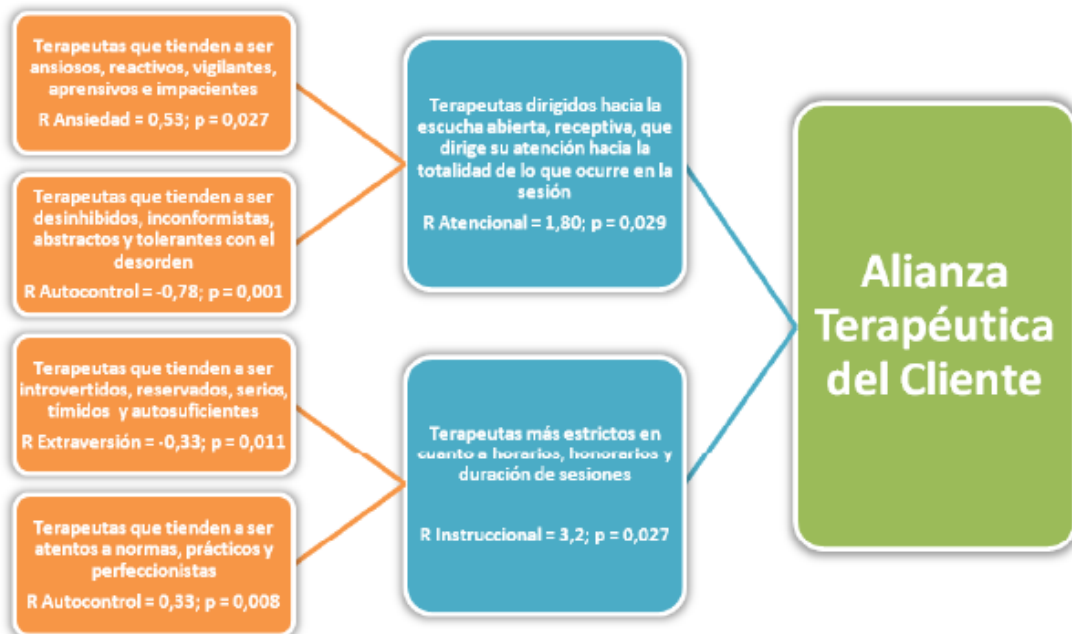
Percepciones de la Alianza Terapéutica según los Clientes: Modelo

Explicativo

Personalidad

Estilo Personal

Alianza Terapéutica



Percepciones de la Alianza Terapéutica según los Terapeutas: Modelo

Explicativo

Personalidad

Estilo Personal

Alianza Terapéutica

