

Universidad San Francisco de Quito

Colegio de Artes Liberales

Efectos de la Autorrevelación del Terapeuta en la Alianza Terapéutica y Satisfacción del
Cliente

Sarah Sánchez

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

Quito

Mayo, 2011

**Universidad San Francisco de Quito
Colegio Artes Liberales**

HOJA DE APROBACION DE TESIS

Efectos de la Autorrevelación del Terapeuta en la Alianza Terapéutica y
Satisfacción del Cliente

María Sarah Sánchez Cueva

Teresa Borja Álvarez, Ph.D
Director de la Tesis

Erick Argüello, Ph.D
Miembro del Comité de Tesis

Esteban Utreras, Ph.D
Miembro del Comité de Tesis

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

Quito, 24 de Mayo, 2011

© Derechos de Autor

María Sarah Sánchez Cueva

2011

Dedicación

Esta tesis está dedicada a mi padre, quien con su amor, cariño, esfuerzo y ejemplo me ha convertido en la persona que soy y quien es mi mayor fuente de inspiración que motiva y guía cada paso que doy.

Agradecimientos

Quiero agradecer a varias personas por su paciencia y ayuda en la elaboración de esta tesis.

Un especial agradecimiento a mi directora de tesis, Teresa Borja, por su invaluable ayuda, guía y motivación. A mis profesores Esteban Laso, Erick Argüello y Esteban Utreras quienes con sus conocimientos, paciencia y asistencia, permitieron que esta investigación logre su objetivo. A todos mis compañeros que participaron en esta investigación y amigos que me apoyaron en el transcurso de la misma.

Resumen

El interés por el tema de la autorrevelación en el ámbito de la investigación en psicoterapia, ha ido en aumento pero aún existe una diferencia de opiniones sobre la ética y su rol dentro del éxito de la psicoterapia (Barret y Berman, 2001; Farber, 2003; Farber B., Berano K, Capobianco J., 2004; Fisher, 2004; Gabbard, 2002; Giovazolias y Davis, 2001; Peterson, 2002). Las diferentes corrientes psicológicas tienen perspectivas contradictorias sobre la autorrevelación del terapeuta (Edwards y Murdock, 1994; Freud, 1912; Rogers, 1959, 1961). La corriente Humanista ve a la autorrevelación como fundamental dentro del proceso terapéutico porque ayuda a la alianza terapéutica (Bridges, 2001; Hill y Knox, 2001; Wells, 1994). La corriente Cognitivo-Conductual ve a la autorrevelación como una herramienta que puede mejorar las técnicas terapéuticas (reforzamiento, moldeamiento) que son centrales en esta orientación (Goldfried et al., 2003; Hill y Knox, 2003; McCullough, 2000). La alianza terapéutica está relacionada con el éxito terapéutico (Barret y Berman, 2001; Farber, 2003). Para realizar esta investigación se utilizó el concepto de autorrevelación como la definición descrita por Knox, S., Hess, S., Petersen, D.A., Hill, C.E. (1997): la revelación personal o de información relacionada a reacciones o respuestas hacia el cliente que surgen por parte del terapeuta durante la sesión. El propósito de la siguiente investigación es medir los efectos de la autorrevelación del terapeuta en la alianza terapéutica y en las evaluaciones de satisfacción del cliente. La hipótesis de este estudio considera que la autorrevelación está asociada a la alianza terapéutica y a la satisfacción con la terapia.

Abstract

The interest in self-disclosure research has increased considerably but still there is a difference of opinions about the ethics and its role in therapeutic outcome (Barrett and Berman, 2001; Farber, 2003, Farber B., Beran K, Capobianco J., 2004, Fisher, 2004; Gabbard, 2002; Giovazolias and Davis, 2001; Peterson, 2002). Different psychological orientations have conflicting perspectives about therapist self-disclosure (Edwards & Murdock, 1994, Freud, 1912, Rogers, 1959, 1961). Humanist therapy contends that self-disclosure is fundamental in the therapeutic process because it helps the therapeutic alliance (Bridges, 2001, Hill and Knox, 2001; Wells, 1994). Cognitive-Behavioral therapy sees self-disclosure as a tool that can improve therapeutic techniques (reinforcement, modeling) which are fundamental to this orientation (Goldfried et al., 2003, Hill and Knox, 2003, McCullough 2000). The therapeutic alliance is related to therapeutic success (Barrett and Berman, 2001; Farber, 2003). To perform this study we used the concept of self-disclosure as the definition described by Knox, S., Hess, S., Petersen, DA, Hill, CE (1997): personal revelation or information from the therapist relating to reactions or responses to the client that arise during session. The purpose of this investigation is to measure the effects of the therapist's self-disclosure in the therapeutic alliance and the assessments of client satisfaction. The hypothesis of this study considers that self-disclosure is associated with the therapeutic alliance and with therapy satisfaction.

Índice

Dedicación	iv
Agradecimientos	v
Resumen	vi
Abstract.....	vii
Introducción	
Definición de Autorrevelación del Terapeuta:	1
Prevalencia de Autorrevelación del Terapeuta:	2
Autorrevelación y Orientación Terapéutica:	4
Tipos de Autorrevelaciones del Terapeuta:	7
La ética de la Autorrevelación:.....	9
Autorrevelación del Terapeuta en Niños:	10
El uso de la Autorrevelación:	11
La función de la Autorrevelación del Terapeuta en la Terapia Humanista:	13
La función de la Autorrevelación del Terapeuta en la Terapia Cognitivo-Conductual:	17
La Alianza de Trabajo:	19
Autorrevelación y Alianza de Trabajo:	20
Alianza de trabajo y Éxito de terapia:	22
Autorrevelación y Éxito de Terapia.....	23
Método	
Participantes:	27
Materiales:	27
Procedimiento:.....	32
Resultados.....	34
Discusión	40

Referencias	45
Apéndice A: (Cuestionario de Autorrevelación).....	59
Apéndice B (Inventario Alianza Terapéutica).....	63
Apéndice C (Cuestionario de Satisfacción del Cliente)	66
Apéndice D (Porcentaje de Beneficio de Tipos de Revelación del Terapeuta sin No- Reveló)	68
Apéndice E (Análisis Regresión y Correlaciones)	69
Apéndice F (Análisis Manova).....	70
Apéndice G (Análisis Anova One Way)	71
Apéndice H (Segundo Análisis Manova)	74

Índice de Tablas y Gráficos

Tabla 1. Descripción del Porcentaje de Beneficio de nivel de autorrevelación del terapeuta:	35
Figura 1. Gráfico de Porcentaje de Beneficio de nivel de autorrevelación del terapeuta:	36
Tabla 2. Porcentajes de Frecuencia de Tipo de Revelación:	37
Figura 2. Gráfico de Porcentajes de Frecuencia de Tipo de Revelación:	37
Tabla 3 Porcentaje de Beneficio de Tipo de Revelación.....	38
Figura 3. Gráfico de Porcentaje de Beneficio de Tipo de Revelación:	38
Tabla 4. Porcentaje de Revelación Física:	39
Figura 4. Gráfico de Porcentaje de Revelación Física:	40
Tabla 5. Porcentajes de Beneficio de Tipos de Revelación sin No-Reveló:	68
Figura 5. Gráfico de Porcentajes de Beneficio de Tipos de Revelación sin No-Reveló: ..	68

Efectos de la Autorrevelación del Terapeuta en la Alianza Terapéutica y Satisfacción del Cliente.

Durante los últimos 20 años, el interés por el tema de la autorrevelación en el ámbito de la investigación en psicoterapia, ha ido en aumento (Jacobs, 1999). Se ha tenido un gran interés por investigar tipos de revelaciones como lo son: de cliente a terapeuta, de terapeuta a cliente, de supervisor a supervisado, de supervisado a supervisor (Farber B.A., Berano, K.C., Capobianco, J.A, 2004). Investigadores en autorrevelación del terapeuta han analizado temas como: la función modeladora de la autorrevelación (Doster y Books, 1974), la respuesta del paciente en cuanto a la percepción de la autorrevelación del terapeuta (Watkins, 1990), el contexto adecuado para evaluar si la autorrevelación de un terapeuta es apropiada (Doster y Nesbitt, 1979) y la influencia de la autorrevelación del terapeuta en el éxito de la terapia (Barret y Berman, 2001).

Farber, Berano y Capobianco (2004) aluden que la mayor parte de la investigación se ha centrado en el área de la autorrevelación del cliente. Otros investigadores han estudiado: tipos de no revelaciones (Hill, Thompson, Cogar, Dennon, 1993), lo que dicen y no dicen los clientes a sus terapeutas (Farber y Hall, 2002), los factores que afectan la autorrevelación (Hall y Farber, 2001) y por último, el tema de gran controversia que trata sobre la relación de la revelación del cliente con el éxito terapéutico (Farber, 2003).

Definición de Autorrevelación del Terapeuta:

El tema sobre la autorrevelación del terapeuta, ha sido un tema que se ha definido de formas diferentes (Pizarro, 2005). Por ejemplo, algunos autores han definido este concepto como “el intercambio verbal del consejero, de una revelación personal o de información relacionada a reacciones o respuestas hacia el cliente que surgen en sesión” (Knox et al., 1997, en Constance, 2009, p. 2). Otros autores (Barret y Berman, 2001, en Constance, 2009) han descrito a la autorrevelación del terapeuta como “el intercambio con

el cliente de información personal o privada, que no es típicamente compartida con un desconocido.”(p. 2). Sin embargo, Hill y Knox (2002), describen a la autorrevelación como: las declaraciones que el terapeuta hace y que revelan algo personal sobre sí mismo, a excepción de revelaciones no verbales. Otros investigadores (Cashwell, Shcherbakova, & Cashwell, 2003) conceptualizan la autorrevelación como: la información personal de hechos sobre el consejero. Finalmente, Simon (1988) define: autorrevelación intencional como el comportamiento verbal, por el cual los terapeutas de manera consciente y con un propósito comunican información privada sobre sí mismos a sus pacientes.

Mahalik, J.R., Van Ormer, E.A., y Simi, N.L. (2000), describieron la autorrevelación como un proceso por el cual los terapeutas revelan aspectos de sí mismos al cliente. De acuerdo a estos autores este proceso es un hecho inevitable ya que hay aspectos visibles del terapeuta que revelan información sobre él o ella (i.e. su manera de vestir). Añadiendo a estas definiciones Robitschek y McCarthy (1991), han utilizado el término de autoreferencia del terapeuta, para describir las revelaciones personales hechas por el consejero relacionado con el proceso de consejería o el resultado de la terapia. Constantine y Kwan (2003), la definen como: un comportamiento verbal o no verbal que revela información personal sobre los terapeutas a los clientes. Por otro lado, Tantillo (2004), manifiesta que la autorrevelación del terapeuta es una “respuesta relacional juiciosa e informada” (p. 68), la cual ayuda a dar poder al paciente y a trasladar la relación hacia un vínculo de mutualidad. Menaker (1990) indica que la autorrevelación del terapeuta es como “una respuesta espontánea y empática a lo comunicado por el paciente por medio del comportamiento de sentimientos o experiencias análogas propias” (p.107).

Prevalencia de Autorrevelación del Terapeuta:

De acuerdo a Wells (1994), la prevalencia y aceptación de la autorrevelación del terapeuta en el campo de la psicoterapia parece estar aumentando, pese a existir aún mucha

controversia sobre si la autorrevelación debe ser una forma de intervención en psicoterapia. Según Constance (2009), se han hecho una variedad de estudios para medir la prevalencia de la autorrevelación. Se han realizado estudios utilizando métodos de autoreportes (Robitschek y McCarthy, 1991) y entre terapeutas empleados en agencias, centro de consejería universitaria, práctica privada y departamentos académicos por medio de revisar transcripciones de sesiones (Hill, C. E., Helms, J. E., Tichenor, V., Spiegel, S. B., O'Grady, K. E., y Perry, E. S., 1988).

En una encuesta de APA, Pope, K. S., Tabachnick, B. G., y Keith-Spiegel, P. (1987) encontraron que aproximadamente el 94% de los encuestados reportaron usar autorrevelaciones hasta cierto punto dentro de su práctica, en donde: un 12.9% lo hicieron de manera muy frecuente, 19.7% de manera casi frecuente, 38.6% algunas veces, 22.1% rara vez y un 5.9% nunca. Otro estudio con 60 psiquiatras licenciados, psicólogos y trabajadores sociales realizado por Mathews (1989), encontró que: el 63% autorrevelaban a sus clientes al menos en una ocasión, muy frecuentemente un 3.6%, frecuentemente un 18.6%, ocasionalmente un 40.5%, casi nunca un 21.9% y nunca un 3.6%.

Andersen y Anderson (1989) observaron que el uso de autorrevelación por parte de un terapeuta incrementa con la experiencia. En cuanto a las variables demográficas relacionadas con el uso o no uso de las autorrevelaciones, se observó que el uso de respuestas afectivas positivas fueron el tipo de autorrevelaciones más utilizadas, mientras que el tipo de autorrevelaciones de opiniones y actitudes fueron las menos utilizadas por los participantes del estudio (Andersen y Anderson, 1989).

A pesar que Andersen y Anderson observaron que terapeutas con experiencia tienden a utilizar autorrevelaciones, otros autores (Hill y Knox, 2001) observaron algo diferente y esto es que los terapeutas no autorrevelan muy frecuente durante su trabajo terapéutico con sus clientes. En este estudio se reportó que dentro de todas las

intervenciones terapéuticas usadas en terapia individual, un promedio de 3.6% usaban autorrevelaciones. Estos datos se basaron en una revisión de algunos estudios que medían el comportamiento verbal de los terapeutas (Hill y Knox, 2001).

Algunos estudios han encontrado que la frecuencia de la autorrevelación del terapeuta está afectada por la orientación terapéutica (Bloomgarden y Mennuti, 2009). Los terapeutas humanistas y existencialistas parecen divulgar más que los terapeutas psicoanalistas (Edwards y Murdock, 1994). Lane, Farber, Geller (2001), descubrieron que los temas más frecuentemente divulgados incluían la orientación del terapeuta, creencias sobre la eficacia de la terapia y disculpas por errores clínicos. Los temas menos frecuentemente divulgados en este estudio incluían: sueños del terapeuta, atracción física hacia el paciente y problemas personales.

Autorrevelación y Orientación Terapéutica:

Se dice que las características del terapeuta que pueden afectar el uso de autorrevelaciones como una intervención terapéutica son: la experiencia, la edad, el género, la etnicidad y la orientación teórica (Constance, 2009). De estas características, la que más influencia la percepción y la práctica de autorrevelar es la orientación teórica (Edwards y Murdock, 1994). Según Peterson (2002), dice que la orientación teórica del terapeuta es el predictor más fuerte del comportamiento de autorrevelación de lo que serían las variables demográficas de género y etnicidad. Estas variables demográficas han mostrado no tener efectos significativos en la autorrevelación del terapeuta (Robitschek y McCarthy, 1991).

En cuanto a la orientación teórica, algunos estudios han encontrado que la frecuencia de la autorrevelación del terapeuta está afectada por la orientación terapéutica (Bloomgarden y Mennuti, 2009). Los terapeutas humanistas y existencialistas parecen divulgar más que los terapeutas psicoanalistas (Edwards y Murdock, 1994). Existen

autores (Basescu, 1990; Cormier y Cormier, 1991; Edwards y Mardock, 1994; Ellis, 2001; Simon, 1998; Walen, DiGiuseppe, y Dryden, ,1992; Weiner, 1983) que están a favor de la práctica de autorrevelar mientras que otros autores (Freud 1912; Hackey y Cormier, 1996; Josephs, 1990; Kleinberg, Lindenman, Shapiro y Youcha, 1990) se encuentran en contra. En la parte que se encuentran a su favor, se encuentran las orientaciones: humanista, feminista, cognitivo-conductual y racional emotiva (Carew, 2009). Autores humanistas como Weiner (1983), indica que la autorrevelación del terapeuta es una herramienta muy útil en la práctica de esta terapia. Es una herramienta que permite al terapeuta ser abierto y honesto, lo que incentiva la autorrevelación de los clientes (Weiner, 1983). Este mismo autor dice que: “las autorrevelaciones que son más útiles son aquellas cuyo contenido, dosificación y tiempo indican la conciencia del terapeuta sobre el paciente como una persona” (p. 199).

Hay clínicos con orientación cognitivo-conductual, que utilizan las autorrevelaciones como una forma de promover reciprocidad con el cliente que tiene poca experiencia en compartir sus experiencias (Walen, DiGiuseppe y Dryden, ,1992). Knox y Hill (2003) comentan que los terapeutas cognitivo-conductuales creen que la autorrevelación puede ayudar en el desarrollo del vínculo terapéutico, promover un cambio terapéutico y como un modelo de comportamiento apropiado. En cambio, en la orientación racional emotiva se dice que los terapeutas racional-emotivos ven a la autorrevelación del terapeuta como un componente esencial de esta terapia. Según ellos, porque puede revelar al cliente las debilidades del terapeuta, de manera que se refuerce la idea de que todos los humanos son iguales y que ninguno vale más que otro (Peterson, 2002). Otros autores (Edwards y Mardock, 1994), argumentan que el revelar experiencias de vida similares a las del cliente puede incluso mejorar la percepción del cliente en cuanto a la atracción interpersonal de un consejero. Ellis (2001) por su parte, apoya el uso de autorrevelaciones

ya que sugiere que tanto el cliente como el terapeuta se pueden beneficiar de hablar sobre la contratransferencia cuando ésta surge. El hablar sobre la contratransferencia, promueve el crear un rapport y un aprendizaje mutuo de cómo sobrellevar con problemas comunes (Ellis, 2001).

De igual manera, Cormier y Cormier (1991) consideran este comportamiento como una de las habilidades primordiales del diálogo terapéutico, sobre todo aquellas relevaciones que van junto a intervenciones cognitivo-conductuales para el entrenamiento de terapeutas. Simon (1998) manifiesta estar de acuerdo con el uso de autorrevelaciones, sólo si ésta es genuina, abierta y permite que el proceso terapéutico sea más real sin idealizaciones. Por otra parte, Basescu (1990), asevera que el que terapeuta y cliente compartan autorrevelaciones similares no altera la experiencia, más bien permite el desarrollo de intimidad y confianza.

Por el contrario, de las orientaciones que están en contra de la práctica de autorrevelar, la más conocida es la orientación psicoanalítica (Carew, 2009). Freud (1912) decía que el terapeuta debía permanecer impenetrable al cliente. Este autor, se oponía a que el terapeuta revelara ya que argumentaba que esto interfería con la transferencia. La teoría psicoanalítica establece que los clientes que obtengan información sobre la vida del terapeuta o sobre sus sentimientos o pensamientos, no podrán ser capaces de proyectar sus miedos o fantasías al terapeuta y que la no-revelación del terapeuta ayuda a que lo clientes autorrevelen (Wells, 1994). No obstante, el autor Bridges (2001) afirma que hay psicoanalistas modernos que han empezado a tomar en cuenta la autorrevelación dentro de su propia modalidad.

Los autores (Kleinberg, Lindenman, Shapiro, y Youcha (1990), argumentan que la autorrevelación del terapeuta puede cargar al cliente con mucha información y puede desviar el énfasis de la autoexploración del cliente. Así mismo, Hackey y Cormier (1996),

señalan que el autorrevelar puede ser perjudicial para la relación terapéutica ya que resalta más los aspectos del consejero que las preocupaciones del cliente. Josephs (1990), menciona estar en desacuerdo con este comportamiento señalando dos cosas: 1) el cliente no puede cuestionar o analizar la autenticidad del terapeuta y 2) la expresión de empatía y el compartir experiencias similares de la parte del terapeuta no llega a ser perfecta porque el terapeuta y cliente son dos personas existencialmente diferentes.

Tipos de Autorrevelaciones del Terapeuta:

Tomando en cuenta las diferentes maneras en las que diversos autores conciben a la autorrevelación, es preciso indicar que no existe un consenso en cuanto los tipos de autorrevelación. Sin embargo, hay autores (Berg-Cross, 1994; Nilsson, Strassberg y Bannon, 1979; Wells, 1994) que manifiestan haber examinado ciertos tipos de autorrevelaciones. Para investigar la naturaleza de la información que los terapeutas revelan, investigadores encuestaron para un estudio a psicólogos y consejeros enfocándose en su comportamiento de autorrevelación (Berg-Cross, 1984). En este estudio de Berg-Cross (1984), se les aplicó a los participantes una encuesta de 25 ítems que fue diseñada para medir la frecuencia de la autorrevelación de los terapeutas en las áreas de información: demográfica, creencias personales y experiencias personales. Los resultados de este estudio, reportó que los temas más comúnmente revelados eran: entrenamiento profesional, familia y valores, relaciones interpersonales y creencias similares a los clientes. Los ítems relacionados a fantasías personales, objetivos, experiencias en el uso de drogas o alcohol, estatus económico, experiencias sexuales y afiliación política, fueron los temas menos revelados (Berg-Cross, 1984).

Nilsson, Strassberg y Bannon (1979) realizó un estudio análogo en donde examinó tres tipos de autorrevelaciones: interpersonal, intrapersonal y no autorrevelación. La autorrevelación interpersonal consiste en las reacciones del terapeuta hacia el cliente. En

cambio, la autorrevelación intrapersonal se refiere a información personal que ocurre fuera de terapia (Nilsson et al., 1979). En un estudio realizado por Wells (1994), se definió cuatro tipos de autorrevelaciones. El primero constaba de información relacionada a la práctica y entrenamiento (en donde obtuvo su diploma, años de experiencia, etc.). El segundo se basaba en información relacionada a circunstancias de la vida personal, experiencias, actitudes y percepciones (estado civil, orientación sexual). El tercero se enfocaba en sentimientos y reacciones personales hacia y sobre el cliente (le gusta o no le gusta el cliente). Y por último, la revelación de admitir los errores cometidos en la terapia (el decir algo inapropiado, si no escuchó algo que dijo el cliente, etc.) (Wells, 1994).

En otro estudio de Robitschek y McCarthy (1991), investigaron el comportamiento de autorrevelación y autoinvolucramiento. Se descubrió en este estudio, que los terapeutas comparten información relacionada a su estilo de consejería y entrenamiento de manera más frecuente y que muy rara vez comparten información relacionada a experiencias sexuales y creencias (Robitschek y McCarthy, 1991).

Adicionalmente, se encuentra en la literatura autores (Harris, 2001; Pizarro, 2005; Stake y Oliver, 1991) que describen otros tipos de autorrevelaciones. Según Pizarro (2005), argumenta que hay quienes reconocen que el terapeuta de forma inevitable revela aspectos de sí mismo a través de situaciones contextuales y del proceso terapéutico. Este autor quiere decir con esto, que el terapeuta muestra aspectos de su vida a través de la decoración de su oficina, de su forma de vestir, su escala de honorarios, entre otros. Por otro lado, Stake y Oliver (1991), señala un tipo de autorrevelación que es el revelar sentimientos sexuales. En cambio, Harris (2001) habla de sentimientos negativos como: culpa, vergüenza y ansiedad. En estos tipos de autorrevelaciones, en especial si se trata de sentimientos negativos, los terapeutas atraviesan la problemática de no saber qué hacer en esos casos ya que estas situaciones no sólo pueden llevar a que el proceso de terapia sea

afectado, sino también verse envueltos en faltar a los principios éticos establecidos por el APA (Fisher, 2004).

La ética de la Autorrevelación:

Según las investigaciones, se muestra que la atracción sexual en terapia es un fenómeno muy común (Gabbard, 2002). Los resultados de los estudios indican que la mayoría de los terapeutas a través de disciplinas de salud mental, (entre un 70% y un 90% de clínicos aproximadamente) han sido atraídos al menos una vez por sus clientes (Blanchard y Lichtenberg, 1998). Se dice que la mayoría de los terapeutas también han visto a estos sentimientos como éticos (Meek y McMinn, 1999). Similarmente, la tasa de involucramiento sexual de terapeutas con los clientes oscila entre un 2% a un 10% (McMinn y Meek, 1996).

Giovazolias y Davis (2001), encontraron que la autorrevelación del terapeuta de atracción puede ser beneficiosa. En su estudio, los terapeutas reportaron que cuando desarrollaron una atracción sexual hacia sus clientes, quienes si revelaron su atracción a sus clientes vieron el efecto de esa atracción en terapia como más positiva de lo que hicieron los terapeutas que no revelaron esa atracción a sus clientes (Giovazolias y Davis, 2001). Por otro lado, Fisher (2004) menciona que el tema de la autorrevelación del terapeuta sobre sentimientos sexuales sigue siendo propicio para nuevas investigaciones, ya que pocas investigaciones se han hecho sobre esto. Este mismo autor, indica que existe una falta de consenso sobre el uso y los principios éticos de este tipo de autorrevelaciones (Fisher, 2004). Muy pocos terapeutas consideran el manejar sus sentimientos sexuales y el revelarlos directamente a sus clientes (Stake y Oliver, 1991). Esto sucede muchas veces porque cuando los terapeutas experimentan este tipo de sentimientos, muchos no saben cómo proceder ya que se pueden ver envueltos en problemas con los principios del código de ética (Fisher, 2004). En relación a los principios éticos, se menciona en el Estándar 3.05

(Relaciones Múltiples) que: “Compartir aspectos de su historia personal o reacciones frente a una situación con aquellos que trabaja no es anti ético cuando los psicólogos limitan sus conversaciones para lograr necesidades terapéuticas, educacionales y de supervisión... Un cruce de frontera puede convertirse en una violación del vínculo cuando psicólogos comparten información personal con sus clientes, estudiantes, empleados para satisfacer sus propias necesidades... (Fischer, 2003, p.104).

La investigación sobre la autorrevelación en general, a excepción de sentimientos sexuales, indica que es una técnica de terapia comúnmente percibida por casi todos los terapeutas como ética (Pope et al., 1987). Sin embargo, el uso de este tipo de autorrevelaciones toca cuestiones de vínculo importantes (Fisher, 2004). Por esta razón, los terapeutas difieren en lo que ellos creen que constituye una autorrevelación ética (Constance, 2009). La falta de investigación que concierne la ética de este comportamiento de autorrevelar, lleva a que los terapeutas basen sus decisiones de divulgar o no información personal de sí mismos en principios o guías éticas como la del APA (Peterson, 2002).

Autorrevelación del Terapeuta en Niños:

Así como hemos visto anteriormente los diferentes puntos de vista sobre el uso de la autorrevelación dependiendo de las orientaciones del terapeuta, en psicoterapia con niños también vemos que pasa lo mismo. Capobianco y Farber, (2005) mencionan en su artículo, que hay terapeutas contemporáneos cuya tendencia es apoyar el uso prudente de autorrevelaciones con clientes que son menores. Por ejemplo, Papouchis (1990), afirma que las etapas psicosexuales gobiernan la capacidad del niño para autorrevelar y su necesidad de que los adultos revelen algo sobre ellos. De igual manera, Gardner (1993), argumenta que los niños que han logrado un pensamiento operacional formal se pueden beneficiar de una terapia orientada a la introspección pero niños menores que tienen una

capacidad cognitiva que no es concreta, requieren que las autorrevelaciones del terapeuta modelen como debe trabajarse en un proceso de terapia para que así se pueda acelerar la ganancia terapéutica. Otros autores que concuerdan con esta posición, recomiendan a los terapeutas que utilicen la autorrevelación cada vez que traten pacientes que tienen una capacidad reducida de pensamiento abstracto (Psychiatric Services, 2001).

Capobianco y Farber (2005) afirman que hay una notable carencia de investigaciones sobre el uso de autorrevelación del terapeuta con niños. Estos autores mencionan el estudio de Leichtentritt y Shechtman (1998), donde se encontró que la mayoría de las investigaciones sobre este tema se han enfocado más en muestras de adultos (Leichtentritt y Shechtman, 1998, en Capobianco y Farber, 2005). Sin embargo, estos mismos autores mencionan que existen estudios que aunque no han evaluado directamente la autorrevelación del terapeuta a niños en terapia individual, sus resultados están vinculados a este tema.

Vondracek y Vondracek (1971), encontraron que niños de sexto grado revelaron más a un entrevistador adulto que divulgaba información que a uno que no lo hacía. También encontraron en este mismo estudio que el contenido de lo que los niños divulgaron reflejó los del entrevistador (Vondracek y Vondracek, 1971). Los resultados de Rotenberg y Mann (1986), apoyan la idea de Youniss (1980) sobre que alrededor del cuarto grado, los niños empiezan a valorar y a esperar reciprocidad de divulgación (Rotenberg y Mann, 1986, en Capobianco y Farber, 2005) (Youniss, 1980, en Capobianco y Farber, 2005). Estos resultados dan un apoyo empírico preliminar para el argumento sobre que la autorrevelación del consejero con niños puede fortalecer la alianza y facilitar en gran medida la divulgación de los clientes que son niños (Capobianco y Farber, 2005).

El uso de la Autorrevelación:

En relación al uso de la autorrevelación por parte de los terapeutas, se puede

exponer algunas razones del por qué lo hacen. Hay algunos terapeutas que indican que suelen divulgar a menudo para: “aumentar la percepción de similitud entre ellos y sus clientes, para modelar el comportamiento adecuado para los clientes, para fomentar la alianza terapéutica, para validar la realidad o normalizar las experiencias del cliente, para ofrecer formas alternas de pensar y actuar, y para satisfacer a los clientes que querían divulgación terapeuta” (Hill y Knox 2001, en Constance, 2009, p.2-3).

Bridges (2001) manifiesta que para quienes tienen el propósito de fomentar la alianza terapéutica, sus intenciones se enfocan en: mejorar la cooperación del cliente; contribuir hacia una relación más real; aumentar intimidad y calidez; permitir al terapeuta arriesgarse a ser más visible; aumentar la confianza del cliente; disminuir la ansiedad y la alineación del individuo; demostrar que el terapeuta entiende lo que el cliente trata de transmitir; demostrar la intención del terapeuta de tomar responsabilidad por posibles errores o dirigir la preocupación del cliente por algunos aspectos de la apariencia del terapeuta o de su comportamiento. La autorrevelación también se usa para aumentar la percepción de similitud entre los terapeutas y sus clientes (Hill y Knox, 2001), para fomentar una relación más igualitaria (Bridges, 2001), para permitir al cliente estar más en contacto con su propio poder o de ver al terapeuta más humano o falible, ayudar a reducir la distancia entre terapeuta y cliente o para ayudar a aumentar el sentido de sí mismo del cliente (Simi y Mahalik, 1997).

Cuando el terapeuta se autorrevela con el objetivo de modelar el comportamiento adecuado para los clientes, esta acción puede ayudar a demostrar habilidades de afrontamiento y de resolución de problemas, autoaceptación o asertividad; y puede también facilitar la autorrevelación del cliente al modelar la voluntad para divulgar (Bridges, 2001). La técnica de normalizar y validar la realidad de las experiencias del cliente, puede ayudar al cliente a sentirse menos solo, ansioso o loco (Linehan, 1993). Al normalizar la

experiencia del cliente, el cliente se siente que no es el único que pasa por una experiencia así. También cuando se hace con la idea de validar al cliente, el autorrevelar se lo usa de esta manera: reforzando los esfuerzos y metas del cliente, validando las decisiones y acciones del cliente, demostrando un entendimiento de las situaciones del pasado donde el cliente fue herido, respetando, apoyando y apreciando al cliente o a sus las fortalezas (Simi y Mahalik, 1997).

Por último, cuando se usa el comportamiento de autorrevelar con la meta de ofrecer formas alternas de pensar y actuar, se lo puede hacer también para facilitar la introspección o un aprendizaje (Jacobs, 1999). Esto puede ayudar al cliente a: que cambie de perspectiva y gane una introyección que puede permitir al cliente a que aprenda sobre sí mismo; puede permitir al cliente a que se vea a sí mismo desde afuera y a lidiar con mayor eficacia su vida (Linehan, 1993).

La función de la Autorrevelación del Terapeuta en la Terapia Humanista:

La autorrevelación tiene como objetivo, permitir al paciente saber que el terapeuta ha entendido la importancia de la comunicación que se ha logrado y que corrobora la realidad del paciente (Pizarro, 2005). Patterson (1974), afirma que la autorrevelación del terapeuta, involucra un tipo particular de respeto por el cliente así como un indicativo de cercanía en la relación. Este mismo autor, dice que la autorrevelación debe darse por el beneficio del paciente y no se debe autorrevelar buscando el terapeuta sentirse mejor consigo mismo. El terapeuta no debe imponerse ante el cliente, porque la terapia es para el cliente y no para el terapeuta. Por este motivo, como se lo hace en el caso de autenticidad, la autorrevelación debe considerarse en términos de facilitación o terapéuticamente (Patterson, 1974).

Por otro lado, Basescu (1990) dice que cuando el terapeuta hace comentario sobre sus propias reacciones y sobre lo que surge en la relación entre las dos personas (terapeuta-

cliente), es la autorrevelación más importante que se puede hacer. Este autor resalta la diferencia entre la autorrevelación inapropiada o impulsiva (contratransferencia), de la autorrevelación espontánea que surge cuando el terapeuta está completamente presente, disponible y dispuesto a responder a cualquier interacción social (Basescu, 1990).

Siguiendo en esta línea de hacer una diferencia entre términos como Basescu: otros autores distinguen (Watkins, 1990; Watkins y Schneider, 1989) entre autorrevelación y autoinvolucramiento. Watkins y Schneider (1989), menciona que desde los últimos 15 a 20 años, han existido numerosos estudios en la literatura de la psicoterapia, que comparan los efectos de la autorrevelación con los de autoinvolucramiento del terapeuta en los clientes. Según Watkins (1990), declara que por más que se ha contrastado las declaraciones de autoinvolucramiento con las de autorrevelación; las declaraciones de autoinvolucramiento siguen siendo consideradas como una forma de autorrevelación. Dentro de autorrevelación hay: autorrevelación positiva y autorrevelación negativa y dentro de autoinvolucramiento hay: autoinvolucramiento positivo y autoinvolucramiento negativo (Watkins y Schneider, 1989).

Como autorrevelación positiva, se refieren a una expresión realizada por el terapeuta sobre su pasado la cual de alguna manera lleva a reflexiones del cliente. Estas declaraciones transmiten experiencias del pasado, en las cuales el contenido o los sentimientos son de alguna manera similares a la experiencia de ayuda del cliente (Watkins y Schneider, 1989). En cambio, autoinvolucramiento positivo es: una expresión directa y positiva que hace el terapeuta sobre el comportamiento del cliente, que se centra en el aquí y ahora de la relación terapéutica (McCarthy y Betz, 1978) (Watkins y Schneider, 1989). Además, estos dos autores Watkins y Schneider (1989) describen el autoinvolucramiento negativo como: una expresión directa que hace el consejero sobre el comportamiento del cliente pero que es negativa.

Existen otros autores, quienes dividen a la autorrevelación de distintas maneras. Hill y O' Brien (1999), la divide en tres categorías: hechos, sentimientos, y estrategias. Pizer (1993), la divide en tres temas: inevitable, inadvertida y deliberada. El ser inevitable, se refiere a eventos obvios que ocurren en la vida del terapeuta, como es un embarazo, cambios en el peso corporal, entre otros (Carew, 2009). El ser inadvertida, se la entiende bajo los conceptos de transferencia y contratransferencia y sus efectos. También se pueden incluir a esto el tono de la voz y la empatía (Carew, 2009).

Jourard (1971) afirma que la autorrevelación se refiere a la medida por la cual el terapeuta comunica al cliente experiencias y reacciones relevantes. Se dice que ha existido muy poca investigación sobre el proceso y éxito en la autorrevelación del terapeuta en la tradición humanista; al menos utilizando muestras de terapia actuales (Jourard, 1971, en Sachse y Elliot, 2001, p. 89). La terapia humanista sostiene que la presencia real, empático y simpático terapeuta puede ser sanador en si (Greenberg, Rice, y Elliot, 1993). Por otro lado, la autorrevelación del terapeuta es esperada y deseada como medio de exhibir congruencia (Rogers, 1961) y transparencia (Jourard, 1971).

Rogers (1951), se enfatizó en que la actitud del terapeuta era central para el éxito de terapia más que alguna técnica en particular. Por esta razón señaló tres condiciones básicas que producen cambios terapéuticos y estas incluyen: aceptación incondicional, empatía y autenticidad. Así mismo, se enfatizó en tres aspectos del rol de terapeuta: 1) la importancia de responder a los sentimientos expresados por el cliente en lugar del contenido 2) la aceptación de los sentimientos del cliente y 3) la clarificación de los sentimientos expresados por el cliente (Roger, 1942).

La autenticidad o congruencia de la parte del terapeuta se refiere a que el terapeuta tiene acceso a sus propios sentimientos y pensamientos relacionados al cliente y a la situación terapéutica (Sachse y Elliot, 2001). Carkhuff (1969) indica que “la dimensión de

la autorrevelación es una faceta de autenticidad...el compartir espontáneo de ambas partes es la esencia de una relación auténtica” (p. 208-209). Truax y Mitchell (1971) dicen que el terapeuta no evade o niega estas experiencias relevantes pero es capaz de percibir y usarlas terapéuticamente. Algunos estudios han indicado una correlación positiva significativa entre la autenticidad del terapeuta y éxito (Rucker, 1983). Por otro lado, otros estudios, no han encontrado una conexión entre autenticidad y éxito terapéutico (Mendola, 1982). Sachse y Elliot (2001) mencionan que la autenticidad del terapeuta es una condición terapéutica potencialmente eficaz. Sin embargo, mucho más que la empatía y la aceptación, los efectos dependen de condiciones desconocidas que necesitan ser investigadas más detenidamente, incluyendo condiciones en donde la autenticidad puede interferir con cambios positivos (Sachse y Elliot, 2001).

La empatía y aceptación incondicional están relacionadas con la autenticidad ya que estas tres son las condiciones básicas de la actitud del terapeuta descritas por Rogers (1951) para fomentar un cambio terapéutico. La empatía permite que el terapeuta sea auténtico en momentos importantes para el cliente y la aceptación del terapeuta se refiere a una autoaceptación del terapeuta de sí mismo y eso le permite ser auténtico (Sachse y Elliot, 2001). Según Sachse y Elliot (2001), la empatía del terapeuta es un factor crítico en iluminar, profundizar y enriquecer correctamente la experiencia del cliente. La empatía puede ser considerada como el deseo del terapeuta y el esfuerzo para entender cómo es el cliente y el poder comunicar adecuadamente esa experiencia al mismo. Los humanistas ven a la empatía como una herramienta vital para comprender la naturaleza y significado de la experiencia del cliente. La empatía por parte del terapeuta es una respuesta que ha tenido un impacto multicultural en el cliente (Sachse y Elliot, 2001).

El entendimiento empático es la habilidad del terapeuta de entender al cliente y los resultados empíricos apoyan la importancia de este atributo como predictor de éxito

(Barrett-Lennard, 1962, en Sachse y Elliot, 2001, p. 85). Se dice que el entendimiento empático es generalmente asociado con resultados positivos y aunque algunas veces es fuertemente efectivo éste nunca es dañino (Sachse y Elliot, 2001).

Por último, otra variable básica es la aceptación incondicional positiva que consiste en algunos aspectos. Por un lado, la aceptación se refiere a estar interesado, estar en términos amigables y abstenerse de rechazar al cliente sin importar lo que él o ella haga. También se refiere a aceptar los contenidos expresados por el cliente y abstenerse de juzgar positiva o negativamente (Sachse y Elliot, 2001). Esto no quiere decir que se debe estar de acuerdo o respaldar al cliente, sino tener una actitud sin prejuicios (Rogers, 1959). La aceptación del cliente por el terapeuta es un prerequisite esencial ya que crea una base para el trabajo constructivo terapéutico entre el terapeuta y cliente. Esto mismo puede ser aplicado para la autenticidad. Por lo tanto, la aceptación hace que sea un factor importante para muchos clientes porque ayuda a establecer una alianza terapéutica segura y confiable (Sachse y Elliot, 2001).

La función de la Autorrevelación del Terapeuta en la Terapia Cognitivo-Conductual:

De acuerdo con Goldfried, Burckell y Eubanks-Carter (2003), mencionan que hay las funciones del terapeuta que más se destacan son: 1) Proveer una retroalimentación del impacto interpersonal realizado por el cliente 2) Fomentar motivación y expectativas positivas 3) Reforzar el vínculo terapéutico 4) Normalizar la reacción del cliente 5) Reducir los miedos del cliente 6) Modelar una manera eficaz de funcionamiento.

La primera función del terapeuta, se refiere a que cuando los terapeutas revelan el impacto que hace el cliente en ellos personalmente, están dando una retroalimentación interpersonal invaluable de las posibles reacciones positivas o negativas que pueden tener otros en la vida del cliente (McCullough, 2000). Esta retroalimentación sirve para proveer

a los clientes una visión más realista y actualizada de lo que probablemente funciona o no en sus relaciones interpersonales (Goldfried, et al., 2003).

La segunda función del terapeuta, se concentra en fomentar motivación y expectativas positivas. Según Prochaska y DiClemente (1992), señalan que una motivación identificada es la clave para determinar si las personas se movilizan de una etapa caracterizada por una negación y carencia de motivación para el cambio a una etapa caracterizada por una contemplación de la necesidad de cambio y un alto sentido de motivación.

La tercera función del terapeuta, trata sobre el reforzamiento del vínculo terapéutico. Goldfried, Burckell, y Eubanks-Carter (2003) mencionan que, los terapeutas deben mostrarse humanos de una manera que sea a través de la autorrevelación y también que si el terapeuta es capaz de revelar que él o ella ha encontrado el mismo problema que el cliente está experimentando, esto puede servir para ayudar a fortalecer el vínculo terapéutico.

La cuarta función del terapeuta, se refiere a que si se normaliza la experiencia del cliente por medio de una autorrevelación, esto puede probar ser una intervención más inmediata y efectiva, de lo que no sería tanto el explicar este fenómeno a su cliente con la expectativa de que éste cambie su manera de pensar sobre sus dificultades (Goldfried, et al., 2003).

La quinta función del terapeuta, habla sobre que el hacer un contacto con un modelo de miedo que haya afrontado satisfactoriamente, ha sido evidenciado ser útil para reducir el mismo (Bandura 1986, en Goldfried, Burckell, y Eubanks-Carter, 2003, p. 564). Al revelar los terapeutas sobre sus experiencias de lidiar con sus propios miedos, el terapeuta debe describir sus pensamientos y sentimientos de forma bien detallada y debe enfatizarse tanto las dificultades que experimentaron así como en sus esfuerzos para poder

sobrellevarlas (Meichenbaum, 1977, en Goldfried, Burckell y Eubanks-Carter, 2003, p. 564). Esta última función puede ser útil en demostrar comportamientos que son nuevos para los clientes, así como para demostrar un funcionamiento apropiado y una manera eficaz de lidiar con una dificultad o situación de la vida diaria en particular (Linehan, 1993, en Goldfried, Burckell y Eubanks-Carter, 2003, p. 565).

La Alianza de Trabajo:

Gelso y Carter (1985), definen a la alianza de trabajo como el cuidado que el terapeuta y el cliente sienten de uno hacia el otro, así como la noción percibida de ambas partes que trabajan de forma productiva hacia una meta en común. Freud (1913, 1958) decía que la alianza no sólo era la interacción diádica entre el terapeuta y el cliente, sino también la colaboración del terapeuta con el cliente. Esta definición también incluía el incentivo del cliente por sentimientos de calidez hacia el terapeuta (Freud, 1910, 1957). Sterba (1934), definió a la alianza de trabajo como: “la alianza del ego.” Este mismo autor, representó la alianza como el incentivo del cliente por identificarse con el terapeuta, para ayudar al cliente a elaborar su ego hacia el lado del terapeuta. Como resultado de esto, se creía que la alianza iba a permitir al cliente ver los problemas desde un nuevo punto de vista y también a eliminar impedimentos para el progreso de la terapia (Stevens, 2008).

Zetzel (1956) describió a este término como: “la alianza terapéutica.” Este autor, describió a la alianza terapéutica como la habilidad del cliente de usar su parte del ego saludable para unirse al terapeuta y que se pueda lograr las actividades terapéuticas (Zetzel, 1956). El mismo autor también relató que la alianza era el resultado de la identificación del cliente con el terapeuta, la precursora de la habilidad del cliente para afrontar el proceso de análisis de transferencia. De igual manera, Bordin (1976), propuso que la alianza de trabajo incluía el acuerdo del terapeuta y del cliente, de metas y actividades de la terapia, así como el desarrollo del vínculo afectivo entre los miembros de la relación terapéutica. Good y

Mintz, (2005) dicen que actualmente esta definición de Bordin (1976), es una de las más utilizadas tanto por investigadores como practicantes.

Por otro lado, Saketopoulou (1999), menciona que aunque hay varias definiciones para el término de alianza de trabajo, no existe una definición aceptada universalmente (Saketopoulou, 1999, en Stevens, P., 2008). Sin embargo, los autores Eaton, Abeles y Gutfreud (1988), dicen que se cree que la alianza de trabajo se desarrolla durante las tres primeras sesiones y ésta no cambia de manera significativa durante el curso de la terapia (Eaton, Abeles y Gutfreud, 1988).

Autorrevelación y Alianza de Trabajo:

Se han hecho investigaciones sobre el tiempo en que las autorrevelaciones del terapeuta se hacen y sus interacciones con la alianza de trabajo (Stevens, 2008). Por ejemplo, Myers (2004) afirma que la alianza de trabajo debe ser cultivada antes de cualquier autorrevelación. Este autor, opina que cuando la alianza de trabajo es fuerte, las autorrevelaciones del terapeuta pueden llevar a evaluaciones favorables del cliente sobre su terapeuta en términos de experiencia y profundidad de las sesiones (Myers, 2004). Por otro lado, cuando una alianza de trabajo es débil, las autorrevelaciones del terapeuta pueden llevar a evaluaciones negativas del cliente sobre el terapeuta en términos de experiencia y profundidad de las sesiones. En contraste, Safran y Muran (1996), opinan que las autorrevelaciones del terapeuta pueden reparar una ruptura de una alianza terapéutica existente. De igual manera, Dailey (2004), señala que algunos investigadores especulan que hay una relación entre la autorrevelación del terapeuta y la alianza de trabajo.

Horvath y Bedi (2002), mencionan que hay investigadores que han estudiado los factores terapéuticos que contribuyen a la alianza del trabajo y también los componentes que están incluidos, especialmente el vínculo terapéutico entre el terapeuta y el cliente.

Por un lado, Beitman y Yue (1999), dicen que la autorrevelación del terapeuta

puede involucrar a los clientes altamente reactivos (quienes se niegan a seguir instrucciones de los demás). Por otro lado, existen otros autores que afirman que el compartir reacciones de manera genuina con el cliente, puede mejorar el significado de la relación terapéutica (Good y Mintz, 2005). También Derlega, Metts, Petronio y Margulis (1993), descubrieron que la autorrevelación del terapeuta contribuye con el desarrollo de una relación cercana así como al mantenimiento de la misma.

Un estudio realizado por Wells (1994) para medir los efectos de la autorrevelación del terapeuta en el cliente y en la relación terapéutica, encontró que: siete de ocho clientes tuvieron una reacción negativa en un inicio, hacia las declaraciones de autorrevelación efectuadas por el terapeuta. Dichas divulgaciones tendían a contener detalles íntimos sobre la vida del terapeuta (experiencias con abuso de sustancias, conflictos familiares, etc.). Las reacciones iniciales de los clientes incluyeron: sentirse aturdidos, ofendidos, asustados y molestos. También se vio en este estudio, que las reacciones a las revelaciones posteriores del terapeuta dependían de la calidad de la relación terapéutica y que calidad de la relación estaba asociada directamente con la forma en cómo las revelaciones fueron percibidas favorablemente (Wells, 1994).

Finalmente, un estudio de Myers y Hayes (2006) fue realizado para examinar como las percepciones del terapeuta y la sesión son afectadas por autorrevelaciones entre generales del terapeuta, autorrevelaciones de contratransferencia y cuando los terapeutas no autorrevelan. Estos autores indican que cuando la alianza de trabajo fue percibida como fuerte, las sesiones fueron evaluadas como profundas y el terapeuta fue evaluado como más experto cuando hacia revelaciones generales que cuando no revelaba. Sin embargo, cuando la alianza fue percibida como negativa, era mejor que el terapeuta no haga revelaciones generales o de contratransferencia. El terapeuta fue evaluado como menos experto y las sesiones fueron vistas como superficiales cuando el terapeuta realizaba

autorrevelaciones generales o de contratransferencia en comparación de cuando no autorrevelaba. Estos autores mencionan en su artículo que el hallazgo de que las revelaciones generales sobre el terapeuta causaron que sea visto como más experto que cuando no compartía ningún detalles de sí mismo, apoya la noción de que ser más genuino y humano mejora el proceso terapéutico (Myers y Hayes, 2006).

Alianza de trabajo y Éxito de terapia:

Knox, Hess, Petersen y Hill (1997), descubrieron que la autorrevelación del terapeuta lleva a la introspección del cliente e hizo que el terapeuta se vea más real y humano. Estos autores notaron que el sentir que el terapeuta era más real y humano, mejoró la relación terapéutica y ayudó a los clientes a sentirse tranquilos y normales. Así mismo, vieron que la mejora de la relación terapéutica y el sentimiento de tranquilidad y normalidad, hizo que los clientes se sientan bien y esto sirvió como un modelo de cambios positivos y de cómo ser honestos y abiertos en terapia (Knox et al., 1997). Se ha dicho que la alianza de trabajo es el predictor fundamental del éxito de la terapia (Rogers, 1959, 1961). De igual forma, varios estudios han sugerido que el desarrollo de la alianza de trabajo en las primeras etapas de la terapia está relacionado con el éxito de tratamientos satisfactorios (Bordin, 1979, 1981).

Otros teóricos, creen que una alianza positiva es un prerrequisito para intervenciones efectivas, ya que ésta provee un ambiente seguro y un refuerzo interpersonal que el cliente necesita para tolerar la ansiedad que surge de las intervenciones en terapia (Teyber, 1991). Orlinsky, Ronnestad y Willutzki (2004) aluden que hay diversas investigaciones que permiten que se afirme que hoy por hoy la evidencia más sólida que relaciona el proceso y resultado, es la alianza terapéutica. Añadiéndose a esta idea, una revisión de 132 investigaciones de proceso y resultado psicoterapéutico que fue realizado por Orlinsky, Grawe y Parks (1994), concluyeron que existe una fuerte relación entre el resultado del

proceso terapéutico y la calidad de la alianza terapéutica.

Autorrevelación y Éxito de Terapia

De acuerdo a Constance (2009), la autorrevelación del terapeuta, en la relación terapéutica ha sido estudiada por psicólogos y consejeros como una variable causante de polémica, pero que se considera significativa en el proceso psicoterapéutico. Este mismo autor, menciona que los resultados de las investigaciones sobre la eficacia de la autorrevelación del terapeuta están divididos. Por ejemplo, Hill y Knox (2003) comentan que la autorrevelación del terapeuta es beneficiosa para el proceso terapéutico y éxito. En contraste, algunos autores (Derlega, Metts, Petronio y Margulis, 1993; Kaschak, 1978; Mathews, 1989) comentan que la autorrevelación puede ser perjudicial para el cliente.

En relación a los aspectos beneficiosos de la autorrevelación, Goldstein (1994) menciona que la autorrevelación es beneficiosa en el proceso terapéutico. Este autor, indica que el autorrevelar puede ser crucial en el trabajo con clientes cuyos antecedentes o estilos de vida alternativos contribuyen a sentimientos de alineación que pueden retardar el establecimiento de un vínculo terapéutico. Este mismo autor, señala también que en casos extremos las autorrevelaciones del analista podrían quebrantar la seguridad percibida del cliente y la capacidad de confiar en el consejero o podrían crear una situación traumática similar a una de la infancia del cliente, y esto a su vez pondría al éxito terapéutico en un potencial peligro (Goldstein, 1997).

Al estudiar la psicoterapia de clientes de larga duración utilizando métodos cualitativos, se encontró que la autorrevelación tenía la tendencia a ser bien recibida y los clientes a quienes los terapeutas autorrevelaron, describieron al terapeuta más “real”, humano y a la relación como balanceada (Knox, et al., 1997). Hoffman-Graff (1977) encontró que los terapeutas quienes autorrevelaron sobre sus vulnerabilidades y deficiencias fueron descritos por sus pacientes como más empáticos, cálidos y creíbles, que

a aquellos terapeutas que revelaron aspectos personales como sus habilidades y su experiencia profesional.

Los resultados de varios estudios reportan que la autorrevelación puede mejorar tanto el éxito de la terapia de corta duración (Barret y Berman, 2001) como el de la terapia de larga duración (Knox, Hess, Petersen y Hill, 1997). En estos resultados, los clientes perciben al terapeuta que autorrevela como más útiles y eran capaces de facilitar mejores niveles de experiencia en los clientes (Hill, Mahalik y Thompson, 1989). Según Barret y Berman (2001), dicen que durante las primeras cuatro sesiones de terapia, los terapeutas que autorrevelaron en respuesta a las autorrevelaciones del cliente llevaron a una reducción de los síntomas del cliente y fueron percibidos más agradables a comparación de los terapeutas que no revelaron.

Por otra parte, Simone, McCarthy y Skay (1998), encontraron que la autorrevelación lleva a niveles altos de satisfacción del cliente de la terapia así como a un alto nivel de probabilidad de que los clientes regresen por consultas adicionales. Al explorar los beneficios de la autorrevelación desde la perspectiva del cliente, se identificó que cuando las autorrevelaciones eran utilizadas por los terapeutas, los clientes de estos terapeutas fueron más propensos a ver a sus terapeutas como amigables, abiertos, útiles y cálidos (Murphy y Strong, 1973, en Stevens, 2008).

Resultados de una encuesta, revelaron efectos positivos de la autorrevelación del terapeuta sobre el éxito de terapia (Ramsdell y Ramsdell, 1993). Esta encuesta de Ramsdell y Ramsdell (1993), encontró que los clientes evaluaron que la información personal compartida por sus terapeutas que tenía efectos beneficiosos sobre la terapia.

Estudios han señalado que la atracción del cliente por su terapeuta mejora cuando el terapeuta se autorrevela en un nivel íntimo y cuando las autorrevelaciones incluyen: experiencias, creencias o actitudes similares a las del cliente (Hoffman-Graff, 1997). No

obstante, algunos investigadores no han encontrado efectos apreciables o menos efectos positivos para los terapeutas que autorrevelan (Friedlander, Thibodeau, Nichols, Tucker, y Snyder, 1985, en Peca-Baker y Friendlander, 1987) (Curtis, 1981, en Peca-Baker y Friendlander, 1987).

En dos diferentes estudios, Hendrix (1988) encontró que los participantes están muy interesados en recibir una autorrevelación de su potencial consejero y que sus terapeutas pueden ocupar un lugar especial entre los profesionales con quienes ellos pueden interactuar (Hendrix, 1988).

Hanson (2005) descubrió en su estudio que los participantes estuvieron dos veces y medio más propensos a encontrar las divulgaciones más útiles, y dos veces más propensos a experimentar las no-revelaciones como no útiles. Así mismo, menciona que cuando los participantes reportaron a las revelaciones como útiles, valoraron que las autorrevelaciones del terapeuta contribuyeron hacia una relación real que incluía: 1) sensación de conexión de intimidad, cercanía y calidez 2) confianza, seguridad y una disminución de alineación 3) sensación de ser entendido profundamente, de ser bien recibido y sentir que el terapeuta se preocupaba por él 4) una oportunidad de identificarse con el terapeuta y 5) sensación de que el terapeuta tomaría responsabilidad de sus errores. De igual manera, mencionaron los participantes que las divulgaciones les hicieron sentir que la relación era más igualitaria, que la relación parecía más equilibrada o mutua y que el terapeuta parecía más humano o falible o que las revelaciones les ayudaron a ser más autónomos. Por el contrario, los efectos más identificables de las autorrevelaciones, donde los participantes las describieron como no útiles, fueron: 1) la disminución de la confianza y seguridad y 2) la necesidad de manejar la relación al convertirse cuidadores del terapeuta (Hanson, 2005).

Por el lado que se comenta la parte negativa del uso de las autorrevelaciones, hay autores que afirman que el autorrevelar puede ser perjudicial para el cliente (Derlega,

Metts, Petronio y Margulis, 1993; Kaschak, 1978; Mathews, 1989). Algunos autores han advertido el uso de la autorrevelación debido a la posibilidad de que algunos practicantes puedan usarla para satisfacer sus metas personales, siendo esto un comportamiento anti ético porque no considera las necesidades del cliente (Derlega, et al., 1993). La autorrevelación puede cambiar el foco de atención de las necesidades del cliente hacia las necesidades del terapeuta (Mathews, 1989), mientras que también puede interferir con las del cliente (Kaschak, 1978, en Stevens, 2008).

Como se ha mencionado anteriormente, la alianza terapéutica relaciona el proceso y resultado de una manera sólida, como predictor fuerte de éxito terapéutico (Rogers, 1959, 1961). Carkhuff (1969), relaciona la autorrevelación con la alianza terapéutica señalando que la autorrevelación es una faceta de autenticidad. La autorrevelación es parte de la autenticidad del terapeuta, sin embargo, la alianza requiere otros componentes adicionales por lo que puede decirse que la autorrevelación es nada más que un componente de la alianza terapéutica.

Aunque existen algunos estudios sobre los efectos de la autorrevelación del terapeuta en la psicoterapia, aún es poco claro la relación que tiene la autorrevelación con la alianza terapéutica y satisfacción del cliente. Por este motivo el autor de esta tesis pretende con esta investigación medir: 1) La relación entre la autorrevelación del terapeuta en la alianza terapéutica y en las evaluaciones de satisfacción del cliente. 2) Explorar sobre la frecuencia y el tipo de autorrevelaciones que usan los terapeutas Humanistas y los terapeutas Cognitivos-Conductuales. 3) La percepción de lo que los participantes consideran como autorrevelaciones beneficiosas o perjudiciales. Para realizar esta investigación se utilizó el concepto de autorrevelación como la definición descrita por Knox, Hess, Petersen y Hill (1997): la revelación personal o de información relacionada a reacciones o respuestas hacia el cliente que surgen en sesión.

Método

Participantes:

La muestra consistió de un total de 41 estudiantes de quinto año de la Universidad San Francisco de Quito, de la especialidad de Psicología Clínica cuyo rango de edad oscilaba de 20 y 27 años, a quienes se los dividió en dos grupos: El primer grupo, lo conformó un total de 21 estudiantes, de los cuales 19 fueron mujeres y 2 fueron hombres. El segundo grupo, lo conformó un total de 20 estudiantes, de los cuales 18 fueron mujeres y 2 fueron hombres. Estos estudiantes como requisito de sus cursos de Terapia Cognitivo-Conductual y Terapia Humanista, debían asistir a nueve sesiones con un terapeuta de una de esas dos orientaciones. El primer grupo asistió a terapia con terapeutas Humanistas. El segundo grupo asistió a terapia con terapeutas Cognitivo-Conductuales. La duración de psicoterapia para ambos grupos fue de un total de 9 sesiones. Se les aplicó los cuestionarios a los dos grupos de terapia: a aquellos que asistían a terapia con orientación Humanista y Cognitivo-Conductual.

Materiales:

Para esta investigación la encuesta que fue aplicada se basó en tres componentes (Ver Apéndice A, B y C): el cuestionario de autorrevelación, el inventario de alianza terapéutica (WAI) y el cuestionario de satisfacción de cliente (CSQ-8).

El Cuestionario de Autorrevelación: Se les aplicó a los estudiantes de quinto año de la Universidad San Francisco de Quito, de la especialización de Psicología Clínica. Este cuestionario consta de seis preguntas, las cuales fueron desarrolladas basándose en la literatura sobre autorrevelación del terapeuta. El cuestionario de Autorrevelación empleado en este estudio es una adaptación de la escala de Carkhuff (1969) que a su vez fue adaptado de la escala de Dickenson (1965). Esta escala se la obtuvo de Patterson (1974), el cual describe cinco niveles de autorrevelación que facilita los procesos interpersonales de

los clientes. Estos cinco niveles describen a un terapeuta que no autorrevela a un terapeuta que autorrevela bastante. El nivel 1 describe un terapeuta que no está dispuesto a revelar información personal aún cuando se le solicitara. Esta persona evade y desvía cualquier pregunta. El nivel 2 describe un terapeuta que no toma la iniciativa de revelar, pero si se le solicita éste responde brevemente y no proporciona más información de la que se le pregunta. El nivel 3 describe un terapeuta con disposición de revelar información sin embargo, esta información es muy general. “El nivel 4, es un terapeuta que está dispuesto a revelar información acerca de sus ideas personales, actitudes, creencias, sentimientos y experiencias en base a lo que el cliente solicite o le interese conocer sobre él o ella. Por último, el nivel 5, es un terapeuta revela información íntima y muy detallada sobre sí mismo con el fin de satisfacer las necesidades de sus clientes y a lo que a éstos les interesaba conocer sobre él o ella.

Esta escala de Carkhuff (1969) fue modificada para este estudio, con el propósito de medir como los clientes evalúan el nivel de autorrevelación de sus terapeutas. Esto se logró, al simplificar las descripciones de los niveles de autorrevelación del terapeuta para que estas dieran una descripción más simple y clara del comportamiento de un terapeuta. Como la escala de Carkhuff (1969) utilizada solo incluye cinco escalas, para este estudio se añadió un nivel extra para diferenciar autorrevelaciones en las que el terapeuta **esta** centrado en el proceso terapéutico y autorrevelaciones que son dadas sin tomar en cuenta las necesidades del cliente o con fin terapéutico. Esta misma escala fue traducida al español para cumplir con el propósito de la investigación y pueda ser respondida por los participantes. Además de los cinco niveles, se añadió tres preguntas, para direccionar el objetivo de evaluar con mayor exactitud qué tipos de autorrevelaciones expresan cada uno de los terapeutas y la frecuencia de cada una de estas revelaciones. Para medir la confiabilidad del cuestionario de autorrevelación empleado en esta investigación, se hizo un

test re-test. Los resultados del test re-test muestran que no existe una diferencia estadística significativa del T-Test Pareado en el nivel de autorrevelación del terapeuta ($T=-1.57$; $p<0,05$)

Se les pidió a los participantes de ambos grupos que respondieran este cuestionario una vez finalizadas las nueve sesiones de psicoterapia. Los participantes respondieron a un formato Likert, con opciones de respuesta que iban desde: Siempre/Casi Siempre a Nunca/Casi Nunca en unas preguntas, otro diferente formato de Likert con opción de respuesta que iba desde: Definitivamente SI a Definitivamente NO.

El Inventario de Alianza Terapéutica: Este fue aplicado a los estudiantes de quinto año de la Universidad San Francisco de Quito, de la especialización de Psicología Clínica. Este cuestionario se basa en el inventario original de Horvath (1989) Working Alliance Inventory (WAI). Este inventario fue diseñado para medir la calidad de la alianza entre terapeutas y clientes en relación a tres áreas: presencia de un vínculo terapéutico, un acuerdo de las tareas terapéuticas y un acuerdo en las metas de la terapia. Estas áreas del inventario, fueron propuestas por Bordin (1976) para ser elementos esenciales de la alianza terapéutica. El WAI es un cuestionario que consta de 36 ítems que piden evaluar las declaraciones que pertenecen a la calidad de la relación terapeuta / cliente en un formato Likert de 7 puntos que van desde: Nunca (1) y Siempre (7). Este inventario fue desarrollado con excelentes procedimientos psicométricos de un grupo de 91 ítems. Hay dos tipos de WAI, uno para ser aplicado a terapeutas y el otro para clientes. Cada ítem contiene un espacio en blanco, el cual puede ser llenado con el nombre del cliente o del consejero. El puntaje del WAI se obtiene al sumar todas las respuestas de los ítems individuales. El WAI tiene una muy buena confiabilidad en términos de consistencia interna. De una muestra de 29 parejas de clínicos y clientes involucrados en un tratamiento de corta duración, la planilla del cliente tuvo alphas de .87, .82 y .68 para escalas de

metas, tareas y vínculo. Estudios han indicado un coeficiente de homogeneidad de ítems que iban desde 0.89 a 0.93. Para la versión corta del WAI los alphas fueron de 0.90 para tareas, 0.92 para vínculo y 0.90 para metas respectivamente. La escala compuesta de la versión corta del WAI tiene un coeficiente de consistencia interna de 0.98 usando el Cronbach Alpha. Datos sobre la estabilidad no han sido reportados. La validez de este cuestionario es muy buena. Se analizó la validez discriminante y convergente con el procedimiento multimétodo y multirasgo y los resultados apoyan la validez de constructo del WAI. La subescala de metas, parece tener la mejor validez discriminante. La validez concurrente está apoyada por las correlaciones entre los puntajes de las tres subescalas y por las medidas de atractivo percibido, pericia y honradez que los clientes sienten hacia sus terapeutas y correlaciona con la empatía del terapeuta. Los puntajes en las subescalas de tareas y metas correlacionan con el reporte de éxito del cliente. Los puntajes de la subescala de tarea están asociados con una medida de indecisión del cliente, un estado-rasgo de ansiedad y un cambio en la demanda de destino del cliente según la clasificación del clínico y del cliente.

Se les pidió a los participantes de ambos grupos que respondieran este inventario, una vez que finalizaron las tres primeras sesiones con sus terapeutas. El inventario aplicado fue traducido al español para que éste pueda ser respondido por los estudiantes.

El Cuestionario de Satisfacción al Cliente: Este fue aplicado a los estudiantes de quinto año de la Universidad San Francisco de Quito, de la especialización de Psicología Clínica. Este cuestionario se basó en el cuestionario original de C. Clifford Atkinson (1979) Client Satisfaction Questionnaire (CSQ-8). Este cuestionario fue diseñado para investigar la satisfacción del cliente con el tratamiento. El CSQ-8, es un cuestionario que consta de 8 ítems que miden la satisfacción del cliente con los servicios. Los ítems de este cuestionario fueron seleccionados basándose en las calificaciones por profesionales de

salud mental de entre varios ítems que podían estar relacionados a la satisfacción del cliente y por un respectivo análisis factorial. Este cuestionario es unidimensional, rindiendo una estimación homogénea de una satisfacción general con los servicios. Ha sido extensamente estudiado y al no haber sido necesario una medida de la percepción del cliente sobre una ganancia del tratamiento o éxito, éste puede realzar la percepción del cliente sobre el valor de los servicios recibidos. Los ítems 3, 7 y 8 pueden ser usados como una versión corta de esta escala. El CSQ-8 ha sido usado con un número de poblaciones. El estudio más grande que se ha realizado consistió de un total de 3268 de clientes de 76 instalaciones clínicas que incluían pacientes ambulatorios y pacientes hospitalizados. Este estudio fue conformado por: 42 mexicanos-americanos, 96 hispanos no-mexicanos, 361 negros y 2605 blancos. Se incluyeron varias variables demográficas como el sexo. Este cuestionario parece operar sobre todos los grupos étnicos. Ocurre lo mismo para la versión de este cuestionario que fue traducida al español. Los puntajes medios de estos 4 grupos oscilaron desde: 26.35 a 27.23 y no fueron significativamente diferentes. El puntaje de este cuestionario se lo obtiene sumando los puntajes individualmente para producir un rango de puntuación que va de 8 a 22, de los cuales los puntajes mayores indican una gran satisfacción. El CSQ-8 tiene una muy buena validez. Los puntajes están correlacionados con las calificaciones de los clientes sobre la mejoría global, la sintomatología y las calificaciones de los terapeutas del progreso y simpatía de los clientes. Los puntajes están también correlacionados con una tasa de deserción. Por ejemplo, clientes que no están satisfechos muestran una alta tasa de deserción. Este test ha demostrado tener una correlación moderada con numerosas variables de resultado aunque no todas; lo que sugiere tener una correlación modesta entre satisfacción y ganancia de tratamiento. La confiabilidad del CSQ-8 se demuestra al tener una excelente consistencia interna, con un rango de alpha que va desde 0.86 a 0.94 en varios estudios. Las correlaciones test re-test no

han sido reportadas.

Procedimiento:

Una muestra por conveniencia fue utilizada en este estudio. Se pidió a dos profesores de la especialización de Psicología Clínica, el acceso a estudiantes con los que se podía trabajar. Para este estudio se consiguió un total de 41 participantes y a cada uno se les entregó un consentimiento informado y tres cuestionarios. Para la aplicación de los cuestionarios y del consentimiento informado, se escogió un horario para poder trabajar con los participantes. Este horario fue determinado por los profesores y el tiempo de aplicación fue de 15 a 20 minutos. Una vez determinado el horario en el cual se podía trabajar, se les entregó primero el consentimiento informado. Este consentimiento informado consistió en brindar toda la información pertinente de lo que trataba la investigación, su objetivo, que la participación era voluntaria y sobretodo se informaba los posibles beneficios y riesgos del estudio. Luego, de que firmaran el consentimiento informado, se les entregó tres cuestionarios: El cuestionario de autorrevelación, El inventario de alianza terapéutica y el cuestionario de satisfacción del cliente. En esta investigación era muy importante que los participantes entendieran las diversas definiciones de autorrevelación, por lo que se escogió terapeutas en entrenamiento que asistían a terapia con terapeutas profesionales. Durante la administración de los cuestionarios, se solicitó a los participantes que preguntaran si algo no entendía y se les respondió y aclaró cualquier duda. Con esta información se perfeccionó el cuestionario de autorrevelación y se les volvió a repartir hasta que todos tuvieran claro las definiciones y el método para responder el cuestionario. Entre la primera y segunda aplicación del cuestionario de autorrevelación, se realizó un test re-test para ver la discrepancia en la forma cómo calificaron al terapeuta con respecto al nivel de autorrevelación entre la primera y segunda ocasión. Para medir la confiabilidad del cuestionario de autorrevelación

que fue creado para este estudio, se hizo un T-Test Pareado. Esto se hizo con el objetivo de encontrar si había una diferencia significativa entre los test de antes y los test de después.

Los resultados del T-Test Pareado muestran que no existe una diferencia estadística significativa en el nivel de autorrevelación del terapeuta ($T = -1,57$; $p < 0,05$). El promedio de el nivel de autorrevelación del terapeuta de Antes fue ($x=2,688$) y el nivel de autorrevelación del terapeuta de Después ($x=3,063$).

Una vez contestado los tres cuestionarios, se codificaron los datos obtenidos para luego poder tabularlos. La codificación de los datos para el cuestionario de autorrevelación, consistió en poner un rango de números para cada pregunta que tenía una escala de respuesta. Por ejemplo, para la pregunta: “En el siguiente recuadro, indique con que frecuencia considera usted que su terapeuta ha manifestado cada una de las descripciones indicadas anteriormente; incluyendo aquella que usted consideró que mejor describe a su terapeuta”, se codificó la escala de respuesta poniendo un rango de números del 0 al 4, Valiendo el 0 como la respuesta de “Nunca/Casi Nunca y el 4 como la respuesta de “Siempre/Casi Siempre. Para la pregunta: “Responda sólo si su terapeuta hizo autorrevelaciones. Marque con una X cuán beneficioso para el proceso terapéutico considera usted que fueron estas revelaciones”, se codificó la escala de respuesta poniendo un rango de números del 1 al 5. Valiendo 1 como la respuesta de “Muy Beneficiosas” y 5 como la respuesta “Muy Perjudiciales”. Luego de que se codificó cada pregunta, los valores obtenidos fueron tabulados para ser analizados. Por otro lado, los cuestionarios: Inventario de Alianza Terapéutica y el Cuestionarios de Satisfacción del Cliente ya tenían un rango de números para cada pregunta que tenía una escala de respuesta y estos valores debían ser sumados individualmente para obtener un valor total. Al obtener los valores totales, estos fueron tabulados y analizados respectivamente.

Resultados

Análisis de Regresión: Para comprobar si la satisfacción del cliente se puede predecir en base al nivel de autorrevelación del terapeuta, la orientación del terapeuta y la alianza terapéutica, se aplicó un análisis de Regresión. Los datos indican que el modelo es significativo ($F=36.07$; $p=0.001$). El modelo explica el 74.5% de la variabilidad de la variable “satisfacción del cliente” ($R^2=74.5\%$). La única variable que estadísticamente predice la satisfacción del cliente es la alianza terapéutica ($T=6.30$; $p=0.001$).

Análisis de correlación Pearson: Los resultados obtenidos de la correlación Pearson, muestran que existe una fuerte correlación positiva entre la variable nivel de alianza terapéutica y la variable satisfacción del cliente ($r=0,775$). Dicha correlación indica que entre más alto es la alianza terapéutica, más alto es la satisfacción del cliente. La correlación Pearson también indica que existe una correlación positiva pero baja entre la variable nivel de autorrevelación del terapeuta y la variable satisfacción del cliente ($r=0,293$). Estos datos indican que la autorrevelación no está fuertemente relacionada con el éxito terapéutico (evaluado a través del CSQ-8); ya que no se puede probar con exactitud en este estudio si el que el terapeuta autorrevele asegura que un proceso terapéutico empeora o mejora. Relacionado con la primera hipótesis de este estudio, se encontró que la alianza terapéutica sí predice la satisfacción del cliente.

Análisis Manova: Para medir si la orientación del terapeuta está relacionada al nivel de autorrevelación del terapeuta, alianza terapéutica y satisfacción del cliente, se hizo un análisis MANOVA. Los resultados del Wilk's Lambda indican que la orientación del terapeuta sí tuvo un efecto significativo en la alianza terapéutica $F= 6,97$; $p=0,012$. El análisis Bonferroni indica de la alianza terapéutica es menor cuando el terapeuta es Cognitivo-Conductual ($x=150.150$) que cuando el terapeuta es Humanista-Gestalt ($x=168.619$). Los resultados del ANOVA, indican también que la orientación del terapeuta

sí tuvo un efecto significativo en la satisfacción del cliente ($F=28.70$; $p=0,001$). El análisis Bonferroni señala que la satisfacción del cliente es menor cuando el terapeuta es Cognitivo-Conductual ($x=18.2$) que cuando el terapeuta es Humanista-Gestalt ($x=27.9$). Sin embargo, no se encontró un efecto significativo de la orientación del terapeuta en el nivel de autorrevelación del terapeuta ($F=0.02$; $p=0,883$). El análisis Bonferroni muestra que la autorrevelación por parte de los terapeutas Cognitivos-Conductuales fue ($x=3.250$) y el nivel de autorrevelación de los terapeuta Humanistas-Gestalt fue ($x=3.190$).

Como se mencionó anteriormente, en el cuestionario se distinguió entre autorrevelación centrada en las necesidades del cliente y autorrevelación centrada en las necesidades del terapeuta. A pesar de que la muestra en este caso fue muy pequeña (3 centradas vs. 3 no-centradas) se realizó un análisis para comparar la alianza terapéutica la satisfacción del cliente. Los resultados del MANOVA indican que el nivel de autorrevelación en la alianza terapéutica no tuvo un efecto significativo $F=0,01$; $p=0,917$. Así mismo, los resultados de este análisis indican que tampoco hubo un efecto significativo para el nivel de autorrevelación en la satisfacción del cliente $F=3,96$; $p= 0,117$.

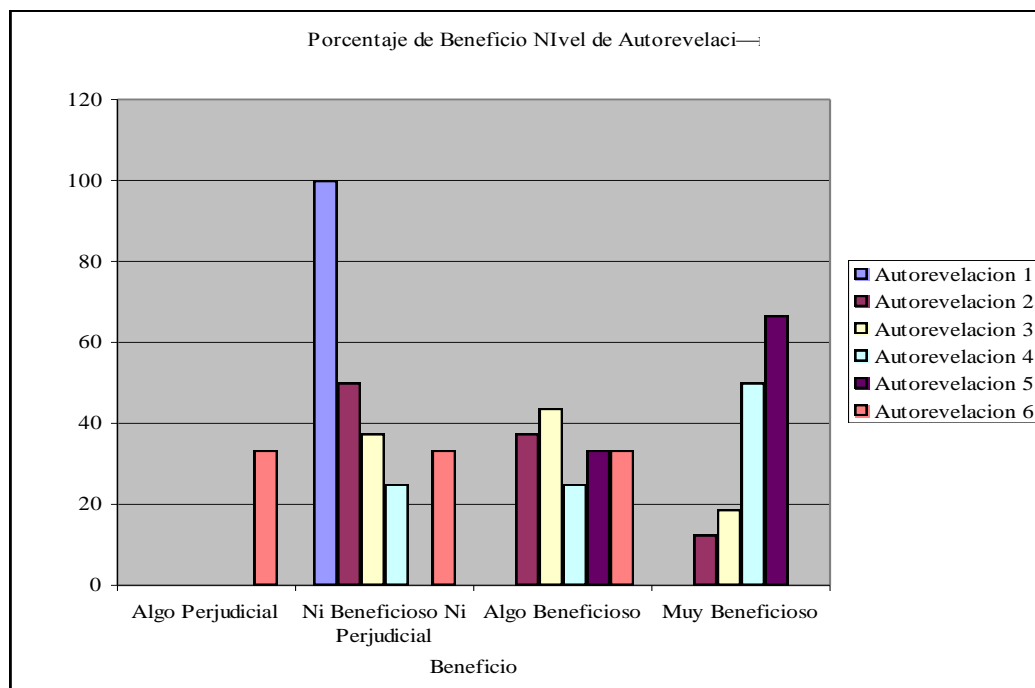
Para conocer como los participantes perciben el beneficio de la autorrevelación, se hizo una tabulación cruzada.

Tabla 1. Descripción del Porcentaje de Beneficio de nivel de autorrevelación del terapeuta:

	Autorrevelación 1 ¹	Autorrevelación 2	Autorrevelación 3	Autorrevelación 4	Autorrevelación 5	Autorrevelación 6
Algo Perjudicial	0	0	0	0	0	33.33
Ni Beneficioso Ni Perjudicial	100	50	37.5	25	0	33.33
Algo Beneficioso	0	37.5	43.75	25	33.33	33.33
Muy Beneficioso	0	12.5	18.75	50	66.67	0
Nota: ¹ Niveles de Autorrevelación						
Autorrevelación 1: terapeuta que no esta dispuesto a revelar información personal aún cuando se le solicitara						
Autorrevelación 2: terapeuta que no toma la iniciativa de revelar, pero si se le solicita éste responde brevemente y no proporciona más información de la que se le pregunta						
Autorrevelación 3: terapeuta con disposición de revelar información sin embargo, esta información es muy general						
Autorrevelación 4: un terapeuta que tiene revela información acerca de sus ideas personales, actitudes, creencias, sentimientos y experiencias en base a lo que el cliente						

solicite o le interese conocer sobre él o ella
Autorrevelación 5: terapeuta revela información íntima y muy detallada sobre sí mismo con el fin de satisfacer las necesidades de sus clientes y a lo que a éstos les interesaba conocer sobre él o ella
Autorrevelación 6: terapeuta revela información íntima y muy detallada sobre sí mismo con el fin de satisfacer sus necesidades sin tomar en cuenta las necesidades del cliente

Figura 1. Gráfico de Porcentaje de Beneficio de nivel de autorrevelación del terapeuta:



Con los datos de esta primera tabulación (Ver Tabla 1) para los porcentajes de beneficio del nivel de autorrevelación se puede resaltar que: Para la descripción de autorrevelación del terapeuta como nivel 2, la mitad de los respondientes dijeron que el que autorrevele de esa forma fue Ni Beneficiosa Ni Perjudicial y la otra mitad restante que fue entre Algo Beneficioso y Muy Beneficioso. Para la descripción de autorrevelación del terapeuta como nivel 3, 4 y 5, la mayoría de los respondientes dijeron que el que autorrevele de esa manera fue entre Algo Beneficiosa y Muy Beneficiosa. Sin embargo, para el nivel de autorrevelación 6 del terapeuta, la tercera parte de los respondientes dijeron que fue Algo Perjudicial. Por otra parte, un mismo porcentaje de los respondientes (33.33%) dijeron que el nivel de autorrevelación 6 del terapeuta fue Algo Beneficiosa.

Para conocer la frecuencia con la que los terapeutas hicieron diversos tipos de autorrevelaciones, se hizo una segunda tabulación cruzada.

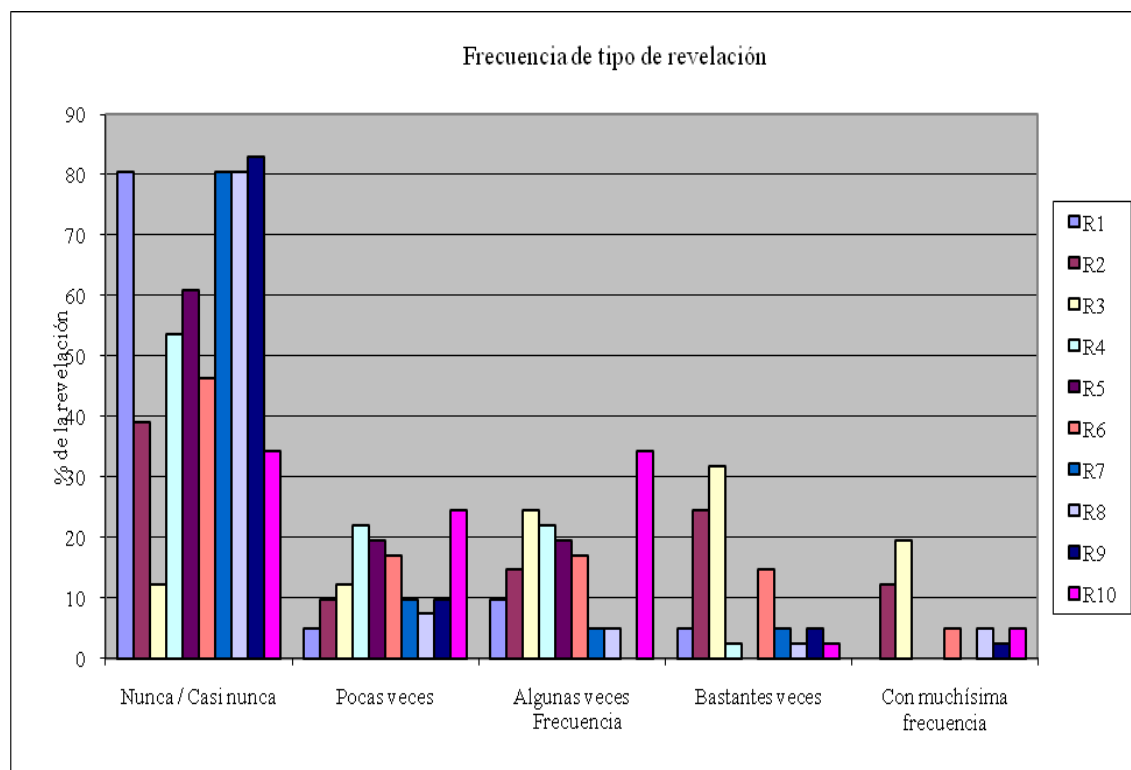
Tabla 2. Porcentajes de Frecuencia de Tipo de Revelación:

	R1 ²	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10
Nunca / Casi nunca	80,49	39,02	12,2	53,66	60,98	46,34	80,49	80,49	82,93	34,15
Pocas veces	4,88	9,76	12,2	21,95	19,51	17,07	9,76	7,32	9,76	24,39
Algunas veces	9,76	14,63	24,39	21,95	19,51	17,07	4,88	4,88	0	34,15
Bastantes veces	4,88	24,39	31,71	2,44	0	14,63	4,88	2,44	4,88	2,44
Con muchísima frecuencia	0	12,2	19,51	0	0	4,88	0	4,88	2,44	4,88

Nota: ² Tipos de Revelaciones

1: Dificultades personales con las que todavía lucha.
 2: Sentimientos que surgieron en el / ella durante la sesión.
 3: Pensamientos que surgieron en el / ella durante la sesión.
 4: Limitaciones en cuanto a experiencias o algún tipo de conocimiento.
 5: Fortalezas en cuanto a experiencias o algún tipo de conocimiento.
 6: Sentimientos de afecto hacia ti.
 7: Creencias y valores personales.
 8: Desacuerdos con respecto a tus reacciones o comportamientos.
 9: Atracción física hacia ti. Ejemplo:
 10: Información demográfica: Cuántos hijos tiene, estado civil, estudios, orientación teórica, etc.

Figura 2. Gráfico de Porcentajes de Frecuencia de Tipo de Revelación:



En la segunda tabulación cruzada de la frecuencia para los 10 tipos de autorrevelación del terapeuta (Ver Tabla 2) descritos en este estudio se puede destacar los tipos de de autorrevelación más frecuentes fueron: “Sentimientos que surgieron en él o ella

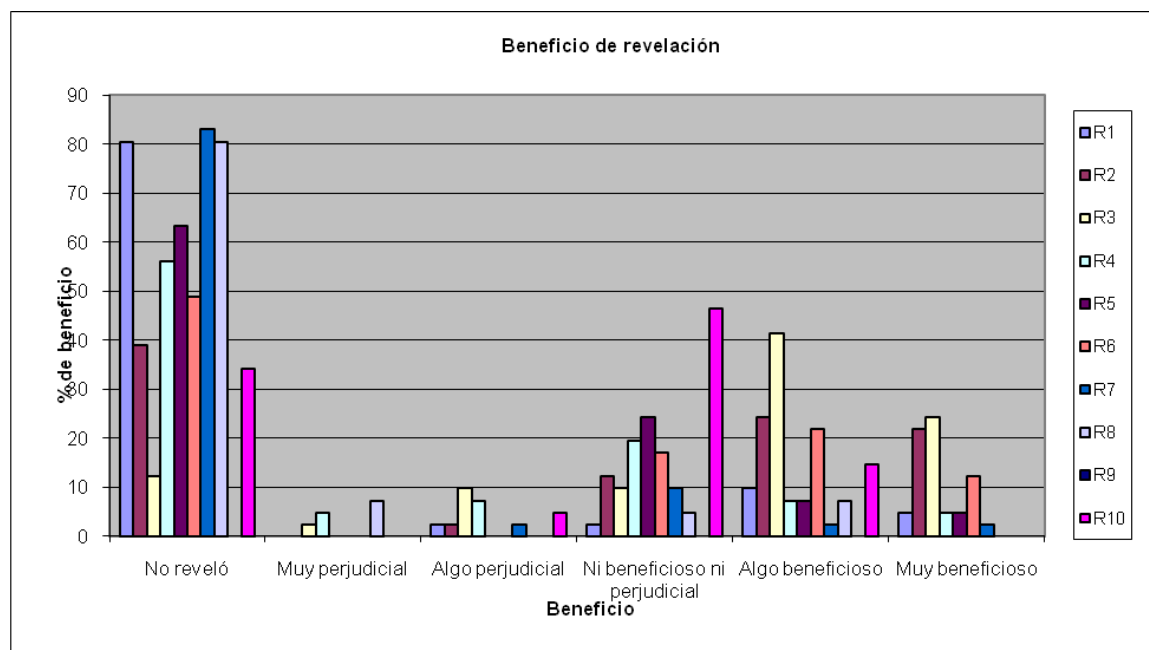
durante la sesión”, “Pensamientos que surgieron en él o ella durante la sesión” y “Información demográfica: Cuantos hijos, tiene, estado civil, estudios, orientación teórica, etc”. En cambio, los tipos de revelación menos frecuentes fueron: “Dificultades personales con las que todavía lucha”, “Creencias y valores personales”, “Desacuerdos con respecto a tus reacciones o comportamientos”, “Fortalezas en cuanto a experiencias o algún tipo de conocimiento”, “Sentimientos de afecto hacia ti”, “Limitaciones en cuanto a experiencias o algún tipo de conocimiento” y “Atracción física hacia ti”.

De igual forma para conocer como los participantes perciben el beneficio de cada tipo de revelación se hizo una tercera tabulación cruzada.

Tabla 3 Porcentaje de Beneficio de Tipo de Revelación

	R1 ³	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10
No reveló	80,49	39,02	12,2	56,1	63,41	48,78	82,93	80,49	82,93	34,15
Muy perjudicial	0	0	2,44	4,88	0	0	0	7,32	0,00	0
Algo perjudicial	2,44	2,44	9,76	7,32	0	0	2,44	0	2,44	4,88
Ni beneficioso ni perjudicial	2,44	12,2	9,76	19,51	24,39	17,07	9,76	4,88	2,44	46,34
Algo beneficioso	9,76	24,39	41,46	7,32	7,32	21,95	2,44	7,32	9,76	14,63
Muy beneficioso	4,88	21,95	24,39	4,88	4,88	12,2	2,44	0	2,44	0
Nota: ³ Tipos de Revelaciones										
1: Dificultades personales con las que todavía lucha.										
2: Sentimientos que surgieron en el / ella durante la sesión.										
3: Pensamientos que surgieron en el / ella durante la sesión.										
4: Limitaciones en cuanto a experiencias o algún tipo de conocimiento.										
5: Fortalezas en cuanto a experiencias o algún tipo de conocimiento.										
6: Sentimientos de afecto hacia ti.										
7: Creencias y valores personales.										
8: Desacuerdos con respecto a tus reacciones o comportamientos.										
9: Atracción física hacia ti. Ejemplo:										
10: Información demográfica: Cuántos hijos tiene, estado civil, estudios, orientación teórica, etc.										

Figura 3. Gráfico de Porcentaje de Beneficio de Tipo de Revelación:



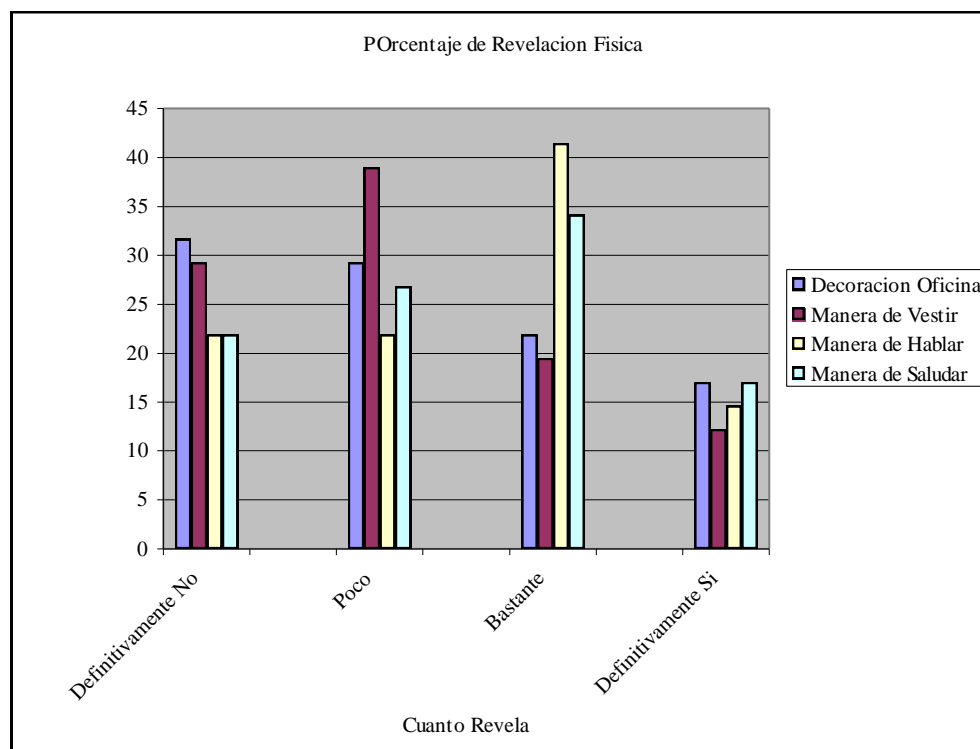
En la tabla de porcentajes de beneficio de los tipos de revelación (Ver Tabla 3), se puede notar que los tipos de revelación evaluados como más beneficiosos fueron: Sentimientos que surgieron en él o ella durante la sesión”, “Pensamientos que surgieron en él o ella durante la sesión” y “Sentimientos de afecto hacia ti.” Aunque no existe un porcentaje significativo de respondientes que evalúan como perjudicial algún tipo de autorrevelación en específico, se encuentra que los tipos que tendían a ser evaluados como perjudiciales fueron; “Pensamientos que surgieron en él o ella durante la sesión”, “Limitaciones en cuanto a experiencias o algún tipo de conocimiento” y “Desacuerdos con respecto a tus reacciones o comportamientos”. Los tipos de autorrevelación percibidos como Ni Beneficioso Ni Perjudiciales fueron: “Fortalezas en cuanto a experiencias o algún tipo de conocimiento” y “Información demográfica: Cuantos hijos, tiene, estado civil, estudios, orientación teórica, etc.”.

Por último, para conocer cuanta información revela el terapeuta de sí mismo a través de la decoración de su oficina, manera de vestir, manera de hablar y manera de saludar, se hizo otra tabulación cruzada.

Tabla 4. Porcentaje de Revelación Física:

	Decoración Oficina	Manera de Vestir	Manera de Hablar	Manera de Saludar
Definitivamente No	31.71	29.27	21.95	21.95
Poco	29.27	39.02	21.95	26.83
Bastante	21.95	19.51	41.46	34.15
Definitivamente Si	17.07	12.2	14.63	17.07

Figura 4. Gráfico de Porcentaje de Revelación Física:



En la última tabulación cruzada (Ver Tabla 4), los datos de la autorrevelación física demuestran que son pocos los respondientes que evaluaron a la decoración de la oficina, manera de vestir, manera de hablar y de saludar como que definitivamente sí revelan algo de sus terapeutas. Por otro lado, dentro de los tipos de revelación física los más reportados como que revelan algo de sus terapeutas fueron: “Su manera de hablar” y “Manera de saludar”. En cambio, la decoración de la oficina y su manera de vestir fueron evaluadas por los participantes como que revelaron poco o nada de sus terapeutas.

Discusión

Como otros estudios han encontrado (Knox, et al., 1997; Myers, 2004; Orlinsky, et al.,

1994; Safran y Muran, 1996), la alianza terapéutica está fuertemente relacionada con el éxito terapéutico, el cual en este caso fue medido a través de la satisfacción del cliente. La correlación y regresión señalan la importancia de tener una buena alianza terapéutica. Estos resultados muestran que los clientes de los terapeutas cognitivos-conductuales tienen menor alianza terapéutica y reportan tener una menor satisfacción de la terapia, mientras que los clientes de los terapeutas humanistas-gestalt reportan una mayor alianza y una mayor satisfacción de la terapia. Rogers (1951) señala tres condiciones básicas para un cambio terapéutico: aceptación incondicional, empatía y autenticidad y resaltó que la actitud del terapeuta es central para el éxito de terapia más que alguna técnica en particular. Si bien la autorrevelación es una parte de la autenticidad del terapeuta, la alianza requiere de otros componentes adicionales por lo que la autorrevelación es nada más que un componente (Carkhuff, 1969). Los datos de las correlaciones y de la regresión de este estudio, reflejan que existe algún componente adicional que debe ser considerado, que no es específicamente la autorrevelación. Al ser la autorrevelación percibida como una actitud auténtica del terapeuta, como dicen Goldfried, et al., (2003), el mostrarse humanos puede que haya servido a los terapeutas humanistas a fortalecer el vínculo terapéutico. En el estudio de Knox et al. (1997), encontraron que el sentir que el terapeuta era más real y humano, mejoró la relación terapéutica y ayudó a los clientes a sentirse bien y tranquilos. Así mismo, en los estudios de Murphy y Strong, (1973) y Ramsdell y Ramsdell (1993) que midieron los efectos positivos de la autorrevelación sobre el éxito de terapia, encontraron que los clientes evaluaron a sus terapeutas como más amigables, abiertos, útiles y que la información compartida por sus terapeutas tenían efectos beneficiosos sobre la terapia.

Los resultados del estudio de Hill y Knox (2001), mostraron que dentro de todas las intervenciones terapéuticas utilizadas en terapia individual, un promedio de 3.6% usaban la autorrevelación. En este estudio se encontró que un promedio de 3.4% de los terapeutas

usan la autorrevelación. Esto afirma lo que Bloomgarden y Mennuti (2009) dicen sobre que la orientación del terapeuta afecta la frecuencia de la autorrevelación. En este caso, ambas orientaciones se encuentran a favor de la autorrevelación cuando ésta se la hace en beneficio del cliente y del proceso terapéutico. Como este estudio, no involucra otras orientaciones como el Psicoanálisis, se recomendaría para futuras investigaciones involucrar ésta y otras orientaciones para explorar que pasa con la autorrevelación. Observamos en este estudio que la mayoría de los participantes, tuvo la tendencia a evaluar a la autorrevelación del terapeuta como beneficiosa cuando ésta cumplió sus necesidades. En contraste, un (33.33%) de los participantes consideró a la autorrevelación como perjudicial, cuando ésta cumplió con las necesidades del terapeuta. Sin embargo, también se vio que un mismo porcentaje (33.33%) consideró al nivel 6 de autorrevelación como beneficioso. Este último dato, posiblemente refleje que los participantes no supieron identificar que las autorrevelaciones que el terapeuta hizo fueron hechas para satisfacer sus propias necesidades y más bien las identificaron como autorrevelaciones que permitieron ver a su terapeuta más real y humano. Para futuros estudios, valdría añadir a la encuesta una pregunta que explique el porque de su percepción, para así verificar esta interpretación.

Los resultados de este estudio indican también que los tipos de revelación más frecuentemente revelados por los terapeutas incluyeron: “Sentimientos que surgieron en él o ella durante la sesión”, “Pensamientos que surgieron en él o ella durante la sesión” y “Información demográfica: Cuantos hijos, tiene, estado civil, estudios, orientación teórica, etc.” Por otro lado, Los tipos de revelación menos frecuentes de este estudio fueron: “Dificultades personales con las que todavía lucha”, “Creencias y valores personales”, “Desacuerdos con respecto a tus reacciones o comportamientos”, “Fortalezas en cuanto a experiencias o algún tipo de conocimiento”, “Sentimientos de atracción hacia ti”,

“Limitaciones en cuanto a experiencias o algún tipo de conocimiento.” En comparación con un estudio de Lane, Farber y Geller (2001), se observa que tanto en este estudio como en el de estos autores, los tipos de revelación menos frecuentes incluyeron atracción física y problemas personales. En cambio, en cuanto a los tipos de revelación más frecuentes en este estudio no se revelaron creencias sobre la eficacia de la terapia o errores cometidos ya que no se incluyeron estos tipos de revelación.

Este estudio arroja un dato interesante sobre dos tipos de autorrevelaciones:

“Sentimientos de afecto hacia ti” y “Atracción física hacia ti.” La autorrevelación de “Sentimientos de afecto hacia ti”, fue evaluada por los participantes como beneficioso mientras que “Atracción física hacia ti”, tiende a ser evaluado como un tipo de autorrevelación perjudicial. Este estudio añade a la información que encontramos que algunos tipos de autorrevelación se ven envueltos con los principios de la ética señalados por el APA (Fischer, 2004). Posiblemente estos dos tipos de autorrevelación llevan a que los terapeutas piensen mucho antes de revelarlos por los posibles efectos que puedan tener éstos en sus clientes. Para futuras investigaciones, sería interesante medir como evaluarían los clientes este tipo de autorrevelaciones ya que en este estudio sólo se obtuvo que una muy pequeña parte de los participantes evaluaron estas autorrevelaciones. La mayoría de los participantes reportaron que estas autorrevelaciones no fueron expresadas por sus terapeutas.

Sobre las limitaciones de este estudio, se encuentra que la muestra fue relativamente pequeña para poder generalizar los resultados. En futuros estudios, se debe aumentar el tamaño de la muestra. Otras limitaciones es que el cuestionario utilizado para este estudio fue una adaptación de la escala de autorrevelación de Carkhuff (1969), y vale ser validado en una muestra más amplia. Se recomienda mejorar el cuestionario de modo que sirva como medida de autorrevelación para futuros estudios dentro de esta área de

investigación. En este estudio, no se tomó en cuenta otras orientaciones como el Psicoanálisis, por lo que sería interesante que se realice otro estudio involucrando este tipo de orientación terapéuticas para ver el efecto de la autorrevelación en los clientes que reciben terapia con terapeutas Psicoanalistas. Otra limitación fue la desproporción de género, ya que en este estudio de los 41 participantes, 39 fueron mujeres y dos fueron hombres. Por este motivo, sería interesante en el futuro, que se incluya la variable de género para medir su efecto sobre la autorrevelación del terapeuta, alianza terapéutica y satisfacción del cliente.

En conclusión se puede decir que este estudio ha aportado de manera significativa en dos ámbitos: Primero, para dar una evidencia preliminar de lo que se buscaba medir (que la autorrevelación está asociada a la alianza terapéutica y satisfacción del cliente de los estudiantes que recibieron terapia con terapeutas de orientación Cognitivo-Conductual y Humanista-Gestalt). Segundo, saber que tipos de autorrevelaciones de los terapeutas eran expresados en terapia y cuales no eran revelados. Tercero, saber con que frecuencia los terapeutas Humanistas-Gestalt y Cognitivos-Conductuales revelaban los diversos tipos de autorrevelaciones. Por último, saber que tipos de autorrevelaciones eran considerados más beneficiosos y que tipos de autorrevelaciones eran considerados perjudiciales

Referencias

- Andersen, B., Anderson W. (1989). Counselor's Reports of Their Use of Self-Disclosure with Clients. *Journal of Clinical Psychology*.
- Basescu, S. (1990). *Show and Tell: Reflections on the Analyst's Self-Disclosures*. In G. Stricker & M. Fisher (Eds.). *Self-Disclosure in the Therapeutic Relationship* (pp.47-59). New York: Plenum Press.
- Bandura, A. (1986). *Social foundation of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Barret, M.S, Berman, J.S. (2001). Is psychotherapy more effective when therapists disclose information about themselves? *Journal of Consulting & Clinical Psychology*.
- Barret-Lennard, G.T. (1962).Dimensions of therapist response as causal factors in therapeutic change. *Psychological Monographs*.(pp.76,562).
- Beitman, B.D., Yue, D. (1999). *Learning psychotherapy: A time efficient, research-based, and outcome measured psychotherapy training program*. New York: Norton.
- Berg-Cross, L. (1984). Therapist Self-Disclosure to Clients in Psychotherapy. *Psychotherapy in Private Practice*.
- Bishop, J.E, O'Reilly, R.L., Maddox, K., Hutchinson L.J. (2002). Client Satisfaction in a feasibility study comparing face-to-face interviews with telepsychiatry. *Journal of Telemedicine and Telecare*.
- Bloomgarden, A. (2000). Therapist's Self-Disclosure and Genuine Caring: Where Do They Belong in the Therapeutic Relationship? *Eating Disorders*. Pennsylvania: Brunner/Mazel.
- Bloomgarden, A., Mennuti, R. (2009). *Psychotherapist Revealed: Therapists Speak about*

- Self-Disclosure in Psychotherapy*. New York: Taylor & Francis Group.
- Bordin, E.S. (1981). A psychodynamic view of counseling psychology. *The Counseling Psychologist*. (pp.456-468).
- Bordin, E.S. (1976), The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16, 252-260.
- Bordin, E.S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy.Theory, Research and Practice*. (pp.252-260).
- Bridges, N. (2001). Therapist's self-disclosure: Expanding the comfort zone. *Psychotherapy*.
- Cain D.J. (2001). *Defining Characteristics, History and Evolution of Humanistic Psychotherapies*.In Cain, D.J & Seeman J. (Eds.). *Humanistic Psychotherapies: Handbook of Research and Practice*.Washington DC: American Psychological Association. (pp.3-49).
- Capobianco J., Farber B.A. (2005). Therapist Self-Disclosure to Child Patients. *American Journal of Psychotherapy*. New York.
- Carkhuff. (1969).*Helping*, Vol I. (pp.208-209).
- Carkhuff. (1969).*Helping*, Vol II. (pp.327-328).
- Carew, L. (2009). Does theoretical background influence therapists' attitudes to therapist self-disclosure? A qualitative study. *Counseling and Psychotherapy Research*. British Association for Counseling and Psychotherapy.
- Cashwell, C. S., Shcherbakova, J., & Cashwell, T. H. (2003). Effect of client and counselor ethnicity on preference for counselor disclosure. *Journal of Counseling and Development*, 81,196-201.

- Constance, J.E. (2009). Self-Disclosure behaviors of Psychologists: A comparison of Psychologists and Psychological trainees across specialties. *ProQuest LLC*.
- Constantine, M.G., Kwan, K.L.K.(2003). Cross-cultural considerations of therapist self-disclosure. *Journal of Clinical Psychology/In Session*.
- Corcoran, K., Fisher, J. (1994/2000). Measures for Clinical Practice. The Free Press.
- Cormier, W., Cormier, L. (1991.2da.ed.).*Estrategias de entrevista para terapeutas. Habilidades básicas e intervenciones cognitivo-conductuales*. Bilbao: Desclee de Broawer.
- Dailey, P. (2004). Gender differences in client self-disclosure: The influence of gender role identification and working alliance. *Dissertation Abstracts International*. (UMI No.3129012).
- Davidove, D.M. (1982). *Intimacy in Gestalt Therapy*. En Fisher, M. & Stricker, G. (Eds.). *Intimacy*. New York: Plenum
- Derlega, V.J., Metts, S., Petronio, S., Margulis, S.T. (1993). *Self-disclosure*. Newbury Park, CA:Sage.
- De Wilde, E.F., Hendriks V.M. (2005). The Client Satisfaction Questionnaire: Psychometric Properties in a Dutch Addict Population. *European Addiction Research*.
- Dickenson, W.A. (1965). Therapist Self-disclosure as a variable in psychotherapeutic process and outcome. *Unpublished doctoral dissertation*. University of Kentucky.
- Doster, J.A., Brooks, S.J. (1974). Interviewer disclosure modeling, information revealed, and interviewee verbal behavior. *Journal of Counseling & Clinical Psychology*.
- Doster, J.A., Nesbitt, J.G. (1979). *Psychotherapy and self-disclosure*. In G.J. Chelune (Ed.), *Self-disclosure: Origins, patterns, and implications of openness in interpersonal relationships* (pp.177-224). San Francisco: Jossey-Bass.

- Eaton T.T, Abeles, N., Gutfreud, M.J. (1988). Therapeutic alliance and outcome: Impact of treatment length and pretreatment symptomatology. *Psychotherapy*.
- Edwards, C.E., Murdock, N.L. (1994). Characteristics of therapist self-disclosure in the counseling process. *Journal of Counseling and Development*.
- Ellis, A. (2001). Rational and irrational aspects of countertransference. *In Session/Journal of Clinical Psychology*.
- Epstein, R. S. (1994). *Keeping boundaries: Maintaining safety and integrity in the psychotherapy process*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Farber, B.A. (2003). Patient self-disclosure: A review of the research. *Journal of Clinical Psychology/In Session*.
- Farber, B.A. (2006). *Self-Disclosure in Psychotherapy*. New York: Guildford Press.
- Farber, B.A., Berano K.C., Capobianco, J.A. (2004). Clients' Perceptions of the Process and Consequences of Self-Disclosure in Psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology*. American Psychology Association.
- Farber, B.A., Hall, D. (2002). Disclosure to therapists: What is and is not discussed in psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*.
- Fischer, C.(2003). *Decoding the ethics code: A practical guide for psychologists*. California, United States: Sage Publications. (p.91-104).
- Fisher, C.D. (2004). *Ethical Issues in Therapy: Therapist Self-Disclosure of Sexual Feelings, Ethics & Behavior*. Lawrence Erlbaum Association, Inc.
- Freud, S. (1910/1957). *The future prospects of psychoanalytic therapy*. In J. Strachey (Ed.). *The complete psychological Works of Sigmund Freud*, Standard ed., Vol.11 (pp.139-151). London: Hogarth.
- Freud, S. (1913/1958). *On beginning the treatment; further recommendation on the technique of psychoanalysis*. In K. Strachey (Ed.), *Standard edition of the complete*

- Works of Sigmund Freud*. Vol.12 (pp.121-144). London: Hogarth.
- Freud, S. (1912). Recommendations for physicians on the psychoanalytic method of treatment. *Standard Edition*. London: Hogarth Press.
- Friedlander, M.L., Thibodeau, J.R., Nichols, M.P., Tucker, C., y Snyder, J. (1985). Introducing semantic cohesion analysis: A study of group talk. *Small Group Behavior*. (pp.285-302).
- Gabbard, G.O. (2002). *The psychology of the Sopranos: Love, death, desire and betrayal in America's favorite gangster family*. New York: Basic Books.
- Garfield, R. (1987). *On Self-Disclosure: The Vulnerable Therapist*. Contemporary Family Therapy. Human Sciences Press.
- Gelso, C., Carter, J.A. (1985). The relationship in counseling and psychotherapy: Components, consequences, and theoretical antecedents. *Counseling Psychologist*, 13, 155-243.
- Giovazolias, T., Davis, P. (2001). How common is sexual attraction towards clients? The experiences of sexual attraction of counseling psychologists toward their clients and its impact on the therapeutic process. *Counseling Psychology*. (pp.281-286).
- Goldberg R.W., Rollins A.L., McNarry, S.C. (2004). The Working Alliance Inventory: Modification and Use with People Serious Mental Illnesses in a Vocational Rehabilitation Program. *Psychiatric Rehabilitation Journal*.
- Goldfried, M.R., Burckell, L.A., Eubanks-Carter, C. (2003). *Therapist Self-Disclosure in Cognitive-Behavior Therapy*. New York: Wiley InterScience.
- Goldstein, E.G. (1994). Self-Disclosure in Treatment: What Therapist Do and Don't Talk About. *Clinical Social Work Journal*. Human Sciences Press, Inc.
- Goldstein, E.G. (1997). To tell or not to tell: The disclosure of events in the therapist's life to the patient. *Clinical Social Work Journal*.

- Good, G.E., Mintz, L.B. (2005). *Integrative therapy for men*. In G.R. Brooks & C.E. Good (Eds.) *The new handbook of psychotherapy and counseling with men: A comprehensive guide to settings, problems, and treatment approaches*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Goodyear, R.K., Shumate, J.L. (1996). Perceived effects of therapist self-disclosure of attraction to clients. *Professional Psychology: Research and Practice*. (pp.613-616).
- Greenberg, L.S., Rice, L.N. y Elliot, R. (1993). *Facilitating emotional change: The moment-by-moment process*. New York: Guildford Press.
- Hall, D.A., Farber, B.A. (2001). Patterns of patient disclosure in psychotherapy. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*.
- Hanson, J. (2005). Should your lips be zipped? How therapist self-disclosure and non-disclosure affects clients. *Counseling and Psychotherapy Research*. British Association for Counseling and Psychotherapy.
- Hackey, H., Cormier, L. (1996), *The professional counselor: A process guide to helping*. Boston: Allyn and Bacon.
- Harris, S.M. (2001). Teaching family therapists about sexual attraction in therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*.
- Hatcher, R.L., Gillapsy J.A. (2006). Development and validation of a revised short version of the Working Alliance Inventory. *Psychotherapy*. USA: Research Society for Psychotherapy Research.
- Hendrick, S.S. (1988). Counselor Self-Disclosure. *Journal of Counseling and Development*.
- Hill, C. E., Helms, J. E., Tichenor, V., Spiegel, S. B., O'Grady, K. E., & Perry, E. S. (1988). Effects of therapist response modes in brief psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology*, 35, 222-233.

- Hill, C.E., Knox, S. (2001). Self-disclosure. *Psychotherapy:Theory, Research, Practice, Training*. Education Faculty Research and Publications.
- Hill, C.E., Knox, S. (2002). *Self-disclosure*. In J.C. Norcross (Ed.). *Psychotherapy relationships that work*. New York: Oxford.
- Hill, C. E., Mahalik, J. R., & Thompson, B. J. (1989). Therapist self-disclosure. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 26, 290-295.
- Hill, C.E., O'Brien, K. (1999). Helping Skills. Facilitating exploration, insight and action. Washington, D.C: *American Psychological Association*.
- Hill, C.E., Thompson, B.J., Cogar, M.C., Denman, D.W. (1993). Beneath the surface of long-term therapy:Therapist and client report of their own and each other's covert processes. *Journal of Counseling Psychology*.
- Hoffman-Graff, M.A. (1977). Interviewer use of positive and negative self-disclosure and interviewer subject sex pairing. *Journal of Counseling Psychology*.
- Hovarth, A.O., Bedi, R.P. (2002). *The alliance*. In J.C Norcross (Ed.). *Psychotherapy relationship that work*. New York: Oxford.
- Horvath, A.O., Greenberg, L.S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36, 223-233.
- Hubbs, K. (2001). Unwitting Exposure of the Therapist:Transfereential and Countertransfereential Dilemmas. *Journal of Psychotherapy.Practice and Research*.
- Jackson, C.T., Allen, G., Essock, S.M., Felton, C.J., Donahue, S.A. (2006). Clients' Satisfaction With Project Liberty Counseling Services. *Journal Of Counseling and Development*. Psychiatric Services.
- Jacobs, T.J. (1999). *On the question of self-disclosure by the analyst:Error or advance in technique?*. *Psychoanalytic Quarterly*.
- Jeffrey A., Austin T. (2007). Perspectives and Practices of Clinician Self-Disclosure to

- Clients: A Pilot Comparison Study of Two Disciplines. *The American Journal Of Family Therapy*. New York: Taylor & Francis Group.
- Jordan, K. (2003). Relating Therapeutic Working Alliance to Therapy Outcome. *Family Therapy: The Journal of the California Graduate School of Family Psychology*. California: Libra Publishers, Inc.
- Josephs, L. (1990). *Self-Disclosure in Psychotherapy and the Psychology of the Self*. In G. Stricker & M. Fisher (Eds.). *Self-Disclosure in the Therapeutic Relationship* (pp.17-27). New York: Plenum Press.
- Kaschak, E. (1978). *Therapist and client: Two views of the process and outcome of psychotherapy*. Professional Psychology.
- Kleinberg, J., Lindenman, M., Shapiro, E., Youcha, I. (1990). *Responses to "tools of the trade"* by Sabert Basescu. Group.
- Knox, S., Hess, S., Petersen, D.A., Hill, C.E. (1997). A qualitative analysis of client perceptions of the effects of helpful therapist self-disclosure in long-term therapy. *Journal of Counseling Psychology*.
- Knox, S., & Hill, C. E., (2003) Therapist self-disclosure: Research-based suggestions for practitioners. *Journal of Clinical Psychology*, (pp.529-539).
- Lane, J.S., Farber, B.A., y Geller, J.D. (2001). What therapists do and do not disclose to their patients. Paper presented at the annual conference. Montevideo, Uruguay: *Society for Psychotherapy Research*,
- Leichtentritt, J., Shechtman, Z. (1998). *Therapist, trainee, and child verbal response modes in child group therapy*. Group Dynamics: Theory, Research, and Practice.
- Linehan, M.M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Mahalik, J.R., Van Ormer, E.A., Simi, N.L. (2000). *Ethical issues in using self-disclosure*

- in feminist therapy*. In M. Brabeck (Ed.). *Practicing feminist ethics in psychology. Psychology of women book series* (pp.189-201). Washington, D.C: American Psychological Association.
- Mathews, B. (1989). The use of therapist self-disclosure and its potential impact on the therapeutic process. *Journal of Human Behavior and Learning*.
- McCarthy, P.R. & Betz, N.E. (1978). Differential effects of self-disclosing versus self-involving counselor statements. *Journal of Counseling Psychology*.
- McCullough, J.P. (2000). *Treatment for chronic depression: Cognitive behavioral analysis system of psychotherapy (CBASP)*. New York: Guilford Press.
- McMinn, M.R., Meek, K.R. (1996). Ethics among Christian counselors: A survey of beliefs and behaviors. *Journal of Psychology and Theology*.
- Meek, K.R, McMinn, M.R. (1999). *The perceived effectiveness of Christian and secular graduate training programs in preparing Christian psychologists to deal with experiences of sexual attraction*. *Professional Psychology: Research and Practice*.
- Meichenbaum, D. (1977). *Cognitive-behavior modification*. New York: Plenum Press.
- Menaker, E. (1990). *Transference, countertransference, and therapeutic efficacy in relation in self-disclosure by the analyst*. In G. Stricker & M. Fisher (Eds.). *Self-Disclosure in the therapeutic relationship* (pp.103-116). New York: Plenum.
- Mendola, J.J. (1982). Therapist interpersonal skills: A model for professional development and therapeutic effectiveness. *Dissertation Abstracts International*. (pp.4201B).
- Murphy, K., Strong, S. (1973). Some effects of similarity self-disclosure. *Journal of Counseling Psychology*.
- Myers, D. (2004). *Therapist self-disclosure of countertransference: Necessity or indulgence?* (Thesis, Pennsylvania State University, 2004). *Dissertation Abstracts*

- International. 65,123.
- Myers, D., Hayes J.H. (2006). *Effects of Therapist General Self-Disclosure and Countertransference Disclosure on Ratings of the Therapist and Session*.
Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training. American Psychological Association.
- Nilsson, D.E., Strassberg, D.S., Bannon, J. (1979). Perceptions of counselor self-disclosure: An analogue study. *Journal of Counseling Psychology*.
- Nyman S.J., Daugherty T.K. (2001). Congruence of Counselor Self-Disclosure and Perceived Effectiveness. *The Journal of Psychology*.
- Orlinsky, D., Grawe, K., Parks, K. (1994). *Process and outcome in psychotherapy*. En A.E. Bergins & S.L. Garfield (Eds.). *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4ta. ed., pp.270-378). Nueva York:Wiley.
- Orlinsky, D., Ronnestad, M., Willutzki, U. (2004). *Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change*. En M. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5ta. ed., pp. 307-393). Nueva York:Wiley.
- Papouchis, N. (1990), *Self-disclosure and psychotherapy with children and adolescents*.
In G. Stricker & M. Fisher (Eds.). *Self-Disclosure in the Therapeutic Relationship* (pp.157-174). New York: Plenum Press.
- Patterson, C.H. (1974). *Relationship Counseling and Psychotherapy*. United States:Harper & Row Publishers, Inc.
- Peca-Baker, T.A., Friedlander, M.L.(1987). Effects of Role Expectations on Client's Perceptions of Disclosing and Nondisclosing Counselors. *Journal of Counseling and Development*. New York.
- Perreault, M, Katerelos T.E., Tardif H. Pawliuk N. (2006). Patients' perspectives on

- information received in outpatient psychiatry. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. Canada: Blackwell Publishing Ltd.
- Pizarro, C.J. (2005). *Cuanto Compartir con un Paciente?: Las Intervenciones de Autorrevelación del Terapeuta*. Terapia Psicológica. Sociedad Chilena de Psicología Clínica.
- Pizer, B. (1993). *When the analyst is ill: Dimensions of self-disclosure*. *Psychoanalytic Quarterly*.
- Pope, K.S., Tabachnick, B.G., Keith-Spiegel, P. (1987). *Ethics of practice: The beliefs and behaviors of psychologists as therapists*. *American Psychologist*.
- Prochaska, J.O, DiClemente, C.C (1992). *The transtheoretical approach*. In J.C Norcross & M.R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (pp.300-334). New York: Basic Books.
- Psychiatric Services (2001). *Re-examination of therapist self-disclosure*. *Psychiatric Services*.
- Ramsdell, P.S, Ramsdell, E.R. (1993). Dual relationships: Client perceptions of the effect of client-counselor relationship on the therapeutic process. *Clinical Social Work Journal*.
- Renik, O. (1995). *The ideal of the anonymous analyst and the problem of self-disclosure*. *Psychoanalytic Quarterly*.
- Robirschek, C.G., McCarthy P.R. (1991). Prevalence of counselor self-reference in the therapeutic dyad. *Journal of Counseling and Development*.
- Rodolfa, E., Hall, T., Holms, V., Davena, A., Komatz, D., Antunez, M. et al. (1994). *The management of sexual feelings in therapy*. *Professional Psychology: Research and Practice*.
- Rogers, C.R.(1942).*Counseling and psychotherapy*. Boston: Houghton-Mifflin.

- Rogers, C.R.(1951).Client-centered therapy:Its current practice, implications, and theory.
Boston: Houghton-Mifflin.
- Rogers, C.R. (1959). A theory of therapy, personality and interpersonal relationship, as developed in the client-framework. In S. Koch (Ed.), *Psychology:A study of a science:Vol 3* (pp.182-256). New York: Basic Books.
- Rogers, C.R. (1961). *On Becoming a Person*. Boston: Houghton-Mifflin.
- Rogers, C.R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*.
- Rotenger, K.J., Mann, L., (1986). *The development of the norm of the reciprocity of self-disclosure and its function in children's attraction to peers*. *Child Development*, 57, 1349-1357.
- Rucker, I.E. (1983). Counseling outcomes and perceived social influence: Validity of the counselor rating form extended. *Dissertation Abstracts International*.(pp.2355-2356B).
- Sachse R., Elliot, R. (2001). Process-Outcome Research on Humanistic Therapy Variables. In Cain, D.J & Seeman, J. (Eds.). *Humanistic Psychotherapies: Handbook of Research and Practice*. Washington DC:American Psychological Association. (pp.83-103).
- Safran, J.D., Muran, J.C. (1996). The resolution of ruptures in the therapeutic alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*.
- Santibáñez, P.M., Roman, M.F., Vinet, E.V. (2009). *Efectividad de la Psicoterapia y su Relación con la Alianza Terapéutica*. Interdisciplinaria. Chile.
- Saketopoulou, A. (1999). *The psychotherapeutic alliance in psychodynamics psychotherapy:Theoretical conceptualizations and research findings*.
Psychotherapy.

- Simi, N.L., Mahalik, J.R. (1997). *Comparison of feminist versus psychoanalytic/dynamic and other therapists on self-disclosure*. *Psychology of Women Quarterly*.
- Simon, J.C. (1988). Criteria for therapist self-disclosure. *American Journal of Psychotherapy*.
- Simone, D.H., McCarthy, O., y Skay, C.L.(1998). An investigation of client and counsellor variables that influence the likelihood of counsellor self-disclosure. *Journal of Counselling and Development*.
- Stake, J.E, Oliver, J. (1991). *Sexual contact and touching between therapist and client:A survey of psychologists' attitudes and behavior*. *Professional Psychology: Research and Practice*.
- Sterba, R. (1934). The fate of the ego in analytic therapy. *The International Journal of Psychoanalysis*.
- Stevens, P. (2008).The effects of self-disclosure and therapist/client-gender dyads on the perceived working alliance. An abstract dissertation. *Kansas State University*.
- Sweezy, M. (2005). *Not Confidential:Therapist Considerations in Self-Disclosure*. Smith College Studies in Social Work. The Haworth Press, Inc.
- Tantillo, M. (2004). *The Therapist's Use of Self-Disclosure in a Relational Friendship Approach for Eating Disorders*. *Eating Disorders*.
- Teyber, E. (1991). *Interpersonal process in psychotherapy: A guide for clinical training*. (2nd. ed.). Homewood, IL. Dorsey Press.
- Truax, C.B., Mitchell, K.M. (1971). Research in Certain Interpersonal Skills in Relation to Process and Outcome. In Bergin, A.E., Garfield, S.L. (Eds.). *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change:An Empirical Analysis*. New York:John Wiley.
- Tyron, G.S., Kane, A.S. (1993). Relationship of working alliance to mutual and

- unilateral termination. *Journal of Counseling Psychology*.
- Vondracek, S.I., Vondracek, F.W. (1971). *The manipulation and measurement of self-disclosure in preadolescents*. Merrill-Palmer Quarterly.
- Walen, S., DiGiuseppe, R. y Dryden W. (1992). *A practitioner's guide to rational-emotive therapy*. New York: Oxford University Press,
- Watkins, C.E.Jr. (1990). *The effects of counselor self-disclosure: a research review*. The Counseling Psychologist.
- Watkins, E.C., Schneider, L.J. (1989). Self-Involving Versus Self-Disclosing Counselor Statements During an Initial Interview. *Journal of Counseling and Development*.
- Wells, T.L. (1994). *Therapist Self-Disclosure: Its Effects on clients and the Treatment Relationship*. Smith College Studies in Social Work.
- Weiner, M. F. (1983). *Therapist self-disclosure: The use of self in psychotherapy* (2nd ed.). Baltimore: University Park.
- Youniss, J. (1980). *Parents and peers in social development*. Chicago: University of Chicago Press.
- Zetzel, E.R. (1956). Current concepts of transference. *The International Journal of Psychoanalysis*.

Apéndice A: (Cuestionario de Autorrevelación)

CUESTIONARIO DE AUTORREVELACIÓN

Nombre: _____

Nombre de terapeuta personal: _____

Orientación teórica de tu terapeuta personal

- a. cognitivo-conductual
- b. Humanista-Gestalt
- c. Sicodinámico-Sicoanalista
- d. Familiar Sistémico
- e. Integrativo

Por favor, para responder a las siguientes preguntas piense en su terapeuta ÚNICAMENTE enfocándose en cómo se comporta TU TERAPEUTA dentro del proceso terapéutico que han llevado a cabo.

1. A continuación le presento seis niveles auto revelación que un terapeuta puede manejar dentro del proceso terapéutico. Lea todos los niveles y ponga una X en la descripción que mejor define a su terapeuta. ESCOJA SOLO UNA DESCRIPCION.

___: Durante las sesiones de terapia, generalmente tu terapeuta NO estuvo dispuesto a revelar información acerca de sus propios sentimientos o de su vida personal. Si en algún momento usted preguntó sobre sus sentimientos o sobre algo de su vida personal, éste evitó dar una respuesta, o desvió la pregunta.

___: Durante las sesiones de terapia, generalmente su terapeuta NO tomó la iniciativa de revelar información acerca de sus propios sentimientos o sobre algo de su vida personal. Sin embargo, estuvo dispuesto, a responder brevemente a sus preguntas y no proporcionó más información de lo que usted solicitó específicamente.

___: Durante las sesiones de terapia, generalmente su terapeuta estuvo dispuesto/a a revelar información acerca de sus propios sentimientos o sobre algo de su vida personal de acuerdo a lo que a usted le interesaba conocer o le preocupaba saber. Sin embargo, la información que reveló fue muy general y poco detallada, por lo que usted NO llegó a conocerlo a un nivel suficientemente profundo.

___: Durante las sesiones de terapia, generalmente su terapeuta estuvo dispuesto/a a revelar información acerca de sus ideas personales, actitudes, sentimientos y experiencias de acuerdo a lo que a usted le interesaba conocer o le preocupaba saber. Su terapeuta expuso sus ideas, creencias, o emociones en profundidad y detalle, de tal manera que SI llegó a conocerlo a un nivel suficientemente profundo.

___: Durante las sesiones de terapia, generalmente su terapeuta tomó iniciativas de revelar información íntima y detallada sobre sí mismo, sus sentimientos, su personalidad. En el caso de que surgieron sentimientos negativos hacia usted durante el proceso terapéutico, también reveló lo que sentía y abrió un espacio para que ambos expresaran sus emociones. Te queda la impresión de que tu terapeuta deseaba revelarse completamente con el fin de satisfacer TUS NECESIDADES y lo que a ti te interesaba saber sobre el / ella.

___: Durante las sesiones de terapia, generalmente su terapeuta tomó iniciativas de revelar información íntima y detallada sobre sí mismo, sus sentimientos, su personalidad. Le queda la impresión de que su terapeuta deseaba revelarse completamente con el fin de satisfacer LAS NECESIDADES DE EL/ELLA SIN considerar las suyas.

2. En el siguiente recuadro, indique con que frecuencia considera usted que su terapeuta ha manifestado CADA UNA DE LAS DESCRIPCIONES indicadas anteriormente; INCLUYENDO aquella que usted consideró que mejor describe a su terapeuta:

DESCRIPCION DEL TERAPEUTA	Siempre o casi Siempre	Bastantes veces	Algunas veces	Pocas veces	Nunca / casi Nunca
1					
2					
3					
4					
5					
6					

3. RESPONDA SÓLO SI SU TERAPEUTA HIZO AUTORREVELACIONES. Marque con una X cuán beneficioso para el proceso terapéutico considera usted que fueron estas revelaciones:

Muy Beneficiosas	Algo Beneficiosas	Ni Beneficiosas Ni Perjudiciales	Algo Perjudiciales	Muy Perjudiciales

4. Indique la frecuencia con la que su terapeuta reveló la siguiente información sobre sí mismo a lo largo del proceso terapéutico:

TIPO DE AUTO-REVELACIONES	Con muchísima frecuencia	Bastantes veces	Algunas veces	Pocas veces	Nunca / casi Nunca
Dificultades personales con las que todavía lucha. Ejemplo: "Estoy atravesando un proceso de divorcio...."					
Sentimientos que surgieron en el / ella durante la sesión. Ejemplo: "Te siento distante...."					
Pensamientos que surgieron en el / ella durante la sesión. Ejemplo: "Pienso que .."					
Limitaciones en cuanto a experiencias o algún tipo de conocimiento. Ejemplo: "Tengo poca experiencia en.."					
Fortalezas en cuanto a experiencias o algún tipo de conocimiento. Ejemplo: "Tengo un Ph.D. en ..."					
Sentimientos de afecto hacia ti. Ejemplo: "Me gusta que tengas confianza en mi..."					
Creencias y valores personales. Ejemplo: "Yo soy católico...."					
Desacuerdos con respecto a tus reacciones o comportamientos. Ejemplo:					

“Hubiera preferido que te comportes de otra manera”					
Atracción física hacia ti. Ejemplo: “Eres muy bonita...”					
Información demográfica: Cuántos hijos tiene, estado civil, estudios, orientación teórica, etc.					

5. Indique si su terapeuta reveló información sobre sí mismo por medio de:

	Definitivamente SI	Bastante	Poco	Definitivamente NO
La decoración del consultorio				
Su manera de vestir				
Su manera de hablar				
Su manera de saludar				

6. Marque con una X qué tan beneficioso fue para usted, CADA UNO de los tipos de auto revelación que FUERON HECHOS por su terapeuta. Si su terapeuta NO hizo algunas de estas autorrevelaciones, por favor utilice la columna de la izquierda

TIPO DE AUTO-REVELACIONES	Muy Beneficiosa	Algo Beneficiosa	Ni Beneficiosa Ni Perjudicial	Algo Perjudicial	Muy Perjudicial
Dificultades personales con las que todavía lucha. Ejemplo: “Estoy atravesando un proceso de divorcio...”					
Sentimientos que surgieron en el / ella durante la sesión. Ejemplo: “Te siento distante...”					
Pensamientos que surgieron en el / ella durante la sesión. Ejemplo: “Pienso que ..”					
Limitaciones en cuanto a experiencias o algún tipo de conocimiento. Ejemplo: “Tengo poca experiencia en..”					
Fortalezas en cuanto a experiencias o algún tipo de conocimiento. Ejemplo: “Tengo un Ph.D. en ...”					
Sentimientos de afecto hacia ti. Ejemplo: “Me gusta que tengas confianza en mi...”					
Creencias y valores personales. Ejemplo: “Yo soy católico....”					
Desacuerdos con respecto a tus reacciones o comportamientos. Ejemplo:					

“Hubiera preferido que te comportes de otra manera”					
Atracción física hacia ti. Ejemplo: “Eres muy bonita...”					
Información demográfica: Cuántos hijos tiene, estado civil, estudios, orientación teórica, etc.					

Apéndice B (Inventario Alianza Terapéutica)**INVENTARIO DE ALIANZA TERAPÉUTICA****Autor: Adam O. Horvath (1989)***INSTRUCCIONES*

En las siguientes páginas encontrará oraciones que describen algunas de las diferentes maneras en que una persona piensa o siente sobre su terapeuta.

En cada oración se encuentra una escala de 7 puntos:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	A veces	A menudo	Frecuentemente	Siempre

Si la oración describe la manera en la **siempre** piensa (o siente) marque el número siete; si la opción más cercana es **nunca** marque el número 1. Use los números del medio para describir las variaciones entre los extremos.

Este cuestionario es CONFIDENCIAL, ni el terapeuta ni la Institución conocerán sus respuestas.

Responda rápido, las primeras impresiones son las que queremos conocer.

POR FAVOR NO OLVIDE RESPONDER TODAS LAS ORACIONES

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

INVENTARIO DE ALIANZA TERAPÉUTICA	N U N C A 1	C A S I N U N C A 2	O C A S I N A L M E N T E 3	A V E C E S 4	A M E N D O 5	F R E C U E N T E M E N T E 6	S I E M P R E 7
1. Me sentí cómodo (a) con mi terapeuta							
2. Mi terapeuta y yo estuvimos de acuerdo sobre las cosas que debía hacer en terapia para mejorar mi situación.							
3. En algún momento estuve preocupado sobre el éxito de las sesiones terapéuticas							
4. Lo que hice en terapia me ofreció nuevas maneras de mirar mi problema.							
5. Mi terapeuta y yo nos entendimos mutuamente.							
6. Mi terapeuta percibió cuáles eran mis metas.							
7. Sentí que lo que hacía en terapia era confuso.							
8. Creo que le agrado a mi terapeuta.							
9. En algún momento deseé que mi terapeuta y yo aclaremos las metas de la terapia.							
10. Estuve en desacuerdo con respecto a las metas planteadas para mí.							
11. Sentí que el tiempo que compartía con mi terapeuta era inútil.							
12. Mi terapeuta no comprendió lo que quería obtener del proceso.							
13. Estuve claro/a sobre mi responsabilidad en terapia.							
14. Las metas establecidas en terapia fueron importantes para mí.							
15. Sentí que lo que hacíamos en terapia no estaba relacionado con mis preocupaciones.							
16. Sentí que lo que realizaba en terapia me ayudó a conseguir los cambios que deseaba.							
17. Sentí que mi terapeuta estaba genuinamente preocupado por mi bienestar.							
18. Estuve claro/a con respecto a lo que mi terapeuta deseaba que hiciera en terapia.							
19. Mi terapeuta y yo nos respetamos mutuamente.							
20. Sentí que mi terapeuta no fue totalmente honesto con respecto a sus sentimientos hacia mí.							
21. Me sentí confiado/a sobre la capacidad de mi terapeuta para ayudarme.							
22. Mi terapeuta y yo trabajamos con acuerdos comunes sobre mis metas en terapia.							
23. Siento que mi terapeuta me aprecia.							
24. Junto a mi terapeuta acordamos sobre lo que era importante para trabajar en mi terapia.							

INVENTARIO DE ALIANZA TERAPÉUTICA	N U N C A 1	C A S I N U N C A 2	O C A S I N A L M E N T E 3	A V E C E S 4	A M E N U D O 5	F R E C U E N T E M E N T E 6	S I E M P R E 7
25. Como resultado de la terapia me siento más claro/a sobre lo que debo hacer para cambiar.							
26. Mi terapeuta y yo confiamos mutuamente.							
27. Mi terapeuta y yo tuvimos distintas ideas sobre cuál era mi problema.							
28. Mi relación con mi terapeuta es muy importante para mí.							
29. Tuve la sensación de que si en algún momento decía o hacía algo incorrecto, mi terapeuta hubiera dejado de trabajar conmigo.							
30. Mi terapeuta y yo colaboramos en establecer las metas para mi terapia.							
31. Me sentí frustrado/a sobre ciertas cosas que hice en terapia.							
32. Junto a mi terapeuta establecimos un buen entendimiento sobre los cambios que serían favorables para mí.							
33. Las cosas que mi terapeuta me pedía que haga no tenían sentido para mí.							
34. No sabía qué resultado esperar de mi proceso terapéutico.							
35. Sentí que la manera en la que trabajamos sobre mi problema fue la correcta.							
36. Sentí que mi terapeuta me aceptaba a pesar de que realizaba cosas que él/ella no aprobaba.							

Apéndice C (Cuestionario de Satisfacción del Cliente)

CSQ-8 (Cuestionario de Satisfacción del Cliente)

Autor: C. Clifford Atkinson

ESTE CUESTIONARIO NOS SIRVE PARA MEJORAR EL SERVICIO DE CONSULTAS SICOLOGICAS QUE SON REQUERIDAS COMO PRACTICA TERAPEUTICA. NOS INTERESA SUS OPINIONES HONESTAS, SIN IMPORTAR SI ESTAS SON POSITIVAS O NEGATIVAS. POR FAVOR RESPONDA TODAS LAS PREGUNTAS. TAMBIEN ACEPTAMOS CUALQUIER COMENTARIO O SURGERENCIA ADICIONAL. MUCHAS GRACIAS; APRECIAMOS MUCHO SU COLABORACION!

Tu nombre _____

El nombre de tu Terapeuta _____

MARQUE CON UNA X SU RESPUESTA:

1. La calidad de la atención psicológica que recibió fue?

- Excelente (4)
 Buena (3)
 Regular (2)
 Mala (1)

2. Considera que recibió el servicio que usted buscaba?

- NO, definitivamente NO (1)
 NO, no realmente (2)
 SI, generalmente (3)
 Si, definitivamente SI (4)

3. Hasta qué punto las consultas psicológicas satisficieron sus necesidades?

- Casi todas mis necesidades han sido satisfechas (4)
 La mayoría de mis necesidades han sido satisfechas (3)
 Sólo algunas pocas han sido satisfechas (2)
 Ninguna ha sido satisfecha (1)

4. Recomendaría a un amigo/a o familiar asistir a estas consultas psicológicas que ofrecemos?

- NO, Definitivamente NO (1)
 NO, Creo que no (2)
 SI, Creo que si (3)
 SI, Definitivamente SI (4)

5. Qué tan satisfecho está con la cantidad de sesiones asistidas?

- Muy Insatisfecho (1)
 Indiferente o moderadamente insatisfecho (2)
 En su mayoría satisfecho (3)
 Muy satisfecho (4)

6. Estas consultas psicológicas le han ayudado a que maneje más eficazmente sus problemas?

- SI, si me han ayudado (4)
- SI, me han ayudado en muchos aspectos (3)
- NO, realmente no me han ayudado (2)
- NO, parece que incluso me han empeorado (1)

7. En términos generales, qué tan satisfecho/a está con el servicio recibido?

- Muy Satisfecho (4)
- En su mayoría Satisfecho (3)
- Indiferente o moderadamente Insatisfecho (2)
- Muy Insatisfecho (1)

8. Si volviera a buscar ayuda psicológica, volvería a usar este servicio?

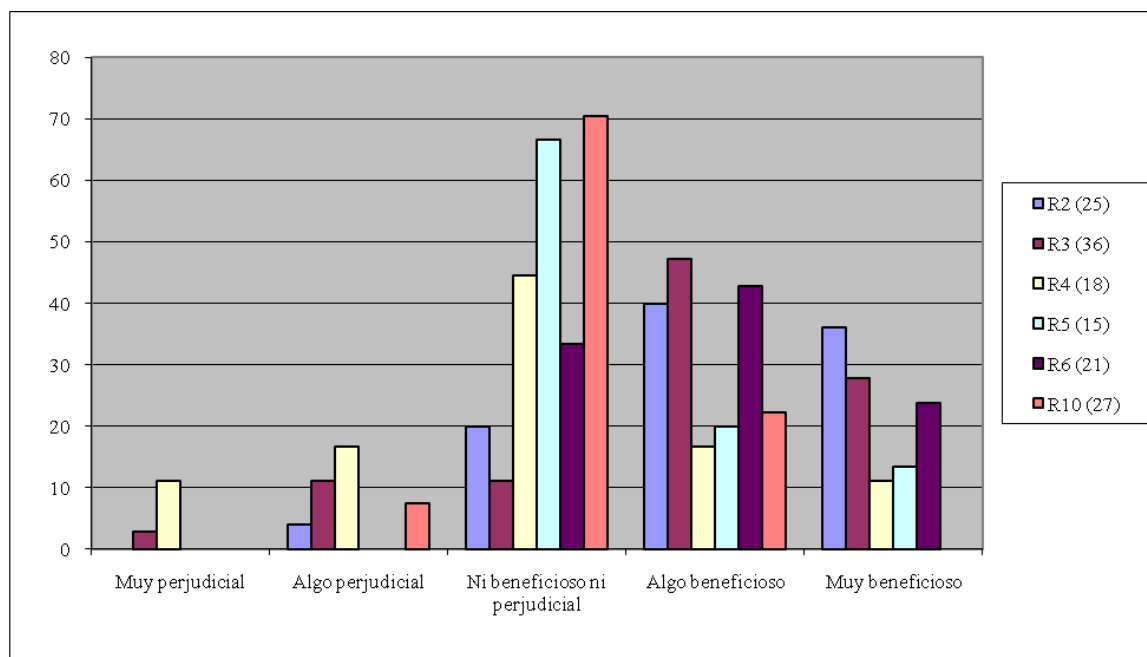
- NO, Definitivamente NO (1)
- NO, creo que no (2)
- SI, creo que si (3)
- SI, Definitivamente SI (4)

Apéndice D (Porcentaje de Beneficio de Tipos de Revelación del Terapeuta sin No-Reveló)

Tabla 5. Porcentajes de Beneficio de Tipos de Revelación sin No-Reveló:

	R2 (25)	R3 (36)	R4 (18)	R5 (15)	R6 (21)	R10 (27)
Muy perjudicial	0	3	11	0	0	0
Algo perjudicial	4	11	17	0	0	7
Ni beneficioso ni perjudicial	20	11	44	67	33	70
Algo beneficioso	40	47	17	20	43	22
Muy beneficioso	36	28	11	13	24	0

Figura 5. Gráfico de Porcentajes de Beneficio de Tipos de Revelación sin No-Reveló:



Apéndice E (Análisis Regresión y Correlaciones)

Regression Analysis: SATISFACCION versus NIVEL AUTORR. ALIANZA TERA. ...

The regression equation is

$$\text{SATISFACCION CLIENTE} = 1,60 + 0,212 \text{ NIVEL AUTORREVELACION TERAPEUTA} \\ + 0,189 \text{ ALIANZA TERAPÉUTICA} - 6,23 \text{ ORIENTACION TERAPEUTA}$$

Predictor	Coef	SE Coef	T	P
Constant	1,595	5,646	0,28	0,779
NIVEL AUTORREVELACION TERAPEUTA	0,2116	0,5205	0,41	0,687
ALIANZA TERAPÉUTICA	0,18896	0,03001	6,30	0,000
ORIENTACION TERAPEUTA	-6,227	1,360	-4,58	0,000

S = 3,95893 R-Sq = 74,5% R-Sq(adj) = 72,5%

Analysis of Variance

Source	DF	SS	MS	F	P
Regression	3	1695,90	565,30	36,07	0,000
Residual Error	37	579,91	15,67		
Total	40	2275,80			

Correlations: NIVEL AUTORREVEL. ALIANZA TERAPEUT. SATISFACCION CLI

	NIVEL AUTORR	ALIANZA TERA
ALIANZA TERA	0,293	
	0,060	
SATISFACCION	0,203	0,775
	0,198	0,000

Cell Contents: Pearson correlation
P-Value

Apéndice F (Análisis Manova)

General Linear Model: NIVEL AUTORR. ALIANZA TERA. ... versus ORIENTACION

Factor	Type	Levels	Values
ORIENTACION TERAPEUTA	fixed	2	COGNITIVO-CONDUCTUAL. HUMANISTA-GESTALT

Analysis of Variance for NIVEL AUTORREVELACION TERAPEUTA, using Adjusted SS for Tests

Source	DF	Seq SS	Adj SS	Adj MS	F	P
ORIENTACION TERAPEUTA	1	0,036	0,036	0,02	0,883	
Error	39	64,988	64,988	1,666		
Total	40	65,024				

S = 1,29088 R-Sq = 0,06% R-Sq(adj) = 0,00%

Unusual Observations for NIVEL AUTORREVELACION TERAPEUTA

NIVEL AUTORREVELACION						
Obs	TERAPEUTA	Fit	SE Fit	Residual	St Resid	
22	6,00000	3,25000	0,28865	2,75000	2,19	R
29	6,00000	3,25000	0,28865	2,75000	2,19	R
34	6,00000	3,25000	0,28865	2,75000	2,19	R

R denotes an observation with a large standardized residual.

Analysis of Variance for ALIANZA TERAPEUTICA, using Adjusted SS for Tests

Source	DF	Seq SS	Adj SS	Adj MS	F	P
ORIENTACION TERAPEUTA	1	3494,3	3494,3	3494,3	6,97	0,012
Error	39	19557,5	19557,5	501,5		
Total	40	23051,8				

S = 22,3936 R-Sq = 15,16% R-Sq(adj) = 12,98%

Unusual Observations for ALIANZA TERAPEUTICA

ALIANZA						
Obs	TERAPÉUTICA	Fit	SE Fit	Residual	St Resid	
34	215,000	150,150	5,007	64,850	2,97	R

R denotes an observation with a large standardized residual.

Analysis of Variance for SATISFACCION CLIENTE, using Adjusted SS for Tests

Source	DF	Seq SS	Adj SS	Adj MS	F	P
ORIENTACION TERAPEUTA	1	964,80	964,80	964,80	28,70	0,000
Error	39	1311,01	1311,01	33,62		
Total	40	2275,80				

S = 5,79790 R-Sq = 42,39% R-Sq(adj) = 40,92%

Apéndice G (Análisis Anova One Way)

General Linear Model: NIVEL AUTORR. ALIANZA TERA. ... versus ORIENTACION

Factor Type Levels Values
ORIENTACION TERAPEUTA fixed 2 COGNITIVO-CONDUCTUAL. HUMANISTA-GESTALT

Analysis of Variance for NIVEL AUTORREVELACION TERAPEUTA, using Adjusted SS for Tests

Source	DF	Seq SS	Adj SS	Adj MS	F	P
ORIENTACION TERAPEUTA	1	0,036	0,036	0,036	0,02	0,883
Error	39	64,988	64,988	1,666		
Total	40	65,024				

S = 1,29088 R-Sq = 0,06% R-Sq(adj) = 0,00%

Analysis of Variance for ALIANZA TERAPEUTICA, using Adjusted SS for Tests

Source	DF	Seq SS	Adj SS	Adj MS	F	P
ORIENTACION TERAPEUTA	1	3494,3	3494,3	3494,3	6,97	0,012
Error	39	19557,5	19557,5	501,5		
Total	40	23051,8				

S = 22,3936 R-Sq = 15,16% R-Sq(adj) = 12,98%

Analysis of Variance for SATISFACCION CLIENTE, using Adjusted SS for Tests

Source	DF	Seq SS	Adj SS	Adj MS	F	P
ORIENTACION TERAPEUTA	1	964,80	964,80	964,80	28,70	0,000
Error	39	1311,01	1311,01	33,62		
Total	40	2275,80				

S = 5,79790 R-Sq = 42,39% R-Sq(adj) = 40,92%

Least Squares Means

	Mean	SE	Mean	SE	Mean	SE	Mean	SE	Mean	SE
ORIENTACION	3,250	0,2886	150,150	5,0074	18,200	1,2964				
COGNITIVO-CONDUCTUAL			3,190	0,2817	168,619	4,8867	27,905	1,2652		
HUMANISTA-GESTALT										

Bonferroni 95,0% Simultaneous Confidence Intervals
Response Variable NIVEL AUTORREVELACION TERAPEUTA
All Pairwise Comparisons among Levels of ORIENTACION TERAPEUTA
ORIENTACION TERAPEUTA = COGNITIVO-CONDUCTUAL subtracted from:

ORIENTACION TERAPEUTA	Lower	Center	Upper
HUMANISTA-GESTALT	-0,8753	-0,05952	0,7563

ORIENTACION TERAPEUTA	-----+-----+-----+-----
HUMANISTA-GESTALT	(-----*-----)
	-----+-----+-----+-----

-0,50 0,00 0,50

Bonferroni Simultaneous Tests

Response Variable NIVEL AUTORREVELACION TERAPEUTA

All Pairwise Comparisons among Levels of ORIENTACION TERAPEUTA

ORIENTACION TERAPEUTA = COGNITIVO-CONDUCTUAL subtracted from:

	Difference	SE of	Adjusted		
ORIENTACION TERAPEUTA	of Means	Difference	T-Value	P-Value	
HUMANISTA-GESTALT	-0,05952	0,4033	-0,1476	0,8834	

Bonferroni 95,0% Simultaneous Confidence Intervals

Response Variable ALIANZA TERAPEUTICA

All Pairwise Comparisons among Levels of ORIENTACION TERAPEUTA

ORIENTACION TERAPEUTA = COGNITIVO-CONDUCTUAL subtracted from:

ORIENTACION TERAPEUTA	Lower	Center	Upper
HUMANISTA-GESTALT	4,317	18,47	32,62

ORIENTACION TERAPEUTA	-----+-----+-----+-----+
HUMANISTA-GESTALT	(-----*-----)
	-----+-----+-----+-----+
	8,0 16,0 24,0 32,0

Bonferroni Simultaneous Tests

Response Variable ALIANZA TERAPEUTICA

All Pairwise Comparisons among Levels of ORIENTACION TERAPEUTA

ORIENTACION TERAPEUTA = COGNITIVO-CONDUCTUAL subtracted from:

	Difference	SE of	Adjusted		
ORIENTACION TERAPEUTA	of Means	Difference	T-Value	P-Value	
HUMANISTA-GESTALT	18,47	6,997	2,640	0,0119	

Bonferroni 95,0% Simultaneous Confidence Intervals

Response Variable SATISFACCION CLIENTE

All Pairwise Comparisons among Levels of ORIENTACION TERAPEUTA

ORIENTACION TERAPEUTA = COGNITIVO-CONDUCTUAL subtracted from:

ORIENTACION TERAPEUTA	Lower	Center	Upper
HUMANISTA-GESTALT	6,041	9,705	13,37

ORIENTACION TERAPEUTA	+-----+-----+-----+-----
HUMANISTA-GESTALT	(-----*-----)
	+-----+-----+-----+-----
	6,0 8,0 10,0 12,0

Bonferroni Simultaneous Tests

Response Variable SATISFACCION CLIENTE

All Pairwise Comparisons among Levels of ORIENTACION TERAPEUTA

ORIENTACION TERAPEUTA = COGNITIVO-CONDUCTUAL subtracted from:

	Difference	SE of	Adjusted		
ORIENTACION TERAPEUTA	of Means	Difference	T-Value	P-Value	
HUMANISTA-GESTALT	9,705	1,811	5,357	0,0000	

Unusual Observations for SATISFACCION CLIENTE

SATISFACCION

Obs	CLIENTE	Fit	SE Fit	Residual	St Resid
35	30,0000	18,2000	1,2964	11,8000	2,09 R

R denotes an observation with a large standardized residual.

Least Squares Means

```

-----NIVEL-----
AUTORREVELACION -----ALIANZA---- --SATISFACCION-
---TERAPEUTA--- ---TERAPEUTICA-- ---CLIENTE----
ORIENTACION      Mean SE Mean  Mean SE Mean  Mean SE Mean
COGNITIVO-CONDUCTUAL 3,250  0,2886 150,150  5,0074 18,200  1,2964
HUMANISTA-GESTALT  3,190  0,2817 168,619  4,8867 27,905  1,2652

```

MANOVA for ORIENTACION TERAPEUTA

s = 1 m = 0,5 n = 17,5

Criterion	Test	DF			P
	Statistic	F	Num	Denom	
Wilks'	0,52802	11,024	3	37	0,000
Lawley-Hotelling	0,89387	11,024	3	37	0,000
Pillai's	0,47198	11,024	3	37	0,000
Roy's	0,89387				

Apéndice H (Segundo Análisis Manova)

Modelo lineal general: ALIANZA TERA. SATISFACCION vs. NIVEL AUTORR

Factor Tipo Niveles Valores
NIVEL AUTORREVELACION TERAPEUTA fijo 2 5. 6

Análisis de varianza para ALIANZA TERAPEUTICA, utilizando SC ajustada para pruebas

Fuente	GL	SC	Sec.	SC Ajust.	CM Ajust.	F	P
NIVEL AUTORREVELACION TERAPEUTA	1	8,2			8,2	8,2	0,01 0,917
Error	4	2632,7	2632,7		658,2		
Total	5	2640,8					

S = 25,6548 R-cuad. = 0,31% R-cuad.(ajustado) = 0,00%

Análisis de varianza para SATISFACCION CLIENTE, utilizando SC ajustada para pruebas

Fuente	GL	SC	Sec.	SC Ajust.	CM Ajust.	F	P
NIVEL AUTORREVELACION TERAPEUTA	1	181,50			181,50	181,50	3,96 0,117
Error	4	183,33	183,33		45,83		
Total	5	364,83					

S = 6,77003 R-cuad. = 49,75% R-cuad.(ajustado) = 37,19%

Medias de cuadrado mínimo

	----ALIANZA----		--SATISFACCION--	
	---TERAPEUTICA---		----CLIENTE----	
	Error	Error	Error	Error
	estándar	estándar	estándar	estándar
NIVEL	de la	de la	de la	de la
AUTORR	Media	media	Media	media
5	173,67	14,812	30,67	3,909
6	176,00	14,812	19,67	3,909

MANOVA para NIVEL AUTORREVELACION TERAPEUTA

s = 1 m = 0,0 n = 0,5

Criterio	Estadística de prueba	GL			P
		F	Núm	Denom	
De Wilks	0,09465	14,347	2	3	0,029
Lawley-Hotelling	9,56486	14,347	2	3	0,029
De Pillai	0,90535	14,347	2	3	0,029
De Roy	9,56486				