VII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXII Jornadas de Investigación XI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2015.

Alianza terapéutica y características del terapeuta: orígenes y controversias actuales.

Etchevers, Martín, Giusti, Sheila Daiana, Helmich, Natalia, Putrino, Natalia Inés y Garay, Cristian Javier.

Cita:

Etchevers, Martín, Giusti, Sheila Daiana, Helmich, Natalia, Putrino, Natalia Inés y Garay, Cristian Javier (2015). *Alianza terapéutica y características del terapeuta: orígenes y controversias actuales. VII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXII Jornadas de Investigación XI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: https://www.aacademica.org/000-015/217

ARK: https://n2t.net/ark:/13683/epma/zhh

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto*. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: https://www.aacademica.org.*

ALIANZA TERAPÉUTICA Y CARACTERÍSTICAS DEL TERAPEUTA: ORÍGENES Y CONTROVERSIAS ACTUALES

Etchevers, Martín; Giusti, Sheila Daiana; Helmich, Natalia; Putrino, Natalia Inés; Garay, Cristian Javier
Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Argentina

RESUMEN
El presente trabajo tiene como finalidad realizar una revisión sobre los antecedentes y trabajos actuales sobre la Alianza Terapéutica (AT) y las Características del terapeuta (CT) Actualmente los estudios acerca del concepto de AT se han vuelto significativos debido a la relevante evidencia empírica que señala el impacto positivo de la relación entre el terapeuta y el paciente en los resultados del tratamiento (Del Re, Flückiger, Horvath, Symonds & Wampold, 2012; Etchevers et al, 2010). Esto ha motivado a explorar qué factores favorecen u obstaculizan su desarrollo, y se ha descubierto que las características del terapeuta influyen en el inicio, mantenimiento y finalización de la AT (Heinonen, 2010; Orlinsky, 2014; Vidal y Benito, 2012).

Palabras clave
Alianza Terapéutica, Características de los Psicoterapeutas

ABSTRACT
UPDATE ON MAJOR WORKS OF THERAPEUTIC ALLIANCE AND CHARACTERISTICS THERAPIST
This paper aims to make a review of the background and current work on the therapeutic alliance (TA) and the characteristics of the therapist (CT) Currently studies on the concept of AT have become significant due to the relevant empirical evidence points to the positive impact of the relationship between therapist and patient treatment outcomes (Del Re, Flückiger, Horvath, Symonds & Wampold, 2012 ; Etchevers et al, 2010). This has led to explore what factors help or hinder its development, and it was found that therapist characteristics influence the initiation, maintenance and termination of the AT (Heinonen, 2010; Orlinsky, 2014; Vidal and Benito, 2012).

Key words
Therapeutic Alliance, Psychoterapists characteristics

Introducción
Los orígenes del constructo de Alianza Terapéutica (AT) se pueden rastrear en los escritos de S. Freud (1912, 1915, 1917) acerca del concepto de "transferencia". En su teoría, distinguió dos vertientes de la transferencia: una positiva (que constituye un motor del tratamiento) y otra negativa (que representa un obstáculo). Propuso que la transferencia de carácter positiva erótica también constituye una resistencia al tratamiento (Freud, 1912). Definió a la transferencia como una reedición del amor infantil (edípico) depositado en la figura del analista, lo cual denominó "neurosis de transferencia". Consideró a la transferencia como una herramienta primordial del tratamiento (Freud, 1915). A su vez, conceptualizó a la "contratransferencia", como la contrapartida de este fenómeno en la persona del analista (Freud, 1910), aconsejando que estos influjos inconscientes fueran detectados y dominados a partir del análisis del propio analista. Si bien no consideró al fenómeno contratransferencial como una fuente de conocimiento o un fenómeno posible de ser utilizado en beneficio del tratamiento, corrientes posteriores comenzaron a estudiar esta vertiente.
Anna Freud (1927/1977) mantuvo la misma postura en relación a los conceptos de transferencia y contratransferencia, al menos en el tratamiento de adultos. Por el contrario, Melanie Klein (1946/1988) consideró al manejo de la contratransferencia como una vertiente positiva para que los analistas atribuyeran sus propias deficiencias al comportamiento de sus pacientes. Sin embargo, esta opinión no prosperó entre sus principales seguidores: P. Heimann, S. Isaacs y J. Riviere (Etchevers, et al. 2004), quienes utilizaron la contratransferencia para el tratamiento de pacientes *borderline* y psicóticos. Gracias a esta modificación, la posibilidad de instalar el dispositivo analítico ya no era excluyente de aquellos pacientes capaces de establecer una neurosis de transferencia. Así, se ampliaron las fronteras del dispositivo freudiano.
El dispositivo terapéutico clásico también fue objeto de conceptualización de Donald Winnicott (1955/56), quien incluyó el concepto de *setting*, para el tratamiento de pacientes no neuróticos. Entre otros aspectos, propuso adecuar la frecuencia y la duración de la sesión así como el tipo de intervención a las necesidades del paciente, no siendo la interpretación la intervención privilegiada (Etchevers et al., 2004). Winnicott interpreta la relación terapeuta-paciente articulándola con la relación madre-bebé, ligándolo con los términos "vínculo" y "confianza".
El desarrollo del psicoanálisis en Estados Unidos conllevó al nacimiento de una nueva corriente, dando lugar a la Psicología del Yo. De las entrañas de esa nueva escuela surgió el significativo concepto de AT (Greenson, 1965; Zetzel, 1956). Sus raíces no solamente se remontan al concepto de transferencia, sino que también se encuentran en los debates respecto del yo y su disociación en autores como Sterba (1934) y Bibring (1937). Estos autores consideran que el yo está disociado en una parte que colabora con el analista y otra que se opone e integra en sí misma los impulsos del ello, las defensas del yo y los dictados del superyó. En estos debates se plantea la posibilidad de establecer una alianza entre estas partes saludables (Etchegoyen, 1986).
Elizabeth Zetzel (1956) consideró a la transferencia como la inclusión de la AT en la neurosis de transferencia. Realizó una distinción entre los términos "transferencia" y "alianza", señalando que la alianza es la parte no neurótica de la relación entre terapeuta y paciente. La AT es esencial para la efectividad de cualquier intervención y esta autora la entiende como: "una relación positiva y estable entre el analista y el paciente, relación que les permite llevar a cabo de manera productiva el trabajo del análisis" (Zetzel & Meissner, 1973). De este modo, la neurosis de transferencia quedó definida como una formación de compromiso que sirve a la resistencia del análisis y se opone a la curación.
Hay diversas definiciones de alianza o relación terapéutica. Hartmann (1960) sostiene que, para que se genere la alianza, es necesaria un "área libre de conflictos". En la misma línea, Greenson (1967) define la alianza de trabajo como "la relación racional y relativamente no neurótica que tiene el paciente con su analista".

Strupp (1973) define a la alianza como un "constructo panteórico", la cual no sólo interviene en el contexto de la psicoterapia psicoanalítica, sino que también influye en la efectividad de las intervenciones técnicas de cualquier tipo.

Hartley (1985) definió la AT como una relación compuesta por la "relación real", que refiere al vínculo entre el paciente y el terapeuta, y la "alianza de trabajo", que alude a la capacidad de ambos para trabajar conjuntamente según los objetivos previstos.

Dentro del campo de la psicoterapia no psicoanalítica, Bordin es uno de los teóricos más importantes en definir la AT. La considera como un constructo multidimensional en el cual existen tres componentes: (1) acuerdo en las tareas, (2) vínculo positivo y (3) acuerdo en los objetivos del tratamiento (Bordin, 1979). Asimismo, Luborsky (1976) señala dos tipos de AT según la fase o etapa de la terapia. Así tenemos: AT de tipo 1, aquélla que se da en el inicio de la terapia y alude a la sensación del paciente de contar con el apoyo del terapeuta, y AT de tipo 2, la que se desarrolla en fases posteriores y consiste en la sensación de trabajo conjunto.

Más recientemente, debido al cambio de paradigma en muchas tradiciones psicoterapéuticas que enfatizan la importancia de los factores relacionales en el tratamiento, la AT se ha convertido en un tema con particular preponderancia dentro de las investigaciones en psicoterapia (Safran & Muran, 2006). Ello dio lugar a numerosos estudios sobre los diferentes instrumentos para medir la AT (Bachelor & Salamé, 2000; Fenton et al., 2001).

La evidencia que surgida de la investigación empírica demostró que la AT es una variable importante en el proceso de cambio y se le puede atribuir alrededor de entre un 10-17% de la variación en los resultados (Horvath, 2001; Beutler et al., 2004).

Paralelamente, diferentes investigaciones se ocupan del modo en que las características del vínculo terapéutico influyen en la adherencia a los tratamientos (Corbella & Botella, 2003; Jiménez, 2005). Por ejemplo, en un estudio de Marcolino & Iacoponi (2003), centrado en el impacto de la AT en la psicoterapia psicodinámica breve, se observó que aquellos pacientes que percibieron que sus terapeutas tenían mejor capacidad para entender e involucrarse en sus tareas, tuvieron mejores resultados en la reducción de síntomas depresivos. En general, los pacientes con más capacidad para construir la AT alcanzaron los mejores resultados psicoterapéuticos.

En el área de la psicología de la salud, se suelen utilizar de manera indistinta los términos "adherencia" y "cumplimiento" para definir el "grado de coincidencia entre la conducta indicada por el terapeuta (p. ej. tomar fármacos, seguir una dieta, realizar ejercicios físicos, dejar de fumar, entre otros) y la conducta del paciente cuando ejecuta las prescripciones terapéuticas" (Demarbre, 1994). Existen estudios que han indicado la importancia de la AT en el tratamiento del alcoholismo (Dundon et al., 2008). Algunos de los trabajos que representan la preocupación por este tipo de problema abarcan: tuberculosis (Álvarez Gordillo et al., 2000), asma (López Viña, 2005), entre otros. Estos trabajos destacaron la necesidad de profundizar dicha temática ya que se ha comprendido que la no adherencia a los tratamientos suele repercutir severamente en la salud física y psicológica de los pacientes, como así también en el entorno familiar. Representa además un costo muy serio para la sociedad, sobre todo cuando se trata de pacientes con enfermedades crónicas.

En cuanto al abordaje de pacientes mediante la combinación de psicoterapia y medicación, se pudo observar en una importante muestra de profesionales, psicólogos clínicos y médicos psiquiatras de la Ciudad de Buenos Aires, que los factores interpersonales fueron considerados como principales responsables del éxito terapéutico (Garay et al., 2013).

Estudios sobre la AT

Se construyeron diferentes escalas e inventarios con el objetivo de evaluar el concepto de la alianza y de la relación terapéutica, procurando reflejar las diferentes perspectivas teóricas que han dado lugar a las diversas conceptualizaciones (Wiseman,Tishby & Barber, 2012). La construcción de la Working Alliance Inventory (WAI) (Horvath & Greenberg, 1986) comprende tres factores que corresponden a la conceptualización de la alianza según los desarrollos de Bordin (1976). Dicho instrumento ha provisto un mayor ímpetu para los fundamentos empíricos sobre la alianza en psicoterapia. La WAI junto al Helping Alliance Questionnaire (HAq) (Luborsky, Barber, Siqueland. & Johnson, 1996), la California Psychotherapy Alliance Scale (CALPS) (Gaston, & Marmar, 1994) y la Vanderbilt Psychotherapy Process Scale (VPPS) (O'Malley, Suh, & Strupp, 1983) son algunos de los instrumentos de medición más empleados para el estudio de la AT.

En nuestro país, Rubén Zukerfeld (2001) estudió las relaciones entre grado de AT, percepción de cambio o mejoría, frecuencia de sesiones y estilo de intervención analítica en pacientes y en analistas a partir de una muestra compuesta por 39 sujetos, en tratamiento analítico entre uno a seis años. El autor administró un instrumento compuesto por una escala de percepción subjetiva de mejoría, una escala de Estilo de Intervención del analista y la Escala de Evaluación de la Alianza Terapéutica. De acuerdo con el autor, el grado de AT percibido está vinculado a la mejoría y no está vinculado a la frecuencia de sesiones ni a la modalidad de las intervenciones.

Entre las medidas más empleadas en el contexto local para evaluar AT, Waizmann y Roussos (2011) destacan la relevancia de la versión en español del Working Alliance Theory of Change Inventory (WATOCI) (Duncan & Miller, 1999; en su versión adaptada por Corbella & Botella, 2004). Sin embargo, los autores observan que el WATOCI y el HRQ no permiten evaluar la variabilidad entre sesiones. Por este motivo, Waizmann y Roussos (2011) llevaron adelante la validación del Working Alliance Inventory en su versión observador (WAI-O-A). Los análisis factoriales realizados en una muestra compuesta por terapeutas y pacientes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a partir de su administración a lo largo de 65 sesiones, permitieron observar que los 36 ítems se distribuyen en tres subescalas: 1) metas, 2) vínculos y 3) tareas. Los autores concluyen que la medida presenta propiedades psicométricas aceptables y recomiendan su empleo en el contexto local.

Posteriormente, Conn, Medrano y Moretti (2013) optaron por adaptar la versión para pacientes de la Helping Alliance Questionnaire revised (HAq-II). Los autores identifican dos ventajas que presenta esta escala que fundamenta su elección. En primer lugar, el HAq-II es la escala más breve, lo que facilita su aplicación en diferentes contextos. En segundo lugar, observan que la versión para pacientes predice mejor los resultados de la terapia que las versiones para terapeuta. Para su adaptación, emplearon una muestra compuesta por 119 participantes con edades comprendidas entre 19 y 59 años, que se encontraban en un tratamiento psicoterapéutico breve y que fueron seleccionados a partir de un muestreo de tipo no probabilístico (León & Montero, 2003). Los participantes contestaron el Revised Helping Alliance Questionnaire, Patient Version (HAq-II-P) traducido por los autores, cuyos ítems se agrupan en dos subescalas: "AT positiva" y "AT negativa" y presentan un formato de respuesta tipo likert con escalas de 6 puntos que van desde "muy en desacuerdo" hasta "muy de acuerdo". A partir de los datos recabados, concluyeron que el modelo se ajusta a los datos recabados en campo. Además, observaron que los hombres tienden a presentar mayor acuerdo cuando el terapeuta es un psicólogo y que

las mujeres tienden a presentar mayor acuerdo cuando el terapeuta es un psiquiatra.

Estudios sobre características de los psicoterapeutas

El estudio de las características de los terapeutas y su impacto en los resultados del tratamiento es un campo de creciente desarrollo. No obstante, entre los factores que más inciden en establecimiento de la AT se han identificado ciertas características del terapeuta (Heinonen, 2010; Orlinsky, 2014; Vidal y Benito, 2012). Erkki Heinonen (2014) destaca cuatro instrumentos de evaluación acerca de las características del terapeuta: 1) The Therapist Characteristics Rating Scale (TCRS) (Keinan et al., 1989); 2) The Personal Style of the Therapist (PST-Q) (Fernández-Alvarez et al., 2003); 3) The Therapist Attitudes Scales (TASC-2); y 4) The Development of Psychotherapists Common Core Questionnaire (DPCCQ) (Orlinsky, Rønnestad, Ambuhl, Willutzki, Botermans, Cffirpka et al., 1999; Orlinsky & Rønnestad, 2005). El último evalúa características del terapeuta a partir de 40 escalas con adecuada consistencia interna ($0{,}46 < \alpha < 0.90$) y presenta indiscutiblemente un alcance más amplio que cualquiera de los otros instrumentos, ya que ha sido desarrollado para evaluar tanto las características profesionales como personales relevantes para psicoterapeutas de todas las orientaciones. Se trata de un cuestionario autoadministrable compuesto por 392 ítems diseñado para permitir a los terapeutas para describirse a sí mismos, tanto en su vida profesional como personal.

La Sociedad para la Investigación de la Psicoterapia (Society for Psychotherapy Research) (SPR) desarrolla un estudio sobre las experiencias de los psicoterapeutas en cuanto al trabajo terapéutico y el desarrollo profesional (Orlinsky et al., 1999; Rønnestad & Orlinsky, 2005). Las preguntas centrales que impulsaron dicho estudio fueron: ¿Cómo viven los terapeutas su trabajo con pacientes? ¿Qué impacto tienen las experiencias de trabajo de los terapeutas en su desarrollo profesional? ¿De qué manera influyen el nivel y la etapa del desarrollo de un terapeuta en su trabajo terapéutico? Para su investigación teórica y empírica se desarrolló el DPCCQ con el objeto de indagar sobre distintas experiencias profesionales y personales. Los casos proceden de 24 países distintos, entre los que podemos encontrar a Estados Unidos, gran parte de los países europeos, el noreste asiático y Latinoamérica. De acuerdo con D. Orlinsky (comunicación personal, 25 de julio de 2014), en la actualidad la muestra internacional asciende a 11.200 terapeutas.

Se identificaron dos grandes dimensiones de las características profesionales del terapeuta, a partir de análisis factoriales de distintas facetas del trabajo, como las habilidades clínicas de los terapeutas, dificultades en la práctica profesional, estrategias para manejarlas, formas de relacionarse con los pacientes y sus sentimientos durante las sesiones. Una dimensión describe la experiencia de conexión curativa (*healing involvement*). Ésta se compone por el nivel de habilidad actual del terapeuta, un nivel mínimo de percepción de dificultades, el uso de estrategias constructivas para manejar las situaciones, un compromiso genuino para tener relaciones afirmativas y receptivas con los pacientes, vivir experiencias de *flow* o fluidez con los pacientes (en el sentido de Csíkszentmihályi, 1990), y una sensación general de eficacia terapéutica. Otra dimensión describe la experiencia de una conexión estresante (*stressful involvement*). Esta se compone de dificultades en la práctica terapéutica, estrategias defensivas en manejo de las situaciones, estrategias terapéuticas poco constructivas y sentimientos de aburrimiento y/o ansiedad durante las sesiones. Tanto la conexión curativa como la conexión estresante resultaron estadísticamente independientes. Observaron cuatro patrones generales de la experiencia actual del trabajo de los terapeutas: 1) Práctica Efectiva, 2) Práctica Desafiante o con desafíos, 3) Práctica Desinvolucrada o con falta de compromiso, 4) Práctica Perturbadora. La incidencia de la Práctica Efectiva fue mayor en los grupos de terapeutas más experimentados mientras que en el otro extremo el grupo de terapeutas de menor experiencia reportó una mayor práctica desafiante y práctica perturbadora. Basándose en este estudio, los autores destacan la necesidad de apoyar y brindar supervisión a los terapeutas novatos.

Estudios sobre la relación entre AT y las características de los psicoterapeutas

El estudio de la relación entre AT y las características de los terapeutas es reciente y se cuentan con algunas líneas de investigación. El estudio de Psicoterapia de Helsinki (Knekt, Laaksonen, Härkänen, Maljanen, Heinonen, Virtala, et al., 2012) tiene como objetivo presentar un panorama de cómo se adaptan dos terapias a corto plazo (terapia centrada en soluciones, psicoterapia psicodinámica breve) y dos terapias a largo plazo (psicoterapia psicodinámica a largo plazo y el psicoanálisis) para el tratamiento de pacientes ambulatorios con trastornos del estado de ánimo o ansiedad. El estudio se basa en un total de 367 pacientes psiquiátricos ambulatorios, con edades entre 20-46 años, que fueron reclutados para el estudio de la región de Helsinki, y asignados a los tratamientos en 1994-2000. En este marco, Heinonen (2014) realiza un estudio en el que observó que la conexión curativa se asocia positivamente a la AT, mientras que la conexión estresante se asocia de manera negativa. Así las mejores alianzas terapéuticas, particularmente en las terapias breves, se asociaron a la habilidad actual (*skillfullness*), habilidades básicas de relación (*basic relational skills*) y una agencia relacional eficaz (*efficacious relational agency*). Las peores alianzas se asociaron con alta ansiedad, alto Aburrimiento, mayor percepción de dificultades frecuentes (*frequent difficulties*), baja inversión (investment), bajo "*flow*" y alta participación estresante (*stressful involvement*), el último predictivo, especialmente en el tratamiento a largo plazo. En la misma dirección, Hartmann (2014) exploró la divergencia entre la percepción de los terapeutas y los pacientes en relación a las características del trabajo de los terapeutas.

No se registran en el ámbito local estudios que evalúen la relación entre la AT y las características profesionales de los psicólogos clínicos mediante la definición de Orlinsky y Rønnestad (2005).

Estudio propuesto y consideraciones finales

En el contexto local, los marcos teóricos de psicoterapia predominantes pueden agruparse en dos grandes corrientes: los psicoanalíticos y los cognitivo-conductuales (Garay, Fabrissin, Korman, Biglieri & Etchevers, 2008). Se estudiaron aspectos relacionados al proceso inferencial clínicos, es decir, cómo construyen hipótesis los psicoanalistas y terapeutas cognitivos de diferentes niveles de experiencia así como los tipos de intervención que proponen (Garay, 2013; Huerin, 2012; Leibovich de Duarte, 2001; Leibovich de Duarte, Huerín, Roussos, Rutsztein, & Torricelli, 2003; Leibovich de Duarte, Bleichmar, & Calderón, 2004; Leibovich de Duarte, Huerin, Roussos, Rubio, Zanotto, Juan, et al. 2008; Torricelli, 2006; Torricelli, López, & Leibovich de Duarte, 2007; Torricelli & Leibovich de Duarte, 2005; Rutsztein, 2005; Rutsztein & Leibovich de Duarte, 2005; Roussos & Leibovich de Duarte, 2002; Roussos, 2001). Sin embargo, no se ha estudiado la relación entre las características de los terapeutas y la AT en psicoanalistas y terapeutas cognitivo-conductuales de diferentes niveles de experiencia en el ámbito local. Conocer dicha relación puede contribuir a diseñar dispositivos

de capacitación y formación de psicoterapeutas, mejorando de este modo la asistencia de la población consultante.

Actualmente el equipo UBACyT a cargo del Mg. Martín Etchevers ha comenzado a explorar las nociones de los estudiantes y profesionales de carreras afines a la salud mental acerca de los factores que favorecen u obstaculizan el vínculo entre paciente y terapeuta. Etchevers, Simkin, Putrino, Greif, Garay y Korman (2013) administraron un cuestionario acerca de Creencias en una muestra compuesta por 320 estudiantes de la Carrera de Psicología de la Universidad de Buenos Aires con un rango etáreo de 18 a 35 años Los datos fueron recolectados a través de un instrumento de evaluación de índole autoadministrable construido en base a una revisión bibliográfica (Etchevers, González, Sacchetta, Iacoponi, Muzzio & Miceli, 2010). Casi la totalidad de los participantes consideró muy importante a la relación terapéutica en el inicio, el sostenimiento y los resultados del tratamiento. A la vez, en cuanto a los aspectos importantes para el establecimiento de la relación terapéutica y que son parte del rol del psicólogo, los primeros cinco aspectos elegidos han sido: (1) "adaptación a las necesidades del paciente", (2) "actitud empática", (3) "expresión abierta de interés", (4) "actitud cálida" y (5) "diálogo fluido. Se observó un fuerte consenso acerca de la importancia de la relación terapéutica en los logros u objetivos del tratamiento. Se observó que, si bien existe consenso respecto del impacto favorable de ciertos factores (e.g., la empatía o interés del terapeuta en la problemática o motivo de consulta), cierto desacuerdo respecto de la relevancia de otros (e.g., la relevancia para la AT de consensuar los objetivos en psicoterapia).

Posteriormente, Etchevers, Garay, Putrino y Simkin (2014) administraron una versión adaptada para profesionales del cuestionario utilizado en el estudio anterior a 110 psicólogos clínicos de diferentes orientaciones teóricas y niveles de experiencia. De acuerdo al análisis estadístico (ANOVA), se observó que los clínicos de orientación psicoanalítica no consideraron necesario acordar objetivos mientras que los demás profesionales, de otras orientaciones teóricas, sí lo hizo. A los fines de poder comparar la población local con los parámetros a nivel mundial, la dirección del equipo se ha puesto en contacto con Orlinsky y Rønnestad con el objeto de adaptar y administrar el instrumento a psicólogos y psiquiatras del contexto local.

En el actual estudio se evalúan las características de los terapeutas con el DPCCQ (nivel de capacitación, marco teórico, tiempo de ejercicio profesional, vínculo estresante y saludable) y a través del Working Alliance Inventary (WAI) que mide el grado de relación terapéutica. En nuestro caso, estamos utilizando la versión WAI-T adaptada al español por (citar), que permite que el terapeuta responda acerca de su percepción de su AT con cada paciente. A través de nuestro estudio queremos averiguar si las variables como tiempo de ejercicio profesional correlacionan con la capacidad de generar una buena RT, como Fiedler (1950) encontró que los terapeutas experimentados tienen una mayor similitud en la práctica clínica con los terapeutas experimentados de otras orientaciones que con terapeutas inexpertos de la misma orientación teórica. A su vez, evaluar la correlación existente con las otras variables en estudio dentro de las características del terapeuta en relación a la WAI.

Asimismo, desde el 2014 el equipo de investigación, amplió sus estudios al comenzar a evaluar la empatía en los psicólogos clínicos y su relación con la AT. Si bien hay algunos trabajos que investigaron la importancia de la empatía en la psicoterapia como Orlinsky, Grawe y Parks, 1994, Watson, Steckley y McMullen, 2014; pocos estudios han evaluado la empatía a través de diferentes medidas, dado que en general se suelen usar instrumentos auto-administrables y por lo tanto, se generan dudas acerca de si las respuestas no están condicionadas por la deseabilidad social cuando son completados por psicólogos (Olivera, Braun y Roussos, 2011, cita perú). Es por ello, que en nuestros trabajos actuales, se están estudiando esas variables a través de pruebas psicométricas y neuropsicológicas, para próximamente incluir medidas fisiológicas a través de electroencefalografía.

Ambos trabajos se encuentran relacionados, dado que la empatía es parte de una característica personal de un terapeuta y también se podría mejorar según la práctica profesional o académica como algunos autores sugieren que la capacidad de reconocimiento de emociones parece aumentar con la capacitación y formación específica en esta área. Michael y Noronha (2006), encontraron que la capacidad de reconocer la expresión de las emociones, tanto en sí mismos y en los demás, es superior en los estudiantes de psicología en comparación con los estudiantes de Biología e Ingeniería; y Machado et al (1999) encontraron que los terapeutas experimentados identifican emociones mejor que los estudiantes universitarios de Psicología. Si bien muchos postulados teóricos dan cuenta de la relación entre fluidez y estrés del terapeuta y la AT, no existen estudios en el contexto local de la influencia de estas variables en el tratamiento de los pacientes. Por lo tanto, es de suma relevancia comenzar estudios empíricos en estas áreas.

BIBLIOGRAFÍA

Alvarez-Gordillo, G. D. C., Álvarez-Gordillo, J. F., Dorantes-Jiménez, J. E., & Halperin-Frisch, D. (2000). Percepciones y prácticas relacionadas con la tuberculosis y la adherencia al tratamiento en Chiapas, México. Salud Publica México, 42(6), 520-528.

Andrusyna, T. P., Tang, T. Z., Derubeis, R.J., & Luborsky, L. (2001). The factor structure of the Working Alliance Inventory in cognitive-behavioral therapy. Journal of Psychotherapy. Practice and Research, 10(3), 173-178.

Asociación de Psicólogos de Buenos Aires. Código de Ética. Disponible en: http://www.psicologos.org.ar/docs/C%C3%B3digo_Etica_APBA.pdf

Bachelor, A., & Salamé, R. (2000). Participants' perceptions of dimensions of the therapeutic alliance over the course of therapy. Journal of Psychotherapy Practice and Research, 9(1), 39-53.

Bandura, A. (1977). Social learning theory. Upper Saddle, NJ: Prentice-Hall.

Beck, A. T. (1967). Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects. New York: Guilford

Beck, A. T., Rush, J. J, Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). Cognitive therapy of depression. New York: Guilford Press.

Beutler, L. E. (2004). The Empirically Supported Treatments Movement: A Scientist Practitioner's Response. Clinical Psychology: Science and Practice,11(3), 225-229.

Bibring, E. (1937). On the theory of the results of psychoanalysis. International Journal of Psychoanalysis, 18, 170-189.

Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 16(3), 252-260.

Castonguay, L. G., Constantino, M. J., McAleavey, A. A., & Goldfried, M. R. (2010). The therapeutic alliance in cognitive-behavioural therapy. En J. C. Muran & J. P. Barber (Eds.), The therapeutic alliance: An evidenced based guide to practice (pp. 150-172). New York: Guilford Press.

Cecero, J., Fenton, L., Nich, C., Frankforter, T., & Carroll, K. (2001). Focus on therapeutic alliance: The psychometric properties of six measures across three treatments. Psychotherapy: Theory, Research, Practice and Training, 38(1), 1-11.

Conn, H., Medrano, L. A., & Moretti, L. (2013). Adaptación del cuestionario de alianza de ayuda revisado versión paciente (HAQ-II-P) para la población de cordobeses. Terapia psicológica, 31(2), 165-174.

Corbella, S., & Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. Anales de Psicología, 19 (2), 205-221.

Corbella, S., & Botella, L. (2004). Psychometric properties of the Spanish version of the Working Alliance Theory of Change Inventory (WATOCI). Psicothema, 16(4), 702-705.

De Rubeis, R. J., Brotman, M. A., & Gibbons, C. J. (2005). A conceptual and methodological analysis of the nonspecific argument. Clinical Psychology: science and practice, 12, 174-186.

Demarbre, V. (1994). Adherencia terapéutica: una asignatura pendiente en el campo de la Psicología de la Salud. Universidad Autónoma de Barcelona. Anuario de Psicología, 61, 71-77.

Duncan, B. L., & Miller, S. D. (1999). Working Alliance Theory of Change Inventory (WATOCI). The Institute for the Study of Therapeutic Change (ISTC).

Dundon, W. D., Pettinati, H. M., Lynch, K. G., Xie, H., Varillo, K. M., Makadon, C., & Oslin, D. W. (2008). The therapeutic alliance in medical-based interventions impacts outcome in treating alcohol dependence. Drug and alcohol dependence, 95(3), 230-236.

Etchegoyen, H. (1986). Los fundamentos de la técnica psicoanalítica. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Etchevers, M., González, M., Sacchetta, L., Iacoponi, C., Muzzio, G., & Miceli, C. (2010). Relación terapéutica: su importancia en la psicoterapia. Memorias del II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XVII Jornadas de Investigación. VI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR (Vol. 3, pp. 49-52).

Etchevers, M., Pietra, G., & Battaglia, G. (2004). Acerca de la Transferencia, la Contratransferencia y la Abstinencia en la Escuela Inglesa de Psicoanálisis: D. Winnicott. Memorias de las XI Jornadas de Investigación, 3, 50-53.

Etchevers, M., Simkin, H., Putrino, N., Greif, J., Garay, C., & Korman, G. (2013). Relación Terapéutica: estudio en población de estudiantes universitarios. Anuario de Investigaciones, 20(1), 39-47.

Fernández-Álvarez, H., García, F., Lo Bianco, J., & Corbella Santomá, S. (2003). Assessment questionnaire on the personal style of the therapist PST-Q. Clinical Psychology & Psychotherapy, 10(2), 116-125.

Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., Symonds, D., & Horvath, A. O. (2012). How central is the alliance in psychotherapy? A multilevel longitudinal meta-analysis. Journal of Counseling Psychology, 59(1), 10-17.

Freud, A. (1927/1977). Psicoanálisis de niños. Buenos Aires: Paidós.

Freud, S. (1912/1979). Sobre la dinámica de la transferencia. O. C., Volumen XII. Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1914/1979). Recordar, repetir y reelaborar. O. C., Volumen XII. Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1915/1979). Puntualizaciones sobre el amor de transferencia (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis, III). O. C., Volumen XII. Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1917/1979). Conferencia 27. La transferencia (Conferencias de introducción al psicoanálisis. O. C., Volumen XVI. Amorrortu Editores. Buenos Aires: Amorrortu.

Garay, C. J. (2013). El proceso inferencial clínico de psicólogos frente a la problemàtica depresiva. Tesis doctoral, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.

Garay, C. J. (2011). Un debate central en la investigación en psicoterapia. Investigando en Psicología, 13(13), 125-134.

Garay, C., Fabrissin, J., Korman, G., Etchevers, M., & Biglieri, J. (2008). Combinación de psicofármacos y psicoterapia en la literatura científica y en la práctica clínica local. Memorias del 15º Congreso Internacional de Psiquiatría.

Gelso, C. J. (2009). The time has come: The real relationship in psychotherapy research. Psychotherapy Research, 19, 278-282.

Gonzalez V., M.(2009). Conceptos básicos sobre algunos elementos terapéuticos. Psicoanálisis, 21(1), 45-49.

Greenson, R. R. (1965). The working alliance and the transference neuroses. Psychoanalysis Quarterly, 34,155-181.

Hartley, D. (1985). Research in the therapeutic alliance in psychotherapy. En R. Hales & A. Frances (Eds.), Psychiatry update annual review (pp. 532-549). Washington DC: American Psyquiatric Press.

Hartley, D. (1985). Research on the therapeutic alliance in psychotherapy. Psychiatry update annual review, 4, 532-549.

Hartmann, A., Joos, A., Orlinsky, D. E., & Zeeck, A. (2014). Accuracy of therapist perceptions of patients' alliance: Exploring the divergence. Psychotherapy Research, 25(4),408-419.

Hartmann, H. (1960). Psicoanálisis y Psicología del Desarrollo. Ensayos sobre la Psicología del Yo. México: Fondo de Cultura Económica.

Heinonen, E. (2014). Therapists' professional and personal characteristics as predictors of working alliance and outcome in psychotherapy.(Doctoral dissertation).

Heinonen, E., & Orlinsky, D. E. (2013). Psychotherapists' personal identities, theoretical orientations, and professional relationships: Elective affinity and role adjustment as modes of congruence. Psychotherapy Research, 23(6), 718-731.

Horvath, A. O. (2001). The therapeutic alliance: Concepts, research and training. Australian Psychologist, 36(2), 170-176.

Horvath, A. O. (2005). The therapeutic relationship: Research and theory: An introduction to the special issue. Psychotherapy Research, 15(1-2), 3-7.

Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. Journal of counseling psychology, 36(2), 223-233.

Horvath, A.O., Greenberg, L.S. (1989). Development and Validation of the Working Alliance Inventory. Journal of Consulting Psychology, 36, 2, 223-233.

Huerin, V. (2011). Particularidades del proceso inferencial en la comunicación entre madres oyentes y sus hijos sordos. Tesis de Doctorado de la Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.

Jiménez, J. P. (2005). El vínculo, las intervenciones técnicas y el cambio terapéutico en terapia psicoanalítica. Aperturas psicoanalíticas, 20, 1-19.

Keinan, G., Almagor, M., & Ben-Porath, Y. S. (1989). A reevaluation of the relationship between psychotherapeutic orientation and perceived personality characteristics. Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 26(2), 218.

Kirschenbaum, H., & Jourdan, A. (2005). The current status of Carl Rogers and the person-centered approach. Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 42, 37-51.

Klein, M. (1946/1988). Los orígenes de la transferencia. En Obras Completas, T. 3 (pp. 57-65). Barcelona: Paidós.

Knekt, P., Laaksonen, M. A., Härkänen, T., Maljanen, T., Heinonen, E., Virtala, E., et al. (2012). The Helsinki Psychotherapy Study: Effectiveness, Sufficiency, and Suitability of Short- and Long-Term Psychotherapy. En R. A. Levy, J. S. Ablon, & H. Kächele (Eds.), Psychodynamic Psychotherapy Research. Evidence-Based Practice and Practice-Based Evidence (pp. 71-94). New York: Springer.

Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (2007). Psicoterapia Analítica Funcional FAP, Creación de relaciones terapéuticas intensas y curativas. Málaga: Ciencia Biomédica. Universidad de Málaga.

Lambert, M. J., Bergin, A. E., & Garfield, S. L. (2004). Introduction and Historical Overview. En Lambert MJ. Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change (pp. 3-15). New York: Wiley.

Leibovich de Duarte, A. (2001). Psychoanalysts at work: The construction of clinical hypotheses. Conferencia. The New York Freudian Society (International Psychoanalytical Association). New York, USA. Octubre.

Leibovich de Duarte, A., Bleichmar, H., & Calderón, J. (2004). Psychoanalytic and cognitive approaches to the clinical case. International Journal of

Psychoanalysis, 85(4), 991-994.
Leibovich de Duarte, A., Huerin, V., Roussos, A., Rubio, M., Zanotto, M., Juan, S., et al. (2008). Metas psicoterapéuticas que priorizan residentes y concurrentes psicólogos y médicos en salud mental de la ciudad de Buenos Aires. Memorias de las XIV Jornadas de Investigación, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, tomo I, 50-52.
Leibovich de Duarte, A., Huerin, V., Roussos, A., Rutsztein, G., & Torricelli, F. (2003). Inferencias clínicas de psicoanalistas y psicoterapeutas cognitivos. Memorias de las X Jornadas de Investigación de Psicología, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, tomo 1, 77-80.
Linehan, M. M. (1993). Cognitive behavioural treatment of borderline personality disorders. New York: Guilford Press.
López Viña, A. (2005). Actitudes para fomentar el cumplimiento terapéutico en el asma. Archivos de Bronconeumología, 41(6), 334-340.
Luborsky, L. (1976). Helping alliances in psychotherapy. Successful psychotherapy, 92-116.
Luborsky, L., Barber, J. P., Siqueland, L., Johnson, S., Najavits, L. M., Frank, A., & Daley, D. (1996). The revised Helping Alliance questionnaire (HAq-II): psychometric properties. The Journal of psychotherapy practice and research, 5(3), 260.
Luborsky, L., Rosenthal, R., Diguer, L., Andrusyna, T. P., Berman, J. S., Levitt, J. T., et al. (2002). The Dodo bird verdict is alive and well-mostly. Clinical Psychology: Science and Practice, 9(1), 2-1.
Marcolino, J. A., & Iacoponi, E. (2003). The early impact of therapeutic alliance in brief psychodynamic psychotherapy. Revista Brasileira de Psiquiatría, 25(2), 78-86.
Marmar, C. R., Weiss, D. S., & Gaston, L. (1989). Toward the validation of the California Therapeutic Alliance Rating System. Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1(1), 46.
Mihály, C. (1990). Motiváció és kreativitás: Út a megismerés strukturális, illetve energetikai megközelítéseinek szintézise felé. Pszichológia, 10, 1.
Montero, I., & León, O. G. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. International Journal of Clinical and Health Psychology, 7(3), 847-862.
Muran, J. C., & Safran, J. D. (2010). Alliance ruptures and resolution. New York: The Gilford Press.
Norcross, J. C. (2000). Authoritative guide to self-help resources in mental health. New York: The Gilford Press.
O'Malley, S. S., Suh, C. S., & Strupp, H. H. (1983). The Vanderbilt Psychotherapy Process Scale: A report on the scale development and a process-outcome study. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51(4), 581.
Orlinsky, D. E., & Rønnestad, M. H. (2005). How psychotherapists develop: A study of therapeutic work and professional growth. Washington DC: American Psychological Association.
Orlinsky, D. E., Botermans, J.-F., & Rønnestad, M. H. (2001). Towards an empirically grounded model of psychotherapy training: Four thousand therapists rate influences on their development. Australian Psychologist, 36, 139-148.
Orlinsky, D. E., Rønnestad, M. H., Ambühl, H., et al. (1999). Psychotherapists' assessments of their development at different career levels. Psychotherapy, 36, 203-215.
Orlinsky, D., Ambühl, H., Rønnestad, M., Davis, J., Gerin, P., Davis, M., et al. (1999). Development of psychotherapists: Concepts, questions, and methods of a collaborative international study. Psychotherapy Research, 9(2), 127-153.
Rachman, S. (1997). The evolution of cognitive behaviour therapy. En D M. Clark & C.G Fairburn. Science and practice of cognitive behaviour therapy (pp. 3-26). New York: Oxford University Press.
Rogers, C. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. Journal of consulting and clinical psychology, 22, 95-103.
Rogers, C. R. (1942). Counseling and psychotherapy; newer concepts in practice. New York: The Roger Press.
Roussos, A, & Leibovich de Duarte, A. (2002). La incidencia de la Actividad Referencial en el proceso de formulación de inferencias clínicas en psicoterapeutas de distintos marcos teóricos. Intersubjetivo, Revista de Psicoterapia Psicoanalítica y Salud, 4 (1), 78-89.
Roussos, A. (2001). La inferencia clínica y la elaboración de hipótesis de trabajo de los psicoterapeutas. Estudio empírico mediante el uso de técnicas de análisis de procesos terapéuticos. Tesis de Doctorado de la Facultad de Humanidades, Universidad de Belgrano.
Rutsztein, G. (2005). Psicoterapeutas cognitivos y psicoanalistas: un estudio comparativo sobre inferencias clínicas centrado en trastornos de la alimentación. Tesis de Doctorado. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
Rutsztein, G., & Leibovich de Duarte, A. (2005). Psicoanalistas y psicoterapeutas cognitivos: un estudio comparativo sobre inferencias diagnósticas ante un mismo material clínico centrado en trastornos de la alimentación. Memorias de las XII Jornadas de Investigación, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, tomo I, 93- 96.
Safran, J. D., & Muran, J. C. (2006). Has the concept of the therapeutic alliance outlived its usefulness?. Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 43(3), 286.
Safran, J. D. (2003). The relational turn, the therapeutic alliance, and psychotherapy research: Strange bedfellows or postmodern marriage?.Contemporary Psychoanalysis, 39(3), 449-475.
Safran, J. D., & Muran, J. D. (1996). The resolution of ruptures in the therapeutic alliance. Journal of Consulting and clinical psychology, 64(3), 447-458.
Sandell, R., Carlsson, J., Schubert, J., Broberg, J., Lazar, A., & Grant, J. (2004). Therapist attitudes and patient outcomes: I. Development and validation of the Therapeutic Attitudes Scales (TASC-2). Psychotherapy Research, 14(4), 469-484.
Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) for Windows (2006). Release 15.0.1. Chicago, Illinois: SPSS Inc.
Sterba, R. (1934). The Fate of the Ego in Analytic Therapy. International Journal of Psychoanalysis, 15, 117-126.
Strupp, H. (1973). The interpersonal relantionship as a vehicle for therapeutic learning. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 41(1), 13-15.
Torricelli, F. (2006). Residentes en psicología clínica y psiquiatría. Representaciones acerca de sus campos profesionales y producción inferencial clínica en su formación como psicoterapeutas. Tesis de Doctorado de la Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
Torricelli, F. López, P., & Leibovich de Duarte, A. (2007). El perfil de los residentes en salud mental: aspectos y preferencias formativas y clínicas. Memorias de las XIV Jornadas de Investigación, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, tomo I, 130-133.
Torricelli, F., & Leibovich de Duarte, A. (2005). Representaciones y perfil profesional de residentes de salud mental. Memorias de las XII Jornadas de Investigación, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, tomo I, 100-102.
Vidal y Benito, M.C. (2012) Empatía en la consulta. Buenos Aires: Pólemos.
Waizmann, V., & Roussos, A. (2011). Adaptación de Inventario de Alianza de Trabajo en su Versión Observador: WAI-OA; Adaptation of the Working Alliance Inventory in its Observer Form: WAI-OA. Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología de la UBA, 18, 95-104.
Waizmann, V., Espindola, I., Roussos, A. J. (2009). Acerca de las rupturas de alianza terapéutica. En Memorias del I Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional de Psicología. XVI Jornadas de Investigación. Quinto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología, UBA.
Wampold, B. E. (2001). The great psychotherapy debate: Models, methods,

and findings. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
Weiner, I. B., & Bordin, E. S. (1976). Individual psychotherapy. Clinical methods in psychology. New York: Wiley.
Wilson, G. T., & Evans, I. M. (1977). The therapist-client relationship in behaviour therapy. En A. S. Gurman & A. M Razin (Eds.), Effective Psychotherapy: a handbook of research (pp. 309-330). New York: Pergamen Press
Winnicott, D. (1955-1956/1998). Variedades clínicas de la transferencia. En Escritos de pediatría y psicoanálisis (pp. 391-396). Barcelona: Paidós.
Wiseman, H., Tishby, O., & Barber, J. P. (2012). Collaboration in psychodynamic psychotherapy. Journal of clinical psychology, 68(2), 136-145.
Wolpe, J. (1958). Reciprocal Inhibiton therapy. Stanford, CA: Stanford University Press.
Wolpe, J., & Lazarus, A. (1966). Behaviour therapy techniques. New York: Pergamen Press.
Zetzel, E. (1956). Current concepts of transference. International Journal of Psychoanalysis, 37, 369 - 376.
Zetzel, E., & Meissner, W. W. (1973). Basic concepts of psychoanalytic psychiatry. New York: Basic Books.
Zukerfeld, R. (2001). Alianza terapéutica y encuadre analítico. VERTEX Revista Argentina de Psiquiatría, 12, 211-20.