



Terapia Psicológica

ISSN: 0716-6184

sochpscl@entelchile.net

Sociedad Chilena de Psicología Clínica
Chile

Santibáñez Fernández, Patricia Macarena; Román Mella, María Francisca; Chenevard, Claudia
Lucero; Espinoza García, Alejandra Elena; Irribarra Cáceres, Daniela Eugenia; Müller Vergara,
Pamela Alejandra

Variables Inespecíficas en Psicoterapia

Terapia Psicológica, vol. 26, núm. 1, julio, 2008, pp. 89-98

Sociedad Chilena de Psicología Clínica

Santiago, Chile

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78526108>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Variables Inespecíficas en Psicoterapia

Inespecific Variables in Psychotherapy

Patricia Macarena Santibáñez Fernández*

María Francisca Román Mella,

Claudia Lucero Chenevard,

Alejandra Elena Espinoza García,

Daniela Eugenia Irribarra Cáceres

Pamela Alejandra Müller Vergara.

Universidad de La Frontera, Chile

(Rec: 12 enero 2007- Acep: 22 octubre 2007)

Resumen

Este artículo presenta una sistematización teórica de las variables inespecíficas que se han estudiado intervienen en el proceso psicoterapéutico. Se realiza una revisión de la investigación de proceso en psicoterapia y la influencia de los factores comunes en el cambio terapéutico, para finalizar con una descripción de los principales hallazgos respecto a las variables inespecíficas reportadas en la literatura: del consultante, del terapeuta y de la relación.

Palabras clave: Variables inespecíficas, investigación de proceso, relación terapéutica.

Abstract

This paper presents a theoretical systematization of the non specific variables, that have been studied to intervene in the psychotherapy process.

The article presents a review of the psychotherapy process research and its influence of the common factors in psychotherapeutic change. It finishes with a description to the principal findings about non specifics variables to the literature reports: to the patient, to the therapist and the therapeutic relationship.

Key words: Non specifics variables, psychotherapy process research, therapeutic relationship.

* Financiado por la Universidad de La Frontera, Proyecto DIDUFRO 110404

La correspondencia a: psanti@ufro.cl, mroman@ufro.cl. Departamento de Psicología, Universidad de La Frontera, Casilla 54-D, Temuco, Chile.

Introducción

Cambio en Psicoterapia y Variables Inespecíficas

El cambio psicológico generado por una experiencia de ayuda profesional constituye un proceso complejo en el cual interactúan una gran diversidad de factores.

Investigaciones en psicoterapia han mostrado la existencia de factores específicos, asociados a aspectos técnicos del enfoque predominante, y de factores inespecíficos, es decir aquellos aspectos comunes a los enfoques (Opazo, 2001), relacionados con aspectos del consultante, del terapeuta y de la relación entre ambos (Frances, Sweeney & Clarkin, 1985; Garfield, 1981).

Safran (1994, en Romero, Bejarano & Álvarez, 2000), realizó un análisis respecto a la investigación en psicoterapia concluyendo que sólo el 15% del cambio psicológico en terapia es atribuible a factores específicos, mientras que un 45% se atribuiría a factores de la relación terapéutica. Dentro de estas variables inespecíficas, se ha encontrado que la relación terapéutica, y particularmente la alianza terapéutica, tiene una gran influencia sobre el resultado del proceso de psicoterapia (Orlinsky, Grawe & Parks, 1994).

Según Krause (1992), los modelos teóricos más importantes que abordan el tema de los factores inespecíficos son los propuestos por Frank (1982), Bandura (1977) y Karasu (1986).

Jerome Frank (1982), desde una perspectiva sociológica, intenta abarcar tanto las escuelas terapéuticas como el efecto de otras formas de ayuda no científicas (sanadores, curanderos, entre otras). Frank sostiene que existen aspectos comunes que permiten comprender la influencia terapéutica y en sus estudios identifica los siguientes elementos comunes a todas las psicoterapias: Establecimiento y mantención de una relación significativa entre consultante y terapeuta; Provisión de una importante cuota de confianza y esperanza para aliviar el sufrimiento; Oferta de nuevas informaciones, y por lo tanto, nuevas posibilidades de aprendizaje; Facilitación de la activación emocional; Aumento de las sensaciones de dominio y autoeficacia; e Incremento de las oportunidades para verificar los cambios y los logros en la práctica.

Además de estos aspectos, Frank (1982) destaca el estado de “desmoralización” en que llegarían los consultantes al momento de consultar, que corresponde a un sentimiento de desesperanza en el que el paciente ha caído a causa de sus problemas y de la vivencia de sus propios límites. Así, la esperanza de recibir ayuda tendría una influencia curativa directa sobre la persona, disminuyendo este nivel de desmoralización.

Bandura (1977), por su parte, desarrolló una propuesta, en parte complementaria a la de Frank (1982), haciendo

hincapié en la influencia de la terapia en el plano cognitivo. El eje central de su teoría es la autoeficacia como efecto inespecífico, planteando que la confianza de la gente sobre su propia eficacia determina la forma de conducta, metas y la forma de resolver problemas. La terapia puede influir en la valoración de la propia disposición al cambio, enviando al consultante información mediante cuatro formas de intervención: (a) las que enseñan al consultante nuevas formas de comportamiento, (b) las que animan a vivir nuevas experiencias, (c) las que le permiten directamente sentir cosas nuevas, y (d) las que en general facilitan su respuesta emocional (Krause, 1992; Winkler, Avendaño, Krause & Soto, 1993).

Según este enfoque, si la terapia es exitosa aumenta la capacidad del consultante para resolver problemas; de este modo, las experiencias que resultan del aumento de esta capacidad fortalecen a su vez el sentimiento de disposición al cambio (Krause, 1992).

Karasu (1986) plantea un modelo terapéutico a partir del análisis de los aspectos comunes de las distintas técnicas o intervenciones terapéuticas. Concluye que existen tres ‘agentes de cambio’, que se pueden encontrar en todos los métodos terapéuticos, sólo que con distinta ponderación: vivencia afectiva, dominio cognitivo y regulación conductual. Estos agentes actúan del siguiente modo: (1) Mediante la inducción de una vivencia afectiva se puede llevar al cliente a un estado que se considera como preparación para el cambio, un nuevo input cognitivo; (2) En la categoría de dominio cognitivo se transmiten nuevos patrones de percepción y de pensamiento que repercuten en la auto-percepción y en la autocomprensión; (3) La regulación conductual incluye técnicas de modificación de la conducta. Las experiencias positivas logradas a través de las nuevas conductas refuerzan el cambio.

En síntesis, Frank (1982) logra visualizar el proceso terapéutico no sólo desde una perspectiva psicológica, sino también sociocultural, y aporta elementos que esclarecen la estructura de la relación de ayuda; Bandura (1977) conecta el efecto terapéutico con una concepción determinada del funcionamiento psíquico individual y define formas generales para el tratamiento terapéutico; Karasu (1986) considera la terapia desde la perspectiva de los procedimientos terapéuticos y, de esta forma, puede categorizar modos terapéuticos, complementando la propuesta de Bandura (en Winkler y cols., 1993 & Krause, 1992).

Sin embargo, tal como lo señalan Winkler y cols. (1993) aun cuando estos modelos aportan a la identificación de algunos factores que influyen en el cambio terapéutico, presentan importantes limitaciones: no incluyen la perspectiva del usuario, no explican de manera suficiente qué es lo que específicamente produce el cambio y, en general, sus planteamientos requieren de comprobación empírica.

Variables inespecíficas: del consultante, del terapeuta y de la relación

1. Variables del consultante.

Han sido definidas como las variables pre-existentes en el consultante que dan cuenta de los resultados obtenidos en la psicoterapia, y que son las mejores predictoras de resultado en psicoterapia, específicamente de cambio sintomático y global (Luborsky, Mintz & Chirstoph, 1979).

Se ha planteado que las características individuales de quienes consultan serían factores que condicionarían los resultados terapéuticos (Luborsky, Mintz & Christoff, 1979; Bergin & Lambert, 1978), y que los esfuerzos especiales para formar una relación terapéutica pueden vencer las dificultades encontradas cuando el terapeuta y el consultante difieren en sus antecedentes (Orne & Wender, 1968; Terestman, Miller & Weber, 1974, en Trull & Jerry, 2003).

Krause (1992) ha identificado cinco condiciones del consultante, previas al inicio de la psicoterapia, que resultan relevantes para que se produzca el cambio. Estas condiciones son: (a) experiencia de los propios límites; (b) aceptación de la necesidad de ayuda; (c) cuestionamiento de los modelos explicativos personales; (d) transformación de la conceptualización de los propios problemas y síntomas, y desarrollo de metas para la terapia; y (e) expectativas del consultante respecto del rol o función del terapeuta, respecto del propio rol y respecto de la estructura (y del setting) de la relación de ayuda.

Entre las variables más frecuentemente abordadas en la literatura y cuyo estudio ha arrojado algún grado de asociación con los resultados psicoterapéuticos, se pueden destacar: variables demográficas, diagnóstico clínico, expectativas, y disposición personal (Winkler & cols., 1989).

1.1 Variables demográficas

Las Variables demográficas corresponden a género, edad y nivel socioeconómico.

En cuanto al género del consultante, la investigación no apoya que se relacione de manera significativa con el resultado en la psicoterapia (Garfield, 1994; en Trull & Jerry, 2003). Sin embargo, en ciertas situaciones, es probable que sea importante considerar el género del terapeuta, por ejemplo, como se ha observado ocurre en el caso de mujeres víctimas de violación, que pueden sentirse más cómodas hablando con psicoterapeutas mujeres que con hombres (Trull & Jerry, 2003).

En relación a la edad, se plantea que en igualdad de circunstancias los consultantes más jóvenes han sido considerados como mejores candidatos para la terapia, ya que se supone que son más flexibles o tienen menos costumbres arraigadas. Sin embargo, la evidencia de la investigación que apoya dicha afirmación, es débil (Smith, 1980, y Garfield, 1994, en Trull & Jerry, 2003).

Con respecto a la educación y al nivel socioeconómico, se ha postulado que a mayores años de educación y mejor nivel socioeconómico del consultante, mayor será la permanencia en el tratamiento (Mac Nair & Corazzini, 1994). Por otra parte, Fisher y Cohen (1972) señalan que las actitudes hacia la ayuda profesional tienden a ser más positivas en la medida que el consultante tiene un nivel educacional superior; aunque estos resultados han sido controvertidos (Florenzano, Scharager, Contu & Soto, 1981; Beckham, 1992). Adicionalmente, Banks (1972; en Trull & Jerry, 2003), ha sugerido que puede darse mayor empatía y autoexploración cuando el terapeuta y el paciente son de la misma raza.

1.2 Diagnóstico clínico

El diagnóstico clínico, como variable inespecífica del consultante, incluye: (a) características de personalidad y estilo de funcionamiento; (b) tipo de perturbación; y (c) complejidad de los síntomas.

(a) Características de personalidad y estilo de funcionamiento: aun considerando que no existe acuerdo en relación a cuáles son los elementos más importantes en este punto (Garfield, 1978; Beutler, 1983), en la literatura se encuentra que los consultantes que experimentan una mayor mejoría se construyen a sí mismos de una forma más negativa al inicio de la terapia, es decir, más alejados del ideal según sus propios constructos (Feixas & Cornejo, 1992; en Kasija & Oviedo, 2001); que la inteligencia, habilidad para producir asociaciones, flexibilidad, variedad de intereses, sensibilidad al ambiente, profundidad de los sentimientos, nivel de energía, grado de integración del yo, fuerza del yo, monto de estrés y productividad verbal, se relacionan con el éxito de la terapia (Garfield, 1978); que consultantes con locus de control interno tienden a estar mejor con tratamientos que les proveen de mayor control y les ayudan a cambiar determinantes internos de las conductas, tales como actitudes y creencias, es decir, se beneficiarían más con terapias no directivas, tendiendo a atribuir los resultados terapéuticos a su propio esfuerzo (Craig & Andrews, 1985); que, por el contrario, consultantes con locus de control externo tienden a estar mejor con tratamientos directivos, en los que los determinantes externos de la conducta son el foco del tratamiento (Garfield, 1978); que consultantes con estilo defensivo externalizador, que tienden a la proyección de los conflictos, y con baja reactancia, es decir, que tienen dificultades para hacer frente a la presión ambiental y que ceden ante ella, se benefician más de terapias conductuales. En cambio, consultantes con estilo defensivo interno y alta reactancia, se benefician más de terapias que favorecen el insight (Beutler, 1983).

b) Tipo de perturbación: se ha encontrado que la variable más consistentemente relacionada con los resultados del tratamiento es el nivel inicial de perturbación psicológica (Bergin & Lambert, 1978; Beutler, 1983). En términos

diagnósticos, los consultantes con perturbaciones afectivas y conductuales leves muestran mayor mejoría que consultantes con otro tipo de patología (Truax & Carkhuff, 1967; en Trull & Jerry, 2003). Consultantes con puntajes altos en paranoia y esquizofrenia, medidos mediante el MMPI, presentan escasos índices de mejoría (Barron, 1953; en Garfield, 1978); consultantes diagnosticados como psicóticos o de personalidad límitrofe tienden a sufrir un deterioro en el proceso terapéutico, en términos de una disminución en la madurez del comportamiento y una peor adaptación social (Bergin, 1964).

Existe la creencia generalizada entre los psicólogos clínicos, que las personas que necesitan menos la terapia, son las que recibirían el mayor beneficio de ella.

Los datos obtenidos a través de las investigaciones en relación a este tema, se tornan contradictorios e inconsistentes, sin embargo, los estudios más recientes parecen encontrar alguna consistencia en que los individuos con perturbaciones más graves tienen peores resultados (Garfield, 1994; en Trull & Jerry, 2003).

c) Complejidad de los síntomas: Beutler (1983) concluyó que los consultantes que presentan síntomas circunscritos o monosintomáticos, responden mejor a tratamientos orientados conductualmente. En cambio quienes presentan multisintomatología, habitualmente consultantes psiquiátricos, podrían beneficiarse más de terapias de insight.

1.3 Creencia y expectativa

La creencia y expectativa acerca de la terapia con las que el consultante llega al tratamiento pueden influir en los resultados y en la mejoría percibida por los consultantes (Auld & Murray, 1955; Frank, 1959).

Como plantearon Zalaquett, Manzi, Duque, Krebs y Aninat (1982), las expectativas de los consultantes, sin importar su clase social (Lorion, 1974), afectan a una serie de aspectos del proceso terapéutico, entre los cuales se incluyen duración del tratamiento, deserción del consultante y resultados del tratamiento. Las expectativas que posee el consultante al inicio de la psicoterapia no sólo se refieren al tratamiento propiamente tal (técnicas, duración, etc.), sino que también involucran expectativas acerca del terapeuta y creencias en relación a los logros o beneficios que éste pueda obtener de la atención (Stiles, Shapiro & Elliot, 1986; Navarro, Schindler & Silva, 1987; Zalaquett & cols., 1982).

La mayor cantidad de deserciones se da entre la primera y quinta sesión, lo que ha permitido hipotetizar que cuando los consultantes prevén que el tratamiento excederá sus expectativas de duración, desertan. Es probable que si los terapeutas conocen las expectativas con que llegan sus consultantes puedan plantearse objetivos acordes a este tiempo, con lo que también se vea disminuido el porcentaje de deserciones (Cáceres, Barraza, Giavio, Troncoso & To-

ledo, 1998; Parloff, Washow & Wolfe, 1978), se aclaren y corrijan dudas y creencias del consultante y se incorporen dentro de la planificación de la psicoterapia las expectativas del consultante (Winkler & cols., 1989). Es así que en la evaluación de los logros terapéuticos que hacen consultante y terapeuta, también debería haber concordancia (Cáceres y cols., 2000).

Zalaquett y cols. (1982) señalan que en los consultantes de todos los niveles socioeconómicos, se observa una mala información y expectativas erradas en relación al proceso y objetivos de la psicoterapia, pero ello es más agudo en las personas de bajo nivel socioeconómico, donde las actitudes se manifiestan en un sentimiento de vergüenza ante la necesidad de tratamiento, y en cuestionar la psicoterapia como solución para problemas personales (para una revisión mas extensa sobre la relación entre estas variables ver Winkler, 1997; Fiester & Rudestam, 1975)

1.4 Disposición personal

Finalmente, en relación a la variable inespecífica disposición Personal, Frances y cols. (1985) han observado que los consultantes que tienen una disposición negativa a la situación de tratamiento y que se encuentran relativamente intransigentes a los esfuerzos del terapeuta por establecer la alianza terapéutica, obtienen resultados pobres. Así, la disposición positiva al tratamiento y al cambio favorecería el logro de resultados exitosos.

La motivación, las expectativas y las necesidades del consultante, son variables relevantes para el logro de una adecuada complementación y compromiso entre los involucrados en el proceso terapéutico; señaladas además por muchos autores como una de las fuerzas de cambio en la psicoterapia (Ábalos & Villegas, 1995; Opazo, 1992).

Además, debido a que la psicoterapia es idealmente un proceso voluntario, se ha observado que cuando las personas son forzadas a consultar, ya sea en forma abierta o sutil, a ser pacientes, rara vez se benefician de la experiencia (Trull & Jerry, 2003) o bien abandonan su tratamiento (González & Sierralta, 1997).

Sin embargo, debe existir un respeto por parte del terapeuta en relación a las expectativas y necesidades del consultante, ya que de no respetarse esto, se pone en riesgo la relación terapéutica con el consecuente fracaso de la terapia (Ábalos & Villegas, 1995).

2. Variables del Terapeuta.

Las características del terapeuta interactúan de forma compleja con las características del consultante, lo que dificulta la discriminación acerca de lo que realmente aporta cada uno de estos actores al proceso psicoterapéutico (Roussos, 2001).

Entre los primeros trabajos empíricos realizados sobre el tema, se pueden mencionar los de Luborsky y cols. (1979)

y los de Strupp (1978), en los que se comenzó a investigar de forma sistemática el rol del terapeuta.

En este apartado, y como una forma de organizar la revisión de las variables del terapeuta, utilizaremos la clasificación de las variables del terapeuta elaborada por Winkler y cols. (1989), que considera como aspectos relevantes dentro del quehacer psicoterapéutico la actitud, la personalidad, las habilidades, el nivel de experiencia, y el bienestar emocional que posea este especialista.

2.1. Actitud.

Strupp (1978) planteó que el terapeuta debe tener una actitud tal que favorezca un clima terapéutico facilitador del cambio, la que debe incentivar la autoexploración del consultante, estar basada en respeto, aceptación, comprensión, calidez y ayuda. Implica hacer esfuerzos deliberados por no criticar, no juzgar, ni reaccionar emocionalmente frente a las provocaciones, lo que crea un marco y una atmósfera positiva. De este modo, la actitud de respeto por el consultante constituye la actitud básica que el terapeuta debe mantener (Gondra, 1984). Esta actitud básica de respeto se relaciona con las posibilidades que tenga el terapeuta de fuentes de satisfacción y seguridad personal extra-terapéuticas (Brammer, 1979; Fromm-Reichmann, 1958).

Existe consenso en que la calidez y la comprensión son actitudes básicas para una terapia exitosa (Bergin, 1964). Gran parte de los estudios acerca de la actitud que debe tener el terapeuta para favorecer el cambio han sido realizados por la Escuela Rogeriana, la cual plantea como condiciones necesarias y suficientes para promover el cambio, que la actitud terapéutica esté caracterizada por calidez, aceptación incondicional, autenticidad y congruencia, y de forma principal, por empatía (Rogers, 1957). Este autor argumentó que es la presencia de ciertas actitudes en el terapeuta y la percepción de estas actitudes por parte del cliente lo que determinará el cambio de este último (Boetsch, 1987).

Si bien ha quedado demostrado que las características actitudinales mencionadas por Rogers (1957) son necesarias para el éxito terapéutico, éstas no son suficientes para promover el cambio (Parloff y cols., 1978). El éxito terapéutico estaría dado por las percepciones del consultante de las actitudes del terapeuta & no por la intención o conducta real del terapeuta frente a su paciente. Más aún, la evidencia actual permite afirmar que las cualidades de empatía, congruencia y aceptación son características del vínculo terapéutico exitoso, como características sostenidas permanentemente por ambos participantes (Jiménez, 2004), cuestión ya planteada por Lerner (1974) al hablar del establecimiento de una adecuada alianza terapéutica.

De modo específico, Kasija y Oviedo (2001) plantean que los consultantes valoran la actitud del terapeuta como un factor que propicia la mantención de las personas en psicoterapia y como obstaculizadores del proceso psicoterapéutico la falta de contacto visual, poca capacidad

de escucha, la falta de comprensión y la relación fría y distante, y la relación asimétrica. Sin embargo, Safran y Muran (2000) sugieren que la interacción mutua no implica necesariamente simetría, y que hay una asimetría en los roles del paciente y el terapeuta que se debe mantener. Por tanto, la tarea del terapeuta sería mantener un equilibrio entre actuar de acuerdo con su rol y actuar de una manera expresiva y espontánea que permita el desarrollo de un vínculo de mutua identificación.

En estudios orientados a conocer las variables que se asocian a la deserción de los consultantes, se ha señalado que las razones más comunes se refieren a la percepción de actitudes negativas del terapeuta y de la terapia como no beneficiosa, lo que apoya las conclusiones de otros estudios de que las aproximaciones al tratamiento, conductas y actitudes de algunos terapeutas, pueden ser las variables más críticas en explicar las altas tasas de deserción (Acosta, 1980; Baekeland & Lundwall, 1975). Esto pone de manifiesto la importancia que parecen tener las variables del terapeuta en la decisión de cómo termina la terapia (Guzmán & Mora, 1995). En la misma línea, Duchn y Proctor (1977) plantean que la mayor responsabilidad de un tratamiento abortado recae sobre el terapeuta, señalando que éste, a través de la congruencia que logre entre el estímulo del consultante y su propia respuesta, junto con el manejo que haga de la relevancia de los contenidos que trata con el consultante, darían cuenta de la mayor o menor sintonía percibida por el consultante en su relación con el terapeuta.

2.2. Habilidades.

Ruiz (1998) entiende a las habilidades terapéuticas como distintas aptitudes y actitudes que debe tener en cuenta un terapeuta para dedicarse a la práctica clínica; que están centradas en su persona y son independientes de su postura teórica (Lucero, Caqueo & Galera, 2003). Distingue Ruiz (1998), además, requisitos previos necesarios para llevar a cabo esta práctica: (a) el interés genuino por las personas y su bienestar; (b) el conocimiento de uno mismo o autoconocimiento; (c) el compromiso ético; y (d) las actitudes que favorecen la relación terapéutica, tales como calidez, cordialidad, autenticidad, empatía y aceptación positiva incondicional.

Según Brammer (1979), algunas de estas habilidades necesarias corresponden a la capacidad de entender, escuchar, guiar, reflejar, confrontar, interpretar, informar y resumir. Siendo el nivel de involucramiento del paciente y su percepción de las habilidades facilitadoras del terapeuta cuestiones de gran incidencia en la obtención de logros (Kolb & Bleuter, 1985); y las creencias acerca del terapeuta de incidencia en el proceso y tiempo de término (Hynan, 1990).

De modo complementario, autores concluyen que percepciones negativas del terapeuta, ya sea como menos confiable, menos experto, menos atractivo y menos hábil

estarían asociadas a mayores índices de deserción (Kokotovic & Tracey, 1987; Mc Neill & Lee, 1987; Epperson & Bushway, 1983).

2.3. Personalidad.

Bleuer, Crago y Arrizmendi (1986; en Vargas & Villablanca, 1999) mostraron que la personalidad del terapeuta puede contribuir en gran medida al cambio y que los psicoterapeutas que poseen una personalidad sana obtienen mejores resultados terapéuticos.

El terapeuta debe poseer una personalidad madura, evidenciar un alto nivel de autoconocimiento y tener satisfechas sus necesidades básicas, como características esenciales para lograr resultados terapéuticos positivos (Strupp, 1978).

Bleuter (1994, en Trull & Jerry, 2003) señala que la influencia de los rasgos de personalidad del terapeuta sobre los resultados no ha recibido una atención adecuada en la investigación. De los rasgos que se han estudiado, la mayor atención se ha enfocado en la dominación o dogmatismo, en lugar de control percibido y el estilo de procesamiento cognoscitivo. Sin embargo, es difícil extraer conclusiones generales debido a que cada una de estas variables parece afectar el resultado de manera diferencial dependiendo de los rasgos del consultante y el tipo de terapeuta. En esta misma línea, Hall y Malony (1983, en Trull & Jerry, 2003) reportaron que niveles altos de dominación en un terapeuta daban un mejor resultado en casos en que el terapeuta y el consultante eran semejantes desde el punto de vista cultural, pero los terapeutas con baja dominación eran más efectivos con clientes de cultura diferente.

2.4. Nivel de Experiencia.

La experiencia del terapeuta ha sido una de las variables más estudiadas dentro del ámbito de investigación de las variables del terapeuta.

Existen estudios en los que se ha encontrado una relación directa entre edad y experiencia del terapeuta con su estilo comportamental. A mayor edad y experiencia, los terapeutas tenderían a actuar con más empatía y exploración; conductas que se han encontrado altamente relacionadas con cambios positivos en los consultantes. La diferencia entre terapeutas inexpertos y terapeutas experimentados está en que los primeros adoptan sólo esporádicamente actitudes confrontacionales e interpretativas (Navarro y cols., 1987), y además en que los segundos presentan mayor tolerancia hacia las expresiones de emociones negativas que los principiantes (Feixas & Miró, 1993).

Por otro lado, a partir de la comparación de los resultados obtenidos por terapeutas profesionales y legos que no muestran ninguna diferencia en cuanto a efectividad terapéutica entre ellos, se ha llegado a determinar la existencia de factores inespecíficos de cambio en la base.

Lo anterior, ha llevado también a concluir que la efectividad de algunos factores inespecíficos, tales como compromiso y comprensión, es independiente de la formación y la experiencia profesional (Winkler & cols., 1993).

Fernández (1992, en Vargas & Villablanca, 1999) señala que es probable que, en ciertas condiciones, cobre mayor relevancia el grado de entrenamiento y experiencia del terapeuta, pudiendo neutralizar al valor relativo de las particularidades técnicas utilizadas.

2.5. Bienestar emocional

Howard, Orlinsky y Trattner (1970) plantean que los terapeutas más conscientes de sus limitaciones personales y de su propia responsabilidad emocional hacia sus consultantes, pueden ser más sensitivos y más capaces de responder terapéuticamente a los problemas emocionales del paciente.

Jiménez (2004) plantea que el nivel de ajuste emocional del terapeuta se relaciona con el éxito terapéutico, señalando que un terapeuta perturbado puede no sólo impedir el crecimiento de su paciente, sino también inducir cambios negativos en él. A pesar de esto, un cierto grado de conflicto psicológico en el terapeuta resultaría positivo para el desarrollo de la terapia.

3. Variables de la Relación y Alianza Terapéutica.

Desde el punto de vista teórico la noción inicial de alianza terapéutica tiene un origen freudiano. Freud en un comienzo, describe la relación entre analista y paciente como una forma de transferencia positiva (Weinstein, 1999). De las aproximaciones teóricas, una de las más influyentes ha sido la de Rogers (1951, 1957), quien es considerado uno de los pioneros en la definición de los componentes activos de la relación terapéutica (Gelso & Carter, 1985; Mitchell, Bozarth & Krauft, 1977; Parloff & cols., 1978).

El concepto de alianza terapéutica, en términos generales, ha sido usado para explicar la relación existente entre terapeuta y consultante durante el proceso psicoterapéutico (Hartley, 1985). Los términos alianza terapéutica, alianza de trabajo y alianza de ayuda, han sido utilizados en el pasado como sinónimos o para señalar aspectos específicos de la alianza (Horvath & Luborsky, 1993), pudiendo decirse que "la alianza terapéutica es exactamente lo que su nombre implica: el terapeuta y el consultante trabajan juntos en armonía", siendo esto distinto de la sola existencia de una relación consultante-terapeuta en la cual no se ha gestado una alianza entre ambos actores del proceso terapéutico (Zetzel, 1956).

En la década del setenta, Edward Bordin (1976) presenta una definición transteórica de este concepto. Este autor sugiere que la alianza sería una relación consciente que involucra acuerdos y colaboración entre terapeuta y consultante (Horvath, 1995).

Aun cuando Bordin (1976) percibe a la alianza terapéutica como una relación integrada, plantea tres componentes constitutivos de ésta, los que en combinación definirían la calidad y fuerza de toda alianza. Estos componentes son vínculo, tareas y metas, donde la calidad del vínculo media entre el grado en que consultante y terapeuta sean capaces de negociar un acuerdo acerca de las tareas y las metas de la terapia, y este acuerdo a su vez media en la calidad del vínculo (Safran & Muran, 2000).

La calidad del vínculo, de acuerdo a los planteamientos de Orlinsky y Howard (1986), se expresa en dos series de fenómenos: la fortaleza de la relación de trabajo -investidura personal de ambos participantes y habilidad de coordinar sus respectivos roles- y la calidad de su relación personal -resonancia de la comunicación mutua y los afectos que cada uno elicitá en el otro-.

Según Santibáñez (2002), en la relación terapéutica los sentimientos y actitudes de los participantes, y el cómo éstos se conjugan en el proceso de la psicoterapia serían el aspecto central de lo que se ha llamado alianza terapéutica. Esta conjugación estaría necesariamente basada en la confianza y en el compromiso del consultante y el terapeuta hacia el proceso. En ella, la especificación de los propósitos por parte del consultante y su motivación a trabajar favorecerían el establecimiento de la alianza, y consecuentemente, implementarían la posibilidad de resultados positivos en el proceso.

De hecho, la relación terapéutica es uno de los factores que explican un mayor porcentaje de cambio en los consultantes. Según Lambert (1992) éste alcanzaría un 30%. Maione y Chenail (1999) afirman que las percepciones del paciente sobre la relación terapéutica influyen en gran medida en la terapia en curso y deberían tenerse en cuenta e incorporarse en cualquier proceso terapéutico, sin importar la orientación teórica que se tenga.

Por lo tanto, las variables del consultante como las del terapeuta no pueden ser comprendidas sino en función de la interacción que entre ellas se produce (Stiles, Shapiro y Elliot, 1986). Es por esto que en la actualidad todas las corrientes psicoterapéuticas confieren a la alianza terapéutica una importancia especial en la determinación de los cambios que se producen con la psicoterapia (Parloff & cols., 1978; Koss, Butcher & Strupp, 1986). Jiménez, Buguña y Belmar (1995), señalan que los factores predictivos cruciales podrían ser los que no se ponen de manifiesto hasta que consultante y terapeuta han tenido ocasión de interactuar. Así mismo, Rogers (1964) afirmaba que el cambio sólo puede surgir de la experiencia adquirida en una relación.

Aun así, se ha planteado que la contribución del consultante sería más poderosa que la del terapeuta (Marziali, 1981, en Winkler y cols., 1989), lo cual es congruente con que las condiciones pre-existentes del consultante son las que, en definitiva, tienen mayor peso en los resultados de

la psicoterapia (Winkler y cols., 1989). En este sentido, uno de los factores esenciales en el pronóstico de los resultados es el grado de involucramiento del consultante en el proceso psicoterapéutico (Baer, 1980; Kolb, 1981; Gómez & Schwartz, 1987, en Winkler & cols., 1989; Weinstein, 1999).

En este sentido, algunos autores han señalado que la capacidad de trabajo, compromiso y consenso en las tareas por parte del paciente, predicen mejor el resultado del tratamiento psicoterapéutico que otros componentes de la alianza (Safran & Wallner, 1991; Horvath & Greenberg, 1989; en Weinstein, 1999; Gaston, 1990).

Los resultados de las investigaciones llevadas a cabo para evaluar la relación terapéutica, demuestran que es el consultante en definitiva quien resalta las cualidades importantes del terapeuta, y por lo tanto, la percepción que tiene éste del significado de la conducta del terapeuta. Esta relación, de cierta manera, determinaría la eficacia de la terapia (Bejarano, 1999).

Safran (1994, en Bejarano, 1999), plantea que el interés conceptual en la relación terapéutica se ha traducido en un aumento en la literatura empírica destinada a demostrar que los consultantes perciben la relación como crucial, aun cuando los terapeutas no lo hagan.

Ábalos y Villegas (1995) señalan que una de las principales responsabilidades del terapeuta consiste en favorecer, facilitar y fomentar la creación y mantención de un vínculo terapéutico con los consultantes, aun frente a aquellos que presentan una patología más severa, que dificulta la creación y mantención del vínculo.

Talley, Strupp y Morey (1990) señalan que una alianza terapéutica se verá fortalecida cuando exista compromiso con el proceso, tanto del consultante como del terapeuta; un terapeuta percibido como creíble y seguro; un consultante que percibe a su terapeuta comprometido en el proceso; una relación que se plantea como una colaboración entre iguales, un terapeuta empático y percibido como tal por el consultante; y cuando existan sentimientos positivos y recíprocos entre consultante y terapeuta, siendo los sentimientos del consultante más discriminativos en relación al resultado.

A pesar de que aún no existe consenso en los diferentes enfoques psicoterapéuticos sobre la definición de la relación terapéutica, ni sobre sus componentes fundamentales, los planteamientos anteriores permiten vislumbrar que en el marco de una buena relación, las potencialidades del consultante pasarían a ser activadas, las cualidades del terapeuta pasarían a ser valoradas y el proceso de cambio se vería fortalecido (Opazo, 2001).

Según Opazo (1986), es posible sostener que la buena relación consultante - terapeuta mejora la eficiencia terapéutica, y a su vez, la mayor eficiencia (percibida por el consultante) mejora la relación terapéutica. Esta causalidad

circular, en la línea de un círculo virtuoso, es uno de los pilares centrales del proceso terapéutico. Es así como Romero y cols. (2000) han concluido que la variable más significativa que distingue a los terapeutas que obtienen buenos resultados de los que no, es la capacidad de formar una buena alianza terapéutica con los consultantes.

Considerando la perspectiva de los consultantes, investigaciones de Krause (2001) han llevado a plantear que la ausencia de un ajuste emocional o "sintonía", entendida como un sentimiento de simpatía y de confianza hacia el terapeuta, pone en peligro el proceso de cambio y con frecuencia lleva a la ruptura de la relación de ayuda. Esta misma autora, al igual que Cáceres y cols. (1998), plantean que la calidad de este ajuste emocional se hace evidente en fases tempranas de la relación de ayuda, siendo los clientes quienes relatan que ya en la primera sesión se dan cuenta si podrán o no establecer una relación emocional positiva con su terapeuta.

Treyon y Kane (1993) estudiaron la influencia que tendría como variable predictiva la mayor o menor fortaleza de la alianza terapéutica sobre una modalidad de término mutuo o unilateral, de modo que mientras más débil sea el vínculo consultante-terapeuta, mayor probabilidad habría de deserción, lo que se corrobora con la investigación realizada por Kasiya y Oviedo (2001) en una muestra de salud privada.

Una revisión de 132 investigaciones de proceso y resultado psicoterapéutico hecha por Orlinsky, Grawe y Parks (1994), concluyó que existe una fuerte relación entre la calidad de la alianza terapéutica y el resultado del proceso de psicoterapia, surgiendo una amplia gama de investigaciones a nivel mundial que plantean que diversos aspectos de la alianza terapéutica han sido correlacionados positivamente con los resultados del tratamiento (ver Stiles, Agnew-Davies, Hardy, Barkham & Shapiro, 1998, para una revisión extensa del tema). También se ha observado que la capacidad de la alianza terapéutica para predecir el resultado terapéutico no depende de la duración del proceso, lo que se ha demostrado en terapias cuya duración oscila entre las 4 y las 50 sesiones (Horvath & Luborsky, 1993).

Algunos autores han subrayado la importancia de la calidad de la relación terapéutica, planteándose necesario que terapeuta y consultante se metacomuniquen sobre el proceso terapéutico en curso (Bischoff, McKeel, Moon & Sprenkle, 1996; Joanides, Brigham & Joanning, 1997). Shilts, Rambo y Hernández (1997) utilizan las perspectivas del consultante sobre la terapia como parte del tratamiento, y de esta forma, el terapeuta y el equipo de supervisión pueden ir incorporando las necesidades del consultante al trabajo en terapia, e incrementar así la fuerza de la relación terapéutica. De forma similar, Todd, Joanning, Enders, Mutchler y Thomas (1990) utilizan entrevistas etnográficas para incrementar el conocimiento de las expectativas de los pacientes en terapia familiar.

Comentarios

Pese a las variadas controversias que quedan por resolver en el área de la psicoterapia, y específicamente en el tema de las variables inespecíficas, tal como lo plantea Winkler y sus colaboradores (1989), la incorporación de estas variables a la investigación nos ha permitido entender a la psicoterapia como un sistema abierto y dinámico, en que cada una de las partes involucradas, consultante y terapeuta, aportan sus características y de cuya integración surge la relación terapéutica y se determina su efectividad.

La relevancia que cobra en la psicoterapia el conocimiento de los factores que intervienen en el éxito o fracaso de ésta, es nuestra motivación al presentar esta sistematización. No pretende ser exhaustiva, sin embargo, consideramos que su lectura y posterior profundización puede ser un aporte para la formación de los psicoterapeutas.

Referencias

- Ábalos, G. & Villegas, M. (1995). *Percepción de un grupo de estudiantes de Psicología de los factores asociados a un eficiente proceso terapéutico en la atención de pacientes adultos: una investigación cualitativa acerca de las variables inespecíficas en psicoterapia*. Tesis para optar al título de Psicólogo, no publicada. Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.
- Acosta, F. (1980). Self-described reasons for premature termination of psychotherapy by mexican american, black american, and angloamerican patients. *Psychological Reports*, 47, 435-443.
- Auld F. & Murray, E. (1955). Content-Analysis Studies of Psychotherapy. En: Stollak, G., Guerney, B. & Rothberg, M. (Eds). *Psychotherapy Research Selected readings*, USA: Rand Mc Nally y Co.
- Baekeland, F. & Lundwall, L. (1975). Dropping out of treatment: a critical review. *Psychological Bulletin*, 82, 738-783.
- Bandura, A. (1977). Self-Efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavior Change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Beckham, E. (1992). Predicting patient dropout in psychotherapy. *Psychotherapy*, 29(2), 177-182.
- Bejarano, L. (1999). *Evaluación de Proceso Terapéutico en Comunidades Terapéuticas Ambulatorias Comunitarias para el tratamiento de adicciones*. Proyecto de Tesis para optar al título de Psicólogo, publicada, Universidad Santo Tomás. Escuela de Psicología. Revista electrónica Era adicciones, extraído el 2 de marzo, del 2004 desde <http://www.eradicciones.org/Revista/numero4/evaluacion.html>.
- Bergin, A. (1964). Some Implications of Psychotherapy Research for Therapeutic Practice. En: G. Stollak, B. Guerney y M. Rothberg (Eds.), *Psychotherapy Research Selected Readings*, USA: Rand Mc Nally y Co.
- Bergin, A. & Lambert, M. (1978). The Evaluation of Therapeutic Outcomes. En: S. Garfield y A. Bergin (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York: Wiley and Sons.
- Beutler, L. (1983). *Eclectic Psychotherapy: A Systematic Approach*. New York, Pergamon Press Inc.
- Bischoff, R.J., McKeel, A.J., Moon, S.M., & Sprenkle, D.H. (1996). Therapist-conducted consultation: Using clients as consultants to their own therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 22(3), 359- 379.
- Boetsch, P. (1987). Psicoterapia Rogeriana. *Terapia Psicológica*, 4, 44-54.
- Bordin, E. (1976). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16, 252-260.
- Brammer, L. (1979). *The Helping Relationship: Process and Skills*. New Jersey, Prentice-Hall Inc.

- Cáceres, C., Barraza, M., Giavio, C., Troncoso, C. & Toledo, P. (1998). ¿Qué piensan los consultantes a Terapia Familiar de su tratamiento?: Resultados de un seguimiento telefónico a familias consultantes al Instituto Chileno de Terapia Familiar. *Revista de Familias y Terapias*, 9, 15-30.
- Cáceres, C., Barraza, M., Barranco, F., Buccicardi, A. & Grau, V. (2000). Estudio de Concordancia de expectativas consultantes – terapeutas en terapia de familias y parejas y la relación con el cambio terapéutico. *Revista de Familias y Terapias*, 13, 50-62.
- Craig, A. & Andrews, G. (1985). The prediction and prevention of relapse in stuttering : The value of self-control techniques and Locus of Control measures. *Behavior Modification*, 9, 427-442.
- Duchn, W. & Proctor, E. (1977). Initial clinical interaction and premature discontinuance in treatment. *American Journal of Orthopsychiatry*, 47(2).
- Epperson, D. & Bushway, D. (1983). Client self-termination after one counseling session: Effects of problem recognition, counselor gender, and counselor experience. *Journal of Counseling Psychology*, 30(3), 307-315.
- Feixas, G. & Miró, M.T. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Fiester, A. y Rudestam, K. (1975). A multivariate analysis of the early drop-out process. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 528-536.
- Fisher, E. & Cohen, S. (1972). Demographic correlates of attitude toward seeking professional psychological help. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 39, 70-74.
- Florenzano, R., Scharager, J., Contu, A. & Soto, I. (1981). Un Estudio de Pacientes que abandonan su Tratamiento Hipertensivo. *Revista Médica de Chile*, 109(11), 1061-1064.
- Frances, A., Sweeney J. & Clarkin, J. (1985). Do Psychotherapies have Specific Effects?. *American Journal of Psychotherapy*, 39 (2)
- Frank, J. (1959). Problems of Controls in Psychotherapy as Exemplified by the Psychotherapy Research Project of the Phipps Psychiatric Clinic. En: Goldstein, A. & Dean, S. (1966). *The Investigation of Psychotherapy: commentaries and readings*, New York: John Wiley and Sons.
- Frank, J. (1982). Therapeutic Components Shared by all Psychotherapies. En: J. Harvey, M. Parks (Eds.), *Psychotherapy Research and Behavior Change*. Washington: APA.
- Fromm-Reichmann, F. (1958). *Principios de psicoterapia Intensiva*. Buenos Aires: Editorial Hormé.
- Garfield, S. (1978). Research on Client on Variables in Psychotherapy. En: A. Garfield y A. Bergin (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York: Wiley and Sons.
- Garfield, S. (1981). Evaluating the Psychotherapies. *Behavior Therapy*, 12, 295-307.
- Gaston, L. (1990). The concept of the alliance and its role in psychotherapy. Theoretical and empirical considerations. *Psychotherapy*, 27, 143-153.
- Gelso, C. & Carter, J. (1985). The relationship in counseling and psychotherapy: Components, consequences, and theoretical antecedents. *The Counseling Psychologist*, 13, 155-243.
- Gondra, J. (1984). *La psicoterapia de Carl Rogers*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- González, C. & Sierralta, P. (1997). *Estudio descriptivo, respecto a la percepción que tienen ex-pacientes de la Clínica Psicológica de la Universidad de La Frontera, atendidos durante 1996, respecto a los logros y deficiencias de su proceso terapéutico*. Tesis para optar al Título de Psicólogo y el grado de Licenciado en Psicología, no publicada, Universidad de La Frontera, Temuco, Chile.
- Guzmán, M. & Mora C. (1995). *Razones de deserción desde la perspectiva del cliente y grado de mejoría y satisfacción entre los desertores tempranos versus los desertores tardíos*. Seminario de título II, no publicado, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.
- Hartley, D. (1985). Research on the therapeutic alliance in psychotherapy. En: American Psychiatric Association (Ed.), *Psychiatry update*, 4. Washington DC: American Psychiatric Association Press.
- Horvath, A. & Luborsky, L. (1993) The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(4), 561-573.
- Horvath, A. & Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(4), 561-573.
- Horvath, A. (1995). The therapeutic relationship: from transference to alliance. *Psychotherapy*, 16, 252-260.
- Howard, K., Orlinsky, D. & Trattner, N. (1970). Therapist orientation and patient experience in psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology*, 17, 263-270.
- Hynan, D. (1990). Client reasons and experiences in treatment that influences termination of psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 46(6).
- Jiménez, J., Buguña, C. & Belmar, A. (1995). *Investigación en psicoterapia: Procesos y Resultado*. Santiago: CPU.
- Jiménez, J. (2004). *Psicoterapia Focal*. Libro en elaboración.
- Joanides, C.J., Brigham, L. & Joanning, H. (1997). Co-creating a more cooperative client-therapist relationship through a debriefing process. *American Journal of Family Therapy*, 25(2), 139- 150.
- Karasu, T. (1986). The specificity versus nonspecificity dilemma: Toward identifying therapeutic change agents. *American Journal of Psychiatry*, 143, 687-695.
- Kasjia, M. & Oviedo, P. (2001). *Psicoterapia: Variables que intervienen en el proceso desde la perspectiva de los pacientes en una muestra del área de salud privada*. Memoria para optar al título de psicólogo, no publicada, Universidad del Desarrollo, Chile.
- Kokotovic, A. & Tracey, T. (1987). Premature termination at a University Counseling Center. *Journal of Counseling Psychology*, 34(1), 80-82.
- Kolb, D. & Bleuter, L. (1985). Patient and therapy process variables relating to dropout and change in psychotherapy. *Psychotherapy*, 22, 702-710.
- Koss, M., Butcher J. & Strupp, H. (1986). Brief Psychotherapy Methods in Clinical Research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, (1), 60-67.
- Krause, M. (1992). Efectos Subjetivos de la Ayuda Psicológica. Discusión teórica y presentación de un estudio empírico. *Psykhe*, 1, 41-52.
- Lambert, M. (1992). Implications of psychotherapy outcome research for eclectic and integrative psychotherapies. En: J. Norcross y M. Goldfried (Eds.), *Handbook of Psychotherapy Integration*. New York: Basic Books.
- Lerner, M. (1974). *Introducción a la Psicoterapia de Rogers*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Lorion, R. (1974). Social class, treatment, attitudes, and expectations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 920.
- Luborsky, L., Mintz, J. & Chirstoph, P. (1979). Are Psychotherapeutic Changes Predictable?. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47,(3), 469-473.
- Lucero, C., Caqueo, A. & Galera, M. (2003). Las habilidades psicoterapéuticas: una mirada desde las competencias del terapeuta: En L. Rehbein (Ed.), *Aportes y desafíos desde la práctica psicológica* (pp. 207-222). Santiago, Chile: RIL Editores.
- Mac Nair, R. & Corazzini, J. (1994). Client factors influencing group therapy dropout. *Psychotherapy*, 31(2), 352-362.
- Maione, P.V. & Chenail, R.J. (1999). Qualitative inquiry in psychotherapy: Research on the common factors. En: M. Hubble, B. Duncan & S. Miller (Eds.), *The heart and soul of change* (pp. 57- 88). Washington, D.C.: APA Press.
- Mc Neill, D. & Lee, V. (1987). Perceptions of counselor source characteristics by premature and successful terminators. *Journal of Counseling Psychology*, 34(1), 86-89.
- Mitchell, K., Bozarth, J. & Krauft, (1977). A reappraisal of the therapeutic effectiveness of accurate empathy, non-possessive warmth and genuineness. En: A. Gurman y A. Razin (Eds.), *Effective psychotherapy: A Handbook of Research*, (pp. 482-503). New York: Pergamon Press.
- Navarro, A., Schindler, L. & Silva, F. (1987). Evaluación de la conducta del psicoterapeuta: Preferencias del cliente. *Revista Evaluación Psicológica*, 3(1), 101-123.
- Opazo, R. (1986). Psicoterapia. *Terapia Psicológica*, (8), 39-63.

- Opazo, R. (1992). *Fuerzas de cambio en psicoterapia: Un Modelo Integrativo*. Santiago, Chile: Ediciones CECIDEP.
- Opazo, R. (2001). *Psicoterapia integrativa. Delimitación clínica*. Santiago, Chile: Ediciones ICPSI.
- Orlinsky, D. & Howard, K. (1986). Process and outcome in psychotherapy. En: S. Garfield y A. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (3ra. Ed.). New York: Wiley.
- Orlinsky, D., Grawe, K. & Parks, K. (1994). Process and outcome in psychotherapy. En: L. Bergin y L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 270-376). Nueva York: John Wiley and Sons.
- Parloff, M., Washow, I., & Wolfe, B. (1978). Research on therapist variables in relation to process and outcome. En: A. Bergin y L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 233-282). New York: John Wiley and Sons.
- Rogers, C. (1951). *Psicoterapia centrada en el cliente*. Buenos Aires: Paidós.
- Rogers, C. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 22, 95-1103.
- Rogers, C. (1964). *El proceso de convertirse en persona*. Buenos Aires: Paidós.
- Romero, J., Bejarano, A. & Álvarez, N. (2000). *Alianza terapéutica en pacientes adictos: Una propuesta de instrumento*. Extraído el 2 de marzo de 2004, del sitio Web <http://www.eradicciones.org/Revista/numero9/pdf/tesis.pdf>
- 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 Publicada. Universidad de Belgrano, Argentina.
- Ruiz, M.A. (1998). Habilidades terapéuticas. En: M.A. Vallejo, *Manual de Terapia de Conducta*, vol. I, Madrid: Dykinson.
- Safran, J. & Muran, C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance*. The Guilford Press.
- Santibáñez, P. (2002). La Alianza en Psicoterapia: Una sistematización. *Terapia Psicológica*, 20(1), 9-21.
- Shilts, L., Rambo, A. & Hernandez, L. (1997). Clients helping therapists find solutions to their therapy. *Contemporary Family Therapy: An International Journal*, 19(1), 117- 132.
- Stiles, W., Shapiro D. & Elliot, R. (1986). Are All Psychotherapies Equivalent? *American Psychologist*, 41, (2), 165-180.
- Stiles, W., Anew-Davies, R., Hardy, G., Barkham, M. & Shapiro, D. (1998). Relation of the alliance with psychotherapy outcome: findings in the Second Sheffield Psychotherapy Project. *Journal of consulting and Clinical Psychology*, 66(5), 791-802.
- Strupp, A. (1978). Psychotherapy research and practice: an overview. En: S. Garfield y A. Bergin (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and behavior change*. New York: Wiley y Sons.
- Talley, P., Strupp H. & Morey I. (1990). Matchmaking in Psychotherapy: Patient-Therapist dimensions and their impact on outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 182-188.
- Todd, T., Joanning, H., Enders, L., Mutchler, L. & Thomas, F. (1990). Using ethnographic interviews to create a more cooperative client-therapist relationship. *Journal of Family Psychotherapy*, 1(3), 51- 63.
- Treyon, G. & Kane, A. (1993). Relationship of working alliance to mutual and unilateral termination. *Journal of Counseling Psychology*, 40(1), 33-36.
- Trull, T. & Jerry, P. (2003). *Psicología clínica: Conceptos, métodos y aspectos prácticos de la profesión*. México: International Thomson Editores, S.A.
- Vargas, M. & Villablanca, V. (1999). *Sistematización de las características, condiciones y habilidades necesarias en un terapeuta para el logro de una psicoterapia exitosa*. Memoria para optar al título de psicólogo, no publicada, Universidad de Tarapacá, Arica, Chile.
- Weinstein, X. (1999). *Variables del paciente que influyen en la alianza terapéutica*. Tesis para optar al título de Psicólogo y grado de Licenciado en Psicología, no publicada, Universidad de Chile, Santiago, Chile.
- Winkler, M., Cáceres, C., Fernández, I. & Sanhueza, J. (1989). Factores Inespecíficos de la psicoterapia y efectividad del proceso terapéutico: Una sistematización. *Terapia Psicológica*, 11, 34-40.
- Winkler, M., Avendaño, C., Krause, M. & Soto, A. (1993). El cambio desde la perspectiva de los consultantes. *Terapia Psicológica*, 20, 7-19.
- Winkler, M., (1997). La Esperanza de Recibir Ayuda: Sectores Pobres y Expectativas Acerca de la Psicoterapia. *Terapia Psicológica*, 6(3), 77-85.
- Zalaquett, C., Manzi, J., Duque, M., Krebs, M. & Aninat, M. (1982). El proceso Psicoterapéutico con pacientes pobres. *Revista Chilena de Psicología*, 5, 1-2.
- Zetzel, E. (1956). Current concepts of transference. *International Journal of Psychoanalysis*, 37, 369-376.