



UNIVERSIDAD DE BELGRANO

Las tesinas de Belgrano

**Facultad de Humanidades
Licenciatura en Psicología**

**Estudio piloto sobre el vínculo entre el Estilo
Personal del Terapeuta, la alianza terapéutica
y las características psicopatológicas del
paciente**

Nº 253

Cecilia García Rizzo

Andrés Roussos

Departamento de Investigaciones
Octubre 2008

Agradecimientos

Al Dr. Andrés Roussos, que me dirigió en la elaboración de este trabajo y a la Lic. Vanina Waizmann, que me orientó en las diversas fases de elaboración de la investigación. Al director del Centro Médico PROSAM, afiliado a la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, Dr. Luis Albalustri, que abrió las puertas del mismo para poder realizar este estudio. A la Dra. Nora Lewi, coordinadora de la investigación asignada por la institución, que fue de gran ayuda para organizar el trabajo. A los pacientes y psicoterapeutas participantes de la investigación que me permitieron “explorar” en sus “mundos”.

Resumen

En el presente trabajo se diseñó un estudio piloto con el objetivo de establecer las condiciones necesarias para realizar una investigación que vincule el Estilo Personal del Terapeuta, la alianza terapéutica y las características psicopatológicas del paciente.

Se utilizó una muestra reducida de cuatro psicoterapeutas del sexo femenino, que ejercen su profesión en el Centro Médico PROSAM, y 14 pacientes con trastornos depresivos y de ansiedad, que se atienden en el mismo.

Para llevar a cabo la investigación, se emplearon varios instrumentos de medición. En un formato autoadministrable, se usaron el Inventario de Alianza Terapéutica y Teoría del Cambio (WATOCl) y el SCL- 90- R, para que respondan los pacientes; y el Cuestionario sobre Estilo Personal del Terapeuta y una planilla con las características del paciente, para que contesten las psicoterapeutas.

Los resultados del trabajo no permitieron hallar una interacción entre las tres variables planteadas. Solamente se pudieron extraer conclusiones sobre cada instrumento en particular y sobre la relación entre el Estilo Personal del Terapeuta y el vínculo positivo de la alianza terapéutica.

Este estudio posibilitó conocer los inconvenientes propios de alguna de las técnicas de medición, como el WATOCl, que presentó serias dificultades al momento de analizar e interpretar sus resultados. También se evaluaron una serie de pasos metodológicos que deben ser optimizados para la realización de una investigación que intente vincular las variables estudiadas.

INDICE

Introducción.....	6
1. Los componentes claves del proceso psicoterapéutico	9
1.1 Estilo Personal del Terapeuta	9
1.2 Características psicopatológicas del paciente.....	11
1.3 Alianza terapéutica	15
1.4 La investigación sobre los tres componentes.....	17
2. Metodología	19
2.1 Conformación de la muestra	19
2.2 Materiales	21
2.3 Procedimientos.....	23
2.4 Aspectos Éticos	24
3. Presentación y análisis de los datos.....	24
3.1 Estilo Personal del Terapeuta	24
3.2 Inventario de Síntomas SCL- 90- R.....	28
3.3 Inventario de Alianza de Trabajo y Teoría del Cambio	38
3.4 Interacción de variables.....	40
4. Conclusiones y discusiones.....	41
Referencias	42
Apéndice.....	44

Índice de figuras y tablas

Figura 1: Porcentaje de incidencia de los factores que influyen en el resultado de la psicoterapia ...	16
Figura 2: Comparación del perfil de las psicoterapeutas según las cinco funciones	24
Figura 3: Perfil de Estilo Personal de Terapeuta A.....	25
Figura 4: Perfil de Estilo Personal de Terapeuta B.....	26
Figura 5: Perfil de Estilo Personal de Terapeuta C.....	27
Figura 6: Perfil de Estilo Personal de Terapeuta D.....	28
Figura 7: Media según las diferentes dimensiones en paciente 1 A	30
Figura 8: Media según las diferentes dimensiones en paciente 2 A	30
Figura 9: Media según las diferentes dimensiones en paciente 3 A	31
Figura 10: Media según las diferentes dimensiones en paciente 4 A	31
Figura 11: Media según las diferentes dimensiones en paciente 5 A.....	32
Figura 12: Media según las diferentes dimensiones en paciente 6 B	32
Figura 13: Media según las diferentes dimensiones en paciente 7 B	33
Figura 14: Media según las diferentes dimensiones en paciente 8 B	33
Figura 15: Media según las diferentes dimensiones en paciente 9 B	34
Figura 16: Media según las diferentes dimensiones en paciente 10 B	34
Figura 17: Media según las diferentes dimensiones en paciente 11 C	35
Figura 18: Media según las diferentes dimensiones en paciente 12 D	35
Figura 19: Media según las diferentes dimensiones en paciente 13 D	36
Figura 20: Media según las diferentes dimensiones en paciente 14 D	36
Figura 21: Promedio total de alianza según las respuestas de los pacientes.....	38
Figura 22: Promedio total de cada una de las dimensiones en todos los pacientes.....	39
Tabla 1: Datos personales sobre las psicoterapeutas participantes del estudio	19
Tabla 2: Información de las psicoterapeutas sobre el ejercicio de la psicoterapia	19
Tabla 3: Características de la muestra de pacientes.....	20
Tabla 4: Promedio obtenido por cada psicoterapeuta en las cinco funciones.....	24
Tabla 5: Media correspondiente a cada dimensión en los pacientes de la muestra	28
Tabla 6: Resultados obtenidos en los tres índices globales de malestar psicológico	29
Tabla 7: Puntajes T de las nueve dimensiones y los tres índices globales.....	37
Tabla 8: Pacientes sin riesgo, con riesgo o con patología severa.....	37
Tabla 9: Promedio obtenido por paciente en las dimensiones del inventario.....	39

Introducción

Para que se produzca una unión entre dos componentes se requiere la presencia y el compromiso de cada uno de ellos. De igual modo, para que se establezca una alianza terapéutica es necesaria una relación entre dos personas: un paciente aquejado por un padecimiento y un terapeuta que pueda ayudarlo. Y es, además, esencial que se produzca una interacción entre estos dos eslabones para generar, así, una ligazón particular y propia, determinada e influenciada tanto por el Estilo Personal del Terapeuta como por las características del paciente y su condición psicopatológica, entre otras cualidades.

Es, entonces, apropiado comenzar a introducir la temática de este trabajo resaltando que la alianza terapéutica es el factor común más reconocido en la psicoterapia (Kleinke, 1998). Y como tal, gran cantidad de autores estudiaron, y estudian en la actualidad, este concepto.

En sus comienzos, el término alianza terapéutica fue acogido por la literatura psicoanalítica pero a fines de la década del 70, con la revolución cognitiva, empezó a cobrar fuerza y se evidenció un especial interés en ella como aspecto central del proceso terapéutico (Safran y Segal, 1994).

Un estudio fundamental con respecto al tema fue el de Lambert (1992), quien sostuvo que la alianza terapéutica influye en el resultado de la psicoterapia en un 30 %, siendo considerada la misma como un factor común por ser una variable compartida por todas las psicoterapias. El porcentaje restante lo conforman en un 15% las técnicas aplicadas en la terapia; en otro 15% el efecto placebo, que comprende las expectativas del paciente de recibir ayuda; y en un 40 % el cambio extraterapéutico, integrado por las variables del paciente y de su contexto relacional, independientes de la terapia (Lambert, 1992).

Este descubrimiento reflejó la importancia de conocer las variables que forman parte de la alianza: paciente y terapeuta fueron los componentes que empezaron a ser estudiados y puestos en interacción para observar su acción sobre los resultados de la psicoterapia. De esta forma, las características del paciente, las del terapeuta y la alianza entre ambos son los factores que contribuyen al cambio terapéutico y que deben tomarse en cuenta dentro de un tratamiento psicológico para avizorar el éxito de la terapia (Feixas y Miró, 1993).

Las variables del terapeuta son muy estudiadas porque se investiga el rol que éste ocupa en el cambio del paciente. Más allá de la orientación teórica, el terapeuta posee un estilo terapéutico (Beutler, Machado y Neufeldt, 1994). El Estilo Personal del Terapeuta es, entonces, el conjunto de características singulares que aplica en cada situación psicoterapéutica. Son las disposiciones, rasgos y actitudes que lo llevan a obrar de un modo particular en el curso de su ejercicio profesional y que hacen que cada tratamiento sea único (Fernández Álvarez, 1998).

El estilo personal que posee un terapeuta es una variable que no puede dejarse de lado ya que todo terapeuta, además de los conocimientos técnicos propios de la profesión, involucra en la relación con el paciente el rol que desenvuelve en la red social, su nivel de inserción socioeconómica, el circuito socio-profesional del que es parte, la situación vital actual que atraviesa, la edad, sexo, nivel de inteligencia y nivel cultural, y las funciones de la comunicación con las que incide sobre el paciente (Fernández Álvarez, García, Lo Bianco y Corbella Santomá, 2003). También, características propias de su personalidad, estilo de afrontamiento, valores, actitudes, creencias, motivaciones y grado de bienestar emocional, son factores estables en la persona del terapeuta, que inciden en la relación que se establece con el paciente (Beutler, Machado y Neufeldt, 1994). De este modo, todos estos elementos en su conjunto hacen a la persona del terapeuta singular y diferente al resto de sus colegas, independientemente del tipo de paciente al que trate o del enfoque terapéutico al que adscriba (Fernández Álvarez, García, Lo Bianco y Corbella Santomá, 2003).

Volviendo a la variable que se va a estudiar particularmente, es importante comenzar a advertir que el Estilo Personal del Terapeuta es un principio general para todo tipo de psicoterapia y por eso es importante relacionarla con las características psicopatológicas del paciente para observar cómo resulta la alianza entre ambos componentes. Sobre esta cuestión, Beutler, Machado y Neufeldt (1994) revelan que el emparejamiento del terapeuta con el paciente sería una idea prometedora para lograr esta deseada alianza positiva en una psicoterapia. Igualmente, a pesar de continuar investigando el tema, existen cualidades como una relación terapéutica cálida y de sostén que facilitan el éxito terapéutico y la buena unión entre el paciente y el terapeuta (Beutler, Machado y Neufeldt, 1994).

Las características del paciente también son diversas. A efectos prácticos se tomarán en cuenta para este trabajo las variables psicopatológicas propias del trastorno del estado de ánimo dentro del espectro depresivo y los trastornos de ansiedad. Los cuadros que se presentan en la muestra de pacientes son: trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno depresivo no especificado, trastorno de angustia sin agorafobia y trastorno de ansiedad generalizada.

La depresión implica una alteración del humor en el cual el aspecto principal es la tristeza vital y profunda que perjudica todas las esferas de la relación intra e interpersonal de la persona que la padece. Es

una patología que se presenta cada vez con más frecuencia en la actualidad y que va afectando diversas áreas: afectividad, conducta, cognición, ritmos biológicos y trastornos somáticos (Vallejo Ruiloba, 1999). Por esto, es que la persona deprimida se siente desanimada, pesimista, no tiene interés por las cosas que la rodean, posee sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos, padece de insomnio, de falta de energía, tiene pensamientos recurrentes de muerte, disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, entre otros tantos síntomas (Agué, Alarcón, De la Fuente, Salín Pascual y Vidal, 1990).

Un estado depresivo puede presentarse en diversos diagnósticos ya sea en un episodio o trastorno depresivo o en un trastorno distímico. En estos casos los síntomas son similares, lo que difiere es la duración de los mismos y el tratamiento a seguir. Un episodio depresivo requiere la presentación de las alteraciones una única vez, en cambio el trastorno depresivo mayor requiere más de una aparición y síntomas al menos dos semanas. El trastorno distímico, a diferencia, es un estado crónico de dos años de duración o más. Hay casos en que los síntomas no se pueden ajustar a un cuadro en particular y se lo clasifica como trastorno depresivo no especificado (DSM- IV, 1994).

Los trastornos de ansiedad son otra de las patologías de frecuente aparición. La misma presenta una angustia que se expresa tanto en el plano psíquico como en el somático. Vallejo Ruiloba (1999) describe en este cuadro a un sujeto nervioso, inquieto y con un futuro que lo agobia. La persona vive en constante tensión diurna, que por la noche se manifiesta en la dificultad para dormir y pesadillas, como expresión del mundo conflictivo y agobiante que padece. Se encuentra de mal humor, irritable, puede sentirse desolada y llorar, pero a diferencia del depresivo, la eclosión emotiva la deja más relajada. Todo esto va acompañado con un intenso sentimiento de temor que puede generalizarse. Es común que esta amenaza a su integridad y la pérdida de control sobre sí mismo se manifiesten en el temor a la desintegración física o psíquica y a volverse loco o morir. En el área física, hay muchos síntomas producto de la desregulación neurovegetativa y neuroendocrina debido a la elevada hiperactivación. Palpitaciones, taquicardia, mareos, opresión torácica, cefaleas, temblores, sudoración, hipertensión o hipotensión, sequedad de boca, náuseas, vómitos, son algunas de las manifestaciones más características (Vallejo Ruiloba, 1999).

En el trastorno de angustia sin agorafobia se presentan estos síntomas durante al menos un mes y existe, además, una preocupación por las consecuencias de este problema y una inquietud constante por la posibilidad de nuevas crisis (DSM- IV, 1994). En el trastorno de ansiedad generalizada hay una ansiedad y preocupación excesiva ante una amplia gama de situaciones o actividades, que se prolongan más de seis meses. Las manifestaciones clínicas del cuadro son similares pero al sujeto le resulta difícil controlar este estado de persistente inquietud (DSM- IV, 1994).

Ya sea en una u otra de las patologías descritas, la alianza terapéutica es fundamental para conseguir que el paciente se mentalice de su enfermedad: el terapeuta debe inspirar confianza en el paciente y ser un continente de esa depresión o ansiedad (Vallejo Ruiloba, 1999).

Sobre las tres variables planteadas existen gran cantidad de estudios, ya sean de manera individual o en busca de algún vínculo entre ellas. La mayoría de las investigaciones han versado sobre la relación entre la alianza terapéutica y los resultados de la psicoterapia y sobre la interacción entre las características del terapeuta y del paciente que influyen en el desarrollo de una alianza entre ambos (Corbella y Botella, 2003). Más allá de los descubrimientos reflejados en las investigaciones que se vislumbrarán a lo largo del presente escrito, hay un estudio que es de suma relevancia ya que involucra y vincula algunas de las variables expuestas. Este trabajo fue realizado conjuntamente entre la Fundación Aiglé de Buenos Aires y la Universidad Ramón Llull de Barcelona. Dirigido a investigar la compatibilidad entre el terapeuta y el paciente, relacionó el Estilo personal del Terapeuta y las características personales del paciente, en especial las variables de estilo de afrontamiento y resistencia. Los resultados obtenidos indicaron una influencia significativa de la alianza terapéutica sobre los resultados de la psicoterapia y, además de otras conclusiones, evidenciaron que las variables del paciente y el estilo personal del terapeuta se encuentran en interacción desde la primera sesión de terapia. Se demostró que en las primeras ocho sesiones las características del terapeuta y el paciente influyen en el establecimiento de una alianza terapéutica que posibilite el trabajo conjunto (Corbella y Botella, 2004a).

Partiendo de estos datos, este trabajo pretende confeccionar un estudio piloto a partir de una muestra reducida. La finalidad del mismo es relacionar las variables propuestas a través de un estudio correlacional, de carácter empírico.

Para poder llevar a cabo las metas deseadas se utilizarán varios instrumentos que se administrarán a una muestra accidental, compuesta por cuatro psicoterapeutas de un Centro Médico de Salud Mental y 14 pacientes, que se atienden en la institución, diagnosticados con los trastornos depresivos y de ansiedad ya mencionados.

Para brindar una breve noción sobre la metodología de este trabajo, es importante que se conozcan cuáles son los materiales que se van a utilizar y de qué manera se van a plantear los pasos a seguir a lo largo de este proceso.

Los instrumentos que se van a administrar son los siguientes: 1) Cuestionario de Evaluación del Estilo Personal del Terapeuta (ETP- C), 2) planilla con preguntas que debe responder el terapeuta sobre cada uno de sus pacientes, 3) Inventario de Alianza Terapéutica y Teoría del Cambio (WATOCI) y 4) Inventario de Síntomas SCL- 90- R.

Cada una de las técnicas mencionadas, tiene una finalidad particular dentro del propósito del presente trabajo. El Estilo Personal del Terapeuta se evalúa a través del Cuestionario sobre Estilo Personal del Terapeuta. Diseñado por Fernández Álvarez y García, consta de 36 ítems que representan las cinco funciones que configuran el perfil personal del terapeuta. (Fernández Álvarez, García, Lo Bianco y Corbella Santomá, 2003). Así, la función instruccional se refiere a las operaciones del terapeuta para precisar los alcances y limitaciones de la relación terapéutica. La función atencional implica las acciones que el terapeuta efectúa para acceder a la información que el paciente aportará. La función operativa se vincula con las operaciones que el terapeuta realiza para cumplir el plan de tareas propuesto. La función expresiva se relaciona con el grado de tonalidad emocional y, por último, la función de compromiso vincular se refiere a la disposición del terapeuta para ayudar al que padece (Fernández Álvarez, 1996).

Con respecto a la planilla con preguntas para que responda el terapeuta sobre el paciente, sólo es necesario explicar qué incluye la misma: diagnóstico, tiempo de tratamiento, nivel de severidad de patología, medicación que consume, posibilidad de mejoría y de éxito en la psicoterapia.

El Inventario de Alianza Terapéutica y Teoría del Cambio (WATOCI) evalúa la alianza existente entre el terapeuta y paciente. Fue elaborado en base a la conceptualización realizada por Bordin, en 1979, que define a la relación entre el paciente y el terapeuta como una alianza compuesta por una dimensión relacional, integrada por el vínculo entre ambos, y otra técnica, conformada por las tareas y las metas de la terapia (Feixas y Miró, 1993). De este modo, este instrumento presenta 17 ítems que corresponden a las subescalas de la alianza planteadas: objetivos, tareas, vínculo positivo y agrega a la teoría del cambio como nuevo componente (Corbella y Botella, 2004b).

Por último, el Inventario de Síntomas SCL- 90- R evalúa patrones de síntomas presentes en individuos, por lo que se utilizará para confirmar en los pacientes de la muestra las características ansiosas y depresivas. Este material tiene 90 ítems que corresponden a nueve dimensiones primarias del síntoma: 1) somatizaciones, 2) obsesiones y compulsiones, 3) sensibilidad interpersonal, 4) depresión, 5) ansiedad, 6) hostilidad, 7) ansiedad fóbica, 8) ideación paranoide, y 9) psicoticismo. Además, consta de tres índices globales de malestar psicológico, que reflejan aspectos diferenciales de los trastornos (Derogatis, 1977).

Todos estos instrumentos mencionados se encuentran en un formato autoadministrable. De este modo, se le requerirá a los terapeutas participantes que respondan un sólo Cuestionario de Evaluación del Estilo Personal del Terapeuta. También, deberán ser los que les entreguen a los pacientes, que padezcan de trastornos depresivos o de ansiedad, el Inventario de Alianza Terapéutica y Teoría del Cambio y el SCL.- 90- R, para que completen en sus hogares y sean devueltos en la próxima sesión. Como último pedido, los terapeutas tendrán que llenar una planilla con preguntas sobre cada paciente que forme parte del estudio.

Así, a partir de todo lo señalado de manera preliminar, es importante comprender que alianza terapéutica, Estilo Personal del Terapeuta y características psicopatológicas del paciente son tres elementos que se reflejan en un mismo espejo. Si alguna parte falta o tiene una falla no se puede observar una buena imagen. Por esta razón, esta tesis de grado desea mostrar, por medio de un trabajo en la práctica clínica, cómo se unen estos componentes claves del proceso psicoterapéutico y qué resultados, conclusiones y novedades proyectan.

El objetivo de esta tesina de grado es, entonces, diseñar un estudio piloto con el fin de establecer las características necesarias para realizar una investigación que busque vincular el Estilo Personal del Terapeuta, la alianza terapéutica y las características psicopatológicas del paciente.

Para lograr conclusiones al respecto, los objetivos específicos se dirigirán a estudiar el vínculo de cada una de las funciones del Estilo Personal del Terapeuta con las otras variables mencionadas. Se relacionará, entonces, a la función instruccional con la condición psicopatológica del paciente, sea la misma un trastorno depresivo o de ansiedad, y con la alianza terapéutica. Y, de igual modo, se estudiarán a las funciones atencional, expresiva, operativa y de compromiso vincular.

Capítulo 1. Los componentes claves del proceso psicoterapéutico

1.1 Estilo Personal del Terapeuta

El concepto de “estilo” fue definido por English y English, en 1958. Para estos autores, comprende la suma total de los detalles del comportamiento individual que implica una característica típica e identificatoria para la persona. Witkin y Goodenough, en 1981, emplearon esta noción para describir los métodos cognitivos que dominan la actividad de humana. (Fernández Álvarez, García, Lo Bianco y Corbella Santomá, 2003). Adler acuñó el término “estilo de vida” para hablar de la personalidad del sujeto en cuanto a sus rasgos internos, estructuras, dinámicas y conflictos. Este estilo comprende las características que permiten identificar a una persona: cómo vive, maneja los problemas y las relaciones interpersonales (Gautier y Boeree, 2005). En efecto, la noción de estilo, fue, y es en la actualidad, de utilidad para definir las conductas humanas que permanecen estables en el tiempo pero que a la vez mantienen cierta flexibilidad para soportar transformaciones (Fernández Álvarez, García, Lo Bianco y Corbella Santomá, 2003).

Beutler, Machado y Neufeldt (1994) han realizado una revisión de lo estudiado sobre las variables del terapeuta. Estos autores organizaron el material a través de 2 ejes en donde señalan: 1) las características objetivas y subjetivas y 2) los rasgos trans situacionales y los estados específicos de la terapia. De esta forma, agruparon los factores objetivos y las situaciones específicas de la terapia en: background profesional (formación), estilos terapéuticos e intervenciones terapéuticas. Clasificaron a las características objetivas y los rasgos trans situacionales en: edad, género y raza. Los componentes subjetivos y las situaciones de la terapia los asociaron a los atributos de influencia social, expectativas, orientación filosófica terapéutica y relaciones terapéuticas. Las características subjetivas y los rasgos trans situacionales los organizaron en: patrones de personalidad y afrontamiento, bienestar emocional, actitudes, valores y creencias, y actitudes culturales. Por lo tanto, entendieron al estilo terapéutico como las acciones automáticas del terapeuta que no se derivan directamente de su modelo teórico pero que inciden en la situación terapéutica específica.

Para ahondar específicamente en la variable que va a ser evaluada es importante definirla. Para Fernández Álvarez (1998) el Estilo Personal del Terapeuta es el conjunto de condiciones singulares que llevan al terapeuta a operar de un modo peculiar en su tarea. Las características personales del terapeuta forman parte de un universo muy complejo, que se encuentra comprendido por tres tipos de variables. La primera es la posición del terapeuta en cuanto al papel que desenvuelve en la red social. Incluye su nivel de inserción socioeconómica, el circuito socioprofesional del que es parte y la forma de prestación que regula su práctica. La segunda variable es la situación vital actual del terapeuta, ésta abarca la edad, sexo, nivel de inteligencia, el cuerpo y el nivel cultural, como elementos que contribuyen a la formación de la imagen que presenta a su grupo social de pertenencia y referencia. Además, incluye el momento vital particular que atraviesa. El último factor comprende a los diversos modos de comunicación con los que el terapeuta incide sobre el paciente para lograr determinados cambios. Por esta razón, el Estilo Personal del Terapeuta es el producto de diversas funciones que actúan de forma integrada, pero que igual poseen diferente incidencia según el momento de la relación terapéutica (Fernández Álvarez, 1996).

Las funciones que configuran el perfil del Estilo Personal del Terapeuta son: 1) instruccional, 2) atencional, 3) expresiva, 4) operativa, 5) de compromiso vincular (Fernández Álvarez, García, Lo Bianco y Corbella Santomá, 2003). Según Fernández Álvarez (1996) cada una de estas funciones se expresan en dimensiones, a través de un continuo en donde las posiciones más características se representan en los extremos, y en donde a la vez pueden existir términos medios.

La función instruccional se refiere a las acciones que realiza el terapeuta con la finalidad de precisar los alcances y las limitaciones de la relación terapéutica, además de la distancia que habrá entre el paciente y el terapeuta y los intercambios establecidos para esa relación (Fernández Álvarez, García, Lo Bianco y Corbella Santomá, 2003). Entre las dimensiones más características en las que el terapeuta ejecuta esta función se encuentran: Rigidez vs. Flexibilidad y Asimetría marcada vs. Asimetría moderada. De esta manera, hay terapeutas que marcan límites rígidos en cuanto a las tareas y al vínculo, y hay terapeutas que son flexibles de acuerdo al contexto particular de la relación. También, existen terapeutas que marcan claramente los roles de paciente y terapeuta dejando una gran distancia entre ambos y otros que identifican esos roles pero que reducen la distancia y otros aspectos de la relación (Fernández Álvarez, 1996).

La función atencional anteriormente era señalada, por Fernández Álvarez, como “función de escucha”. Actualmente, se amplió este concepto ya que la misma se compone de todas las acciones que el terapeuta realiza con el propósito de acceder a la información que el paciente aportará buscando ayuda para sus problemas. Sus dimensiones más relevantes son: Activa vs. Receptiva y Concentrada o De Nivel Múltiple (abierta). La primera dimensión apunta a que el terapeuta puede orientar su atención desde un papel activo buscando que el paciente provea informaciones específicas, o actuar de un modo receptivo para

captar las manifestaciones que el paciente produzca (Fernández Álvarez, García, Lo Bianco y Corbella Santomá, 2003). La otra dimensión implica que el terapeuta puede colocarse frente al paciente de manera concentrada, facilitando el registro de informaciones precisas, o puede tener una atención más abierta, permitiendo el ingreso de informaciones diversas y de múltiples niveles (Fernández Álvarez, 1996).

La función operativa comprende a las acciones que el terapeuta ejecuta para acatar el plan de tareas, del cual se espera la producción de cambios en el paciente. Las dimensiones más destacables son: Directivo vs. Persuasivo y Lógico (literal) vs. Retórico (figurado). Los dos primeros extremos marcan diferentes formas de tratar que se cumpla una tarea. La otra dimensión comprende a terapeutas que prefieren que el paciente pueda descifrar la secuencia lógica que supone el tratamiento; y como modalidad contraria, a terapeutas que utilizan figuras retóricas, para que al paciente le resulte inteligible la marcha necesaria del proceso terapéutico (Fernández Álvarez, 1996).

La función expresiva presenta como dimensiones más significativas: Tonalidad emocional baja vs. Tonalidad emocional alta y Corporal vs. Mental. La primera comprende a la calidez, el equilibrio y la templanza como cualidades que parecen definir estilos expresivos ideales para un terapeuta, y entonces el Estilo Personal del Terapeuta puede mostrarse exitosamente como de poca o de intensa transmisión. La segunda dimensión se refiere a terapeutas que usan preferentemente modalidades corporales como gestos, miradas y movimientos del cuerpo; y a otros que utilizan recursos mentales como ritmo de comunicación, riqueza asociativa y fluidez verbal (Fernández Álvarez, 1996).

Por último, la función de compromiso vincular implica una síntesis del conjunto de las modalidades de comunicación mencionadas anteriormente. Desde esta función, los terapeutas señalan su disposición para ayudar al que padece. Las dimensiones se abren en dos direcciones: nivel de compromiso interpersonal y nivel de compromiso intrapersonal. El primero presenta como modalidades extremas Proximidad vs. Distancia. Las mismas hacen referencia a terapeutas que se sienten cómodos en una relación en la que no hay una fuerte involucración o compromiso y a terapeutas que prefieren para trabajar un fuerte grado de involucración en esa relación. La dimensión compromiso intrapersonal apunta al grado de compromiso que el terapeuta experimenta con su trabajo, en relación con el resto de las áreas de su vida. Las modalidades extremas que se presentan son: Focalizado vs. Extendido. Estas remiten a terapeutas que incluyen pocos aspectos de su vida personal en el trabajo y a otros que se sienten comprometidos con su tarea, afectando varias áreas de su vida personal (Fernández Álvarez, 1996).

En una versión anterior, Fernández Álvarez (1996) describía dentro del marco de las características personales del terapeuta a la función evaluativa, que consistía en el conjunto de procedimientos llevados a cabo por el terapeuta para estimar la marcha de los movimientos que realizan tanto él como su paciente. Las dimensiones más significativas estaban conformadas por: Optimismo vs. Criticismo y Centrada en los medios vs. Centrada en los fines. La primera indicaba que más allá de los criterios objetivos de evaluación, el psicoterapeuta realiza, de manera subjetiva, evaluaciones continuas sobre la marcha del tratamiento. La otra dimensión se refería a que la finalidad de la psicoterapia es el alcance de determinados objetivos. Esta función fue descartada porque probó ser un tanto inconsistente en la investigación efectuada. Por este motivo, se continuó con las otras cinco dimensiones anteriormente descritas (Fernández Álvarez, García, Lo Bianco y Corbella Santomá, 2003).

De este modo, todos los elementos de los rasgos de personalidad y de sus constructos personales del terapeuta conforman un estilo personal. Este estilo del terapeuta implica remitirse a la familia de origen, a sus grupos significativos o personas importantes que tuvieron un influencia emocional en su vida, es decir, al rol que ha desempeñado o desempeña en la interacción con los otros (Ceberio, Moreno y Des Champú, 2000).

Conforme con esto, es que el Estilo Personal del Terapeuta es un principio general para toda psicoterapia, es un acopio de características que el terapeuta aplica en cada acto psicoterapéutico, es una impronta que deja cada profesional en su trabajo y que tiene un importante impacto en el resultado del tratamiento. Influye en la marcha de cada proceso e influye en los resultados de las acciones terapéuticas, aunque en diferente medida, según el tipo de paciente, la patología y el contexto de aplicación específico (Fernández Álvarez, García, Lo Bianco y Corbella Santomá, 2003).

Al respecto, es importante considerar que el Estilo Personal del Terapeuta es dinámico: varía a lo largo de la carrera y experiencia del terapeuta y en función de los pacientes atendidos (Corbella y Botella, 2004a). Además, se debe resaltar que este estilo personal incide en la utilización de una determinada técnica (Fernández Álvarez, 1996). Beutler, Machado y Neufeldt (1994) hacen referencia a esto al plantear que las intervenciones empleadas en un tratamiento no dependen solo del modelo teórico al que pertenece el terapeuta sino también a su estilo personal y preferencias, o sea, a sus características subjetivas. La empatía, espontaneidad, iniciativa y calidez son rasgos de la figura del terapeuta que aparecen en todo campo terapéutico (Fiorini, 2002).

Para sintetizar el tema y organizarlo, Fernández Álvarez, García, Lo Bianco y Corbella Santomá (2003) han descrito como características principales de esta variable:

- a) La manera en que el terapeuta hace su tarea, dejando su sello individual y único que sirve para identificarlo en las acciones que ejecuta.
- b) La estabilidad a través del tiempo, aunque no necesariamente constante ya que puede tener pequeños cambios como resultado del entrenamiento, factores laborales, evolutivos o cualquier circunstancia vital del terapeuta.
- c) La modificación temporaria o permanente del estilo personal, cuando hay cambios muy profundos o intensos.
- d) La composición del estilo personal por un conjunto de dimensiones que relacionan a las cinco funciones que conforman la acción terapéutica.

El Estilo Personal del Terapeuta se evalúa a través del Cuestionario sobre Estilo Personal del Terapeuta (EPT- C), diseñado por Fernández Álvarez y García, dentro del marco del Departamento de Investigación de la Fundación Aiglé. El instrumento, en un formato autoadministrable, consta de 36 ítems que representan las cinco funciones explicadas anteriormente (Fernández Álvarez, García, Lo Bianco y Corbella Santomá, 2003).

A partir de las puntuaciones que obtiene el terapeuta en las funciones se puede observar un perfil aproximado del estilo del terapeuta o la percepción que el terapeuta tiene de su estilo particular (Corbella y Botella, 2004a).

1.2 Características psicopatológicas del paciente

Las condiciones psicopatológicas de los pacientes que van a ser estudiadas son los trastornos depresivos y los trastornos de ansiedad. Se han seleccionado para el presente trabajo estas patologías psíquicas, y sus variantes dentro del espectro, ya que responden a los dos fenómenos más frecuentes en el mundo occidental (Vallejo Ruiloba, 1999).

Según estadísticas, entre enfermos generales la depresión oscila entre el 10 y 20% y entre pacientes psíquicos la cifra alcanza casi el 50%. En cuanto a los trastornos de ansiedad, en la población general se sitúa la tasa de prevalencia global entre el 4 y 8% de la comunidad, con un marcado predominio en las mujeres y jóvenes. Asimismo, de los pacientes que realizan consultas médicas generales, el 25 % presenta alguna problemática ubicada dentro del espectro ansioso (Vallejo Ruiloba, 1999).

1.2.1 Los trastornos depresivos

Los trastornos depresivos, son enfermedades que presentan síntomas físicos, psicológicos y de reducción del funcionamiento social y personal. Hay diferentes clasificaciones clínicas de la depresión, por ejemplo, ésta se puede distinguir entre *endógena*, cuando se caracteriza por el predominio de factores biológicos, y *reactiva*, cuando surge como reacción a factores externos que desequilibran emocionalmente a la persona y desencadenan el cuadro. También se puede clasificar de acuerdo a su sintomatología en: depresión psicótica, neurótica, de tipo melancólica, ansiosa, inhibida, atípica, enmascarada o sintomática (Vallejo Ruiloba, 1999). Actualmente, la clasificación más usada es la del Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales- IV, de la American Psychiatric Association (DSM- IV). También se usa la décima revisión del Clasificador Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (CIE- 10). En estas clasificaciones existe un elemento que agrupa a estos trastornos y que es la alteración del afecto, que castiga a la totalidad de la persona: vivencias, sentimientos, perspectiva vital, actitudes, valores, autoestima nivel de actividad y pensamiento (Agué, Alarcón, De la Fuente, Salín Pascual y Vidal, 1990).

Es frecuente escuchar que se le dice a una persona que se encuentra deprimida porque se la nota triste. Por esta razón, es importante resaltar que la característica esencial de la depresión es la tristeza, pero ésta no es de ninguna manera un sinónimo de depresión. La tristeza es un sentimiento normal, es un estado de ánimo que se experimenta ante circunstancias adversas de la vida cotidiana, es de corta duración y no altera la conducta. Por el contrario, la depresión es un diagnóstico psicopatológico que, como síndrome que agrupa ciertas características o como enfermedad de origen biológico, engloba una serie de síntomas como la tristeza patológica, el desgano, la anhedonia, la ansiedad y el insomnio (Agué, Alarcón, De la Fuente, Salín Pascual y Vidal, 1990).

El DSM-IV (1994) describe pautas que discriminan entre diversas formas de depresión en función de su gravedad, duración y síntomas. Para cumplir con los criterios diagnósticos el problema debe causar un malestar clínicamente significativo, sea el mismo un deterioro laboral, social y/o en otras áreas. Dentro de la categoría "Trastornos del estado de ánimo" se encuentran los trastornos depresivos que involucran: el episodio depresivo mayor, donde el estado ha ocurrido una única vez, el trastorno depresivo mayor,

donde el estado es recurrente y el trastorno distímico, donde el estado depresivo es crónico. Además, aparecen otros trastornos depresivos no especificados porque no cumplen con los requisitos propios de uno de los cuadros, y los trastornos depresivos debido a enfermedad médica o inducidos por sustancias. Para ser considerados trastornos depresivos nunca se debe haber producido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaniaco.

Un *episodio depresivo* y un *trastorno depresivo mayor* se diferencian, en el primer caso, por la presencia de los síntomas en una sola oportunidad durante dos semanas; y en el segundo caso, por la aparición de dos o más episodios depresivos mayores de manera recurrente. En ambos cuadros, los síntomas fundamentales para diagnosticarlos son el estado de ánimo depresivo la mayor parte del día y la pérdida de interés o de la capacidad de placer en casi todas las actividades. Además de estos, los otros síntomas característicos son: 1) pérdida de peso, sin hacer régimen o aumento de peso o pérdida o aumento del apetito, 2) insomnio o hipersomnia, 3) agitación o enlentecimiento psicomotores, 4) fatiga o pérdida de energía, 5) sentimientos de inutilidad o de culpa, excesivos e inapropiados, 6) disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, 7) pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida recurrente. Además, los trastornos depresivos pueden cursar con características psicóticas, como delirios o alucinaciones, congruentes o no con el estado de ánimo (DSM- IV, 1994).

En los *trastornos distímicos*, en cambio, el estado de ánimo depresivo es crónico y se presenta durante la mayor parte del día de casi todos los días, durante al menos dos años. Los síntomas que aparecen en este cuadro son el insomnio o hipersonmia, la falta de energía, la fatiga, pérdida o aumento de apetito, la baja autoestima, la dificultad para concentrarse o tomar decisiones y los sentimientos de desesperanza (DSM- IV, 1994).

La otra clasificación actual mencionada (CIE- 10), agrupa dentro de los trastornos del humor a los episodios depresivos en leves, moderados o graves y a los trastornos depresivos recurrentes, también de la misma forma. Estos niveles de gravedad requieren una valoración clínica compleja de acuerdo al número de síntomas presentes y al tipo y gravedad de los mismos. Se cataloga dentro de los trastornos del humor persistentes a la distimia, que no especifica duración pero si describe una depresión prolongada que no es lo suficientemente intensa como para ser un trastorno depresivo leve o moderado. Evoluciona a lo largo de los años y es de duración indefinida (CIE- 10, 1992).

Para organizar esta patología y ordenar todos los datos descriptos por los diferentes manuales y autores, Vallejo Ruiloba (1999) divide los síntomas que presentan los trastornos depresivos en:

- 1) Síntomas afectivos: Responden a la tristeza como eje principal de este síndrome y a la anhedonia, indiferencia, apatía, ansiedad, sensación de vacío e irritabilidad.
- 2) Síntomas conductuales: Se caracterizan por un estado general de inhibición, abandono personal, aislamiento, llanto, intentos de suicidio y retardo o agitación psicomotora. Hay una marcada caída en el rendimiento, que disminuye progresivamente hasta llegar a la abulia, en la que el sujeto es incapaz de realizar cualquier actividad.
- 3) Síntomas cognitivos: Los sujetos depresivos padecen de un rendimiento cognitivo afectado, déficit de memoria, atención y concentración, autoculpabilidad, pérdida de autoestima, desesperanza, ideas de suicidio y autorreproches. Existe una valoración de la persona, el entorno y el futuro que es negativa.
- 4) Trastornos somáticos: Aparecen problemas de sueño, generalmente se trata de insomnio pero en otros casos puede ser hipersomnia. Presentan pérdida de apetito, disminución de la actividad y el deseo sexual, fatiga; y molestias corporales como dolor de cabeza, palpitaciones, náuseas y vómitos.
- 5) Ritmos biológicos: Las personas deprimidas presentan dificultades para dormir y pesadillas o despertar precoz. Se evidencia en ellos una mejoría vespertina.

En este trabajo, la muestra de pacientes presenta dentro de esta patología: trastorno depresivo mayor, trastorno distímico y trastorno depresivo no especificado.

1.2.1 Los trastornos de ansiedad o angustia

La angustia aparece ante cualquier eventualidad de amenaza a la identidad y de agresión al yo personal. Puede emerger en circunstancias diversas por ser la más común y universal de las emociones y acompañar al hombre en el curso de su existencia (Vallejo Ruiloba, 1999).

Como tal, existe una angustia normal que tiene un estímulo que la desencadena y una angustia patológica que posee tres características diferenciales: 1) es anacrónica porque lleva a revivir situaciones pasadas, 2) es fantasmagórica ya que su génesis no es el mundo real, sino la representación imaginaria de un conflicto inconsciente y 3) es estereotipada o repetitiva. De esta manera, la angustia patológica queda definida por ser más corporal, desproporcionada al estímulo y persistente por encima de los límites adaptativos, afectando el rendimiento, el funcionamiento psicosocial y la libertad personal (Vallejo Ruiloba, 1999).

Esta reacción emocional se manifiesta tanto a nivel psíquico como somático. Así, los síntomas principales en el área cognitiva de un cuadro de ansiedad son: inquietud, preocupación, temor a perder el control o volverse loco, inseguridad, dificultad para decidir, miedo a morir, pensamientos negativos sobre uno mismo, evitación de situaciones temidas, entre otros. Y en la esfera física: sudoración, tensión, palpitaciones, taquicardia, temblor, molestias gástricas, dificultades respiratorias, sequedad de boca, dolores de cabeza, mareos, y náuseas (DSM- IV, 1994).

Vallejo Ruiloba (1999) explica que esta angustia o ansiedad que aparece en un sujeto tiene distinta naturaleza. Puede ser una angustia normal producto de una problemática real o del miedo ante un estímulo peligroso y, ya dentro de la patología, la ansiedad puede ser primaria cuando es el núcleo de un cuadro clínico o la expresión de un conflicto psico-biológico; o secundaria a otra patología de base como puede ser la depresión, la psicosis, las enfermedades orgánicas, entre otras.

Ahora bien, para no entrar en confusiones, es importante aclarar que, a pesar de que el término angustia se refiere en mayor medida a factores psicológicos y la ansiedad a un componente somático, en la actualidad, son utilizados como sinónimos. Esto se debe al largo trayecto que recorrió este concepto y que es interesante conocer.

En un primer momento, los trastornos de ansiedad se encontraban englobados en las "Neurosis de Angustia" que describía Freud, en 1894. Luego, la clasificación de estos trastornos cambió en 1980 con el DSM III, cuando la psiquiatría americana decidió eliminar el término "neurosis" por considerarlo cargado de connotaciones psicoanalíticas. De este modo, se concluyó con esta tradición y los trastornos de angustia se subdividieron en trastornos por angustia y trastornos por ansiedad generalizada, diferenciados por la ausencia o presencia de crisis de angustia (Vallejo Ruiloba, 1999).

Luego, en el DSM-IV (1994) los trastornos de angustia se ampliaron con nuevas categorías: estrés agudo, trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica y trastorno de ansiedad inducido por sustancias. Además, la agorafobia se subordinó al trastorno de angustia, si bien puede existir sin historia de pánico; el término fobia simple se sustituyó por el de fobia específica y el trastorno obsesivo compulsivo se mantuvo dentro de los trastornos de angustia.

De este modo, todos los cuadros que este sistema de clasificación coloca dentro de los trastornos de ansiedad son:

- Trastorno de angustia sin agorafobia.
- Trastorno de angustia con agorafobia.
- Agorafobia sin historia de trastorno de angustia.
- Fobia específica.
- Fobia social.
- Trastorno obsesivo-compulsivo.
- Trastorno por estrés postraumático.
- Trastorno por estrés agudo.
- Trastorno de ansiedad generalizada.
- Trastorno de ansiedad debido a (indicar enfermedad médica).
- Trastorno de ansiedad inducido por sustancias.
- Trastorno de ansiedad no especificado (DSM- IV, 1994).

Como contrapartida, el CIE- 10 (1992) clasificó estas patologías bajo el título común de "Trastornos Neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos", pero diferenciando a los trastornos de ansiedad propiamente dichos (pánico, ansiedad generalizada, trastorno mixto, ansioso-depresivo), de los trastornos de ansiedad fóbica (agorafobia, fobias sociales, fobias específicas), el trastorno obsesivo compulsivo, las reacciones a estrés y adaptación, los trastornos somatomorfos, los trastornos disociativos y otros trastornos neuróticos. Creó, además, como nueva categoría al Trastorno Mixto Ansioso-depresivo, que no se encuentra en el otro sistema clasificador y colocó a la agorafobia en un status independiente (Vallejo Ruiloba, 1999).

Más allá de todas estas consideraciones generales sobre los trastornos de ansiedad, se explicarán brevemente cuáles son los síntomas característicos de cada uno de los cuadros propios de esta patología. Se hará mayor hincapié en los dos estados que aparecen como diagnósticos en la muestra de pacientes: trastorno de angustia o ansiedad (sin agorafobia) y trastorno de ansiedad generalizada.

En primer lugar, la *crisis de angustia* (ataque de pánico) se refiere a la aparición temporal y aislada de miedo o malestar intenso, que se inicia bruscamente y que alcanza su estado máximo a los 10 minutos. Según el DSM- IV (1994), el cuadro presenta como síntomas fisiológicos: palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardíaca, temblores, sudoración, sensación de ahogo, de falta de aliento o de atragantarse, escalofríos o sofocaciones, opresión torácica, náuseas o molestias gastrointestinales y mareos o desmayos. También, como manifestaciones psíquicas presenta: miedo a perder

el control, a volverse loco o a morir, desrealización (sensación de irrealidad) y despersonalización (estar separado de uno mismo).

Siguiendo con este criterio, puede entenderse que el *trastorno de angustia sin agorafobia* tiene como característica esencial la presencia recurrente de crisis de angustia inesperadas. Las manifestaciones clínicas de este cuadro no se encuentran limitadas a ninguna situación o conjunto de circunstancias particulares, y por lo tanto, son imprevisibles (CIE- 10, 1992). Los síntomas de este estado de ansiedad son los mismos que los de la crisis de angustia pero deben padecerse durante al menos un mes en una de las crisis. También, aparecen como manifestaciones:

- inquietud persistente ante la posibilidad de tener más crisis,
- preocupación por las implicaciones de la crisis o sus consecuencias y
- cambio significativo del comportamiento relacionado con las crisis.

Hay que considerar que para diagnosticar este cuadro se debe confirmar la ausencia de agorafobia o de otros trastornos psíquicos y estudiar si estas crisis no se deben a efectos fisiológicos directos de una sustancia o una enfermedad orgánica (DSM- IV, 1994).

Del mismo modo, para diagnosticar un *trastorno de angustia con agorafobia* se deben cumplir con los mismos criterios que para el trastorno anteriormente nombrado pero agregándoles las características propias de la agorafobia. Las mismas se refieren a la aparición de ansiedad al encontrarse en lugares o circunstancias donde escapar puede resultar dificultoso o no se puede disponer de ayuda; y a la realización de conductas de evitación de esas situaciones fóbicas (DSM- IV, 1994). Según el CIE- 10 (1992), los temores agorafóbicos se vinculan con un conjunto de situaciones características, entre las que se incluyen estar solo fuera de casa como en multitudes, lugares públicos y viajes en transportes públicos. Es interesante destacar que no sólo es el miedo a lugares abiertos sino también a la dificultad para poder escapar inmediatamente a un lugar seguro (por lo general el hogar).

Para realizar el diagnóstico de *agorafobia sin historia de trastorno de angustia* se debe utilizar como criterio la aparición de los síntomas recientemente nombrados, junto con el temor a desarrollar síntomas similares a la angustia pero no cumplir con los requisitos para ser considerado un trastorno de angustia (DSM- IV, 1994).

Otros cuadros característicos son las *fobias sociales y las específicas*. Las primeras fobias giran en torno a un temor persistente a una o más situaciones sociales o públicas en las que el sujeto se ve expuesto a la posible evaluación o enjuiciamiento por parte de otras personas. A partir de este miedo a actuar de un modo humillante o embarazoso y de mostrar síntomas de ansiedad ya descritos, estos sujetos evitan tales situaciones (DSM- IV, 1994). Las manifestaciones ante estas circunstancias son: preocupación a ruborizarse, a tener temblor de manos, náuseas o necesidad imperiosa de micción, entre otras (CIE- 10, 1992). Las segundas fobias presentan un temor persistente que es excesivo o irracional, desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto o situación específicos (DSM- IV, 1994). En estos casos la exposición a este estímulo provoca una respuesta de ansiedad, por lo que este objeto o situación es evitado, en la medida de lo posible (CIE- 10, 1992).

El *trastorno obsesivo-compulsivo* requiere de la presencia de pensamientos obsesivos o actos compulsivos recurrentes, de los cuales la persona no puede resistirse. Las obsesiones son ideas, imágenes o impulsos mentales que irrumpen constantemente en la actividad mental del sujeto, de forma estereotipada. Los rituales compulsivos son formas de conducta estereotipadas que se repiten con la finalidad de prevenir que tenga lugar algún hecho objetivamente improbable (CIE- 10, 1992).

El *trastorno por estrés postraumático* y el *trastorno por estrés agudo* presentan las mismas características pero la diferencia es que para diagnosticar el primero los síntomas se deben prolongar más de un mes y para el segundo un mínimo de dos días y un máximo de cuatro semanas (DSM- IV, 1994). En ambos casos, la persona tiene que haber estado expuesta a un acontecimiento traumático caracterizado por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás y haber respondido al mismo con un temor intenso. Luego de pasar por este acontecimiento, el sujeto lo reexperimenta persistentemente ya sea como recuerdos intrusivos, sueños recurrentes o con la actuación y sensación de que está ocurriendo. Además, este trastorno trae aparejado una evitación de los estímulos asociados y un embotamiento en la actividad general de la persona (DSM- IV, 1994).

El *trastorno de ansiedad generalizada* presenta como característica distintiva una ansiedad general y persistente, que no está limitada ni predomina en ninguna circunstancia ambiental en particular (CIE- 10, 1992). Este cuadro debe prolongarse por lo menos seis meses y tener como síntomas: inquietud, fatigabilidad, dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco, irritabilidad, tensión muscular y alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertarse de sueño no reparador) (DSM- IV, 1994).

De acuerdo a Vallejo Ruiloba (1999), los síntomas pueden agruparse en:

- *Tensión motora*: temblor, inquietud, sobresaltos, tensión y fatiga.
- *Hiperactividad autonómica*: palpitaciones, náuseas, mareos, sudoración, manos frías y húmedas, diarrea, dificultad para tragar y escalofríos.
- *Expectación aprensiva*: inquietud interna, desasosiego, vivencias de amenaza y disolución del yo, temores difusos e inseguridad.
- *Vigilancia y alerta*: nerviosismo, impaciencia, irritabilidad, falta de atención y concentración, hipervigilancia, mala calidad del sueño y pesadillas.

Además, este estado no tiene que ser provocado por los efectos fisiológicos de una sustancia o de una enfermedad médica y no puede aparecer solamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo (DSM- IV, 1994).

Por último, *el trastorno de ansiedad inducido por sustancias y el trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica* comprenden a las alteraciones que son la consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica, o de una intoxicación o abstinencia de una sustancia. *El trastorno de ansiedad no especificado* implica manifestaciones psíquicas y fisiológicas propias de la ansiedad pero que no cumplen con los requisitos necesarios para catalogarse específicamente dentro de uno de los cuadros (DSM- IV, 1994).

Al haber concluido con la descripción de cada uno de los cuadros, es relevante tener en cuenta que estas alteraciones generan mucho malestar físico y psicológico, a nivel social y laboral, por lo que la psicoterapia es un instrumento fundamental para aliviar el padecimiento del sujeto. Es importante establecer una buena relación entre el paciente y el psicoterapeuta dentro de un contexto de ayuda terapéutica en donde se le brinde apoyo y enseñe habilidades prácticas para sobrellevar las situaciones de la vida cotidiana que le generan ansiedad (Climent, 1990).

Para finalizar con las características psicopatológicas del paciente, resulta interesante conocer el *Trastorno mixto ansioso-depresivo* que figura sólo en el CIE- 10 (1992). En este cuadro se combinan los síntomas de las dos amplias patologías que se presentan en la muestra de participantes de este trabajo. Lo principal del trastorno es que no predominan claramente las manifestaciones de la depresión o de la ansiedad para justificar su diagnóstico por separado (CIE- 10, 1992).

1.2.2 SCL- 90- R: Instrumento para diagnosticar estas patologías

Para diagnosticar estos cuadros psicopatológicos se utilizará el Inventario de Síntomas SCL- 90-R, en formato autoadministrable. El mismo ha sido publicado, en 1977, por Derogatis y adaptado al español por Casullo, en 1999. El inventario fue diseñado para evaluar patrones de síntomas presentes en los seres humanos (Croft, 1999). Consta de 90 ítems, con contenidos relacionados con un amplio espectro de manifestaciones psicopatológicas. Se lo evalúa e interpreta en función de nueve dimensiones primarias y tres índices globales de malestar psicológico, que reflejan aspectos diferenciales de los trastornos: 1) somatizaciones, 2) obsesiones y compulsiones, 3) sensibilidad interpersonal, 4) depresión, 5) ansiedad, 6) hostilidad, 7) ansiedad fóbica, 8) ideación paranoide, 9) psicoticismo, A) índice global de severidad, B) índice positivo de malestar y C) total de síntomas positivos (Derogatis, 1977)

La subescala que resulta de relevancia para el trabajo es la depresiva, la misma contiene como ítems las principales manifestaciones clínicas del trastorno como falta de motivación y de energía vital, sentimientos de desesperanza sobre el futuro, ideaciones suicidas, pérdida de interés, entre otros (Croft, 1999). Además, la subescala de ansiedad es de importancia para los otros trastornos evaluados, ya que implica la sintomatología esencial de cualquier trastorno de angustia: nerviosismo, tensión, palpitaciones y temblores (Casullo, 2004).

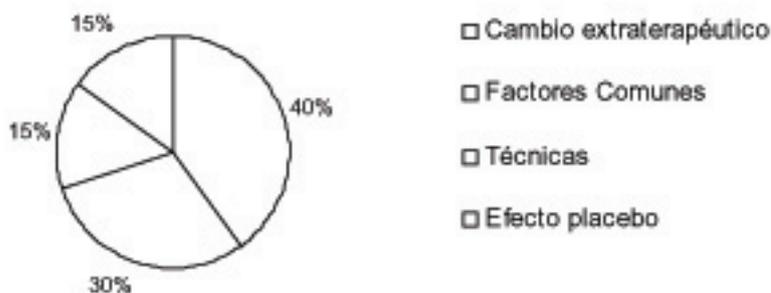
1.3 Alianza terapéutica

Es bien sabido que en todo proceso psicoterapéutico existen dos componentes necesarios para establecer una alianza. El funcionamiento de una alianza terapéutica depende de condiciones del paciente, como del tipo de problemática que padece y de las actitudes del terapeuta para realizar aportes al vínculo (Fiorini, 2002).

Lambert (1992) es quien realizó una primera aproximación a los factores que contribuyen al cambio terapéutico y afectan el resultado de la terapia. Para esta finalidad, efectuó una estimación de la contribución relativa de diversos factores. De este modo, atribuyó un 40 % al cambio extraterapéutico, un 15% al efecto placebo (expectativas), un 15 % a las técnicas y un 30% a los factores comunes. Para comprender mejor estos porcentajes es interesante conocer qué componentes integran cada uno de ellos. El cambio extraterapéutico involucra factores del cliente, como la personalidad; o de su entorno, como acontecimientos fortuitos o apoyo social, que contribuyen a la mejoría independientemente de psicoterapia. Las expectativas o efecto placebo resultan del hecho de que el paciente sabe que se lo va a ayudar y de la

credibilidad que generan las técnicas o explicaciones específicas. Las técnicas implican los procedimientos específicos de una psicoterapia. Por último, los factores comunes son las variables que comparten todas las psicoterapias independientemente de la orientación teórica (Feixas y Miró, 1993) (ver figura 1). La alianza terapéutica es uno de estos factores que se encuentra en todas las terapias y de ahí deviene la importancia de conocer este estudio. Con respecto a esto, Frank, en los años 70, recalcó la importancia de los factores comunes, mencionando que el cambio terapéutico es atribuible a la presencia de una relación de confianza y fe entre el paciente y el terapeuta (Safran y Segal, 1994).

Figura 1: Porcentaje de incidencia de los factores que influyen en el resultado de la psicoterapia



Lambert (1992), p. 97.

El concepto de alianza terapéutica fue desarrollándose a lo largo del siglo XX, originándose en la literatura psicoanalítica.

Freud (1912) en su escrito "Sobre la dinámica de la transferencia" señaló la importancia de una actitud comprensiva del analista hacia el paciente, además de la camaradería y el afecto, para establecer una relación positiva entre ambos. Ferenczi en 1932, destacó como esencial que el paciente reviviera lo problemático de su pasado en la relación terapéutica (Feixas y Miró, 1993). En 1934, Sterba recalcó la importancia de la identificación positiva del paciente con el terapeuta para trabajar en la consecución de las tareas terapéuticas comunes (Corbella y Botella, 2003). En 1956, Zeitzel fue la primera persona que afirmó el poder de la alianza para la efectividad de un tratamiento y que diferenció los aspectos reales de la relación terapéutica de los aspectos transferenciales, iniciando una tendencia dentro del psicoanálisis (Safran y Segal, 1994). Se fue así diferenciando, en el ámbito clínico psicoanalítico, la "transferencia propiamente dicha" de otro aspecto del vínculo entre el paciente y el terapeuta, al cual diversos autores denominan "alianza terapéutica", "alianza de trabajo" o "alianza de tratamiento", definiendo el lazo que deben establecer el paciente y el terapeuta para que el tratamiento tenga éxito. Es decir, que más allá de la neurosis de transferencia debe existir, como núcleo, una relación estable y permanente que permita al paciente sostener una actitud positiva respecto a la tarea, cuando los conflictos son revividos en la transferencia (Sandler, Dare y Holder, 1993).

Desde el modelo conductual se desestimaba la importancia de la alianza terapéutica con respecto a las nociones del condicionamiento. Cuando este enfoque comenzó a adoptar una posición más social del aprendizaje, aumentó el peso de esta variable. Mayor interés se evidenció en la literatura empírica que demostró la relevancia de la alianza en el proceso de cambio (Safran y Segal, 1994). Desde el movimiento humanista se prestó gran importancia a la alianza dentro de una psicoterapia. Ser empático, aceptar incondicionalmente al paciente y ser congruente son, según Rogers, las tres características esenciales que debe tener el terapeuta para constituir una relación terapéutica efectiva (Corbella y Botella, 2003).

Uno de los exponentes más importantes sobre el tema fue Bordin quien, en 1979, definió a la relación entre el paciente y el terapeuta como una alianza conformada por una dimensión relacional, integrada por el vínculo entre ambos, y otra técnica, conformada por las tareas y las metas de la terapia (Feixas y Miró, 1993). Las metas se refieren a los objetivos generales a los que se dirige la psicoterapia, las tareas son las actividades específicas que se requieren por parte del paciente para beneficiarse del tratamiento y el vínculo es la relación entre el paciente y el terapeuta. De este modo, constituyen los tres componentes de la alianza terapéutica (Safran y Segal, 1994).

Otro autor muy influyente fue Luborsky quien, en 1976, conceptualizó a la alianza como una entidad dinámica que evoluciona con los cambios de las demandas de las diferentes fases de la terapia (Corbella y Botella, 2003). Describió dos tipos de alianza en función de la etapa del tratamiento. La tipo 1 repre-

sentan la percepción que posee el paciente del terapeuta como figura que lo ayuda y le brinda apoyo, y la tipo 2 implica la experiencia del paciente de trabajar conjuntamente con el terapeuta para superar las dificultades (Feixas y Miró, 1993).

Orlinsky y Howard (1986) realizaron el denominado "Modelo Genérico", en el que identificaron cinco variables del proceso terapéutico a fin de lograr una visión integradora del mismo. Uno de los elementos, entonces, es el contrato terapéutico que, como aspecto formal, define la situación terapéutica, los roles, objetivos y condiciones del trabajo conjunto entre paciente y terapeuta. Otra de las variables se refiere a las intervenciones terapéuticas que, como aspecto técnico del proceso, radica en las operaciones que realiza el terapeuta para ayudar al paciente. Como aspecto intrapersonal se encuentra la autorreferencialidad del paciente, que concierne a la relación del paciente consigo mismo, su estado afectivo, grado de apertura y resistencia, entre otras características. La realización terapéutica, como otra de las variables, implica el efecto de las intervenciones terapéuticas y el vínculo terapéutico dentro de las sesiones, dentro de un aspecto temporal. A propósito del vínculo terapéutico recién mencionado, éste es el último de los elementos del modelo y es el que posee mayor relevancia a la luz del presente trabajo. Para ambos autores, este vínculo hace referencia a un aspecto interpersonal en el que se establece el compromiso o alianza entre paciente y terapeuta, a través de tres elementos de los que consta: 1) los roles del paciente y el terapeuta, 2) la resonancia empática y 3) la afirmación mutua que comprende el respeto por el otro (Orlinsky y Howard, 1986).

Para Kleinke (1998), la calidad de la alianza entre paciente y terapeuta se encuentra vinculada con el resultado de la terapia. La alianza no genera por sí misma el cambio pero es un prerrequisito necesario para que se realice el proceso terapéutico. Además es un elemento esencial como facilitador de la aplicación de técnicas determinadas (Corbella y Botella, 2004a).

La relación que se establece entre cliente y terapeuta es diferente a otras relaciones de la vida del paciente, es una relación profesional, que presenta una asimetría de roles, tiene carácter retributivo y un encuadre específico (Feixas y Miró, 1993). La alianza terapéutica es considerada una variable fundamental en el proceso de cambio (Safran y Segal, 1994). Se ha demostrado que es un factor clave ya sea en distintas orientaciones teóricas como en diversos formatos de terapia, sea individual, grupal o familiar (Corbella y Botella, 2003). Con respecto a esto, Horvath y Luborsky, en 1993, plantearon que la capacidad de la alianza de predecir el resultado de la terapia no depende de la duración de ésta ni de la orientación teórica de la terapia (Corbella y Botella, 2003).

Conforme a todo lo expuesto, es importante tener en cuenta que la alianza terapéutica no es sólo una función del paciente: la habilidad del terapeuta es vital para su constitución. Cualquier lazo que se establezca puede verse afectado por los requerimientos de la situación terapéutica, del estilo de trabajo propio del terapeuta y de las características personales y psicopatológicas del paciente (Sandler, Dare y Holder, 1993). Por efecto de estas variables, es que la alianza no es una entidad estática sino que es un aspecto dinámico y cambiante en el que incide constantemente la percepción por parte del paciente del significado de los actos del terapeuta (Safran y Segal, 1994).

El aumento de la importancia de la alianza terapéutica fomentó la creación de diversos instrumentos para su evaluación. Actualmente hay más de 20 medidas de la alianza (Corbella y Botella, 2003). Basados en la concepción de Bordin, Luborsky, Crits- Christoph, Mintz y Auerbach, en 1988, crearon una escala partiendo de la idea de que el primer factor curativo de la psicoterapia es la experiencia del paciente en una relación de ayuda. De esta manera, la *Helping Alliance Scale* distingue los dos tipos de alianza de ayuda descriptos con anterioridad: tipo 1 y tipo 2 (Feixas y Miró, 1993). Siguiendo la misma noción, fue desarrollado por Horvath y Greenberg, en 1989, el *Inventario de Trabajo de la Alianza (WAI)*. Además de esta versión original de 36 artículos, existe una versión corta que consta de 12 ítems que representan las tres dimensiones de la alianza de trabajo: vínculo positivo, metas y tareas. Ésta última, elaborada por Tracey y Kokotovic, en el mismo año. En 1999, Duncan y Miller le agregaron a esta escala reducida otros cinco ítems. Quedando constituido así, el *Inventario de la Alianza Terapéutica y Teoría del Cambio (WATOI)*, que consta de 17 ítems, que debe responder el paciente en una escala tipo Likert del 1 al 7. Se evalúan las dimensiones de la alianza que, con el agregado mencionado corresponden a: metas, tareas, vínculo positivo y teoría del cambio. Corbella y Botella han elaborado la versión en español que va a ser utilizada (Corbella y Botella, 2004b). Esta es, entonces, la adaptación que va a ser utilizada en el presente trabajo.

1.4 La investigación sobre los tres componentes

Con respecto a cada una de las variables estudiadas se han realizado innumerables investigaciones. Algunos de los datos relevantes surgen, por supuesto, de la investigación de Lambert (1992) sobre los factores que explican el cambio terapéutico, donde el 30 % del cambio proviene de los factores comunes

como la alianza terapéutica entre paciente y terapeuta. Además, muestra que quien realiza la mayor contribución al éxito de la terapia es el paciente, al sumar los factores relativos a la remisión espontánea (proceso natural del cliente) y las expectativas se evidencia una proporción del 55 %, mientras que los factores comunes y las técnicas representan el 45%. Sobre esta cuestión, Waizmann, Etchebarne y Roussos (2004), plantearon que las expectativas, técnicas y factores comunes tendrían una proporción mayor de influencia en el éxito terapéutico, al concebir una interacción entre los mismos y no un accionar individual.

También, es de suma importancia el estudio de Orlinsky y Howard (1986) donde se concluye que la alianza terapéutica se encuentra más relacionada con la mejoría del paciente que las técnicas empleadas por el terapeuta. De este modo, ciertas cualidades del terapeuta como la empatía y la calidez son variables relevantes para establecer una buena alianza. (Corbella y Botella, 2004a).

Sobre las variables del paciente, Beutler y Clarkin, en 1990, y Schülte, en 1985, plantearon que los niveles bajos de patología y la ausencia de rasgos psicóticos contribuyen al éxito de la psicoterapia. De este modo, otro estudio, que trata sobre el diagnóstico del paciente, concluye que la categoría general de neurosis es la más aceptada para la psicoterapia (Feixas y Miró, 1993). Monsen, Havik y Hoglend, en 2002, hallaron que las variables diagnósticas del paciente no predicen la calidad de la alianza (Corbella y Botella, 2003).

Con respecto a la figura del terapeuta y su estilo personal, la investigación realizada por Mc Nair y Lorr, en 1964, exploró el tipo de comportamiento entre terapeutas evaluando dimensiones como Expresión vs. Control de la emoción, Directividad vs. No directividad, entre otras. Beutler y Harwood, en el año 2000, construyeron una escala de procesos terapéuticos en donde incluyeron las directivas del terapeuta y su comportamiento emocional durante las sesiones (Fernández Álvarez, García, Lo Bianco y Corbella Santomá, 2003). Fernández Álvarez y García han elaborado el Cuestionario sobre Estilo Personal del Terapeuta, dentro del marco del Departamento de Investigación de la Fundación Aiglé. Este instrumento ha sido validado oportunamente y hoy es administrado por varios equipos de investigación a nivel internacional, en Alemania, Brasil, Ecuador, España, Reino Unido y Estados Unidos. Además, han realizado estudios sobre la relación de esta variable y los años de experiencia de terapeuta, en las cuales se concluyó que éste tiene un efecto modulador sobre la evolución del estilo personal en las distintas funciones que componen el mismo. Otros investigaciones arrojaron como resultados que los terapeutas psicoanalíticos presentan una atención más abierta y los cognitivos una más focalizada. Se ha vinculado el estilo personal con otras variables de interés como los pacientes severamente perturbados, la terapia intensiva neonatal, la selección sistemática de tratamientos. También, se encuentra en construcción un baremo argentino en el que se pretende volcar a las orientaciones psicoterapéuticas más representativas, a fin de establecer perfiles de terapeutas por orientación (Fernández Álvarez, Gómez, Castañeras, Rial y García, 2006).

Se ha investigado que la interacción de las variables del terapeuta con las del paciente influye en el desarrollo de la alianza terapéutica. Esta relación depende de las características y la historia personal de cada uno. En una investigación conjunta entre la Fundación Aiglé (Buenos Aires) y la Universidad Ramón Llull (Barcelona) se relacionaron las variables mencionadas anteriormente. Los resultados de este proyecto indicaron la influencia del Estilo Personal del Terapeuta sobre la alianza, las características del paciente y los resultados de la terapia, y la influencia de la alianza sobre los resultados finales de la terapia (Corbella y Botella, 2004a).

Los datos obtenidos en la investigación mencionada muestran la relevancia de la dimensión Flexibilidad vs. Rigidez del Estilo Personal del Terapeuta en el establecimiento de la alianza en la fase inicial de terapia. Por lo tanto, los terapeutas más flexibles obtienen una mejor alianza con el paciente y mejores resultados finales. También, resalta que la posición del terapeuta en la función operativa actúa como moderador el efecto de la resistencia del paciente sobre la alianza. Así, pacientes más resistentes establecen una mejor alianza con un terapeuta poco directivo, poco pautado y espontáneo (Corbella y Botella, 2004a).

Otro dato relevante, que puede ser utilizado a manera de síntesis ya que engloba todo lo abordado en este escrito, es que el Estilo Personal del Terapeuta y las características del paciente se combinan desde la primera sesión y continúan interactuando a lo largo de la psicoterapia. En las primeras ocho sesiones estas variables influyen en el establecimiento de una alianza entre ambos. De este modo, la relación que se construye influye en el desarrollo de toda la terapia y facilita el trabajo conjunto hacia la promoción de cambios terapéuticos (Corbella y Botella, 2004a).

Capítulo 2. Metodología

El diseño de investigación, para estudiar la relación entre las variables mencionadas en el capítulo anterior, es de carácter empírico. Este trabajo consiste en un estudio piloto, conformado por una muestra reducida, que pretende vincular el Estilo Personal del Terapeuta, las características psicopatológicas del paciente y la alianza terapéutica.

2.1 Conformación de la muestra

2.1.1 Características de los sujetos participantes

El tipo de muestreo no probabilístico utilizado para la investigación es de carácter accidental, ya que la selección de los sujetos participantes se debe a su fácil accesibilidad.

Los participantes de la investigación son 4 mujeres psicoterapeutas que forman parte del Centro Médico PROSAM. Las mismas son de nacionalidad argentina y ejercen en este país. Tienen 26, 27, 28 y 47 años de edad, y respectivamente tres, dos, tres y 25 años de experiencia. Estas profesionales pertenecen a diferentes orientaciones teóricas: dos de ellas al psicoanálisis y las otras dos a la integración de varios modelos. Todas estas psicoterapeutas trabajan con pacientes adultos con trastornos de ansiedad y depresión dentro de una modalidad individual (ver tabla 1 y 2).

También, se invitó a participar de este estudio a 14 personas que reciben servicios psicológicos por trastornos de ansiedad y cuadros depresivos, en esa institución. De este modo, siete pacientes presentan el diagnóstico de trastorno de angustia sin agorafobia, uno el de trastorno de ansiedad generalizada, dos el de trastorno distímico, dos el de trastorno depresivo mayor y dos el de trastorno depresivo no especificado. En cuanto al sexo de los pacientes, 4 son hombres y el resto son mujeres. El rango de edades oscila entre 23 y 70 años de edad (ver en tabla 3 todas las características de la muestra de pacientes).

Tabla 1: Datos personales sobre las psicoterapeutas participantes del estudio

TERAPEUTA	EDAD	SEXO	NACIONALIDAD	AÑOS DE EXPERIENCIA	PAÍS EN QUE EJERCE	CIUDAD
A	28	F.	ARGENTINA	3	ARGENTINA	BUENOS AIRES
B	27	F.	ARGENTINA	2	ARGENTINA	CAPITAL FEDERAL
C	26	F.	ARGENTINA	3	ARGENTINA	BUENOS AIRES
D	47	F.	ARGENTINA	25	ARGENTINA	BUENOS AIRES

Tabla 2: Información de las psicoterapeutas sobre el ejercicio de la psicoterapia

T	ORIENTACIÓN TEÓRICA	EDAD DE PACIENTES	MODALIDAD TERAPÉUTICA	DURACIÓN DE LOS TRASTORNOS	PATOLOGÍAS
A	PSICOANÁLISIS	ADULTOS	INDIVIDUAL	BREVE	Ansiedad y Depresión T. de la personalidad Adicciones Trastornos severos
B	INTEGRACIÓN DE VARIAS	ADULTOS 3° EDAD	INDIVIDUAL	BREVE INTERMEDIO	Ansiedad y Depresión
C	INTEGRACIÓN DE VARIAS	ADULTOS	INDIVIDUAL	BREVE	Ansiedad y Depresión T. de la personalidad Otros
D	PSICOANÁLISIS	NIÑOS Y ADOL. ADULTOS 3° EDAD	INDIVIDUAL PAREJA GRUPOS	BREVE INTERMEDIO PROLONGADO	Ansiedad y Depresión T. de la personalidad Adicciones Trastornos severos Otros

Tabla 3: Características de la muestra de pacientes

PACIENTE	T	DIAGNÓSTICO	TIEMPO DE TRATAM.	NIVEL DE SEVERIDAD DE PATOLOGÍA	MEDICACIÓN
1 (FEM. 52 AÑOS)	A	TRASTORNO DE ANGUSTIA (SIN AGORAFOBIA)	1 MES Y 15 DÍAS	MEDIO	SI
2 (MASC. 31 AÑOS)	A	TRASTORNO DE ANGUSTIA (SIN AGORAFOBIA)	1 MES Y 15 DÍAS	BAJO	NO
3 (MASC. 40 AÑOS)	A	TRASTORNO DE ANGUSTIA (SIN AGORAFOBIA)	6 MESES	ALTO	NO
4 (FEM. 23 AÑOS)	A	TRASTORNO DE ANGUSTIA (SIN AGORAFOBIA)	1 MES	MEDIO	NO
5 (FEM. 46 AÑOS)	A	TRASTORNO DE ANGUSTIA (SIN AGORAFOBIA)	2 MESES	MEDIO	SI
6 (FEM. 44 AÑOS)	B	TRASTORNO DE ANGUSTIA (SIN AGORAFOBIA)	3 MESES	MEDIO	SI
7 (FEM. 53 AÑOS)	B	TRASTORNO DISTIMICO	2 MESES	MEDIO	SI
8 (MASC. 37 AÑOS)	B	TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR	3 MESES	MEDIO	SI
9 (FEM. 34 AÑOS)	B	TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	3 MESES	BAJO	NO
10 (FEM. 70 AÑOS)	B	TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR	5 MESES	BAJO A MEDIO	SI
11 (FEM. 52 AÑOS)	C	TRASTORNO DE ANGUSTIA (SIN AGORAFOBIA)	1 MES	BAJO	NO
12 (MASC. 65 AÑOS)	D	TRASTORNO DISTIMICO	4 AÑOS	MEDIO	SI
13 (FEM. 34 AÑOS)	D	TRASTORNO DEPRESIVO NO ESPECIFICADO	2 MESES	BAJO	NO
14 (FEM. 28 AÑOS)	D	TRASTORNO DEPRESIVO NO ESPECIFICADO	2 AÑOS	BAJO	SI

2.1.2 Criterios de inclusión en el estudio

Los criterios de inclusión para la muestra conformada por profesionales de la salud del Centro PRO-SAM son los siguientes:

- 1) poseer un mínimo de 2 años de experiencia,
- 2) atender pacientes con patología depresiva y/o con trastornos de ansiedad y
- 3) ejercer la profesión en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires o el Gran Buenos Aires.

De igual manera, los criterios de inclusión para los pacientes de la institución son:

- 1) ser mayor de 18 años,
- 2) haber recibido un mínimo de 4 sesiones de psicoterapia o, como equivalente, un mes de tratamiento.
- 3) tener diagnosticada una patología depresiva y/o un trastorno de ansiedad.
- 4) no haber presentado nunca un episodio maníaco, hipomaníaco o mixto (bipolar), ni trastornos dentro del espectro psicótico.

2.2 Materiales

Para llevar a cabo esta investigación se utilizaron varios instrumentos en formato autoadministrable: dos cuestionarios para que respondan los pacientes y dos para que contesten los terapeutas. El material recolectado para analizar los datos y extraer conclusiones es un Cuestionario sobre el Estilo Personal del Terapeuta por cada terapeuta de la muestra, un Inventario de Alianza Terapéutica y Teoría del Cambio (WATOCI) y un SCL- 90- R por cada paciente que participe de la investigación. Además, el profesional de la salud debe completar una planilla con las características, condición y tratamiento de los pacientes.

2.2.1 Cuestionario de Evaluación del Estilo Personal del Terapeuta (ETP- C)

Desde 1998, el Departamento de Investigación de la Fundación Aiglé se encuentra estudiando lo referente al estilo personal del terapeuta, para tal fin ha creado el Cuestionario de Evaluación del Estilo Personal del Terapeuta, luego de realizar varias versiones (Aiglé, 2006).

Este instrumento fue diseñado en un formato autoadministrado, para obtener de cada terapeuta un perfil aproximado de su estilo personal o la percepción que tienen del mismo. (Corbella y Botella, 2004a). Requiere que el terapeuta conteste de acuerdo con el modo general y frecuente de llevar a cabo su labor y sin tener en cuenta las variaciones propias según el paciente (Aiglé, 2006).

El cuestionario mide, cuantitativamente, a través de 36 ítems, las funciones que constituyen el Estilo Personal del Terapeuta. Se responde en una escala tipo Likert (1- 7), que representa desde el total des-acuerdo hasta el total acuerdo (Fernández Álvarez, García, Lo Bianco y Corbella Santomá, 2003) y su realización no implica más de 15 minutos.

Las funciones terapéuticas que están contenidas en los ítems del cuestionario y que son evaluadas a través de dimensiones, ya fueron explicadas en el capítulo anterior. De todos modos, para Fernández Álvarez (1996) son las siguientes:

- 1) Función Instruccional. Con sus dimensiones: Rigidez vs. Flexibilidad y Asimetría marcada vs. Asimetría moderada.
- 2) Función Atencional. Con sus dimensiones: Activa vs. Receptiva y Concentrada o de nivel múltiple (abierta).
- 3) Función Operativa. Con sus dimensiones: Directivo vs. Persuasivo y Lógico (literal) vs. Retórico (figurado).
- 4) Función Expresiva. Con sus dimensiones: Tonalidad emocional baja vs. Tonalidad emocional alta y Corporal vs. Mental.
- 5) Función de Compromiso Vincular. Se abre en dos direcciones diferentes. El nivel de compromiso interpersonal tiene como dimensión: Proximidad vs. Distancia y el nivel de compromiso intrapersonal tiene como dimensión: Focalizado vs. Extendido.

Luego de varios análisis e investigaciones, han hipotetizado que el estilo personal se puede estudiar desde dos dominios esenciales: 1) el técnico- cognitivo que involucra las funciones atencional y operativa y 2) el motivacional que implica las funciones de compromiso y expresiva. La función instruccional combinaría ambos aspectos (Fernández Álvarez, García, Lo Bianco y Corbella Santomá, 2003). (Ver Apéndice 1).

Planilla con preguntas sobre la condición de los pacientes

Es de importancia para poder evaluar la alianza terapéutica y la condición psicopatológica de los pacientes, que componen la muestra, que el terapeuta correspondiente responda una planilla de preguntas sobre ellos. En esta hoja de información, en primer lugar se debe colocar el nombre y apellido del paciente y del terapeuta para poder identificarlos y asociarlos con los demás instrumentos. Luego, se pregunta sobre cuál es el diagnóstico del paciente, el tiempo de tratamiento, el nivel de severidad de su patología y si se encuentra actualmente medicado. Otra información que se solicita tiene que ver con la percepción del terapeuta de una mejoría y la posibilidad del éxito del tratamiento. (Ver Apéndice 2).

2.2.2 Inventario de Alianza Terapéutica y Teoría del Cambio (WATOCI)

En el capítulo anterior ya fueron mencionadas la gran cantidad de escalas creadas para evaluar la alianza terapéutica. En 1999, Duncan y Miller elaboraron una ampliación de la versión reducida del Inventario de Trabajo de la Alianza. Incorporaron a esta escala otros cinco ítems, constituyendo así el Inventario de la Alianza Terapéutica y Teoría del Cambio (WATOCI). Con un total de 17 ítems, representa las tres dimensiones de la alianza de trabajo planteadas por Bordin en su definición del concepto y agrega una cuarta: teoría del cambio. Los nuevos agregados corresponden al acuerdo entre el paciente y el terapeuta y al cambio en la psicoterapia (Corbella y Botella, 2004b).

De este modo, este instrumento evalúa e interpreta las siguientes dimensiones:

- 1) Metas: Implica el grado de acuerdo, entre el paciente y el terapeuta, en lo que concierne a los fines u objetivos generales del tratamiento. De esta forma, el paciente está enterado de cuáles metas son relevantes y puede identificarlas con hechos explícitos e implícitos en el transcurso del proceso terapéutico (Corbella y Botella, 2004b).
- 2) Tareas: Comprende el grado de acuerdo, entre el paciente y el terapeuta, en lo referente a las tareas que son pertinentes para alcanzar las metas establecidas. Tanto el terapeuta como el cliente entienden que las tareas acordadas en el proceso terapéutico son racionales, accesibles, y estrechamente relacionadas con las metas fijadas (Corbella y Botella, 2004b).
- 3) Vínculo positivo: Consta del enlace emocional de confianza y unión que se genera entre paciente y terapeuta. Las condiciones que ayudan a crear este vínculo son: comprensión mutua entre paciente y cliente, actitud de cuidado y preocupación por parte del terapeuta y percepción del paciente de que al terapeuta le agrada (Corbella y Botella, 2004b).
- 4) Teoría del cambio: En la ampliación realizada del Inventario de Alianza de Trabajo se incorporaron ítems que representan esta dimensión (Corbella y Botella, 2004b). Bordin destacó que una buena alianza es un prerrequisito para el cambio en todas las formas de psicoterapia (Corbella y Botella, 2003).

Este inventario presenta como modalidad de respuesta una escala de grado escala tipo Likert del 1 al 7, donde en los extremos el 1 corresponde a nunca y el 7 a siempre, y en los términos intermedios se asignan muy pocas veces (2), en ocasiones (3), punto medio (4), bastante a menudo (5) y casi siempre (6). Tiene un formato autoadministrable que se responde en no más de cinco minutos, ya que debe marcarse el número que corresponda con un círculo. Este instrumento es contestado por los pacientes que participan de la investigación en su versión en español elaborada por Corbella y Botella (Corbella y Botella, 2004b). (Ver Apéndice 3).

2.2.3 SCL- 90- R

Este inventario ha sido publicado por Leonard Derogatis, en 1977, para evaluar patrones psicológicos de síntomas presentes en los individuos. Es una versión revisada del SCL-90, en el que dos artículos fueron sustituidos y siete fueron modificados (Derogatis, 1977). En esta investigación, se utilizó la adaptación local de María Martina Casullo (Casullo, 1999).

Con el empleo de este instrumento, se obtiene un perfil sintomatológico y el malestar global que padece un sujeto. Se lo evalúa e interpreta en función de nueve dimensiones primarias y tres índices globales de malestar psicológico (Casullo, 1999).

Las nueve dimensiones de síntomas se definieron según criterios clínicos y son las siguientes:

- 1) Somatizaciones: Implica la presencia de malestares que la persona percibe como vinculados a diferentes disfunciones corporales (cardiovasculares, gastrointestinales, respiratorias) (Casullo, 2004).
- 2) Obsesiones y compulsiones: Consta de síntomas que se presentan en el síndrome clínico del mismo nombre, como pensamientos, acciones e impulsos que son vividos como imposibles de evitar o no deseados (Casullo, 1999).
- 3) Sensitividad interpersonal: Comprende la presencia de sentimientos de inferioridad e inadecuación con respecto a los otros, sensación de timidez hacia otras personas y hacia el sexo opuesto (Casullo, 2004).
- 4) Depresión: Representa las manifestaciones clínicas fundamentales de un trastorno depresivo: estado de ánimo disfórico, falta de motivación, poca energía vital, sentimientos de desesperanza, ideaciones suicidas (Casullo, 1999).
- 5) Ansiedad: Evalúa la presencia de signos generales de ansiedad tales como nerviosismo, tensión, ataques de pánico y temblores (Casullo, 2004).
- 6) Hostilidad: Comprende síntomas que se refieren a la presencia de irritabilidad, impulsos de dañar a alguien o de romper objetos, entre otros (Casullo, 1999).
- 7) Ansiedad fóbica: Este malestar implica una respuesta persistente de miedo a personas específicas, lugares, objetos o situaciones, que es en sí misma irracional y desproporcionada en relación con el estímulo que la provoca (Casullo, 2004).
- 8) Ideación paranoide: Engloba comportamientos paranoides, en particular, desórdenes del pensamiento tales como pensamiento proyectivo, suspicacia y temor a la pérdida de autonomía (Casullo, 1999).
- 9) Psicoticismo: Representa una dimensión continua de la experiencia humana. Comprende síntomas referidos a estados de soledad, estilo de vida esquizoide, alucinaciones y control del pensamiento (Casullo, 2004).

Además, este inventario posee siete ítems adicionales que son de importancia clínica pero que no se encuentran incluidos en las nueve dimensiones citadas. Los mismos son: apetito pobre, problemas para

dormir, pensamientos acerca de la muerte o el morir, comer en exceso, despertarse muy temprano, sueño intranquilo y sentimientos de culpa (Casullo, 1999).

Los índices globales de malestar psicológico son los que reflejan aspectos diferenciales de los trastornos y Casullo (1999) los explica de la siguiente manera:

Índice global de severidad: es un indicador del nivel actual de severidad del padecimiento. Combina el número de síntomas presentes con la intensidad del malestar percibido. Para realizar el cálculo se suman las puntuaciones obtenidas en las nueve dimensiones y en los ítems adicionales y se divide ese resultado por 90, que es el total de respuestas.

Total de síntomas positivos: se obtiene contando el total de ítems con respuesta positiva (mayor a cero). Las puntuaciones iguales o inferiores a tres en varones y a cuatro en mujeres indican un intento consciente de mostrarse mejores de lo que realmente se encuentran. Por el contrario, puntuaciones superiores a 50 en varones y a 60 en mujeres indican una tendencia a exagerar sus patologías.

Índice de malestar positivo: evalúa el estilo de respuesta de la persona indicando si tiende a exagerar o minimizar sus malestares. Para calcularlo se divide la suma total de las respuestas dadas a los ítems por el total de los síntomas positivos. Si la puntuación es extrema puede indicar actitudes de fingimiento.

De este modo, es importante agregar que este inventario debe responderlo el paciente pensando en cómo se sintió y qué problemas le preocuparon o molestaron en los últimos siete días. Tiene cinco (5) posibilidades de respuesta: nada- muy poco- poco- bastante- mucho, que se puntúan respectivamente del 0 al 4 (Casullo, 1999).

Este instrumento es aplicable a personas entre los 13 y los 65 años. No es recomendable su uso en pacientes con retraso mental, ideas delirantes o trastornos psicóticos. Responder esta escala, en un formato autoadministrable, no requiere más de 15 minutos (Croft, 1999). (Ver Apéndice 3).

2.3 Procedimientos

Para comenzar a ejecutar el plan de investigación diseñado, se contactó al director del Centro Médico PROSAM a fin de reunir a una cantidad considerada de terapeutas dentro de una asociación que los nuclea. En el diálogo con el Dr. Luis Albalustri se le presentaron los objetivos del estudio piloto y los requerimientos para su realización. También, se le preguntó qué patologías eran las más frecuentes en el centro y, por este motivo, se decidió utilizar como variable psicopatológica del paciente los cuadros depresivos y los trastornos de ansiedad, ya que había mayor proporción de casos en comparación con otras problemáticas.

Al lograr el consentimiento para acceder a los terapeutas de la institución, se fijó, por medio del director, una reunión informativa con los mismos para comentarles la temática a investigar y la importancia de conocer el vínculo entre la alianza terapéutica, el Estilo Personal del Terapeuta y la condición psicopatológica del paciente. Además, se les explicó cuáles eran los cuestionarios a utilizar y cómo sería su participación dentro del estudio. De la misma manera, a los interesados en profundizar la temática, se les envió un documento de trabajo sobre las tres variables estudiadas y las investigaciones realizadas hasta la actualidad.

Más allá de lo comunicado oralmente, se envió al director del centro un instructivo escrito para que reparta entre los interesados en participar.

Lo presentado en forma oral y escrita fue similar. Se les explicó de la siguiente manera los pasos a seguir:

- a) Cada terapeuta que participe de la investigación debe responder un sólo cuestionario sobre el estilo personal del terapeuta, en formato autoadministrable. En el mismo se deben completar los datos personales y de formación profesional del terapeuta y luego los 36 ítems del inventario.
- b) El terapeuta debe entregar a los pacientes a los que les hayan diagnosticado trastornos dentro del espectro depresivo o trastornos de ansiedad, el Inventario de Alianza Terapéutica y Teoría del Cambio (WATO-CI) y el SCL- 90- R, para que completen en sus hogares y luego sean devueltos en la próxima sesión.
- c) El terapeuta, por cada paciente que responda los cuestionarios consignados en el punto anterior, debe completar una de las planillas con preguntas sobre su diagnóstico y tratamiento.
- d) Cualquier duda que se le presente puede enviar un e-mail o llamar telefónicamente para resolverla. Cuando reúna todo el material entregado a sus pacientes y haya completado el suyo debe entregárselo al director del centro que los agrupará, para luego recolectarlos todos juntos.

Es importante aclarar, que las consignas del estudio piloto fueron explicadas sólo a los terapeutas, ellos debieron invitar a los pacientes que estuvieran en condiciones de participar de la investigación y darles los cuestionarios para que completen en sus hogares.

Luego de un tiempo, para organizar mejor este trabajo, el director del Centro dispuso a la Dra. Nora Lewi como coordinadora de la investigación dentro de su institución. Con ella me contacté a menudo

para ver cómo se encontraban los terapeutas y los pacientes con las respuestas a los cuestionarios y qué problemas se presentaban. También, con ella se evacuaron las dudas que aparecieron de ambos lados y se crearon estrategias para solucionarlas de forma conveniente para todos los participantes.

De este modo, cuando se tuvieron todos los cuestionarios contestados por parte de los terapeutas y los pacientes se los retiró del Centro Médico PROSAM, para su posterior análisis.

2.4 Aspectos Éticos

Para la realización del presente trabajo se siguieron las normativas referentes a aspectos éticos en investigación, establecidas por el "Código de ética" de la Asociación de Psicólogos de Buenos Aires (APBA, 1993), en sus puntos; 6.1, Docencia y Capacitación profesional, 6.3, Investigación. Las normativas planteadas por la American Psychological Association (A.P.A., 1992) y la legislación nacional existente (Ley Nacional, 1995), se refieren a la temática de manera coincidente.

También, se tuvieron en cuenta para este estudio piloto con terapeutas y pacientes, las consideraciones de Leibovich de Duarte acerca de la formulación metodológica de investigaciones en el área de la salud mental (Leibovich de Duarte, 1994).

Capítulo 3. Presentación y análisis de los datos

3.1 Estilo Personal del Terapeuta

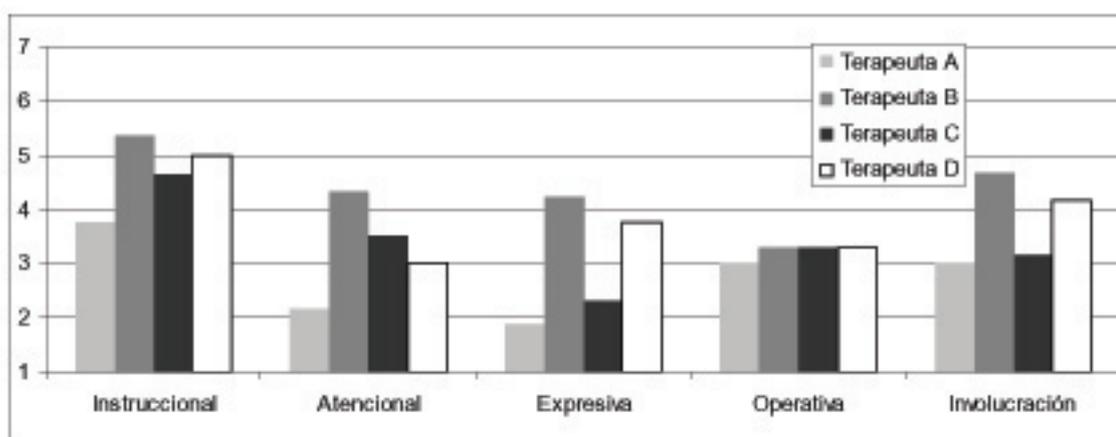
El Estilo Personal del Terapeuta resulta de la combinación única del puntaje obtenido por cada psicoterapeuta en el cuestionario. El mismo se expresa mediante la elaboración de un perfil en el cual cada punto corresponde a una función particular: instruccional, atencional, expresiva, operativa o de compromiso vincular (involucración) (Fernández Álvarez, García, Lo Bianco y Corbella Santomá, 2003).

De este modo, los datos obtenidos a partir de las cuatro psicoterapeutas de la muestra representan el conjunto de características singulares que lleva a cada una de ellas a operar de un modo particular en su tarea (Fernández Álvarez, 1998).

Tabla 4: Promedio obtenido por cada psicoterapeuta en las cinco funciones

Función	Instruccional	Atencional	Expresiva	Operativa	Involucración
Terapeuta A	3.75	2.17	1.89	3	3
Terapeuta B	5.38	4.33	4.22	3.29	4.67
Terapeuta C	4.63	3.5	2.33	3.29	3.17
Terapeuta D	5	3	3.78	3.29	4.17

Figura 2: Comparación del perfil de las psicoterapeutas según las cinco funciones



Al realizar una comparación de los datos obtenidos por las distintas psicoterapeutas en las cinco funciones, se puede observar que las cuatro psicoterapeutas poseen mayor puntaje en la función instruccional. Dicha función comprende a las acciones que realiza el terapeuta para determinar los límites, alcances e intercambios de la relación terapéutica con el paciente. Como tal, este nivel posee las dimensiones Rigidez vs. Flexibilidad y Asimetría marcada vs. Asimetría moderada, pero es importante comprender que

las mismas son posiciones extremas dentro de un continuo y mayormente aparecen los términos medios por la posibilidad de colocar puntajes del 1 al 7 (Fernández Álvarez, 1998).

En relación a la función operativa, se evidencia una igualdad o similitud en el puntaje de las cuatro terapeutas. No resulta semejante con las otras funciones en las cuales los resultados son disímiles en todos los casos.

Además, se encuentra demostrado en el gráfico que la terapeuta A es la que posee menor puntaje en todas las funciones, siendo, por el contrario, la terapeuta B la que tiene el mayor puntaje en las cinco funciones. Con respecto a las otras dos psicoterapeutas, se observan en la terapeuta C y en la terapeuta D puntajes dispares en las cinco funciones.

Desde el punto de vista de contenido, se advierte que las terapeutas B y D son más expresivas e involucradas y la terapeuta A menos expresiva junto con la C que, también, tiene esta característica además de ser menos comprometida (ver tabla 4 y figura 2).

Ahora bien, resulta útil, para su posterior relación con las otras variables involucradas en el estudio, realizar un análisis más exhaustivo sobre los modos comunicativos de cada estilo personal (ver en Apéndice 5 los resultados completos del cuestionario de cada una de las psicoterapeutas).

La psicoterapeuta A tiene 28 años de edad y tres años de experiencia dentro de una orientación psicoanalítica. Se observa un estilo personal más instruccional y menos expresivo. También, menos atencional y un poco más operativo y comprometido en el vínculo.

Teniendo en cuenta las respuestas dadas al cuestionario en la función instruccional, esta psicoterapeuta no pretende que se adecuen a su formato habitual de trabajo, no cree que los cambios de consultorio afecten negativamente el tratamiento, no atiende a pacientes fuera del ámbito del consultorio ni modifica la duración de las sesiones, salvo que sea necesario. Es bastante laxa en los horarios y flexible en el encuadre. Le parecen medianamente estimulantes los cambios de encuentro y tiene una moderada exigencia al cumplimiento de los horarios. Entonces, se observa que es más flexible que rígida dentro de esta función.

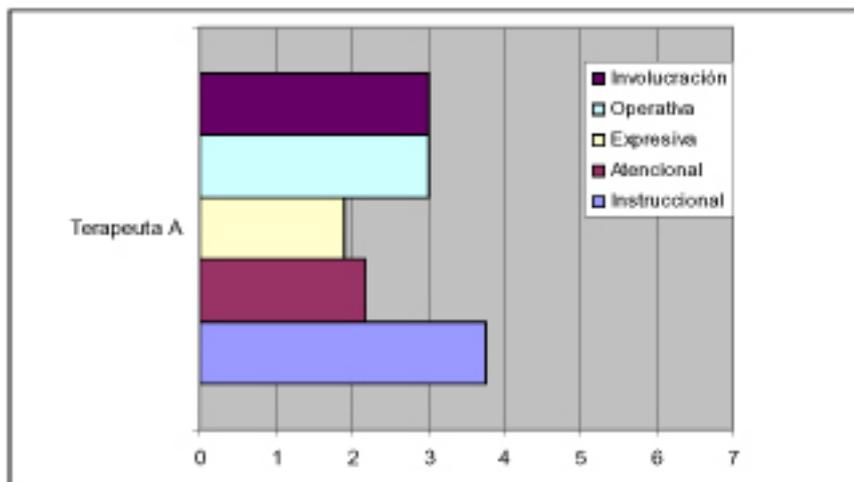
Con respecto a la función expresiva, cree que las emociones que despierta el paciente no son decisivas en el curso del tratamiento, evita comunicarse con expresiones muy emotivas, no le resulta útil revelar aspectos personales en las sesiones, evita revelar estados emotivos, no expresa si algo la irrita en las sesiones y casi no cree en la expresión emocional como instrumento de cambio y en que los verdaderos cambios se generan con un clima emocional intenso. En este nivel, entonces se evidencia claramente una tonalidad emocional baja.

En relación a las otras funciones que también obtuvieron puntajes altos se observa que mantiene un bajo nivel de involucración con los pacientes para tener más objetividad y que lo que les pasa a los pacientes tiene poca influencia en su vida personal, entre otras respuestas. Se evidencia un compromiso interpersonal con cierta distancia y una involucración intrapersonal más focalizada que extendida, al procurar involucrar pocos aspectos de su trabajo en su vida personal.

En cuanto a la función operativa, no indica a las pacientes qué debe hacerse en cada sesión por lo que no prefiere los tratamientos donde estén indicados los pasos, acompaña al paciente en la exploración de sus problemas, y es medianamente directiva. Aquí, la terapeuta muestra un término medio entre la directividad y la persuasión.

En cuanto a lo atencional, se sorprende por el material que trae el paciente sin tener ideas previas, dirige casi toda la atención a la totalidad de lo que sucede en la sesión y no prefiere saber de antemano a qué prestarle atención. Se observa una atención abierta y receptiva (ver figura 3).

Figura 3: Perfil de Estilo Personal de Terapeuta A



La psicoterapeuta B tiene 27 años de edad y 2 años de experiencia dentro de una orientación integrativa. Se observa un estilo personal más instruccional y comprometido y menos operativo. También, bastante atencional y expresivo, al ser la terapeuta que tiene mayores puntajes en todos los niveles.

En cuanto a la función instruccional se evidencia mayor rigidez que flexibilidad y una asimetría más marcada que moderada ya que las puntuajes indican que procura bastante que se adecuen los pacientes a su formato habitual de trabajo y que cumplan el horario, es poco laxa con los horarios y los cambios de encuadre, no atiende a los pacientes fuera del consultorio y tiene un encuadre poco flexible.

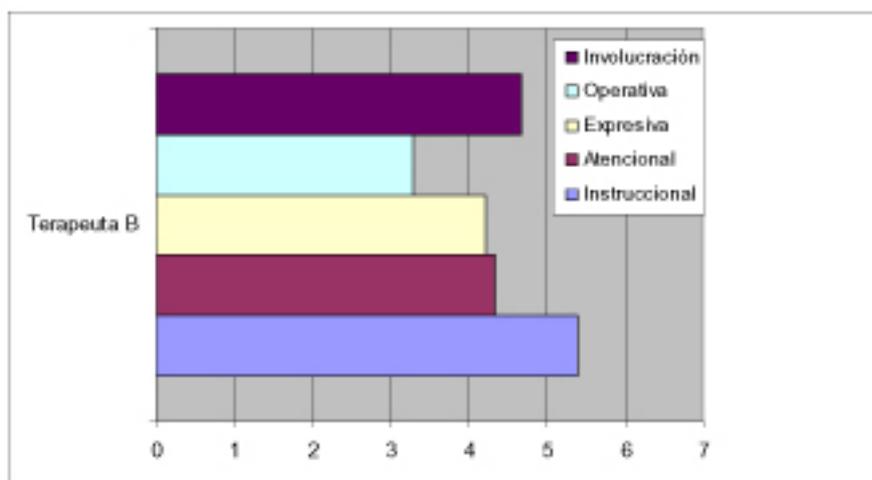
Con respecto al nivel de involucración, se observa un compromiso interpersonal más próximo y un compromiso intrapersonal más extendido que focalizado. En sus respuestas se demuestra al tener bastante involucración con el paciente y pensar en él fuera del trabajo.

En la función expresiva manifiesta una tonalidad emocional elevada, al creer que la expresión de las emociones es un instrumento útil para el cambio, al revelar aspectos personales en las sesiones, al poder expresar si algo la irrita, entre otras respuestas.

En cuanto a la función atencional, le interesa trabajar con pacientes con problemas focalizados y prestar poca atención a la totalidad de lo que sucede en las sesiones, no le interesa tanto sorprenderse por el material del paciente pero suele mantener una escucha abierta y receptiva. Se evidencia, entonces, una atención más concentrada que abierta.

En la función operativa, se observa que no prefiere indicar a los pacientes qué hacer en la sesión, valora poco los tratamientos pautados, cree mejores las intervenciones espontáneas, no planea demasiado los tratamientos en su totalidad desde el inicio y es medianamente directiva. Es, entonces, más persuasiva que directiva con sus pacientes (ver figura 4).

Figura 4: Perfil de Estilo Personal de Terapeuta B



La psicoterapeuta C tiene 26 años de edad y tres años de experiencia dentro de una orientación integrativa. Se observa un estilo personal más instruccional y menos expresivo.

Con respecto a la función instruccional, evidencia mayor rigidez que flexibilidad. Manifiesta que le son estimulantes los cambios de encuadre, que tiene bastante exigencia en el cumplimiento de los horarios, que no atiende a pacientes fuera del consultorio, que es poco laxa con los horarios, que no modifica duración de las sesiones salvo que sea imprescindible y que considera que trabaja con un encuadre medianamente flexible.

En la función expresiva se refleja una tonalidad emocional más baja que alta, al evitar comunicarse con expresiones muy emotivas, evitar revelar estado emotivos, no expresar si algo la irrita en las sesiones y no creer que la expresión emocional es un instrumento emocional para el cambio, entre otras respuestas.

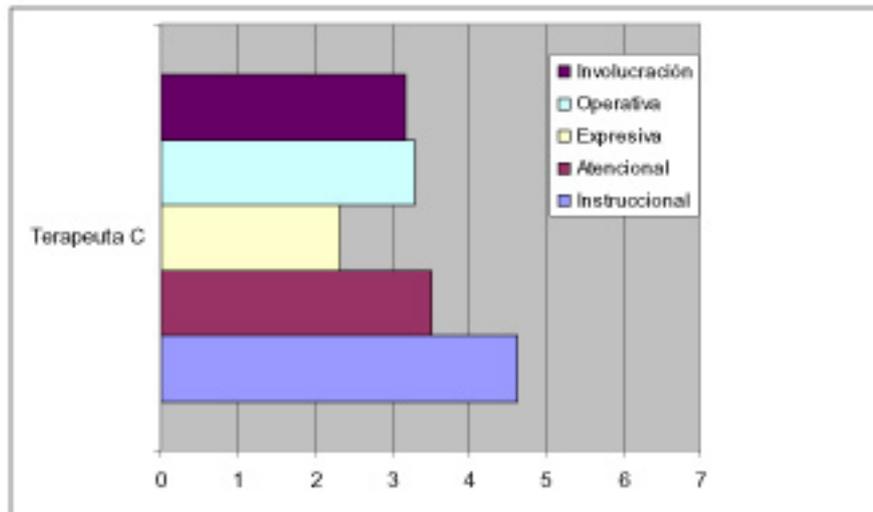
En cuanto a la función atencional, que es también elevada, manifiesta que suele mantener, medianamente, una escucha abierta y receptiva y que prefiere dirigir la atención a la totalidad de lo que pasa en las sesiones.

En la función operativa, muestra ser poco directiva, no planea el tratamiento en su totalidad desde que se inicia, acompaña al paciente en la exploración aunque prefiere indicar a las pacientes qué debe hacerse en la sesión y tiene escasa valoración por los tratamientos pautados. Se observa, entonces, que es un poco más persuasiva que directiva.

En la función de involucración manifiesta mantener un buen nivel de compromiso con el paciente,

pensar poco en los problemas del paciente y el trabajo fuera de las sesiones, y estar poco influenciada en su vida personal por lo que le pasa a los pacientes. Se observa un compromiso interpersonal menos distante y un compromiso intrapersonal más focalizado (ver figura 5).

Figura 5: Perfil de Estilo Personal de Terapeuta C



La psicoterapeuta D tiene 47 años de edad y 25 años de experiencia dentro de una orientación psicoanalítica. Se observa un estilo personal más instruccional y comprometido y menos atencional.

En cuanto a la función instruccional, no la estimulan los cambios de encuadre, no atiende fuera del consultorio, no es laxa en los horarios, no modifica la duración de las sesiones salvo que sea necesario y procura medianamente que los pacientes se adecuen a su formato habitual. A pesar de que se considera una terapeuta que trabaja con un encuadre flexible, las demás respuestas evidencian una mayor rigidez.

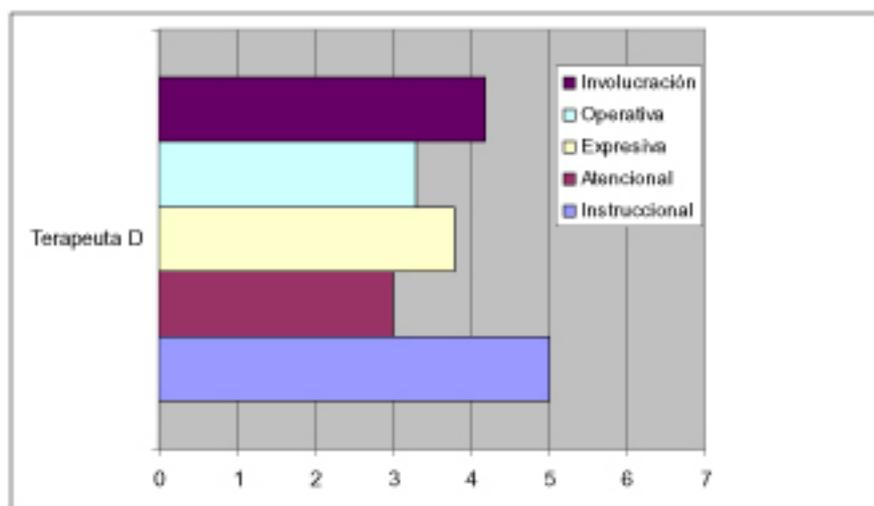
Con respecto a la función de involucración, se observa a una persona con un moderado nivel de compromiso con los pacientes, que cree que la distancia emocional favorece los procesos de cambio y piensa bastante en el trabajo aún en sus horas libres a pesar de que tiene poca influencia en su vida personal lo que le pasa a sus pacientes. Su compromiso interpersonal es más distante que próximo.

En la función atencional, manifiesta una escucha abierta y receptiva, le gusta sorprenderse con el material del paciente y no saber de antemano a qué cosas prestarle atención, le interesa medianamente dirigir la atención a lo que pasa en la totalidad de la sesión como trabajar como problemas focalizados. Es, entonces, una atención un poco más abierta que concentrada y mayormente receptiva.

En cuanto a la función expresiva, cree bastante que las emociones que le generan los pacientes son decisivas en el curso del tratamiento y que la expresión emocional es un poderoso instrumento para el cambio. Además, no piensa que los cambios ocurren con un clima emocional intenso o bajo, no le es útil revelar aspectos personales como tampoco sus estados emotivos y evita medianamente las expresiones muy emotivas. Manifiesta, así, una tonalidad emocional media.

En la función operativa, medianamente acompaña al paciente en la exploración antes que señalarle el camino a seguir e indica lo que haga en la sesión. Posee escasa valoración a los tratamientos pautados, no planea los tratamientos en su totalidad desde que se inician, no cree que las mejores intervenciones surjan de modo espontáneo y no es predominantemente directiva. Por lo tanto, es una terapeuta mayormente persuasiva (ver figura 6).

Figura 6: Perfil de Estilo Personal de Terapeuta D



3.2 Inventario de Síntomas SCL- 90- R

Este instrumento fue utilizado para evaluar los síntomas psicopatológicos y la severidad de los mismos en los pacientes de la muestra.

Según Casullo (2004) el inventario se evalúa e interpreta de acuerdo a los siguientes criterios:

- Se calculan las puntuaciones directas o brutas para cada una de las nueve dimensiones y los tres índices globales de malestar psicológico.
- Se suman los valores asignados a cada ítem y se divide ese total por el número de ítems respondidos.
- Se convierten esas puntuaciones directas en puntuaciones T (Media = 50 y D.T. = 10).
- Se considera indicador de una persona EN RIESGO toda puntuación T superior a 63.
- Indica presencia de patología severa toda puntuación igual o superior a T 75.

Para el análisis de estos datos se utilizaron los baremos locales, presentados por Casullo (2004), que se encuentran separados según el sexo (femenino- masculino). En la muestra estudiada hay 10 mujeres y cuatro hombres, y a fines prácticos han sido resaltados en las tablas el sexo femenino (∅), quedando sin remarcar los masculinos.

Para el análisis son utilizados los diagnósticos de trastornos de angustia o depresivos consignados por las psicoterapeutas en la planilla que completaron sobre cada paciente que atienden. De este modo, también se encuentran resaltadas en las tablas las dimensiones que corresponden con el diagnóstico realizado en cada caso (×).

Tabla 5: Media correspondiente a cada dimensión en los pacientes de la muestra

MEDIA	Soma- tización	Obs./ Comp.	Sens. Interp	Depresión	Ansiedad	Hostilidad	Ans. fóbica	Id. Paran.	Psicoti- cismo
1A ∅	1.41	1.6	1.88	1.38	1.50 ×	1	1.42	2.16	0.9
2A	0.58	2.7	0.55	1.23	0.5	0	0.14	1.33	0.3
3A	0.08	2.7	1.77	1.92	1.5	2.16	0.14	3.5	1.9
4A	0.08	0.8	0.33	0.3	0.2	0.16	0.28	0.16	0.4
5A	2	2.8	2.33	3.07	1.5	0.66	2.14	0.5	1.1
6B	1.83	1.9	2.22	2.61	2.9	0.5	1.85	1.33	1.1
7B	2.5	3	2.77	2.69	3.2	2	2.57	2.66	2.7
8B	1.91	2.6	1.66	2.15	1.3	2.66	0.42	2.5	1.6
9B	0.66	1	0.66	0.76	0.3	0.33	0.28	0.5	0.1
10B	1.25	1.1	1.33	1.53	1.4	1	0	1.33	0.9
11C	0.83	1.1	1.11	1.3	1.6	0.66	0.57	1	0.4
12D	0	0.8	0	0.92	0.2	0	0	0	0.2
13D	0.41	0.5	1	1.3	0.8	0.83	0.28	0.33	0.1
14D	2.58	1.2	1.66	1.69	2.7	1.5	2.28	1.5	1.1

A simple vista puede observarse que todos los pacientes poseen muchos síntomas característicos de otros cuadros y que no presentan valores más altos en la dimensión correspondiente con su patología, salvo algunos casos. Sin embargo, lo más llamativo es que hay pacientes en los que los síntomas de su diagnóstico presentan una media muy baja en comparación a las otras dimensiones (ver tabla 5). Estos datos revelarían la necesidad de establecer un testeo del diagnóstico del paciente aparte del que realiza el centro que lo deriva y tener en cuenta la co- morbilidad de las patologías.

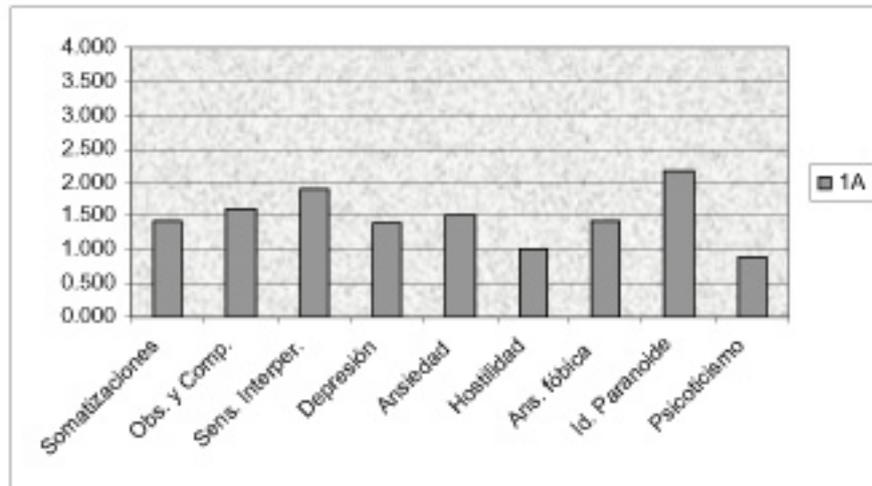
A continuación se analizan los datos de las nueve dimensiones en cada paciente para conocer los síntomas que presentan y compararlos con los diagnósticos efectuados por sus terapeutas. Además, se observan los tres índices globales de malestar psicológico: el índice de severidad global, el total de síntomas positivos y el malestar de síntomas positivos (ver en Apéndice 6 los resultados completos del cuestionario).

Tabla 6: Resultados obtenidos en los tres índices globales de malestar psicológico

	INDICE DE SEVERIDAD GLOBAL	TOTAL DE SINTOMAS POSITIVOS	INDICE MALESTAR POSITIVO
1A ø	1.5	59	2.30
2A	0.93	38	2.21
3A	1.73	35	4.45
4A	0.32	24	1.20
5A	1.87	63	2.66
6B	1.87	61	2.75
7B	2.74	86	2.87
8B	1.86	37	4.51
9B	0.52	29	1.62
10B	1.13	53	1.62
11C	0.99	42	2.11
12D	0.40	12	3.00
13D	0.67	29	2.06
14D	1.89	75	2.26

3.2.1 Paciente 1 A

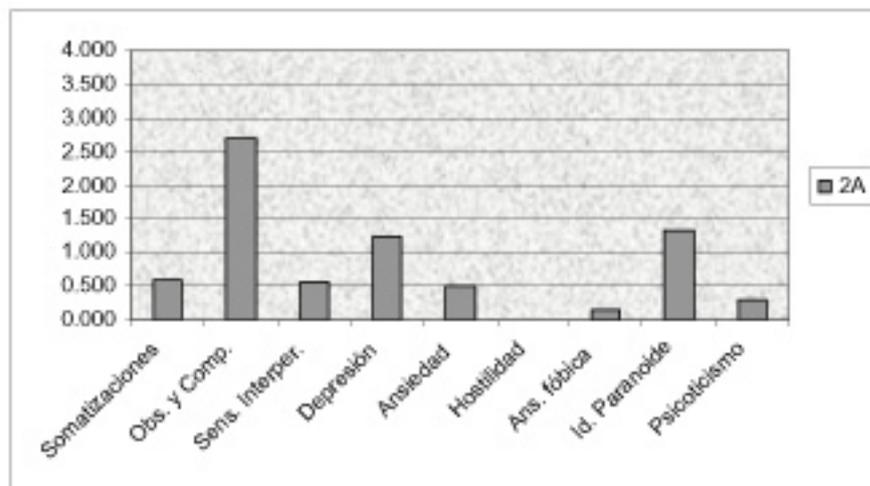
Esta paciente es del sexo femenino y posee un diagnóstico de Trastorno de Angustia sin Agorafobia (ver tabla 3). Sin embargo, presenta una media mucho mayor en la dimensión de ideación paranoide y también, tiene muchos síntomas relacionados con la sensibilidad interpersonal. Se destacan con baja sintomatología la dimensión psicoticismo y hostilidad. La dimensión de ansiedad tiene un valor moderado (ver figura 7).

Figura 7: Media según las diferentes dimensiones en paciente 1 A

Ahora bien, en esta paciente el total de síntomas positivos no indica una tendencia a exagerar la presencia de patologías. El valor correspondiente al índice de malestar positivo tampoco es indicador de actitudes de fingimiento (ver tabla 6).

3.2.2 Paciente 2 A

Este paciente es del sexo masculino y posee un diagnóstico de Trastorno de Angustia sin Agorafobia (ver tabla 3). En este hombre es muy característica la baja cantidad de síntomas en la dimensión de ansiedad, en comparación con una media cinco veces mayor en la dimensión de obsesiones y compulsiones que corresponde con el valor más alto. Presenta bajos síntomas de psicoticismo, somatizaciones, ansiedad fóbica y ninguna característica de hostilidad. Aparecen valores moderados en depresión e ideación paranoide (ver figura 8).

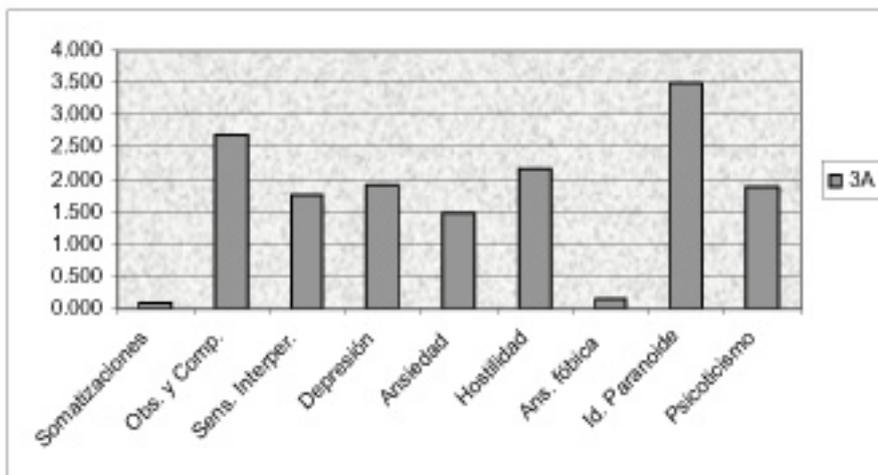
Figura 8: Media según las diferentes dimensiones en paciente 2 A

El valor obtenido en este paciente en el total de síntomas positivos no intenta una tendencia a exagerar la presencia de patologías. El valor correspondiente al índice de malestar positivo tampoco es indicador de actitudes de fingimiento (ver tabla 6).

3.2.3 Paciente 3 A

Este paciente es del sexo masculino y posee un diagnóstico de Trastorno de Angustia sin Agorafobia (ver tabla 3). En este caso aparece un valor muy alto en ideación paranoide. También hay medias elevadas en la dimensión de obsesiones y compulsiones y en la de hostilidad. Presenta muy pocos síntomas de somatización y ansiedad fóbica. Las dimensiones de ansiedad, depresión, sensibilidad interpersonal y psicoticismo poseen valores moderados (ver figura 9).

Figura 9: Media según las diferentes dimensiones en paciente 3 A

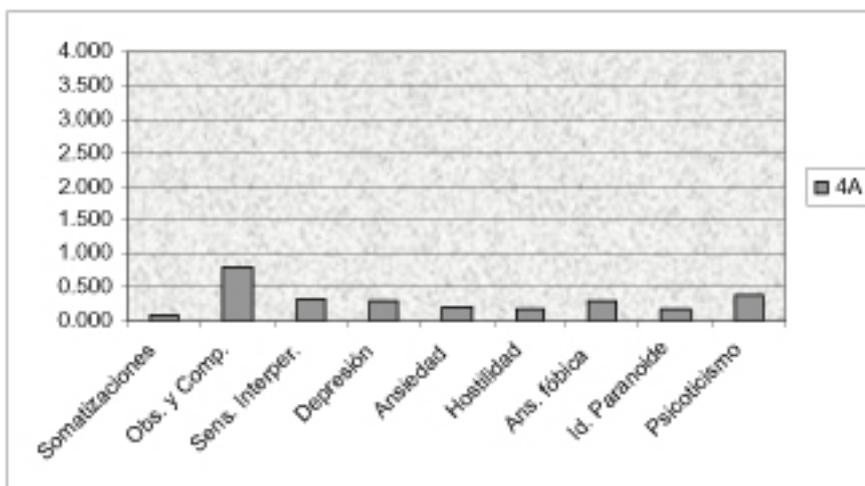


El valor obtenido en este paciente en el total de síntomas positivos no indica una tendencia a exagerar la presencia de patologías. Sin embargo, el valor correspondiente al índice de malestar positivo señala que esta persona posee actitudes de fingimiento (ver tabla 6).

3.2.4 Paciente 4 A

Esta paciente es del sexo femenino y posee un diagnóstico de Trastorno de Angustia sin Agorafobia (ver tabla 3). En este caso se evidencian medias muy bajas en todas las dimensiones, dentro de este panorama el mayor valor corresponde a obsesiones y compulsiones. La dimensión de ansiedad no muestra características relevantes (ver figura 10).

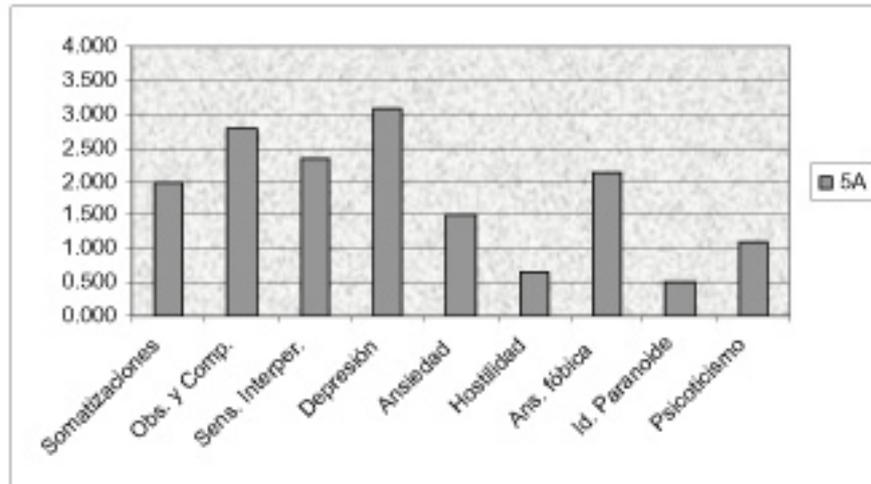
Figura 10: Media según las diferentes dimensiones en paciente 4 A



El valor obtenido en esta paciente en el total de síntomas positivos no indica tendencia a exagerar la presencia de patologías. El valor correspondiente al índice de malestar positivo tampoco es indicador de actitudes de fingimiento (ver tabla 6).

3.2.5 Paciente 5 A

Esta paciente es del sexo femenino y posee un diagnóstico de Trastorno de Angustia sin Agorafobia (ver tabla 3). En este caso, la dimensión más alta es la de depresión, seguidamente los valores en obsesiones y compulsiones, somatizaciones y sensibilidad interpersonal también son elevados, correspondiendo a la ansiedad una medida moderada en comparación al resto de las dimensiones (ver figura 11).

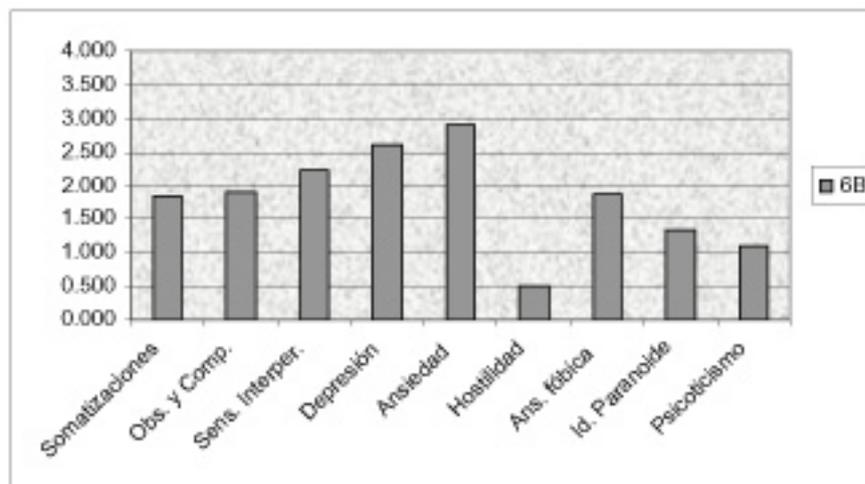
Figura 11: Media según las diferentes dimensiones en paciente 5 A

Esta paciente en cuanto al total de síntomas positivos posee una tendencia a exagerar la presencia de patologías. A pesar de ello, el valor correspondiente al índice de malestar positivo no es indicador de actitudes de fingimiento (ver tabla 6).

3.2.6 Paciente 6 B

Esta paciente es del sexo femenino y posee un diagnóstico de Trastorno de Angustia sin Agorafobia (ver tabla 3). En esta persona el mayor promedio es el de ansiedad correspondiendo con el cuadro que presenta, aunque también hay valores altos en la dimensión de depresión. Además, es baja la cantidad de síntomas en la dimensión de hostilidad (ver figura 12).

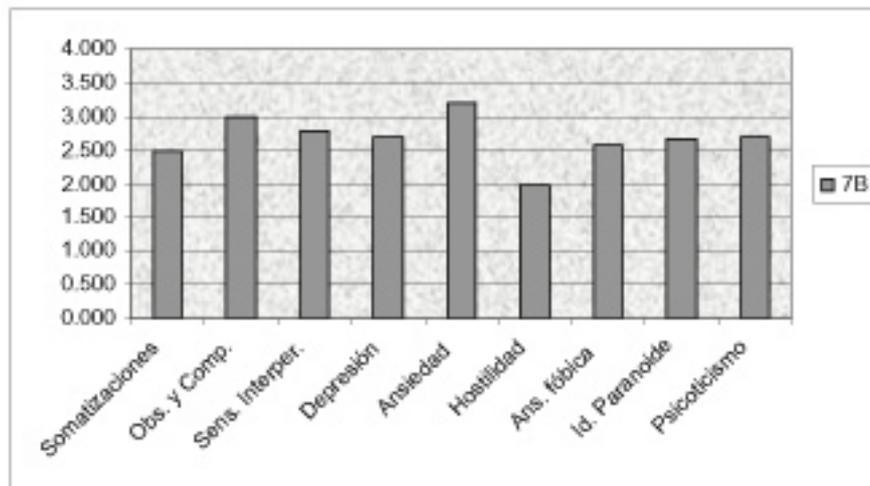
En este caso es adecuado el diagnóstico realizado con las características clínicas que se reflejan en el cuestionario.

Figura 12: Media según las diferentes dimensiones en paciente 6 B

Esta paciente posee un total de síntomas positivos que indica que tiene una tendencia a exagerar la presencia de patologías. Sin embargo, el valor correspondiente al índice de malestar positivo no es indicador de actitudes de fingimiento (ver tabla 6).

3.2.7 Paciente 7 B

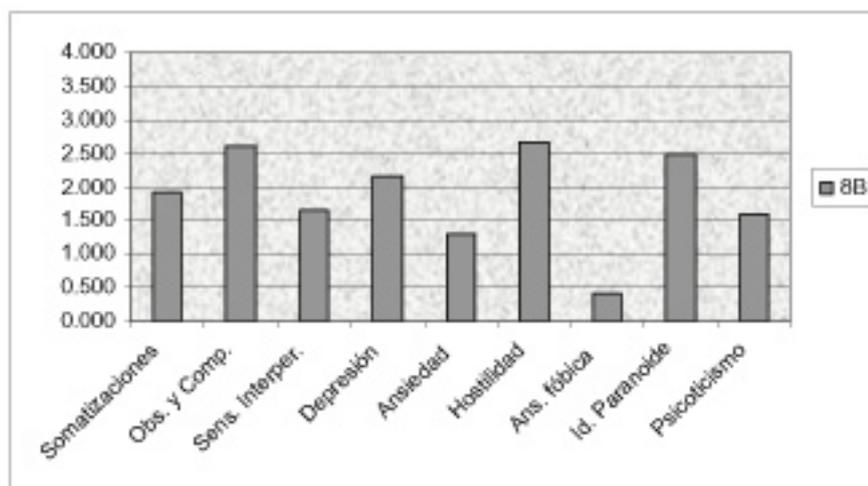
Esta paciente es del sexo femenino y posee un diagnóstico de Trastorno Distímico (ver tabla 3). En este caso, las medias correspondientes a todas las dimensiones son parejas, a pesar de que hay un mayor valor en la dimensión de ansiedad y uno menor en la de hostilidad. Los síntomas depresivos no reflejan mayor relevancia que otros (ver figura 13).

Figura 13: Media según las diferentes dimensiones en paciente 7 B

Esta paciente posee un total de síntomas positivos que indica que tiene bastante tendencia a exagerar la presencia de patologías. Sin embargo, el valor correspondiente al índice de malestar positivo no señala actitudes de fingimiento (ver tabla 6).

3.2.8 Paciente 8 B

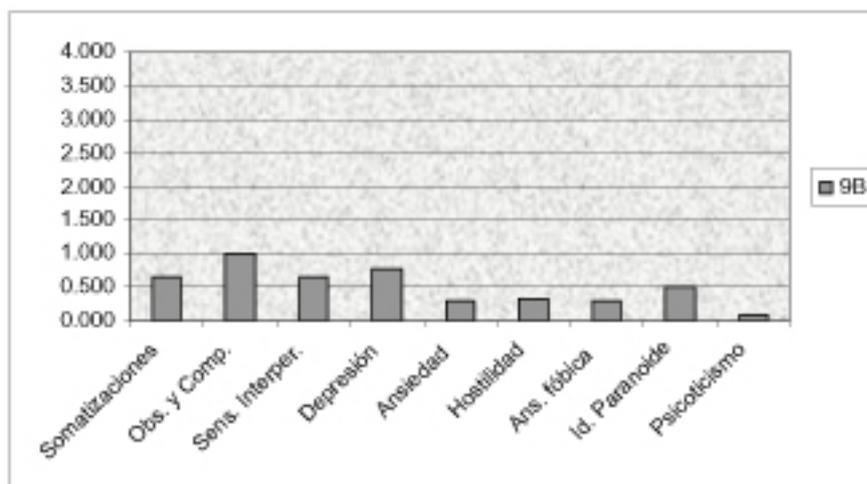
Este paciente es del sexo masculino y posee un diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor (ver tabla 3). Esta persona tiene valores altos en las dimensiones de hostilidad, obsesiones y compulsiones e ideación paranoide. El promedio de síntomas depresivos también es elevado. Los síntomas de ansiedad fóbica y ansiedad son menores en este caso. Además, presenta una media importante en la dimensión psicoticismo (ver figura 14).

Figura 14: Media según las diferentes dimensiones en paciente 8 B

El valor obtenido en este paciente en el total de síntomas positivos no indica una tendencia a exagerar la presencia de patologías. Sin embargo, el valor correspondiente al índice de malestar positivo señala que esta persona posee actitudes de fingimiento (ver tabla 6).

3.2.9 Paciente 9 B

Esta paciente es del sexo femenino y posee un diagnóstico de Trastorno de Ansiedad Generalizada (ver tabla 3). En este caso, la media inferior corresponde a la dimensión de psicoticismo. También, son muy bajas las medias de ansiedad y ansiedad fóbica, como indicadores de su cuadro, y de hostilidad. El valor más elevado responde a la dimensión de obsesiones y compulsiones (ver figura 15).

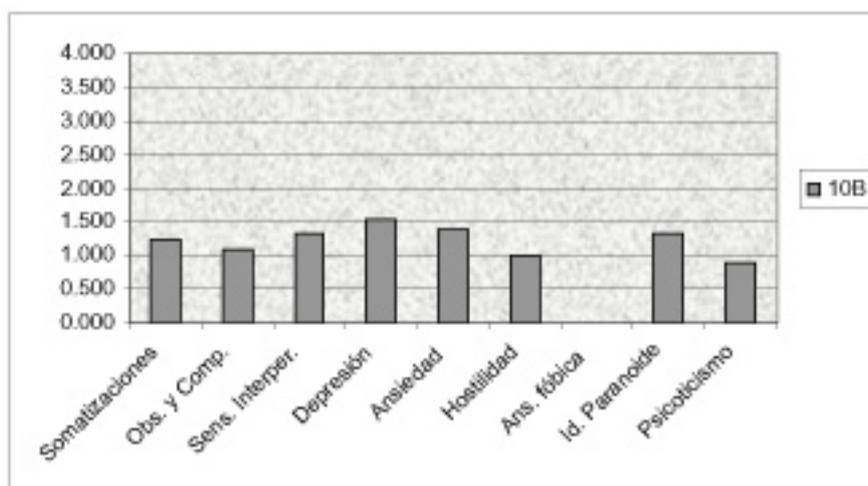
Figura 15: Media según las diferentes dimensiones en paciente 9 B

El valor obtenido en esta paciente en el total de síntomas positivos no indica una tendencia a exagerar la presencia de patologías. El valor correspondiente al índice de malestar positivo no es indicador de actitudes de fingimiento (ver tabla 6).

3.2.10 Paciente 10 B

Esta paciente es del sexo femenino y posee un diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor (ver tabla 3). En este caso, el mayor valor corresponde a la depresión pero la dimensión de ansiedad presenta un valor solo un poco más bajo. Esta persona no posee síntomas de ansiedad fóbica y en las demás dimensiones el promedio posee valores medios (ver figura 16).

En esta persona el diagnóstico realizado por la terapeuta es adecuado con los síntomas presentados en el inventario.

Figura 16: Media según las diferentes dimensiones en paciente 10 B

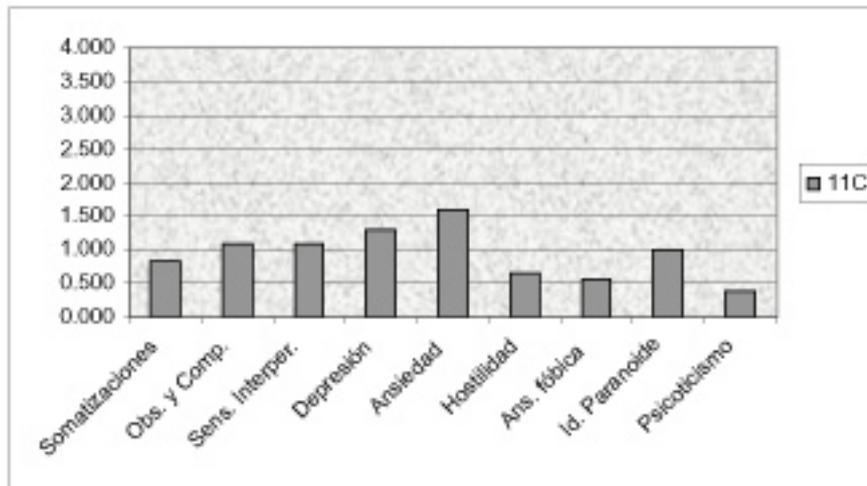
En esta paciente el total de síntomas positivos indica no indica una tendencia a exagerar la presencia de patologías. El valor correspondiente al índice de malestar positivo tampoco señala actitudes de fingimiento (ver tabla 6).

3.2.11 Paciente 11 C

Esta paciente es del sexo femenino y posee un diagnóstico de Trastorno de Angustia sin Agorafobia (ver tabla 3). En ese caso el valor más alto corresponde con el cuadro clínico de ansiedad, y un poco más bajo es el promedio de síntomas depresivos. No presenta muchos síntomas de psicoticismo, de hostilidad y ansiedad fóbica (ver figura 17).

En este paciente es adecuado el trastorno de ansiedad diagnosticado con los síntomas que presenta a través de las respuestas al inventario.

Figura 17: Media según las diferentes dimensiones en paciente 11 C



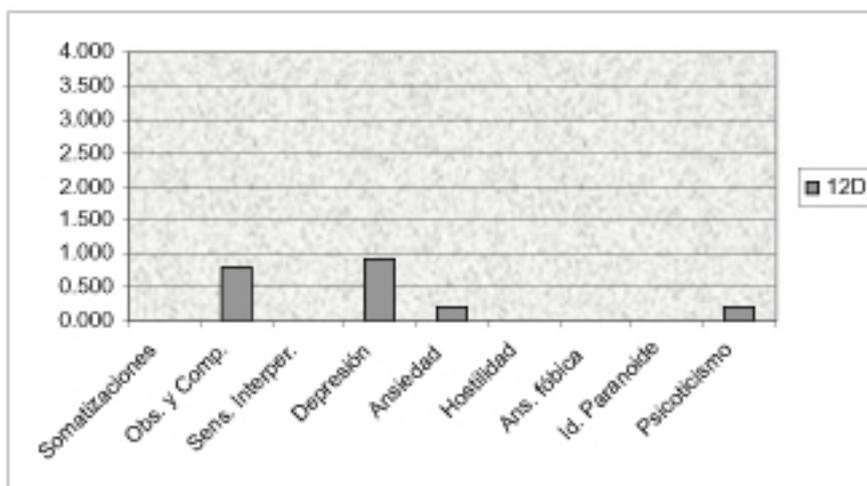
En esta paciente el total de síntomas positivos no indica una tendencia a exagerar la presencia de patologías. El valor correspondiente al índice de malestar positivo tampoco señala actitudes de fingimiento (ver tabla 6).

3.2.12 Paciente 12 D

Este paciente es del sexo masculino y posee un diagnóstico de Trastorno Distímico (ver tabla 3). En este caso se presentan claramente mayores valores en la dimensión depresiva, correspondiendo con su cuadro. Hay, también, un promedio alto de síntomas obsesivos y compulsivos. No presenta sintomatología relacionada con las dimensiones de somatización, sensibilidad interpersonal, hostilidad, ansiedad fóbica e ideación paranoide. Posee solamente algunos síntomas de ansiedad y psicoticismo (ver figura 18).

Este paciente tiene un diagnóstico adecuado con los síntomas que presenta en este inventario.

Figura 18: Media según las diferentes dimensiones en paciente 12 D



En este hombre el total de síntomas positivos es muy bajo lo que no indica una tendencia a exagerar la presencia de patologías. A pesar de ello, el valor del índice de malestar positivo señala una tendencia al fingimiento como patrón de respuesta.

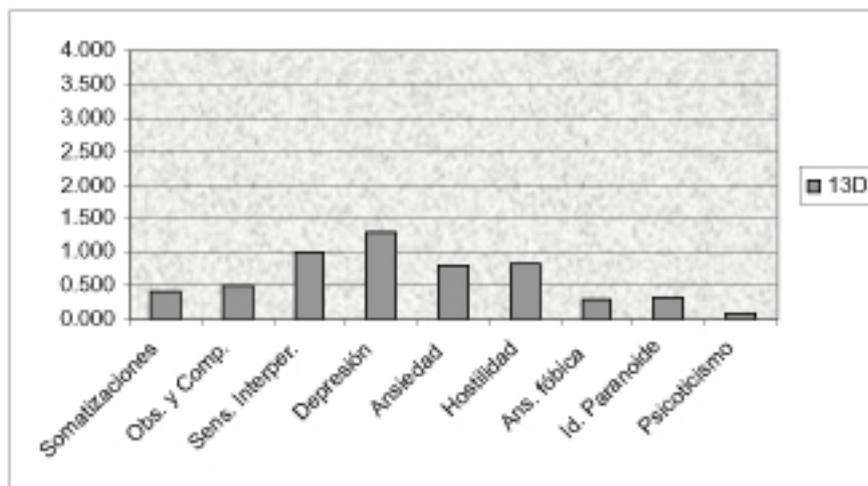
3.2.13 Paciente 13 D

Esta paciente es del sexo femenino y posee un diagnóstico de Trastorno Depresivo No Especificado (ver tabla 3). En este caso el valor más alto corresponde a la depresión lo cual es indicador de su cuadro.

Hay algunos síntomas relacionados con la dimensión de sensibilidad interpersonal y un poco menos de ansiedad y hostilidad. Los valores más bajos son en psicoticismo e ideación paranoide (ver figura 19).

En esta persona es adecuado el diagnóstico con los síntomas que presenta.

Figura 19: Media según las diferentes dimensiones en paciente 13 D

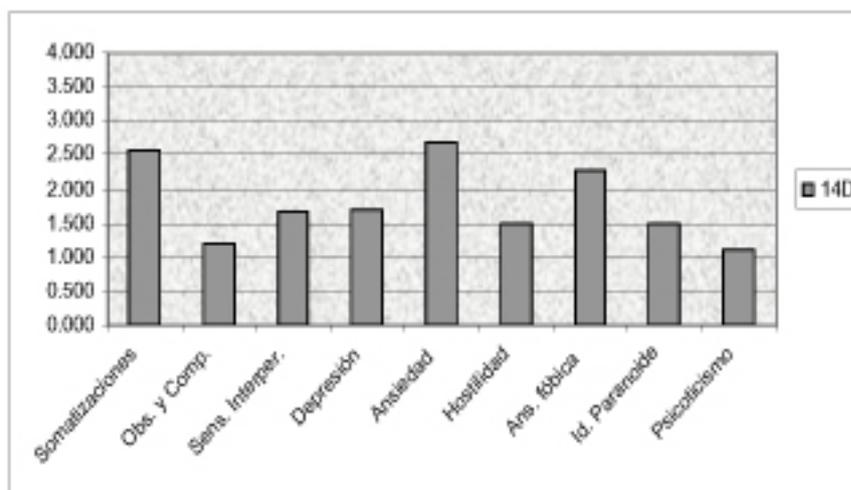


En esta paciente el total de síntomas positivos no indica una tendencia a exagerar la presencia de patologías. El valor correspondiente al índice de malestar positivo tampoco señala una tendencia al fingimiento de sus malestares (ver tabla 6).

3.2.14 Paciente 14 D

Esta paciente es del sexo femenino y posee un diagnóstico de Trastorno Depresivo No Especificado (ver tabla 3). El mayor valor se encuentra en la dimensión de ansiedad, aunque también hay medias elevadas en somatizaciones y ansiedad fóbica. La dimensión depresiva presenta un promedio moderado, al igual que la de sensibilidad interpersonal y hostilidad (ver figura 20).

Figura 20: Media según las diferentes dimensiones en paciente 14 D



En esta paciente el total de síntomas positivos es alto lo que indica que tiende a exagerar la presencia de patologías. Sin embargo, el valor del índice de malestar positivo no señala una tendencia al fingimiento de sus malestares (ver tabla 6).

3.2.15 Presencia de riesgo o patología severa en cada uno de los pacientes

Como ya fue mencionado anteriormente, se considera indicador de que una persona se encuentra en riesgo toda puntuación superior a T63, e indicador de la presencia de una patología severa toda puntuación igual o superior a T75. Para realizar la tabla que se encuentra a continuación se han utilizado los

datos normativos propuestos por Casullo (2004), que presentan los valores considerados hasta T50, T63 Y T75 para adultos según sea el sexo masculino o femenino.

Tabla 7: Puntajes T de las nueve dimensiones y los tres índices globales

Distribución T	1Aø	2A	3A	4A	5A	6B	7B	8B	9B	10B	11C	12D	13D	14D
Somatización	T50	T63	T50	T50	T63	T63	T75	T75	T50	T63	T50	T50	T50	T75
Obs. y Comp.	T63	T75	T75	T50	T63	T63	T75	T75	T50	T50	T50	T50	T50	T63
Sens. Interper.	T75	T50	T75	T50	T75	T75	T75	T75	T50	T63	T63	T50	T63	T63
Depresión	T63	T63	T75	T50	T75	T75	T75	T75	T50	T63	T63	T63	T63	T63
Ansiedad	T63x	T50	T75	T50	T63	T75	T75	T63	T50	T63	T63	T50	T50	T75
Hostilidad	T63	T50	T75	T50	T50	T50	T75	T63	T50	T63	T50	T50	T63	T63
Ans. fóbica	T75	T50	T50	T50	T75	T75	T75	T63	T50	T50	T63	T50	T63	T75
Id. Paranoide	T75	T63	T75	T50	T50	T63	T75	T75	T50	T63	T63	T50	T50	T63
Psicotisismo	T63	T50	T75	T50	T63	T63	T75	T75	T50	T63	T50	T50	T50	T63
Ind. Global Sev.	T75													
total sint. +	T63	T63	T63	T50	T75	T75	T75	T63	T50	T63	T63	T50	T50	T75
Malestar sint. +	T63	T63	T75	T50	T75	T75	T75	T75	T50	T63	T63	T75	T63	T63

Los resultados de esta distribución T muestran que, si se toma en cuenta el índice global de severidad, todos los pacientes de la muestra presentan una patología severa.

Ocurren algunas variaciones si se toma en cuenta sólo la dimensión correspondiente con su patología diagnosticada, es decir ansiedad o depresión.

De este modo, de los pacientes con trastornos de ansiedad el 2 A, 4 A, y 9 B no presentarían riesgo alguno. En cambio, los pacientes 1 A, 5 A y 11 C se encontrarían en riesgo. Habría una patología severa en 3 A y 6 B.

De los pacientes depresivos, el 10 B, 12 D, 13 D y 14 D se encontraría en riesgo. Los pacientes 7 B y 8 B presentarían una patología severa (ver tabla 7 y 8).

Tabla 8: Pacientes sin riesgo, con riesgo o con patología severa

PACIENTES	SIN RIESGO	RIESGO	PATOLOGÍA SEVERA
1 A		X	
2 A	X		
3 A			X
4 A	X		
5 A		X	
6 B			X
7 B			X
8 B			X
9 B	X		
10 B		X	
11 C		X	
12 D		X	
13 D		X	
14 D		X	

3.3 Inventario de Alianza de Trabajo y Teoría del Cambio

3.3.1 Algunos comentarios sobre el instrumento

El Inventario de la Alianza Terapéutica y Teoría del Cambio (WATOCl) es una técnica derivada del Inventario de Trabajo de la Alianza (WAI), desarrollado por Horvath y Greenberg, en 1989. De esta versión original de 36 artículos, se realizó una versión corta de 12, elaborada por Tracey y Kokotovic, en el mismo año. En 1999, Duncan y Miller le agregaron a esta escala reducida otros cinco ítems constituyendo el WATOCl (Corbella y Botella, 2004b).

Al trabajar con el WATOCl surgieron varios inconvenientes debido a la escasa bibliografía encontrada sobre el modo de evaluación del mismo. Por este motivo, se optó por utilizar el material hallado sobre la versión corta del Inventario de Alianza de Trabajo, a pesar de que tampoco especifica el modo de interpretación de las respuestas. Como Corbella Y Botella (2004b), en la adaptación al español del WATOCl, llegaron a la conclusión de que los cinco ítems sobre la teoría del cambio no agregan ninguna clarificación significativa a la estructura de la versión reducida del WAI, se decidió no tomarlos en cuenta para la interpretación y realizar el análisis con los otros 12 ítems.

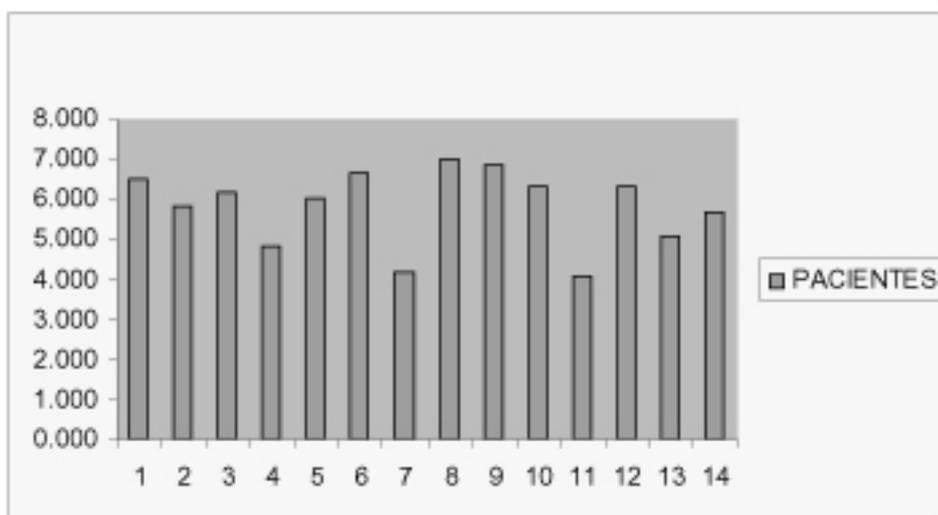
Esta carencia de normativas mencionada se constató al encontrar autores que tratan esta problemática. Prado y Meyer (2004) realizaron una revisión de los artículos citados que utilizaron el Inventario de Alianza de Trabajo (WAI) como instrumento de la evaluación y no encontraron ningún método común de analizarlo y de relacionarlo con otras variables. Tampoco hallaron normas para que los resultados o las formas definidas evalúen un solo resultado. Examinaron distintos resultados del WAI en la literatura investigada y encontraron que los valores medios para los pacientes que terminaron las terapias fueron entre 5.16 y 6. Con respecto a las escalas, los valores encontraron variaciones entre 5.59 y 5.90 en la dimensión de vínculo positivo, 5.53 y 5.66 para la tarea y 5.43 y 5.52 para la meta de la escala.

3.3.2 Análisis de la fuerza total de la alianza de trabajo

La alianza terapéutica es teóricamente posible dividirla en componentes, sin embargo, la investigación clínica ha demostrado que los mismos se encuentran relacionados (Corbella y Botella, 2004b). De este modo, al sumar los valores de las escalas del inventario se mide la totalidad de la alianza generada entre el paciente y el terapeuta.

Es importante aclarar que las puntuaciones negativas se convirtieron en positivas para realizar la evaluación de la alianza.

Figura 21: Promedio total de alianza según las respuestas de los pacientes

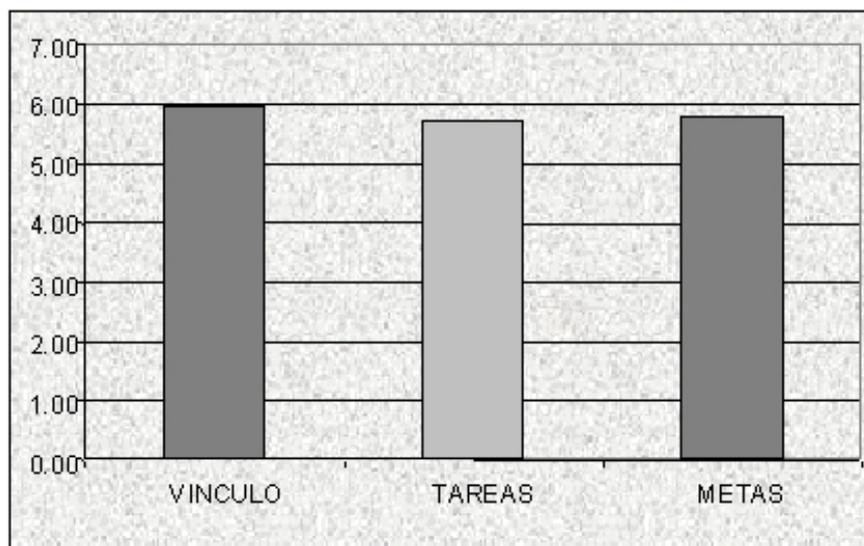


En los pacientes de la muestra no aparecen promedios bajos, todos los resultados obtenidos superan la mitad de la puntuación (4). Los pacientes 4 A, 7 B y 11 C presentan los promedios más bajos y los demás son elevados, como medida de la alianza.

Se evidencia un caso muy llamativo que corresponde al paciente 8 B, el cual posee el promedio más alto posible de alianza. En esta persona se podría hipotetizar una idealización hacia la figura del terapeuta. Otro caso similar aparece en el paciente 9 B sobre el que se podría pensar lo mismo ya que tiene un promedio demasiado alto (ver figura 21).

3.3.3 Análisis de las dimensiones de la alianza

Figura 22: Promedio total de cada una de las dimensiones en todos los pacientes



En este gráfico se puede observar que no hay una dimensión más significativa que otra, a pesar que la de vínculo positivo es la de mayor promedio, las otras dos dimensiones tienen una leve diferencia (ver figura 22). Esto refuerza la noción de que los componentes se encuentran relacionados entre sí y, por lo tanto, parecería ser que son de igual importancia para la generación de la alianza terapéutica y que no hay uno que se destaque del resto (ver en Apéndice 6 los resultados completos del cuestionario).

Tabla 9: Promedio obtenido por paciente en las dimensiones del inventario

	VINCULO	TAREAS	METAS
1A	6.75	6.75	6
2A	5.75	5.75	6
3A	6.75	5.75	6
4A	4.25	5	5.25
5A	5.5	5.75	6.75
6B	6.25	7	6.75
7B	4.25	4.5	3.75
8B	7	7	7
9B	7	6.75	6.75
10B	6.5	6	6.5
11C	3.5	4.25	4.5
12D	7	6	6
13D	6.25	4.5	4.5
14D	6.75	5.25	5

En esta tabla se evidencia que, en la mayoría de los casos, los pacientes mantienen promedios similares en las tres escalas.

El paciente 8 B tiene el máximo promedio en las tres dimensiones, obviamente por esta razón es que la alianza total también es la más alta. El paciente 9 B tiene un promedio muy alto en las escalas. Los pacientes 1 A, 6 B, 10 B y 12 D poseen promedios elevados en las tres escalas y parejos unos con otros. El paciente 2 A tiene valores un poco más bajos pero similares en las tres escalas. Los pacientes 3 A, 5 A y 14 D poseen puntajes relativamente elevados pero dispares en las tres dimensiones.

Los pacientes 4 A, 7 B y 11 C tienen promedios moderadamente bajos en comparación con las otras personas de la muestra. El paciente 13 D tiene un puntaje elevado en la escala de vínculo positivo mientras que en las otras dos dimensiones el promedio es mucho más bajo.

Más allá de los datos particulares de cada paciente, no se puede establecer un mayor promedio en una de las dimensiones en todos los casos.

Además, se evidencia, que los valores promedios tienden a ser altos en las tres dimensiones y que no aparecen diferencias específicas que valgan la pena resaltar (ver tabla 9).

3.4 Interacción de variables

3.4.1 Estilo Personal del Terapeuta y alianza terapéutica

El Estilo Personal del Terapeuta puede estudiarse desde dos niveles básicos: 1) técnico- cognitivo y 2) motivacional- emocional. El primero representa a las funciones al servicio de las intervenciones específicas, comprendiendo a la atencional y operativa, y el segundo a las funciones al servicio de la relación y la alianza terapéutica, abarcando a la expresiva y de involucración. La función instruccional sería la que probablemente combinaría aspectos de ambos niveles (Fernández Álvarez, García, Lo Bianco y Corbella Santomá, 2003).

De este modo, puede relacionarse al dominio motivacional- emocional en el terapeuta con la calidad de la alianza terapéutica manifestada por los pacientes.

Las terapeutas B y D son más expresivas y más involucradas con el paciente lo que podría ser un indicador de alianza de trabajo positiva. Salvo uno de los casos, los pacientes de la terapeuta B presentan valores muy altos o valores máximos en la dimensión de vínculo positivo. También, esta terapeuta posee los valores más elevados en las otras funciones, lo que fortalecería esa alianza. De los tres pacientes tratados por la terapeuta D, uno tiene el valor más alto en el vínculo positivo y los otros dos poseen valores también elevados.

Así se podría hipotetizar que los terapeutas con un perfil de este estilo favorecen el buen vínculo con el paciente. Estas dos terapeutas tienen entre sus pacientes valores muy elevados en el vínculo positivo, los pacientes de las otras terapeutas presentan valores más bajos y dispares.

De la misma manera, se evidencia que la terapeuta C es menos expresiva e involucrada correspondiendo con una alianza generada con el paciente que es la más baja en la dimensión del vínculo positivo. Con respecto a los pacientes de las otras psicoterapeutas la alianza total también es la menor de todas.

La terapeuta A, a pesar de que es menos expresiva, posee un nivel de involucración medio lo que hace que la dimensión del vínculo positivo sea dispar en sus pacientes. En algunos es más bajo que en otros, esto podría relacionarse con características individuales y psicopatológicas de esos pacientes.

De acuerdo a las conclusiones obtenidas en el Proyecto Barcelona- Buenos Aires (Corbella y Botella, 2004a), explicado en el primer capítulo de este trabajo, existe una relevancia de la función instruccional en el establecimiento de la alianza terapéutica en la fase inicial de la terapia. Esto se correspondería con las cuatro psicoterapeutas de la muestra que presentan los valores más altos del perfil en esta función y atienden a pacientes con menos de 6 meses de tratamiento, salvo sólo dos casos del total.

3.4.2 Relación entre otras variables

Con respecto a las otras variables no se han podido encontrar interacciones relevantes para este estudio.

De la misma manera que se pudo hallar una relación entre el dominio motivacional- emocional y el vínculo positivo de la alianza, se ha intentado buscar una vinculación entre el nivel técnico- cognitivo y las dimensiones de metas y tareas, pero no se ha llegado a ninguna conclusión al respecto.

No se observó una interacción entre el nivel de severidad del paciente, medido a través del SCL 90-R (sin riesgo, riesgo o patología severa) con la calidad del vínculo positivo o la alianza total. Tampoco este nivel ha coincidido con el presentado por las psicoterapeutas en las planillas de datos sobre los pacientes.

En la muestra de pacientes se advirtió que los dos sujetos con los mayores niveles de alianza poseen como diagnóstico un trastorno de ansiedad y un trastorno de angustia. Del mismo modo, se reflejó en los dos puntajes más bajos de alianza terapéutica. Esto podría, de alguna manera, ser un indicador de que lo que plantearon Monsen, Havik y Hoglend, en 2002, sobre que las variables diagnósticas del paciente no predicen la calidad de la alianza (Corbella y Botella, 2003). Igualmente, este resultado es preliminar ya que sería necesario contar con una mayor diversidad de diagnóstico para poder realizar una certera vinculación entre estas dos variables.

Se han buscado interacciones entre las características psicopatológicas del paciente y la alianza terapéutica generada, sin resultados relevantes. Del mismo modo, no se han hallado relaciones entre el Estilo Personal de Terapeuta y la condición de cada uno de los pacientes, evidenciada en el inventario de síntomas, respecto al diagnóstico, la tendencia a exagerar o fingir la presencia de patologías y el grado de malestar.

No se encontró una vinculación entre el tiempo de tratamiento, consignado por las psicoterapeutas en las planillas de datos sobre los pacientes, y la alianza terapéutica. Si bien los pacientes que poseen puntajes menores en la dimensión de vínculo positivo tienen uno o dos meses de tratamiento, otros con ese mismo tiempo de terapia tienen puntajes altos en este nivel y en el total de la alianza terapéutica.

Tampoco se logró relacionar el Estilo Personal de Terapeuta con la orientación teórica de cada una de las psicoterapeutas de la muestra.

Capítulo 4. Conclusiones y discusiones

Si bien el tamaño de la muestra sólo permite evaluaciones preliminares a fin de conformar un estudio con mayor cantidad de datos, no se pudo observar una interacción entre el Estilo Personal del Terapeuta, el nivel de alianza terapéutica y las características sintomatológicas de los pacientes, medidas a través del SCL- 90- R.

Solamente se lograron extraer algunas conclusiones con respecto a cada una de las técnicas usadas y se pudieron relacionar dos de las variables aquí planteadas.

Los valores obtenidos con respecto a la alianza total superan la mitad de la puntuación máxima posible. Sin embargo, no se evidencia una dimensión con mayor relevancia ya que en las tres se observan valores semejantes. Esto podría ser un indicador de que los componentes de la alianza terapéutica (vínculo positivo, tareas y metas) son de igual importancia para la generación de la misma.

Con respecto al Estilo Personal del Terapeuta, la función instruccional resulta ser la que obtiene los valores superiores para los cuatro psicoterapeutas. En la función operativa, las psicoterapeutas tienen puntajes similares o iguales y en los otros niveles presentan valores dispares, pero sin lograr diferencias importantes entre sí.

La condición psicopatológica de los pacientes, medida a través del SCL- 90- R, muestra mucha sintomatología de diversos cuadros clínicos. En la mayoría de los casos estudiados, no se evidencian altos valores en las dimensiones correspondientes con la patología diagnosticada por cada psicoterapeuta. Hay casos en los cuales el puntaje correspondiente a la patología, por la cual se encuentran en tratamiento, es muy bajo. Esto obligaría, en un estudio futuro, a la realización de un diagnóstico externo al de los clínicos. A su vez, sería necesario tener en cuenta la co- morbilidad de las patologías por la confluencia de diversos síntomas y estudiar hasta qué punto esta co-morbilidad interviene en la relación entre las variables a ser estudiadas.

El Estilo Personal del Terapeuta y el vínculo positivo de la alianza mostraron la única interacción entre dos variables de estudio. Se pudo relacionar el nivel motivacional- emocional del estilo del terapeuta con la calidad del vínculo con el paciente. Así, las funciones expresiva y de involucración, que actúan al servicio de la relación y la alianza terapéutica, han sido más altas en las terapeutas cuyos pacientes han establecido un mayor vínculo positivo. También, se han podido encontrar elementos que apoyan lo planteado por Corbella y Botella, (2004a) sobre la importancia de la función instruccional en la construcción de la alianza en una fase inicial del tratamiento. Esto se observa ya que todas las terapeutas de la muestra tienen mayor valor en esta función y casi todos los tiempos de tratamiento de los pacientes son menores a los seis meses de duración.

Más allá de la utilidad de los resultados logrados por este estudio piloto, el trabajo permitió estimar la conveniencia de las diferentes técnicas empleadas. Debido a que el WATOCl, tal como fue mencionado, no cuenta con una validación que permita un contraste entre diferentes grupos, resulta de utilidad limitada cuando se trata de comparar pacientes en diferentes contextos, con diversas patologías o terapeutas tratantes. Es, entonces, una alternativa la búsqueda de un instrumento que sí cuente con las características de validación requeridas; en caso de no encontrarse sería conveniente plantearse la necesidad de diseñar una escala basada en la concepción de alianza de trabajo.

El SCL- 90- R proporcionó un paneo general de las características psicopatológicas de los pacientes. Al tratarse de población bajo tratamiento psicoterapéutico eran de esperarse los altos niveles de sintomatología encontrados en los pacientes. Igualmente, la forma de interpretación de los resultados del SCL- 90- R resultó poco detallada debido a la ausencia de datos para su análisis, por ejemplo el planteo de cuál es la línea de corte para establecer puntajes extremos.

El Cuestionario sobre Estilo Personal del Terapeuta mostró propiedades psicométricas satisfactorias en cuanto a la administración y evaluación del mismo. No se presentaron dificultades con este material al momento de su análisis e interpretación, lo cual permitió conocer las características del estilo personal de las cuatro psicoterapeutas y observar cómo este perfil influye y actúa en la marcha de cada acto terapéutico y en el vínculo que se establece con el paciente.

A partir de todo lo analizado y las conclusiones que se extrajeron, salta a la vista que es primordial plantear hipótesis de investigación más refinadas, contar con un tamaño de muestra adecuado e instrumentos apropiados para evaluar a la población de interés, y optimizar algunos pasos metodológicos, para poder realizar un futuro testeo, vinculando el Estilo Personal de Terapeuta, la alianza terapéutica y la situación sintomatológica en que se encuentra el paciente.

Referencias

- Agué, C., Alarcón, R., De la Fuente, J., Salín Pascual, R. y Vidal, G. (1990).
- Trastornos afectivos. En G. Vidal y R. Alarcón (Eds). *Psiquiatría*. Buenos Aires: Médica Panamericana.
- American Psychiatric Association (1994). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (4a. ed.). Barcelona: Masson.
- APA, American Psychological Association (1992): *Ethical Principles of Psychologist and Code of Conduct*. *American Psychologist*, 47, 1597-1628.
- APBA. (1993). *Código de Ética de las Asociación de Psicólogos de Buenos Aires*. Punto 6.03.
- Beutler, L., Machado, P. y Neufeldt, A. S. (1994). *Therapist Variables*. En A. Bergin y S. Garfield (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavioral Change* (4a. ed.). New York: J. Wiley.
- Casullo, M. M. (Fecha de acceso: 2006, 1 de junio). *El Inventario de Síntomas SCL- 90- R de L. Derogatis*. [En red]. (Fecha de trabajo original: 1999). Disponible en: <http://www.aidep.org/uba/Bibliografia/SCL-90R2004.pdf>
- Casullo, M. M. (Fecha de acceso: 2006, 25 septiembre). *Síntomas psicopatológicos en adolescentes y adultos. El SCL-90-R y los estudios epidemiológicos* [En red]. (Fecha de trabajo original: 2004). Disponible en: <http://www.aidep.org/uba/Bibliografia/sc190ap2004.pdf#search='S%C3%ADntomas%20psicopatol%C3%B3gicos%20en%20adolescentes%20y%20adultos.%20El%20SCL90R%20y%20los%20estudios%20epidemiol%C3%B3gicos>.
- Ceberio, M., Moreno J. y Des Champú, C. (Fecha de acceso: 2006, 20 de mayo). *La formación y el estilo del terapeuta*. [En red]. (Fecha de trabajo original: 2000). Disponible en: <http://www.redsistemica.com.ar/formacion3.htm>
- Climent, C. E. (1990). *Psiquiatría de urgencia*. En G. Vidal y R. Alarcón (Eds). *Psiquiatría*. Buenos Aires: Médica Panamericana.
- Corbella, S. y Botella, L. (2003). *La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación*. *Anales de Psicología*, 19 (2), 205-221.
- Corbella, S. y Botella, L. (2004a). *Investigación en psicoterapia: Proceso, resultado y factores comunes*. Madrid: Visión Net.
- Corbella, S. y Botella, L. (2004b). *Psychometric Properties of the Spanish Version of The Working Alliance Theory of Change Inventory (WATOCI)*. *Psicothema*. 16 (4), 702-705.
- Crof, A. (Fecha de acceso: 2006, 1 de junio). *The SCL-90-R in Clinical Application*. [En red]. (Fecha de trabajo original: 1999). Disponible en: <http://www.chiroweb.com/archives/17/10/02.html>
- Derogatis, L. R. (1977). *SCL-90-R. Administration, Scoring and Procedures Manual for the Revised Versión of the SCL-90*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Feixas, G. y Miro, M.T. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia: Una introducción a los tratamientos psicológicos*. Barcelona: Paidós.
- Fernández Álvarez, H. (1996). *Características Personales del Psicoterapeuta*. Colección Trabajos Distinguidos, Serie Psiquiatría, 1 (5), 141-142.
- Fernández Álvarez, H. y García, F. (1998). *El estilo personal del terapeuta: Inventario para su evaluación*. En S. Gril, A. Ibáñez, I. Mosca y P.L.R. Sousa (Ed.), *Investigación en Psicoterapia*. Pelotas, Brasil: Educat.
- Fernández Álvarez, H., García, F., Lo Bianco, J. y Corbella Santomá, S. (2003). *Assessment Questionnaire on the Personal Style of the Therapist PST- Q*. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 10, 116- 125.

- Fernández Álvarez, H., Gómez, B., Castañeiras, C., Rial, V. y García, F. (2006). Advancements in the assessment of the personal style of the therapists: validation of the PST-Q model. Panel presented at the 37th Annual Meeting of the Society for Psychotherapy Research, Edimburgo. Junio 2006.
- Fiorini, H. (2002). La relación de trabajo. En Teoría y técnica de psicoterapias. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Freud, S. (1912). Obras completas. Sobre la dinámica de la transferencia (Vol.12). Buenos Aires: Amorrortu.
- Fundación Aiglé (Fecha de acceso: 2006, 27 de mayo). El Estilo Personal del Terapeuta. [En red]. (Fecha de trabajo original: 2006). Disponible en: <http://www.aigle.org.ar/>
- Gautier, R. y Boeree, G. (Fecha de acceso: 2006, 20 de mayo). Teorías de la personalidad. [En red]. (Fecha de trabajo original: 2005). Disponible en: <http://www.ship.edu/%7Ecgboree/adleresp.html>
- Kleinke, C. (1998). La relación terapéutica. En Principios comunes en Psicoterapia. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Lambert, M. J. (1992). Implications of Psychotherapy Outcome Research for Eclectic and Integrative Psychotherapies. En J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Ed.), Handbook of Psychotherapy Integration. New York: Basic Books.
- Leibovich de Duarte, A. (1994), Problemas Éticos en la Investigación Psicológica. Libro de las Primeras Jornadas de Investigación en Psicología. Secretaría de Investigaciones Facultad de Psicología, UBA pp.41-46.
- Ley Nacional (1995) 23.277/85: Reglamentación. Boletín Oficial N° 28.294. Primera Sección. (19/12/95).
- Organización Mundial de la Salud (1992). Clasificación internacional de las enfermedades, trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Meditor.
- Orlinsky, D. E. y Howard K.I. (1986). Process and Outcome in Psychotherapy. En: A.E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), Handbook of Psychotherapy and Behavior Change (4 ed.). New York: J. Wiley and Sons.
- Prado, O. y Meyer, S. (Fecha de acceso: 2006, 20 de septiembre). Evaluation of the Working Alliance in asynchronous therapy via internet. [En red]. (Fecha de trabajo original: 2004). Disponible en: <http://www.psico.net/archivos/ewaati.pdf>
- Safran, J. D. y Segal, Z. (1994). El proceso interpersonal en la terapia cognitiva. Buenos Aires: Paidós.
- Sandler, J., Dare, C. y Holder, A. (1993). La alianza terapéutica. En El paciente y el analista. Las bases del proceso psicoanalítico (2a. ed.). Buenos Aires: Paidós
- Vallejo Ruiloba, J. (1999). Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría (4a. ed.) Barcelona: Masson.
- Waizmann, V., Etchebarne, I. y Roussos, A. (2004), (2004). La interacción entre las intervenciones psicoterapéuticas de distintos marcos teóricos y los factores comunes a las psicoterapias. Revista Argentina de Clínica Psicológica. 13 (3), 233-244.

Apéndice

1- Versión para presentaciones con fines didácticos. Copia no apta para su uso.

Cuestionario de evaluación del estilo personal del terapeuta (EPT-C) Héctor Fernández Álvarez – Fernando García

El presente inventario está destinado a conocer su estilo personal como terapeuta.

No hay respuestas buenas ni malas, ya que diferentes estilos pueden ser igualmente beneficiosos.

Más allá de que su labor varía con los diferentes pacientes, debe responder según sea su modo más general y frecuente de llevar adelante su trabajo. No piense demasiado en el significado de cada afirmación; la respuesta más espontánea será la más valiosa.

Cómo puntuar

Un 1 en la escala significa su total desacuerdo con la afirmación.

Un 7 indica que usted está totalmente de acuerdo con la afirmación

Todos los números intermedios reflejan matices en su opinión.

Por favor complete los datos siguientes:

Apellido y nombre.....
(Sólo si desea consignarlo)

FECHA: ../../..

1) Edad:

2) Sexo:.....

3) Nacionalidad:.....

Ejercicio de la psicoterapia:

4) Años de experiencia:

5) País d/ejerce:.....

6) Ciudad:.....

7) Orientación teórica	8) Edad pac.	9) Modalidad terapéutica
1) cognitiva	1) niños y adol.	1) individual
2) human.- existencial	2) adultos	2) pareja
3) psicoanálisis	3) 3º edad	3) familia
4) sistémico		4) grupos
5) otra:		
6) integración de varias		

10) Duración predom. de los trat.	11) Patología
1) breve (hasta 6 meses)	1) ansiedad y depresión
2) intermedio (hasta 2 años)	2) trast. de la personalidad
3) prolongado (más de 2 años)	3) adicciones
	4) trastornos severos (psicosis)
	5) trastornos de la comunicación
	6) disfunciones sexuales
	7) otros

Total desacuerdo // 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 - 7 \\ Total acuerdo

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

19	Suelo atender pacientes fuera del ámbito del consultorio.	
20	Las mejores intervenciones en un tratamiento surgen de modo espontáneo.	
21	Lo que les pasa a mis pacientes tiene poca influencia en mi vida personal	
22	En mis intervenciones soy predominantemente directivo.	
23	Pienso bastante en mi trabajo, aun en mis horas libres.	
24	Evito revelar a mis pacientes mis estados emotivos	
25	Puedo planear un tratamiento en su totalidad desde que se inicia.	
26	La distancia emocional con los pacientes favorece los procesos de cambio	
27	Nunca modifico la duración de las sesiones, a menos que sea imprescindible	
28	Si algo me irrita durante una sesión puedo expresarlo	
29	Una alta proximidad emocional con los pacientes es imprescindible para promover cambios terapéuticos.	
30	Prefiero saber de antemano a qué cosas debo prestar atención en las sesiones.	
31	Prefiero los tratamientos donde están programados todos los pasos a seguir.	
32	Me interesa trabajar con pacientes que presentan problemas focalizados.	
33	Procuro dirigir mi atención a la totalidad de lo que pasa en las sesiones	
34	Tengo en mente los problemas de los pacientes mas allá de las sesiones	
35	Soy bastante laxo con los horarios.	
36	Desde el comienzo de las sesiones me dispongo a dejar flotar mi atención	

2- Por favor responder las siguientes preguntas sobre el paciente

Completar una de estas planilla por cada paciente al que se le administren los cuestionarios.

Apellido y nombre del paciente:

Apellido y nombre del terapeuta:

- 1) ¿Cuál es el diagnóstico?
- 2) ¿Hace cuánto se encuentra en tratamiento?
- 3) ¿Cuál es el nivel de severidad de la patología?
- 4) ¿El paciente se encuentra medicado? ¿Con qué?
- 5) ¿Percibe que hay una mejoría en el paciente?
- 6) ¿Es posible que el tratamiento resulte exitoso?

3- Versión para presentaciones con fines didácticos. Copia no apta para su uso.

Por favor, evalúe la última sesión según estas afirmaciones. Rodee con un círculo la puntuación que mejor describa su opinión usando el siguiente sistema:

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Muy pocas veces	En ocasiones	Punto medio	Bastante a	Casi siempre menudo	Siempre

IAT- TC (WATOCI)

Barry L. Duncan y Scott D. Miller (1999)

CLIENTE:

TERAPEUTA:

SESIÓN N°:

FECHA:

1. Mi terapeuta y yo estamos de acuerdo en lo que hay que hacer para contribuir a mejorar la situación.

1 2 3 4 5 6 7

2. Lo que hago en terapia me permite ver nuevas formas de considerar mi problema.

1 2 3 4 5 6 7

3. Caigo bien a mi terapeuta.

1 2 3 4 5 6 7

4. Mi terapeuta y yo tenemos ideas diferentes sobre lo que intento conseguir en la terapia.

1 2 3 4 5 6 7

5. Confío en la capacidad de mi terapeuta para ayudarme.

1 2 3 4 5 6 7

6. Mi terapeuta y yo estamos trabajando en metas que hemos acordado ambos.

1 2 3 4 5 6 7

7. Siento que mi terapeuta me aprecia.

1 2 3 4 5 6 7

8. Mi terapeuta y yo estamos de acuerdo en cuáles son las cosas importantes en que debería trabajar en la terapia.

1 2 3 4 5 6 7

9. Mi terapeuta y yo confiamos el uno en el otro.

1 2 3 4 5 6 7

10. Mi terapeuta y yo tenemos ideas diferentes respecto a cuáles son mis problemas.

1 2 3 4 5 6 7

11. Mi terapeuta y yo hemos llegado a una buena comprensión del tipo de cambios que serían buenos para mí.

1 2 3 4 5 6 7

12. Creo que la forma en que estamos trabajando con mi problema es correcta.

1 2 3 4 5 6 7

13. Mi terapeuta y yo coincidimos en cuanto a mis metas en la terapia.

1 2 3 4 5 6 7

14. Creo que lo que mi terapeuta y yo hacemos en terapia es irrelevante para mis preocupaciones.

1 2 3 4 5 6 7

15. Creo que las cosas que hago en terapia me ayudarán a conseguir los cambios que deseo.

1 2 3 4 5 6 7

16. Las cosas que mi terapeuta me pide que haga son intrascendentes o incomprensibles para mí.

1 2 3 4 5 6 7

17. Las sesiones se centran en mis ideas sobre lo que ha de pasar para que se produzca un cambio.

1 2 3 4 5 6 7

4- Versión para presentaciones con fines didácticos. Copia no apta para su uso.

SCL- 90- R
Leonard Derogatis (1977)

Nombre y apellido:

Fecha:/...../.....

Edad:

A continuación le presentamos una lista de problemas que tiene la gente.

Lea cada uno de ellos y marque su respuesta con una cruz en la casilla correspondiente, pensando en cómo se sintió, en qué medida ese problema le ha preocupado o molestado durante la última semana (7 días).

Tiene cinco (5) posibilidades de respuesta:

NADA - MUY POCO - POCO – BASTANTE – MUCHO.

No hay respuestas buenas o malas: todas sirven. No deje frases sin responder.

	NADA	MUY POCO	POCO	BASTANTE	MUCHO
1. Dolores de cabeza.					
2. Nerviosismo.					
3. Pensamientos desagradables que no se iban de mi cabeza.					
4. Sensación de mareo o desmayo.					
5. Falta de interés en relaciones sexuales.					
6. Criticar a los demás.					
7. Sentir que otro puede controlar mis pensamientos.					
8. Sentir que otros son culpables de lo que me pasa.					
9. Tener dificultad para memorizar cosas.					
10. Estar preocupado/a por mi falta de ganas para hacer algo.					
11. Sentirme enojado/a, malhumorado/a.					
12. Dolores en el pecho.					
13. Miedo a los espacios abiertos o las calles.					
14. Sentirme con muy pocas energías.					
15. Pensar en quitarme la vida.					
16. Escuchar voces que otras personas no oyen.					
17. Temblores en mi cuerpo.					
18. Perder la confianza en la mayoría de las personas.					
19. No tener ganas de comer.					
20. Llorar por cualquier cosa.					
21. Sentirme incómodo/a con personas del otro sexo.					
22. Sentirme atrapada/o o encerrado/a.					
23. Asustarme de repente sin razón alguna.					
24. Explotar y no poder controlarme.					
25. Tener miedo a salir solo/a de mi casa.					
26. Sentirme culpable por cosas que ocurren.					
27. Dolores en la espalda.					
28. No poder terminar las cosas que empecé a hacer.					
29. Sentirme solo/a.					

30. Sentirme triste.					
31. Preocuparme demasiado por todo lo que pasa.					
32. No tener interés por nada.					
33. Tener miedos.					
34. Sentirme herido en mis sentimientos.					
35. Creer que la gente sabe qué estoy pensando.					
36. Sentir que no me comprenden.					
37. Sentir que no caigo bien a la gente, que no les gusto.					
38. Tener que hacer las cosas muy despacio para estar seguro/a de que están bien hechas.					
39. Mi corazón late muy fuerte, se acelera.					
40. Náuseas o dolor de estómago.					
41. Sentirme inferior a los demás.					
42. Calambres en manos, brazos o piernas.					
43. Sentir que me vigilan o que hablan de mí.					
44. Tener problemas para dormirme.					
45. Tener que controlar una o más veces lo que hago.					
46. Tener dificultades para tomar decisiones.					
47. Tener miedo de viajar en tren, ómnibus o subterráneos.					
48. Tener dificultades para respirar bien.					
49. Ataques de frío o de calor.					
50. Tener que evitar acercarme a algunos lugares o actividades porque me dan miedo.					
51. Sentir que mi mente queda en blanco.					
52. Hormigueos en alguna parte del cuerpo.					
53. Tener un nudo en la garganta.					
54. Perder las esperanzas en el futuro.					
55. Dificultades para concentrarme en lo que estoy haciendo.					
56. Sentir flojedad, debilidad, en partes de mi cuerpo.					
57. Sentirme muy nervioso/a, agitado/a.					
58. Sentir mis brazos y piernas muy pesados.					
59. Pensar que me estoy por morir.					

60. Comer demasiado.					
61. Sentirme incómodo/a cuando me miran o hablan de mí.					
62. Tener ideas, pensamientos que no son los míos.					
63. Necesitar golpear o lastimar a alguien.					
64. Despertarme muy temprano por la mañana sin necesidad.					
65. Repetir muchas veces algo que hago: contar, lavarme, tocar cosas.					
66. Dormir con problemas, muy inquieto.					
67. Necesitar romper o destrozar cosas.					
68. Tener ideas, pensamientos que los demás no entienden.					
69. Estar muy pendiente de lo que los demás puedan pensar de mí.					
70. Sentirme incómodo/a en lugares donde hay mucha gente.					
71. Sentir que todo me cuesta mucho esfuerzo.					
72. Tener ataques de mucho miedo o de pánico.					
73. Sentirme mal si estoy comiendo o bebiendo en público.					
74. Meterme muy seguido en discusiones.					
75. Ponerme nervioso/a cuando estoy solo/a.					
76. Sentir que los demás no me valoran como merezco.					
77. Sentirme solo/a aún estando con gente.					
78. Estar inquieto/a; no poder estar sentado/a sin moverme.					
79. Sentirme un/a inútil.					
80. Sentir que algo malo me va a pasar.					
81. Gritar o tirar cosas.					
82. Miedo a desmayarme en medio de la gente.					
83. Sentir que se aprovechan de mí si los dejo.					
84. Pensar cosas sobre el sexo que me molestan.					
85. Sentir que debo ser castigado/a por mis pecados.					
86. Tener imágenes y pensamientos que me dan miedo.					
87. Sentir que algo anda mal en mi cuerpo.					
88. Sentirme alejado/a de las demás personas.					
89. Sentirme culpable.					
90. Pensar que en mi cabeza hay algo que no funciona bien.					

5- Respuestas al cuestionario sobre estilo personal del terapeuta

ITEMS DEL CUESTIONARIO	TERAPEUTA A	TERAPEUTA B	TERAPEUTA C	TERAPEUTA D
1	5	5	4	6
2	1	5	3	4
3	1	2	6	2
4	6	2	3	4
5	4	2	6	1
6	1	4	4	6
7	6	4	6	6
8	6	5	7	4
9	4	5	5	3
10	2	2	1	1
11	2	6	2	6
12	2	4	4	1
13	3	3	4	4
14	2	5	4	4
15	2	2	2	1
16	5	3	4	7
17	1	5	1	1
18	7	3	4	6
19	1	1	1	1
20	6	6	4	1
21	6	5	6	2
22	4	4	2	2
23	4	5	2	6
24	7	3	6	7
25	5	3	1	1
26	5	3	4	7
27	6	4	6	7
28	1	5	1	4
29	1	4	4	4
30	1	4	4	1
31	1	2	1	2
32	2	5	4	4
33	6	3	7	4
34	2	4	2	4
35	5	2	2	1
36	4	4	4	3

6- Respuestas de cada uno de los pacientes al inventario de síntomas SCL- 90 – R

Ítems del cuestionario	1 A	2 A	3 A	4 A	5 A	6 B	7 B	8 B	9 B	10B	11C	12D	13D	14D
1	3	0	0	0	1	3	3	3	3	4	1	0	0	2
2	3	1	4	0	1	4	4	4	2	4	3	2	3	3
3	1	4	0	0	3	4	3	1	1	3	0	0	1	2
4	0	0	0	0	3	1	2	3	0	0	3	0	0	3
5	0	3	2	1	3	4	3	0	1	1	1	0	0	0
6	3	0	2	0	0	3	2	3	0	1	2	0	0	1
7	3	0	3	0	1	0	1	0	0	2	0	0	1	1
8	2	3	3	0	0	0	1	4	2	1	0	0	0	1
9	4	4	3	0	4	3	2	3	1	1	3	1	0	0
10	2	4	3	1	4	2	3	3	0	0	3	3	0	2
11	4	0	3	1	1	1	2	4	2	3	2	0	3	2
12	1	2	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0	1	3
13	1	0	0	0	3	0	2	0	0	0	0	0	0	3
14	3	1	0	1	4	2	3	4	3	3	2	2	2	2
15	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
16	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0
17	1	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0
18	3	3	4	0	0	2	3	0	0	1	2	0	0	1
19	2	3	0	0	0	0	2	0	0	1	0	0	2	3
20	3	1	3	0	2	4	1	0	0	0	2	0	2	2
21	1	0	2	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0
22	3	1	0	0	4	4	2	0	0	0	0	0	1	3
23	1	0	0	0	2	1	2	0	0	0	2	0	0	2
24	2	0	4	0	1	1	4	3	0	2	2	0	2	2
25	2	0	0	0	3	0	2	0	0	0	0	0	1	2
26	0	0	2	0	4	3	1	1	2	2	3	0	0	3
27	3	3	0	0	2	3	3	3	3	3	0	0	0	2
28	0	1	3	1	1	3	2	1	0	1	2	0	0	1
29	2	3	4	1	1	1	4	3	0	0	3	2	3	2
30	0	1	3	0	2	4	4	4	0	3	3	2	3	2
31	3	4	4	0	4	4	3	4	1	4	3	2	2	4
32	2	0	2	0	4	1	3	3	0	0	0	2	0	1
33	2	0	2	1	4	4	2	0	0	1	3	0	2	4
34	0	3	3	0	0	3	4	3	0	3	0	0	3	2
35	0	0	2	0	0	0	3	0	1	0	0	0	0	1
36	3	1	3	2	3	3	3	3	1	2	2	0	0	2
37	1	0	2	0	3	2	2	1	1	1	2	0	2	2
38	1	3	2	0	3	0	4	3	1	1	0	0	0	3
39	3	1	1	0	0	2	4	0	0	2	2	0	0	4
40	1	0	0	0	1	3	1	2	0	0	0	0	0	4
41	3	0	0	1	4	2	3	1	1	1	2	0	2	3
42	3	0	0	0	3	0	1	3	0	0	0	0	0	4
43	1	0	2	0	0	0	3	3	0	1	2	0	0	1
44	4	3	4	1	0	0	3	0	0	1	2	4	2	3
45	1	3	4	1	2	1	3	3	1	1	2	0	0	2
46	3	3	4	3	4	3	4	3	3	1	0	0	3	1
47	2	0	0	0	0	3	2	0	0	0	2	0	1	3
48	0	1	0	0	1	4	3	0	0	0	2	0	0	2
49	2	0	0	0	4	4	4	0	1	1	0	0	0	2
50	0	0	0	0	2	3	3	0	0	0	2	0	0	2

51	0	1	2	0	4	0	3	2	1	1	1	2	0	0
52	1	0	0	0	0	0	2	0	0	0	2	0	0	3
53	0	1	0	0	2	1	3	0	0	1	0	0	3	3
54	0	1	2	0	3	3	3	3	0	3	0	0	0	1
55	3	3	0	2	3	3	4	4	2	2	0	2	1	1
56	1	0	0	1	4	2	3	4	0	2	2	0	1	2
57	3	1	4	0	0	4	4	4	0	3	2	0	3	4
58	2	0	0	0	3	0	4	4	1	4	0	0	0	2
59	0	0	0	0	0	4	4	4	0	1	2	0	0	3
60	1	0	4	1	3	2	4	4	0	2	0	0	1	0
61	3	1	2	0	4	2	4	4	1	1	0	0	0	2
62	0	0	3	0	1	0	4	3	0	0	0	0	0	1
63	0	0	1	0	0	0	1	4	0	0	0	0	0	2
64	3	3	4	0	0	0	2	0	0	0	2	4	0	2
65	1	1	4	0	0	0	2	3	0	0	0	0	0	0
66	3	3	4	1	0	0	4	0	0	1	1	4	1	3
67	0	0	2	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	1
68	1	0	4	0	2	0	3	0	1	3	0	0	0	2
69	3	0	2	0	3	3	3	0	2	3	2	0	2	3
70	3	0	1	2	4	2	4	3	1	0	0	0	0	3
71	2	2	4	1	4	2	4	3	3	3	0	2	4	1
72	2	0	0	0	4	4	3	0	0	0	2	0	0	2
73	0	0	0	0	4	0	2	0	0	0	0	0	0	0
74	0	0	1	0	1	1	2	3	0	1	0	0	0	2
75	2	1	0	0	2	3	3	0	1	0	0	0	0	2
76	3	1	4	1	1	3	3	3	0	2	2	0	2	2
77	2	2	4	1	0	0	4	3	0	2	2	0	0	2
78	0	1	4	1	1	4	3	2	0	1	0	0	0	3
79	0	0	0	0	4	2	4	3	0	1	0	0	0	1
80	0	0	0	0	0	3	4	3	0	2	2	0	0	3
81	0	0	2	0	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0
82	0	0	0	0	1	2	2	0	0	0	0	0	0	1
83	3	2	4	0	0	3	3	4	0	0	0	0	0	2
84	0	0	0	0	0	2	3	0	0	0	0	0	0	0
85	0	0	0	0	0	2	2	0	0	1	0	0	0	0
86	0	1	0	0	3	3	3	0	1	1	0	0	0	2
87	0	0	0	1	2	4	3	3	0	1	2	0	0	3
88	1	1	4	1	3	1	2	4	0	1	0	2	0	1
89	2	0	2	0	4	3	3	4	2	1	0	0	0	4
90	3	0	3	1	4	2	3	3	0	0	0	0	0	2

7- Respuestas de cada uno de los pacientes al inventario de alianza de trabajo y teoría del cambio (WATOCI)

ITEMS	1 A	2 A	3 A	4 A	5 A	6 B	7 B	8 B	9 B	10 B	11 C	12 D	13 D	14 D
1	7	6	5	5	6	7	5	7	6	6	4	6	4	5
2	6	3	6	4	6	7	4	7	7	5	4	6	6	5
3	7	7	7	4	5	5	5	7	7	7	3	7	6	6
4	3	2	2	5	1	1	5	1	1	1	3	2	1	3
5	7	7	7	5	7	7	3	7	7	7	4	7	7	7
6	7	6	6	7	7	7	3	7	7	7	4	6	1	6
7	6	3	7	4	5	6	5	7	7	6	4	7	6	7
8	7	7	6	6	6	7	5	7	7	6	5	6	1	6
9	7	6	6	4	5	7	4	7	7	6	3	7	6	7
10	3	2	2	2	1	2	4	1	2	2	3	2	4	3
11	7	6	6	5	6	7	5	7	7	6	4	6	6	4
12	7	7	6	5	5	7	4	7	7	7	4	6	7	5
13	6	2	6	6	6	7	3	7	7	7	4	7	4	4
14	2	3	1	1	1	1	4	1	1	1	3	1	1	4
15	7	3	6	4	5	7	5	7	6	6	4	6	7	6
16	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	2
17	5	2	4	1	4	7	6	7	3	1	7	6	5	4

