

Revisión

Panorama actual de investigación sobre el terapeuta en psicoterapia

LEANDRO MARTÍN CASARI, MIRTA SUSANA ISON, SUSANA ALBANESI, MARIANA MARISTANY

LEANDRO MARTÍN CASARI
Licenciado en Psicología.
Consejo Nacional de
Investigaciones Científicas y
Técnicas, Centro Científico
Tecnológico (CONICET CCT),
Mendoza. R. Argentina.

MIRTA SUSANA ISON,
Doctora en Psicología.
Universidad Nacional
de San Luis,
R. Argentina.

SUSANA ALBANESI
Doctora en Psicología.
Universidad Nacional
de San Luis,
R. Argentina

MARIANA MARISTANY
Doctora en Psicología.
Fundación Aiglé.
Ciudad de Buenos Aires,
R. Argentina.

El propósito de este trabajo es presentar una introducción al estudio del terapeuta en psicoterapia, desde sus antecedentes hasta una visión actual. Para ello se realizó una revisión sistemática para indagar los siguientes aspectos: el papel del terapeuta en la explicación de resultados, los diseños de investigación actuales y los instrumentos de evaluación específicos. Los resultados discrepan acerca de si el factor que explica mejor los resultados en psicoterapia lo constituyen las variables del terapeuta, o las técnicas específicas o la alianza terapéutica. Dentro de las variables del terapeuta, aquellas señaladas como favorables al cambio son: empatía, flexibilidad, capacidad para establecer una alianza de trabajo y aplicar de modo eficaz una técnica específica, patrones de apego, competencias multiculturales, entrenamiento, experiencia, respeto por el paciente, optimismo, sentido del humor, capacidad de auto cuestionarse, habilidades interpersonales y estilo terapéutico. El instrumento de evaluación más empleado en la actualidad es *The Development of Psychotherapists Common Core Questionnaire*. Se recomiendan diseños de investigación que evalúen no sólo la relación terapeuta y resultado, sino en función de la técnica aplicada, el tipo de patología que presenta el paciente, el dispositivo (individual, grupal) y la duración de la terapia.

Palabras claves: Proceso terapéutico – Resultados terapéuticos – Formación – Factores de cambio.

Current Status of the Research on the Therapist in Psychotherapy

The purpose of this review is to present an introduction to the study of the therapist in psychotherapy, from its antecedents to a more current vision. A systematic review was carried out to investigate the following aspects: the role of the therapist in the explanation of outcomes, current research designs, and specific assessment techniques. The results differ as to whether the therapist's variables, the specific techniques or the therapeutic alliance are the factors that best explain the outcomes in psychotherapy. Among the therapist's variables, those indicated as favorable to change are: empathy, flexibility, ability to establish a working alliance and to effectively apply a specific technique, attachment patterns, multicultural competence, training, experience, respect for the patient, optimism, sense of humor, self-questioning ability, interpersonal skills and therapeutic style. The most commonly used evaluation tool is *The Development of Psychotherapists Common Core Questionnaire*. Research designs are recommended to assess not only the relation therapist - outcome, but also the technique applied, the type of pathology presented by the patient, the device (individual, group) and the duration of therapy.

Keywords: Therapeutic Process – Therapeutic Outcome – Training – Factors of Change.

CORRESPONDENCIA
Lic. Leandro Martín Casari.
Av. Dr. Ruiz Leal s/n.

Parque General San Martín,
5500. Mendoza,
R. Argentina;

lmcasari@mendoza-conicet.gov.ar

Introducción

Opazo [46, 47] en su modelo integrativo supraparadigmático, postuló que el cambio en psicoterapia se produce por la acción de fuerzas de cambio específicas e inespecíficas. Las primeras, responderían estrictamente a variables técnicas (tipo de tratamiento empleado); es lo que más se ha estudiado en relación al resultado, de allí la tradición de los tratamientos psicológicos eficaces. Mientras que las segundas variables, aunque también aportan en una dirección significativa hacia el cambio en psicoterapia, sin embargo las complejidades metodológicas para aislarlas en los estudios de resultado hace que sean denominadas «inespecíficas» y se agrupan en variables del paciente, terapeuta y relación terapéutica [21, 24, 56, 62]. En cambio, la tradición de los factores comunes (iniciada formalmente por Frank, [22]), identificó más detalladamente cuáles eran esos elementos compartidos por las diversas formas de psicoterapia y que explicarían el supuesto empate a nivel de eficacia, conocido como *Dodo Bird Verdict*. Allí se mencionaban aspectos que serían parte de las distintas variables inespecíficas, incluidas las del terapeuta (por ej., el compromiso del terapeuta en el proceso, cualidades rogerianas) [35]. Es en ese marco de factores inespecíficos o comunes, de acuerdo a la postura de diferentes autores, que se engloba el estudio de las variables del terapeuta dentro de la psicoterapia.

El propósito de este artículo fue realizar una revisión del estudio del terapeuta en psicoterapia, desde sus antecedentes hasta una visión actual para indagar el papel del terapeuta en la explicación de resultados, los diseños de investigación actuales y los instrumentos de evaluación específicos.

Estrategia de búsqueda

Se realizó una búsqueda con las siguientes palabras claves en idioma español e inglés: psicoterapia, psicoterapeuta, alianza terapéutica, resultados terapéuticos, proceso terapéutico, investigación en psicoterapia, en las bases de datos PubMed, Apa Psycnet, Scielo, Redalyc, Science Direct, Dialnet, Academic Search Complete, Fuente Académica Premier, Medline, Psychology y Behavioral Sciences Collection. El rastreo fue realizado en el mes de octubre de 2016. Se excluyeron

artículos que no informaran su metodología, ensayos, y cartas al editor. Por otro lado, se priorizaron revisiones y metaanálisis que informaran los efectos del terapeuta sobre la alianza terapéutica y el resultado.

Desarrollo

Desde los inicios, en las diferentes escuelas de psicoterapia se enfatizaron las técnicas terapéuticas por sobre la relación terapéutica, siendo el terapeuta intercambiable de algún modo, porque se limitaba en su rol a la ejecución de ciertas técnicas. Es decir, no se cuestionaba su influencia sobre los resultados [42].

Garfield [23] propone dos explicaciones que justifican el énfasis de la investigación en psicoterapia sobre los resultados, y no sobre el terapeuta. La primera se debe al empeño teórico que caracterizó a las escuelas de psicología clásicas (como el psicoanálisis) y a su interés en diferenciarse de las demás en su modo de concepción del psiquismo y del abordaje técnico. Esto hizo que, ante la pluralidad creciente de enfoques teóricos [32], se priorizara la evaluación de resultados, con el objeto de demostrar cuál forma de psicoterapia era la mejor [39]. La segunda explicación que ofrece pone el acento en la protección del terapeuta ya que el resultado de la evaluación puede perjudicar su carrera profesional.

Hace unos años Lambert [35] decía: «las contribuciones específicas del terapeuta al resultado en el cliente han sido una larga preocupación de la investigación en psicoterapia y son ampliamente aceptadas como importantes en la práctica clínica» (p. 196, la traducción nos pertenece). El autor cita estudios significativos que atribuyen las diferencias en los resultados en parte, al terapeuta. A pesar del intento por controlar esta variable, a través del entrenamiento y monitoreo del profesional, sin embargo por aplicar un tratamiento manualizado, en muchos estudios las diferencias surgían de todos modos. Es por ello que se debe evaluar también las variables de los terapeutas en los estudios de resultados, especialmente su habilidad y cualidades personales como empatía y flexibilidad. Lambert [35] concluye que quizás sea un error poner tanto énfasis en el estudio de las técnicas específicas a expensas de evaluar la persona

del terapeuta y su interacción con la técnica, como también con las características del paciente. Según este autor, los diseños de investigación deben enfocarse en la siguiente interacción: terapeuta–técnica–paciente. De este modo, se demostrará que una técnica puede ser eficaz dependiendo del tipo de terapeuta y paciente. Y agrega que, así como existen tratamientos con apoyo empírico, deberían investigarse a los terapeutas empíricamente eficaces, ya que ciertos estudios demuestran que existen terapeutas más eficaces que otros [3].

Hoy existe un consenso en que los programas de entrenamiento en psicoterapia se asientan sobre tres pilares: conocimiento teórico, entrenamiento y práctica supervisada. Sin embargo, es poco lo que sabemos sobre los principios por los cuales las personas cambian, y cuáles son los factores del terapeuta que pueden influir en el mismo [27, 54].

En las ediciones anteriores del *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, uno de los manuales más importantes de psicoterapia [58], las variables del terapeuta se agruparon en cuatro cuadrantes: 1) rasgos observables (como edad, sexo), 2) estados observables (ej.: entrenamiento y experiencia), 3) rasgos inferidos (ej.: estilo de personalidad, valores, actitudes, bienestar personal), 4) estados inferidos (ej.: relación terapéutica, adherencia a una técnica específica) [5, 6]. Los autores concluían que los resultados de los primeros tres cuadrantes no eran consistentes, pero que los del último sí. Es decir que la capacidad del terapeuta para establecer una alianza de trabajo y aplicar de modo eficaz una técnica específica, serían variables que indudablemente están relacionadas al resultado [3].

Una clasificación alternativa es dada por Orlinsky, Rønnestad y Willutzki [49]. Los autores proponen distinguir entre variables del terapeuta pre-tratamiento o variables de proceso. Las primeras son las características pre existentes del profesional, como por ejemplo variables demográficas, personalidad, orientación teórica. Mientras que las llamadas variables de proceso, son todas las acciones y experiencias que se manifiestan en el terapeuta en el contexto de la psicoterapia, y en

la interacción entre los participantes.

Anteriormente, y quizás aún hoy entre los terapeutas que no están familiarizados con el panorama de la investigación en psicoterapia, la forma de identificar a un terapeuta exitoso era por su experiencia clínica, que los dotaba de cierto prestigio en la comunidad, asimilando que a mayor trayectoria mejor capacidad. Pero en realidad, la principal forma de saber si el terapeuta está siendo de algún modo eficaz es a través de la evaluación de resultados, en este caso desde la perspectiva del paciente. Así surgieron diversas medidas de resultados, entre ellas el *Outcome Questionnaire* [34], como uno de los más utilizados en diferentes países [38], porque evalúa las diferencias que se van produciendo a nivel sintomático en el paciente con el transcurrir de las sesiones [35].

Por ejemplo, Okiishi, Lambert, Nielsen y Ogles [44] calcularon el efecto del terapeuta utilizando dicho instrumento, en un estudio naturalístico a gran escala en el que participaron más de 1800 pacientes tratados por 91 terapeutas, durante un periodo promedio de 2.5 años. Encontraron diferencias significativas en los resultados: algunos terapeutas producían mejoras sintomáticas mientras que otros tendían a mantener la estabilidad del paciente o podían empeorar los síntomas. Sin embargo, no se trata simplemente de medir sesión a sesión la evolución del paciente (que de por sí es bastante complejo), sino de comparar resultados: entre el mismo terapeuta con diferentes pacientes, y luego promediar los resultados de un terapeuta con los otros terapeutas. Entonces, la forma de saber si tanto la variable del terapeuta y las dimensiones que lo integran, son de algún modo indicadores de buenos resultados, es estableciendo relaciones estadísticas entre las mismas. Es decir, por ejemplo, si una variable x (como el sexo del terapeuta) está relacionada a cierto porcentaje de éxito terapéutico. Heinonen [27] agrega a esta pregunta, que estas cualidades del terapeuta son beneficiosas dependiendo del dispositivo y duración de la terapia. Por ejemplo, Heinonen, Lindfors, Laaksonen y Knekt [25] encontraron que en terapias de duración breves, los terapeutas que eran activos, extravertidos y comprometidos lograban reducciones

sintomáticas más veloces en sus pacientes en terapias de corta duración; y aquellos profesionales que se definían como más cautelosos y no intrusivos, obtenían mejores resultados en terapias de larga duración. Es por ello que Baldwin e Imel [3] expresan ante las complejidades metodológicas de esta área de estudios, que «la literatura sobre los efectos del terapeuta es pequeña y está en muchas formas en su infancia, especialmente en comparación con la literatura sobre los tratamientos específicos» (p. 260, la traducción nos pertenece).

Otra forma de saber si una variable del terapeuta es de algún modo eficaz, es indagando de forma indirecta este problema, es decir, sabiendo que la alianza terapéutica es un predictor del resultado se intenta conocer qué variables del terapeuta están relacionadas a la misma [27].

Baldwin e Imel [3] realizaron un meta análisis para indagar el efecto del terapeuta sobre el resultado, medido de forma global (no por subdimensiones, como empatía, orientación teórica, entrenamiento, etc.). De cada estudio computaron el número de terapeutas, la cantidad de pacientes por terapeuta (y la patología de los pacientes), el tratamiento aplicado, resultados obtenidos y la comparación entre terapeutas. Y como medida del tamaño del efecto se calculó la correlación interclase, calculando la varianza del resultado asociada al terapeuta y la varianza residual en el resultado. De este modo, este índice informa la proporción de la varianza del resultado que es producida por el terapeuta. En total se evaluaron 45 estudios experimentales. Como resultado encontraron que alrededor del 5% de la varianza, se debía al efecto del terapeuta (en promedio, ya que había estudios que no reportaban efectos y otros que lo atribuían hasta en un 33 %). Y expresan que es buen número para la investigación en psicoterapia, prácticamente el mismo que se atribuye a la alianza terapéutica, aunque otros autores refieren porcentajes mayores (6–8 %) [15, 30].

Sobre este punto, diversos autores señalan que es la alianza terapéutica el factor que mayor peso tiene sobre los resultados [16, 43], mientras que para otros es la persona

del terapeuta el responsable de la mayor varianza del terapeuta [42]. Una tercera postura más integradora, podría ser que la variabilidad del terapeuta en construir y mantener la alianza (no la perspectiva del paciente, sino del profesional), es predictora de resultados [2, 15].

Un estudio reciente, encontró que así como el terapeuta tiene un efecto significativo en la explicación de los resultados, también es en parte responsable del abandono terapéutico. Zimmermann [64] realizó una investigación a gran escala en un contexto naturalístico donde participaron más de 1000 pacientes, tratados por 58 terapeutas. Los análisis arrojaron que la tasa de abandono era en promedio de 33 %. El autor concluye que un factor importante relacionado al abandono, estaría dado por la percepción de incompetencia o carencia de empatía que el paciente se forma de manera temprana sobre el terapeuta.

Otro punto importante, es que más allá del efecto global del terapeuta, en los diversos estudios se encontró una amplia variabilidad dentro del mismo terapeuta [3]. Por ejemplo, en el estudio de Okiishi *et al.* [44] se observaba que aun los mejores terapeutas (el 10 % que obtuvo los resultados superiores), registraban pacientes con distintos resultados, incluso la mitad sin cambios significativos. Entonces, Baldwin e Imel [3] proponen que no sólo se estudie porque algunos terapeutas son mejores que otros, en términos de habilidades, rasgos y cualidades [27], sino también porque tienden a obtener resultados diferenciales. A pesar de que la psicoterapia involucra escasos recursos tecnológicos (mayormente diálogo y técnicas conductuales), los mecanismos por los cuales sucede el cambio son bastante complejos y aún se debate cuáles son y cómo influyen. Y en ese conjunto de procedimientos que engloba la psicoterapia, es difícil intentar aislar variables como la figura del terapeuta, ya que la mayoría de los estudios de resultados fueron diseñados para intentar neutralizar su influencia.

Baldwin e Imel [3] proponen como alternativa trabajar con pacientes estandarizados. Ya que la complejidad metodológica surge muchas veces al comparar en los metaanálisis a pacientes con diferentes diagnósticos y

grados de severidad, por lo tanto no se puede saber si determinados terapeutas debieron lidiar con pacientes de mayor complejidad. Entonces, una alternativa es que se trabaje con actores entrenados como pacientes, algo similar a lo que se intentó hacer en *Three Approaches to Psychotherapy*, cuando una mujer llamada Gloria tuvo entrevistas con Carl Rogers, Fritz Perls, y Albert Ellis [57]. O bien realizar estudios sobre pacientes con características específicas, acerca de las habilidades necesarias del terapeuta relacionadas con los resultados, como por ejemplo en pacientes con fatiga crónica [11].

Por otro lado, también se ha indagado no sólo el rol de las variables profesionales del terapeuta, sino también aspectos de su personalidad. Por ejemplo, Heinonnen [27] menciona investigaciones donde patrones de apego desadaptativos tempranos del terapeuta influyen negativamente sobre la medida de alianza reportada por el profesional, pero no así con la evaluación de alianza reportada por el paciente. Un estudio reciente [54] se propuso hacer una revisión sistemática sobre las variables demográficas y profesionales del terapeuta que pueden influir en el resultado, en dispositivos de terapia no individuales (pareja, grupos y familia). Como resultado se encontró que la evidencia es contradictoria sobre el efecto de la edad, raza y sexo, pero sí existe consenso sobre la importancia de la igualdad étnica para el resultado especialmente en terapias familiares para adolescentes con adicciones, en algunas minoridades étnicas. Se cree que compartir el mismo bagaje cultural es un elemento importante, y también lo es el desarrollo de competencias multiculturales. Sobre este punto, Bagladi [1] expresa que es más bien en la interacción de variables del terapeuta y cliente que se producen los resultados significativos, más que por actuar de forma separada, apoyando de esta forma la idea de que una variable del terapeuta en combinación con otra del paciente son potenciadores de cambio.

Mientras que en relación a variables profesionales, el entrenamiento es definitivamente una variable que influye positivamente, en cambio es más complejo identificar el rol que desempeña la experiencia del terapeuta; se

cree que la misma ayuda al terapeuta en su capacidad empática, lo cual mejora la alianza terapéutica y por ende el resultado.

En síntesis, los autores expresan: «la investigación futura necesita considerar la enorme complejidad de la persona del terapeuta y la multiplicidad de aspectos que éste trae a la terapia con un impacto potencial sobre el resultado (personalidad, educación, terapia personal, etc.)» [54] (p. 154, la traducción nos pertenece).

En relación a este punto, Heinonnen [27] comenta que tanto las características de personalidad, como las variables del profesional tienen influencia sobre los resultados. Y esto se debe a que la naturaleza misma de la psicoterapia puede entenderse como una actividad conducida por un experto que domina ciertas habilidades y técnicas, pero es simultáneamente una relación humana que incluye por ende, cualquier elemento de la misma, aunque se de en el marco de un contexto profesional con ciertas reglas éticas. Por ejemplo, en relación a la alianza terapéutica, parece ser que los problemas interpersonales (actuales y anteriores) del profesional afectan a la misma en forma negativa, al igual que una actitud muy distante del profesional. Sin embargo también se recomienda que cuando se esté evaluando la alianza terapéutica, se considere la perspectiva de ambos participantes ya que puede haber discrepancias o sesgos [25, 42], y porque además es sólo la perspectiva del terapeuta la que estaría relacionada al resultado, no la alianza reportada por el paciente, aunque aún no podamos comprender cómo ocurre este proceso [15]. Por ello es que se conjetura que quizás se esté subestimando el peso de la alianza terapéutica en el resultado, ya que al haber considerado en estudios previos la perspectiva del paciente, esto pueda influir en valores más bajos de explicación [13].

En tanto que otros autores sostienen que a nivel de las variables del profesional que influyen en la alianza terapéutica, es mayor la influencia de variables personales del terapeuta (como sus relaciones personales, apoyo social, estilo de apego, inteligencia emocional) que sus aspectos profesionales, como por ejemplo la profesión

(médico, psicólogo, etc.) [31, 37, 63]. Aparentemente puede ocurrir que el terapeuta termine comunicando características de su modo de vincularse en sus relaciones y que replique de algún modo esta modalidad con su paciente [42]. Éste último autor agrega: «aunque son profesionales, es difícil para los terapeutas dejar sus experiencias personales de vida atrás cuando están en su consultorio» [42] (p. 492, la traducción nos pertenece).

Y en relación a estos puntos, la forma en que se establece la alianza terapéutica también varía en función del enfoque teórico del terapeuta. Se ha encontrado que los terapeutas que adscriben a determinados modelos teóricos desarrollan modalidades específicas de establecer la relación terapéutica, y a su vez, la inclinación por ciertas corrientes teóricas está relacionada con aspectos de la personalidad del profesional, como su visión del psiquismo humano y del cambio [9, 26].

Otra línea de investigación, intenta aislar más específicamente componentes que hacen eficaz a un terapeuta. Entre las características del terapeuta asociadas de forma positiva con los resultados estarían incluidas su calidez, empatía, respeto por el paciente, ciertas conductas no verbales, optimismo, sentido del humor, capacidad de auto cuestionarse, habilidades interpersonales y estilo terapéutico [28, 29]. Mientras que según Nissen-Lie *et al.* [42] las variables del terapeuta que aparentemente no están relacionadas, serían su nivel de experiencia, entrenamiento y orientación teórica.

Como se mencionó anteriormente, también se encuentra evidencias de que aún siendo los terapeutas profesionales brindando ayuda, sus características personales pueden llegar a ser más importantes, algo sugerido tempranamente por Rosenweig [53] y Rogers [52]. Entre algunas de las características mencionadas (y no necesariamente relacionadas al resultado), se encuentran: *Burnout* y satisfacción con el trabajo, el efecto de hacer terapia personal, motivaciones para volverse terapeuta, y desarrollo personal [42].

Algunos autores sostienen que es la empatía del terapeuta el mejor predictor del resultado

en psicoterapia, dando cuenta en meta análisis de hasta un 9 % de la varianza, siendo igual o superior a aquel que se le atribuye a la alianza terapéutica, y mayor al de técnicas específicas (entre un 1 y 8 %) [17]. Pero aunque se sabe el rol positivo que desempeña la misma en la alianza terapéutica, aún se debate el modo en que modera el cambio [61].

Para ello Watson *et al.* [61] realizaron un complejo estudio clínico, donde aleatoriamente distribuyeron a 55 personas que padecían depresión a dos formatos de terapia durante 16 semanas: cognitivo conductual y terapia focalizada en la emoción. En el estudio participaron 15 terapeutas que aplicaron formatos estandarizados de cada modalidad terapéutica. Y se emplearon diversas medidas de evaluación, como cuestionarios de empatía percibida del terapeuta, estilos de apego, severidad sintomática, alianza terapéutica, etc. Se encontró una relación significativa entre la percepción de empatía del terapeuta y los resultados. Fue llamativo que se obtuviera mejores resultados a partir de la empatía del profesional, con clientes cuyos estilos de apego era más inseguro, sugiriendo que esta modalidad de apego se beneficiaría más con terapeutas más empáticos. Los autores reflexionan que los clientes al tratar con un terapeuta contenedor y que brinda aceptación, son estimulados a revisar ciertos patrones de apego y formas de comportarse, que redundan los resultados.

Retomando la primera clasificación dada por Beutler *et al.* [6] entre rasgos y estados observables e inferidos, y sabiendo que quizás los aspectos más importantes estén dentro de éstos últimos, Heinonen [27] menciona cuáles son los principales instrumentos que se han utilizado en la literatura para evaluar dichas dimensiones en terapeutas más allá de su orientación teórica. De este modo encontramos medidas para evaluar la personalidad del terapeuta, sus cualidades en la relación terapéutica y su filosofía o epistemología de conocimiento.

El primer instrumento que menciona el autor, es *The Therapist Characteristics Rating Scale* (TCRS) [33] que evalúa las características de personalidad del terapeuta. Fue

diseñado para intentar discriminar rasgos de personalidad propios de terapeutas de cada orientación teórica. La misma propone una estructura de tres escalas que evalúan características orientadas al *insight* (empatía, autoconocimiento), a la acción (optimismo, actividad) y características de autoridad (agresividad, suspicacia). Dicha escala fue validada utilizando una pequeña muestra (64 terapeutas de Israel) encontrando buenas propiedades psicométricas y relaciones significativas según las orientaciones teóricas. Sin embargo no fue utilizada para predecir resultados sobre la alianza terapéutica o resultados.

Seguidamente, estaría el Cuestionario estilo personal del terapeuta [19] (EPT-C), el cual evalúa cinco funciones relacionadas a la forma en que el terapeuta actúa en sesión, las cuales pueden agruparse en funciones técnicas, vinculares y de compromiso [10]. El instrumento fue diseñado en el año 1998, y el último estudio psicométrico arrojó valores adecuados en el análisis factorial confirmatorio con una muestra de 400 terapeutas de Argentina [10]. A su vez, el EPT-C ha sido aplicado en diversos países [12, 14, 18, 36, 40, 51, 59] y se han encontrado asociaciones con la alianza terapéutica [7, 8, 12, 36, 41].

A continuación, encontramos *The Therapist Attitudes Scales TASC-2* [55] que evalúa las actitudes terapéuticas, en forma de nueve escalas que describen las creencias acerca de los factores curativos en psicoterapia (si los pacientes mejoran a través de la solución de problemas, por mayor autoconocimiento, debido a la amabilidad del terapeuta), suposiciones acerca de la naturaleza de la psicoterapia y de la mente humana (terapia como un arte o una ciencia, creencias acerca de la racionalidad humana) y sobre la manera de ejecutar la psicoterapia en general (actitud más de apoyo, neutral o interpretativa). Esta escala fue desarrollada con una muestra de 227 terapeutas de Suecia obteniendo buenos indicadores de confiabilidad. Se encontró que las actitudes correlacionaban significativamente con las orientaciones teóricas de los terapeutas y algunas funcionaban como predictores de resultados en terapias de larga duración psicodinámicas y psicoanalíticas.

Seguidamente, Heinonnen [27] desarrolla otro instrumento, que quizás sea el más utilizado a nivel mundial: *The Development of Psychotherapists Common Core Questionnaire* (DPCCQ) [48, 50]. Dicha prueba es un extenso cuestionario que indaga aspectos profesionales y personales del terapeuta medidos en 40 escalas con adecuadas propiedades psicométricas. Además de ser un instrumento de enfoque más amplio que los anteriores tres, en su construcción se trabajó con una base de datos más numerosa (4000 terapeutas) de 14 países diferentes. Actualmente hay datos de que él mismo se está utilizando con alrededor de 10.000 terapeutas de 30 países.

Empleando este último instrumento, los autores encontraron que un factor que indaga las dudas sobre la eficacia del profesional estaba relacionado positivamente con la alianza terapéutica y con mejores niveles de relaciones interpersonales en el paciente; y que otra dimensión que refleja las emociones negativas y baja empatía hacia los pacientes, también estaba vinculado con descensos en la alianza terapéutica y aumentos de los niveles en el estrés interpersonal del paciente [50].

Conclusión

El debate de otras décadas sobre factores específicos e inespecíficos en psicoterapia, parece continuar (sólo que con mayor rigor metodológico), en la forma de la discusión acerca de por qué cambian las personas en tratamiento psicológico y cuánto aporta cada actor implicado [60]. En ese contexto, el estudio de las variables del terapeuta aún se encuentra con múltiples desafíos y es un tópico de discusión cuya importancia sobre los resultados se continúa analizando.

Algo que merece recordarse es que si bien los metaanálisis son la herramienta metodológica de mayor evidencia científica, también están sujetos a sesgos: de acuerdo al criterio de selección e inclusión de estudios primarios, la tendencia a que estudios con pequeño o nulo efecto no sean publicados, la mezcla en el análisis de estudios con diferente grado de rigurosidad metodológica, y la combinación de artículos que investigan distintos grados del fenómeno [4, 35]. Ello explica por qué diferentes metaanálisis arrojan resulta-

dos dispares, con respecto a qué factores posee mayor peso explicativo sobre el cambio en psicoterapia.

Entonces, quizás no sea primordial saber cuál es el mejor predictor de resultados en psicoterapia en términos numéricos empleando metaanálisis. Sino trabajar en mejorar los diseños metodológicos, como propusieron anteriormente otros autores [3, 27, 35]. Diseños donde se evalúe la interacción entre la figura del terapeuta, un tipo de paciente, aplicando cierta técnica y en el marco de un tratamiento de duración pre-establecida. Se necesita avanzar en la especificidad y homogeneidad de las investigaciones. Y a la vez considerar múltiples perspectivas y metodologías, por ejemplo los estudios cualitativos

cuentan con las herramientas necesarias para explorar qué ocurre en detalle en la psicoterapia y analizar los eventos de cambio significativos [27, 45].

En tanto que si se desea evaluar únicamente variables del terapeuta, aparentemente hay dos que estarían indudablemente conectadas al resultado: su capacidad empática y su habilidad para establecer la alianza terapéutica.

Sólo con un amplio volumen de investigaciones, podremos diseñar programas de entrenamiento basados en la integración de tratamientos psicológicos eficaces y habilidades terapéuticas, con la meta de acercarnos cada vez más a una psicoterapia científica [20].

Referencias

1. Bagladi V. Investigación en el enfoque integrativo supraparadigmático. *AcPI*. 2010; (2):142-75.
2. Baldwin SA., Wampold B, Imel ZE. Untangling the alliance–outcome correlation: Exploring the relative importance of therapist and patient variability in the alliance. *J Consult Clin*. 2007; 75 (6):842-52. doi:10.1037/0022-006X.75.6.842
3. Baldwin SA, Imel ZE. Therapist effects: findings and methods. En Lambert M, editor. *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. 6th Ed. New Jersey: Wiley; 2013. p. 258-96.
4. Basler HD, Medrano LA. Criterios para la evaluación de estudios de evidencia. En Medrano LA, comp. *Prácticas en salud basadas en evidencia*. Córdoba: Brujas; 2011. p. 45-62.
5. Beutler LE, Machado PPP, Neufeldt S. Therapist variables. En Garfield SL, Bergin AE, editors. *Handbook of psychotherapy and behavior change*. 4th Ed. New York: Wiley; 1994. p. 259-69.
6. Beutler LE, Malik M, Alimohamed S, Harwood TM, Talebi H, Noble S, et al. Therapist variables. En Lambert MJ, editor. *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*. 5th Ed. New Jersey: Wiley; 2004. p. 227-306.
7. Botella L, Corbella S. Interacción entre el estilo personal del terapeuta y el estilo personal del paciente. 37th International Annual Meeting of the Society for Psychotherapy Research; 2006; Edinburgh, Escocia, Reino Unido.
8. Botella L, Corbella S, Belles L. Therapist's Style, Client Personality, and the Resolution of Impasses in the Therapeutic Alliance. 37th International Annual Meeting of the Society for Psychotherapy Research; 2006; Edinburgh, Escocia, Reino Unido.
9. Cariaga ML, Casari LM. La incidencia de rasgos de personalidad en estudiantes avanzados en Psicología hacia la elección de una línea teórica. *Revista Psicogente* [en línea]. 2014 [citado 12 de mayo de 2017]; 17(32):379-96. Disponible en <http://publicaciones.unisimonbolivar.edu.co/rdigital/ojs/index.php/psicogente/article/view/16/16>
10. Castañeiras C, Ledesma R, García F, Fernández-Álvarez, H. Evaluación del estilo personal del terapeuta: presentación de una versión abreviada del Cuestionario EPT-C. *Terapia Psicológica* [en línea]. 2008; [citado 12 de mayo de 2017]; 26 (1): 5-13. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082008000100001>
11. Cella M, Stahl D, Reme SE, Chalder T. Therapist effects in routine psychotherapy practice: An account from chronic fatigue syndrome. *Psychother Res*. 2011; 21(2): 168-78. doi: 10.1080/10503307.2010.535571
12. Corbella S, Fernández-Álvarez H, Botella L, García F, Lo Bianco J, Canizzarro A. Compatibility Between Therapist's Personal Style and Patient's Personality. 38th Annual Meeting of Society for Psychotherapy Research. Madison, Wisconsin: Estados Unidos; 2007.

13. Crits-Christoph P, Connolly MB, Hamilton J, Ring-Kutz S, Gallop R. The dependability of Alliance Assessments: The Alliance-Outcome correlation is Larger than you might think. *J Consult Clin Psychol*. 2011; 79 (3):267-78. doi:10.1037/a0023668.
14. Da Silva M, Tellet M, Fernández-Álvarez H, García F. Estilo pessoal do terapeuta: Dados preliminares da versão brasileira do EPT-Q. *Revista Psico*. 2006; 37 (3):241-7.
15. Del Re AC, Flückiger C, Horvath AO, Symonds D, Wampold BE. Therapist effects in the therapeutic alliance–outcome relationship: A restricted-maximum likelihood meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2012; 32(7):642-9. doi:10.1016/j.cpr.2012.07.002
16. Duncan BL, Miller SD, Wampold BE, Hubble MA. The heart and soul of change: Delivering what works in therapy. 2nd Ed. Washington: American Psychological Association; 2010.
17. Elliot R, Bohart AC, Watson JC, Greenberg LS. Empathy. En Norcross JC, editor. *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness*. Oxford University Press; 2011. p. 132-51.
18. Estrada B. Correlaciones entre estilo personal del terapeuta y escalas clínicas del MMPI-II. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*. 2014; 23 (2):153-62.
19. Fernández-Álvarez H, García F, Lo Bianco J, Santoma SC. Assessment questionnaire on the personal style of the therapist PST-Q. *Clin Psychol Psychother*. 2003; 10:116-25. doi: 10.1002/cpp.358.
20. Fernández-Álvarez H, Gómez B, García F. Bridging the gap between research and practice in a clinical and training network: Aigle's Program. *Psychother Res*. 2015; 25(1):84-94. doi: 10.1080/10503307.2013.856047
21. Francés A, Sweeney J, Clarkin J. Do Psychotherapies have Specific Effects? *Am J Psychother*. 1985; 39 (2):51-63. PMID: 4014518.
22. Frank J. *Persuasion and Ealing. A comparative study of psychotherapy*. Baltimore: John Hopkins University Press; 1961.
23. Garfield S. The therapist as neglected variable in psychotherapy research. *Clin Psychol Sci Pract*. 1997; 4(1): 40-3. doi: 10.1111/j.1468-2850.1997.tb00097.x
24. Garfield S. Evaluating the Psychotherapies. *Behav Ther*. 1981; 12 (3): 295-307. doi: 10.1016/S0005-7894(81)80119-0
25. Heinonen E, Lindfors O, Laaksonen MA, Knekt P. Therapists' professional and personal characteristics as predictors of outcome in short-and long-term psychotherapy. *J Affect Disord*. 2012; 138(3):301-12. doi:10.1016/j.jad.2012.01.023.
26. Heinonen E, Orlinsky DE. Psychotherapists' personal identities, theoretical orientations, and professional relationships: Elective affinity and role adjustment as modes of congruence. *Psychother Res*. 2013; 23(6): 718-31. <http://dx.doi.org/10.1080/10503307.2013.814926>.
27. Heinonen E. Therapists' professional and personal characteristics as predictors of working alliance and outcome in psychotherapy [PhD Thesis]. University of Helsinki; 2014.
28. Hill CE, Lambert MJ. Methodological issues in studying psychotherapy processes and outcomes. In Lambert MJ, Ed., *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*. 5th Ed. New York: Wiley; 2004. p. 84-135.
29. Holdsworth E, Bowen E, Brown S, Howat D. Client engagement in psychotherapeutic treatment and associations with client characteristics, therapist characteristics, and treatment factors. *Clin Psychol Rev*. 2014; 34(5): 428-50. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2014.06.004>
30. Horvath AO, Del Re AC, Flückiger C, Symonds D (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy (Chic)*. 2011; 48(1):9-16. doi: 10.1037/a0022186.
31. Kaplowitz MJ, Safran JD, Muran CJ. Impact of therapist emotional intelligence on psychotherapy. *J Nerv Ment Dis*. 2011; 199(2): 74-84. doi: 10.1097/NMD.0b013e3182083efb.
32. Karazu TB. The specificity versus nonspecificity dilemma: Toward identifying therapeutic change agents. *Am J Psychiatry*. 1986; 143(6): 687-95. doi: 10.1176/ajp.143.6.687.
33. Keinan G, Almagor M, Ben-Porath YS. A reevaluation of the relationship between psychotherapeutic orientation and perceived personality characteristics. *Psychother Theor Res Pract Train*. 1989; 26 (2):218-26. <http://dx.doi.org/10.1037/h0085422>
34. Lambert MJ, Burlingame GM, Umphress V, Hansen NB, Vermeersch DA., Clouse GC. et al. The reliability and validity of the Outcome Questionnaire. *Clin Psychol Psychother*. 1996; 3(4): 249-58. doi: 10.1002/(SICI)1099-0879(199612)3:4<249::AID-CPP106>3.0.CO;2-S.
35. Lambert M. The efficacy and the effectiveness of psychotherapy. In Lambert MJ, Ed., *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy*

- and Behavior Change. 6th Ed. New Jersey, EE.UU: Wiley; 2013. p. 169 - 217.
36. Lee JA, Neimeyer GJ, Rice KG. The Relationship between Therapist Epistemology, Therapy Style, Working Alliance, and Interventions Use. *Am J Psychother*. 2013; 67 (4):323-45.
 37. Lorentzen S, Rønnestad MH, Orlinsky D. Sources of influence on the professional development of psychologists and psychiatrists in Norway and Germany. *European Journal of Psychotherapy, Counselling & Health*. 2011; 13(2): 141-52. Doi: 10.1080/13642537.2011.570016
 38. Margni AG, Molina MF, Sartori N, Rebull ME, Vázquez L. Estudio descriptivo de resultados de tratamientos psicoterapéuticos en contexto natural en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*. 2012 [citado 12 de mayo de 2017]; 21(1):15-24. Disponible en <http://www.redalyc.org/pdf/2819/281925884008.pdf>
 39. Martínez-Núñez V, Primero G, Moriana JA. La psicoterapia y el tratamiento psicológico basado en la evidencia. Alcances y limitaciones asociadas a su práctica. En Medrano LA, comp. *Prácticas en salud basadas en evidencia*. Córdoba: Brujas; 2011. p. 19-31.
 40. Moura de Carvalho H, Corbella S, Mena Matos P. Análisis Factorial Confirmatorio de la Versión Corta Portuguesa del Cuestionario del Estilo Personal del Terapeuta (EPT-C). *Revista Argentina de Clínica Psicológica*. 2011 [citado 12 de mayo de 2017]; 20 (1), 79-90. Disponible en <http://www.redalyc.org/pdf/2819/281921807007.pdf>
 41. Moya Cortés L. Influencia del Estilo Personal del Terapeuta en la calidad de la alianza. [Tesis de grado]. Universidad Pontificia Comillas de Madrid; 2015. Disponible en <https://repositorio.comillas.edu/xmlui/bitstream/handle/11531/1040/TFM000113.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 42. Nissen-Lie HA, Havik OE, Høglend PA, Monsen JT, Rønnestad MH. The contribution of the quality of therapists' personal lives to the development of the working alliance. *J Couns Psychol*. 2013; 60(4): 483 - 95. doi: 10.1037/a0033643.
 43. Norcross JC, Lambert MJ. Evidence-based therapy relationships. In Norcross JC, Ed, *Psychotherapy relationships that work: Empirically-based responsiveness*. 2nd Ed. New York, Oxford University Press; 2011. p. 3-21.
 44. Okiishi J, Lambert MJ, Nielsen SL, Ogles BM. Waiting for supershrink: An empirical analysis of therapist effects. *Clin Psychol & Psychother*. 2003; 10(6): 361-73. doi: 10.1002/cpp.383
 45. Olivera J, Braun M, Gómez Penedo, JM, Roussos A. A Qualitative Investigation of Former Clients' Perception of Change, Reasons for consultation, Therapeutic Relationship, and Termination. *Psychotherapy (Chic)*. 2013; 50 (4): 505-16. doi: 10.1037/a0033359.
 46. Opazo R. Fuerzas de cambio en psicoterapia. Un modelo integrativo. En Opazo R, Ed. *Integración en Psicoterapia*. Santiago de Chile: CECIDEP; 1992. p. 400-87.
 47. Opazo R. *Psicoterapia Integrativa. Una delimitación clínica*. Santiago de Chile: Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa; 2001.
 48. Orlinsky D, Ambühl H, Rønnestad MH, Davis J, Gerin P, Davis M. et al. Development of psychotherapists: concepts, questions, and methods of a collaborative international study. *Psychother Res*. 1999; 9 (2): 127-53.
 49. Orlinsky DE, Rønnestad MH, Willutzki U. Fifty years of psychotherapy process outcome research: Continuity and change. In Lambert MJ, Ed, Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change. 5th Ed. New York: Wiley; 2004, p. 307-93.
 50. Orlinsky DE, Rønnestad MH. How psychotherapists develop: A study of therapeutic work and professional growth. Washington DC: American Psychological Association; 2005.
 51. Quiñones A, Melipillán R, Ramírez P. Estudio Psicométrico del Cuestionario de Estilo Personal del Terapeuta (EPT-C) en Psicoterapeutas Acreditados en Chile. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*. 2010; 19 (3):273-81.
 52. Rogers CR. The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *J Consult Psychol*. 1957; 21(2): 95 - 103. <http://dx.doi.org/10.1037/h0045357>
 53. Rosenzweig S. Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *Am J Orthopsychiatry*. 1936; 6(3): 412-5. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1939-0025.1936.tb05248.x>
 54. Sánchez-Bahillo Á, Aragón-Alonso A, Sánchez-Bahillo M, Birtle J. Therapist characteristics that predict the outcome of multipatient psychotherapy: Systematic review of empirical studies. *J Psychiatr Res*. 2014; 53: 149-56. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychires.2014.01.016>

55. Sandell R, Carlsson J, Schubert J, Broberg J, Lazar A, Grant J. Therapist attitudes and patient outcomes: I. development and validation of the therapeutic attitudes scale (TASC-2). *Psychother Res.* 2004; 14 (4): 469-84. doi: 10.1093/ptr/kph039.
56. Santibáñez P, Román M, Lucero C, Espinoza A, Iribarra D, Muller P. Variables Inespecíficas en Psicoterapia. *Terapia Psicológica.* 2008; 26 (1): 89-98. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082008000100008>
57. Shostrom EL. Three approaches to psychotherapy [Film]. Orange Country, CA: Psychological Films; 1965.
58. Valdés N. Una revisión de Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change (6th Ed.). *Revista de Psicología de la Universidad de Chile.* 2014; 23(2):133-8. <http://dx.doi.org/10.5354/0719-0581.2014.36154>
59. Vides-Porras A, Grazioso M, García de la Cadena C. El Estilo Personal del Terapeuta Guatemalteco en el interior del país. *Revista Argentina de Clínica Psicológica.* 2012 [citado 16 de mayo de 2017]; 21 (1): 33-43. Disponible en <http://www.redalyc.org/pdf/2819/281925884004.pdf>
60. Wampold BE, Imel ZE. The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work. 2nd Ed. New York: Routledge; 2015.
61. Watson JC, Steckley PL, McMullen, EJ. The role of empathy in promoting change. *Psychother Res.* 2014; 24(3): 286-98. doi: 10.1080/10503307.2013.802823
62. Winkler M, Cáceres C, Fernández I, Sanhueza J. Factores inespecíficos de la psicoterapia y efectividad del proceso terapéutico: una sistematización. *Terapia Psicológica.* 1989 [citado 16 de mayo de 2017]; 11 (8): 34-40. Disponible en http://www.trustplacement.cl/publicaciones/tecnicos/1989_Winkleret_al_Factores_inespecif_de_la_psictpia.pdf
63. Wongpakaran T, Wongpakaran N. How the interpersonal and attachment styles of therapists impact upon the therapeutic alliance and therapeutic outcomes. *J Med Assoc Thai.* 2012; 95(12):1583-92.
64. Zimmermann D. *Therapist Effects on Attrition in Psychotherapy Outpatients.* Trier, Germany: Springer; 2014.