

# Alianza terapéutica, sintomatología y personalidad según la teoría de Cloninger: estudio preliminar

*Therapeutic alliance, symptoms and personality according to Cloninger's theory: preliminary study*

Marina López-Ruiz<sup>1</sup> y Joan Deus-Yela<sup>2</sup>

Recibido: 12/11/2013

Aceptado: 25/06/2014

## Resumen

**Antecedentes.** La definición más aceptada de alianza terapéutica, realizada por Bodrin, se caracteriza por acuerdo en los objetivos terapéuticos, asignación de tareas y desarrollo del vínculo terapeuta-paciente. Los instrumentos de evaluación más reconocidos son California Psychotherapy Alliance Scales, la Vanderbilt Therapeutic Alliance Scale y el Working Alliance Inventory. Numerosos estudios la relacionan con los resultados terapéuticos, variables del psicólogo y paciente y trastornos de personalidad. Apenas se han realizado investigaciones sobre personalidad normal. Este estudio pretende analizar la relación de la alianza terapéutica con la personalidad no patológica y la sintomatología clínica. **Método.** Se administró el Inventario de Alianza de Trabajo y Teoría del Cambio, Inventario de Temperamento y Carácter de Cloninger e Inventario de 90 Síntomas-Revisado a 31 participantes. **Resultados y Conclusiones.** El perfil de personalidad obtenido se relaciona con el nivel de alianza terapéutica. Todas las Dimensiones de Personalidad se relacionan con la alianza terapéutica. No se halló conexión entre la gravedad de la sintomatología presente al inicio de la terapia, aunque sí con alguna de las subescalas de síntomas. Esto resalta la importancia de la personalidad no patológica en cualquier proceso terapéutico, ya que este depende en gran medida de un correcto establecimiento de la alianza terapéutica.

**Palabras clave:** Alianza terapéutica. Personalidad. WATOCI. TCI-R.

<sup>1</sup>Psicóloga. Unitat Mòbil d'Intervenció Psicològica (UMIP). Facultat de Psicologia. Universitat Autònoma de Barcelona (UAB).

<sup>2</sup>Profesor titular. Departamento de Psicología Clínica. Universitat Autònoma de Barcelona (UAB).

**Correspondencia:** Dra. Marina López Ruiz  
Edifici B. Campus de la UAB  
Despacho B5-b 053  
08193 Bellaterra (Cerdanyola del Vallès)  
[marinalopezr@gmail.com](mailto:marinalopezr@gmail.com)

---

## Summary

**Background.** *Bordin's definition is the most accepted for the therapeutic alliance. He defined it as agreement on the goals of therapy, tasks and development of the bond between therapist and patient. The most recognized inventories for evaluation are California Psychotherapy Alliance Scales, Vanderbilt Therapeutic Alliance Scale and the Working Alliance Inventory. Many studies relate therapeutic alliance with clinical outcome variables and psychologist's and patient's variables, especially with personality disorders. There are few investigations about normal personality. This study analyzes the importance of the therapeutic alliance in relation to non-pathological personality traits as well as the clinical symptoms, at the onset of psychological intervention.* **Method.** *A sample of 31 participants who were administered the Working Alliance Inventory and Theory of Change, Temperament and Character Inventory of Cloninger and Symptom Checklist-90-Revised.* **Results and Conclusions.** *The results suggest that the personality profile obtained is related to the therapeutic alliance's level. In detail, all personality dimensions are related, more or less, to the therapeutic alliance. No connection was found between onset symptoms global severity, although it was found some connection with subscales of symptoms. This highlights the importance of non-pathological personality in any therapeutic process, as it depends heavily on proper establishment of the therapeutic alliance.*

**Key Words:** Therapeutic Alliance. personality. WAI. TCI-R.

El concepto de alianza terapéutica (AT) ha estado definido por diversas corrientes psicológicas y autores con el propósito de operativizarlo. Freud, en *The Dynamics of Transference* (1912, en Corbella y Botella, 2003), señalaba la importancia de la relación analista-paciente, que nombró transferencia. Zetzel (1956, en Corbella y Botella, 2003) diferenció los conceptos de transferencia y alianza, definiendo a esta última como la parte no neurótica de la relación. Rogers (2007) enfatizó en que en el proceso de alianza debían encontrarse presentes conductas dirigidas al cambio, aceptación incondicional y empatía.

Bordin (1979), uno de los autores más relevantes en AT, definió el concepto de modo que las principales corrientes psicológicas lo aceptaron. Partió del concepto psicoanalítico y extrajo las características básicas de diversas intervenciones psicológicas (objetivos de la terapia; asignación de tareas; desarrollo del vínculo). Luborsky (1976, en Horvath y Luborsky, 1993), otro autor notorio, consideró que esta tiene carácter dinámico y definió dos tipos de AT, tipo 1 y tipo 2. Corbella y Botella (2003), dos autores nacionales relevantes, la definen como una construcción conjunta entre paciente y terapeuta, donde expectativas, opiniones, trabajo conjunto, relación establecida y visión del otro resultan relevantes.

Los instrumentos de evaluación más utilizados y relevantes son las *California Psychotherapy Alliance Scales* (CALPAS), las *Penn Helping Alliance Scales*, el *Helping Alliance Questionnaire II*, la *Therapeutic Alliance Scale*, la *Vanderbilt Therapeutic Alliance Scale* (VTAS), el *Working Alliance Inventory* (WAI) y la *Integrative Psychotherapeutic Alliance* (Corbella y Botella, 2003). Elvins y Green (2008) consideran los instrumentos más exitosos el WAI, VTAS y la CALPAS. A raíz de su cuantificación, el número de publicaciones aumentó.

Se ha demostrado ampliamente la correlación significativa entre la AT y el nivel de mejora de la sintomatología en pacientes con diversas patologías (Barber, Connolly, Crits-Christoph, Gladis y Siqueland, 2000; Botella, Corbella *et al.*, 2008; Strunk, Brotman y DeRubeis, 2010). Se ha relacionado la alianza de trabajo (componente de la AT) (Horvath y Symonds, 1991) y el potencial predictivo (Howgego, Yelowlees, Owen, Meldrum y Dark, 2003), llegándose a considerar como el mejor predictor de los resultados terapéuticos (Horvath y Bedi, 2002, en Gómez 2010). Además, presenta valor terapéutico *per se* (Martin *et al.*, 2000), independientemente de la adherencia (métodos y técnicas) y la competencia terapéutica (habilidades) (Webb, DeRubeis y Barber, 2010).

Lambert (1992, en Gómez 2010) halló que la re-

lación terapéutica explica un 30 % de la mejoría del paciente (Webb *et al.*, 2010) y en otros estudios oscila entre el 36 % y el 57 % (Barber, Crits-Christoph y Luborsky, 1992, en Horvath y Luborsky, 1993; Gaston, Marmar, Thompson y Gallagher, 1991, en Corbella y Botella, 2003).

En la AT son importantes terapeuta y paciente. En cuanto al terapeuta, se han relacionado variables como la empatía, calidez (Bachelor y Horvath, 1999, en Corbella y Botella, 2003), experiencia (Dunkle y Friedlander, 1996, en Corbella y Botella, 2003) y habilidades sociales (Crowley, 2001, en Corbella y Botella, 2003) con una AT adecuada. Referente al paciente, la percepción de empatía, aceptación, consideración positiva y congruencia predicen los resultados terapéuticos (Watson y Geller, 2005, en Gómez 2010). Además, Crowley (2001, en Cobella y Botella, 2003) descubrió que la severidad de la sintomatología tiene un discreto impacto en la formación de la AT. Johansson y Jansson (2010) correlacionaron la puntuación total de AT, medida con el *Revised Helping Alliance Questionnaire*, con las puntuaciones del índice de sufrimiento psicológico (GSI) y las subescalas de síntomas, del Inventario Breve de Síntomas (Derogatis, 1993), versión reducida del Inventario de 90 Síntomas-Revisado (SCL-90-R de González *et al.*, 1989). En este estudio, se encontró que, en sesiones iniciales de la terapia, no había relación entre AT y GSI. Horvath y Luborsky (1993) constataron que algunas variables intrapersonales ( $r = ,30$ ) e interpersonales ( $r = ,32$ ) presentan índices de correlación similares en referencia a la AT. Algunas de las variables que dificultan la AT son la hostilidad y dominancia durante las sesiones (Kiesler y Watkins, 1989, en Muran, Segal, Wallner y Crawford, 1994).

Los estilos de afrontamiento como el Dependiente y trastornos de personalidad (TP) se relacionan negativamente con la AT (Muran *et al.*, 1994). Un nivel elevado de perfeccionismo, en pacientes depresivos, entorpece el desarrollo de la AT (Zuroff *et al.*, 2000). Constantino *et al.*, (2010) muestran que pacientes con respuestas más amistosas desarrollan una relación más fuerte que aquellos con respuestas más hostiles. Se ha relacionado la presencia de un TP con peor establecimiento de la AT, especialmente en los pacientes del *Cluster A* (Lingiardi, Filippucci y Baiocco, 2005).

En cuanto a la relación entre personalidad normal y AT, los estudios son escasos. Coleman (2006) analiza la AT en función de los Cinco Grandes y concluye que los factores de Extraversión, Amabilidad y Apertura predisponen a una mejor AT. Variables como el sexo, edad o estatus socioeconómico no se relacionan significativamente. En consecuencia, el trabajo actual pretende investigar la relación entre los rasgos de temperamento y de carácter que forman la personalidad, según el modelo de Cloninger, y el establecimiento de la AT, en el paciente. Además, relacionar la AT con la intensidad de la sintomatología clínica, presente al inicio de la terapia.

Con el presente estudio se pretende:

### Objetivo general

Indagar sobre el posible nexo conector entre la personalidad no patológica y la instauración de la AT entre terapeuta y paciente, y relacionar esta última con la gravedad de la sintomatología al inicio del tratamiento.

### Objetivos específicos

1. Analizar la relación entre el perfil temperamental (Pt) de personalidad (Apasionado, Aventurero, Sensitivo, Explosivo, Independiente, Metódico, Precavido y Fiable), resultante del TCI-R y el nivel de AT, medido a través del WATOCl.

2. Determinar si existe relación entre las Dimensiones del TCI-R, de Temperamento y de Carácter (Búsqueda de novedad, Evitación del riesgo, Dependencia a la recompensa, Persistencia, Auto-dirección, Cooperación y Transcendencia) y el nivel de AT, medido a través del WATOCl.

3. Evaluar la relación entre el nivel de AT, medido a través del WATOCl, y la sintomatología clínica y la gravedad del trastorno según el SCL-90-R.

Las hipótesis del estudio son:

1. Los Pt aventurero e independiente presentarán niveles inferiores de AT, respecto al resto de perfiles.

2. Los Pt metódico y evitativo obtendrán niveles superiores de AT, respecto al resto de perfiles.

3. Las personas con puntuaciones elevadas en las Dimensiones de Dependencia a la recompensa y Cooperación tendrán mayor nivel de AT.

4. Las personas con puntuaciones elevadas en las dimensiones de Evitación del riesgo y Autodirección obtendrán menor nivel de AT.

5. Las personas con mayor sufrimiento psicológico (GSI), al inicio del tratamiento, presentarán un nivel de AT superior.

## MÉTODO

### Participantes

El número inicial de participantes fue de 128 pacientes ambulatorios, que acudieron a un centro médico de la localidad de Mataró. Los criterios de inclusión/exclusión fueron ser menor de edad, presentar un estado psicopatológico, agitación y/o cuadro psicótico agudos. La muestra final de participantes es de 31 sujetos, 22 (71 %) mujeres, con edades comprendidas entre 18 y 52 años ( $\bar{x}$ =33,35;  $SD$ =± 9,6). La mayoría tienen un nivel académico de formación profesional (45,2 %), seguido por universitarios (29 %), bachillerato (12,9 %), estudios secundarios (9,7 %) y primarios (3,2 %). Fueron informados de las características del estudio y firmaron un consentimiento escrito donde se permitía el acceso a la información de cada una de las historias clínicas, instrumentos de evaluación y resultados. Se determinó que el 19,4 % no presentaba diagnóstico, el 38,7 % Trastorno de ansiedad, el 3,2 % de Trastorno del estado de ánimo, el 25,8 % de Trastorno adaptativo, el 9,7 % de Trastorno somatomorfo y el 3,2 % fue diagnosticado de Trastorno relacionado con sustancias. Los Pt obtenidos son: metódico (19,4 %), precavido (3,2 %), explosivo (35,5 %), sensitivo (25,8 %), apasionado (3,2 %), independiente (3,2 %), aventurero (6,5 %) y fiable (3,2 %).

### Instrumentos de evaluación

*WATOCI (Working Alliance Theory of Change Inventory)* (Corbella y Botella, 2004). Versión de lápiz y papel de la versión reducida del *Inventario de Alianza Terapéutica (WAI-S)* desarrollado originalmente por Horvath y Greenberg en 1989. Consta de 17 ítems con 7 opciones de respuestas tipo Likert (1=nunca; 2=muy pocas veces; 3=en ocasiones; 4=punto medio; 5=bastante a menudo; 6=casi siempre; 7=siempre). Se obtienen la puntuación total, la puntuación del WAI-S (corres-

pondiente a las 3 primeras subescalas) y puntuaciones de las 4 subescalas que lo forman: (1) vínculo (*bond*): lazo emocional y de confianza entre psicólogo y paciente; (2) objetivos (*goals*): acuerdo en referencia a los objetivos de la terapia psicológica; (3) tareas (*tasks*): acuerdo en las tareas necesarias para alcanzar los objetivos establecidos; (4) teoría del cambio (*theory of change*): acuerdo acerca del proceso de cambio, adjuntada por Duncan y Miller (1999, en Corbella y Botella, 2004). La versión española del WATOCI presenta una adecuada consistencia interna ( $\alpha$  de Cronbach=.93).

*SCL-90-R (Inventario de 90 Síntomas-Revisado)* (González *et al.*, 1989). Cuestionario auto-administrado con 90 ítems sobre síntomas psiquiátricos con 5 posibilidades de respuesta tipo Likert (0=nada; 1=un poco; 2=moderadamente; 3=bastante; 4=mucho) que se engloban en 9 subescalas: somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo. Es de aplicación rápida y sensible a los cambios de estado del paciente, además usa vocabulario simple, comprensible para personas con un nivel mínimo de comprensión lectora, cosa que aumenta la validez de la evaluación. Presenta buenos índices de fiabilidad test-retest y consistencia interna.

*TCI-R (Inventario de Temperamento y Carácter de Cloninger-Revisado)* (Gutiérrez *et al.*, 2004). Inventario de personalidad normal auto-administrado con un total de 240 ítems a responder en una escala tipo Likert de 5 puntos (1=completamente falso; 2=casi seguro o probablemente falso; 3=ni cierto ni falso o igual de cierto que de falso; 4=casi seguro o probablemente verdadero; 5=completamente verdadero). El conjunto de los ítems (5 de ellos de validez) mide 4 Dimensiones de Temperamento (Búsqueda de Novedad-BN-, Evitación del Daño-ED-, Dependencia a la Recompensa-DR- y Persistencia-P-) y 3 de Carácter (Autodirección-AD-, Cooperación-C- y Trascendencia-AT-), cada una con diversas subescalas. A partir de las puntuaciones en las Dimensiones se obtiene un Pt de los 8 posibles (Apasionado, Sensitivo, Aventurero, Explosivo, Fiable, Precavido, Independiente y Metódico). En el presente estudio se ha utilizado la versión española, la cual presenta propiedades psicométricas adecuadas tras la validación en población general española.

## Procedimiento

Tras la primera entrevista **clínica** con el psicólogo del centro, se determina el plan de evaluación psicológica correspondiente a la problemática del paciente. En la segunda sesión, se comprueba la ausencia de los criterios de **exclusión** establecidos. Si no cumple dichos criterios, es informado oralmente de la posibilidad de formar parte del estudio y, si acepta, se le ofrece la explicación en formato escrito donde se precisa su firma a modo de consentimiento. Posteriormente, se incluyen, en el plan de evaluación de cada paciente, los instrumentos que forman el protocolo establecido. La atención en todas las sesiones se caracteriza por buenas condiciones de iluminación, temperatura, ausencia de interrupciones y en presencia del psicólogo para resolver posibles dudas. Primero se administra el SCL-90-R y posteriormente el WATOCI y el TCI-R, sin seguir ningún criterio. Cada sesión de evaluación duró una hora en todas las ocasiones y sujetos. El número total de sesiones de evaluación oscila entre dos y seis, variando en función de las características del sujeto, motivo de consulta y plan de evaluación psicológica. Finalmente, tras la entrevista clínica inicial y las sesiones de evaluación, se llega a un diagnóstico psicológico.

## Análisis estadístico

Los datos fueron analizados mediante el programa SPSS V.19.0. Se realizó un análisis descriptivo de las variables sociodemográficas y clínicas. El análisis entre el Pt y el WATOCI (subescalas y total) se efectuó con la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis. Con la prueba T se analizaron las puntuaciones medias y desviaciones estándar en AT, de los Pt con más de un sujeto, es decir, Pt metódico, explosivo y sensitivo. El Pt sensitivo se caracteriza por puntuaciones altas en BN y ED. Según diversos estudios (Bayón, 1996; Fossati, 1996; Goldman, 1994; Ball, 1997; de la Rie, 1998 en Guriérrez *et al.*, 2004), puntuaciones altas en BN correlacionan con el *Cluster B* (no empático) y puntuaciones altas en ED con el *Cluster C* (ansioso). Así, se compara el tándem Pt metódico-sensitivo con el Pt explosivo y el Pt metódico con Pt explosivo-sensitivo. Se utilizó la correlación de Spearman para

el estudio de la relación entre el WATOCI (subescalas y total) y las Dimensiones (totales y parciales) del TCI-R y el SCL-90-R (GSI y subescalas). Mediante regresión lineal se analizó el peso de la relación entre las puntuaciones del WATOCI (subescalas y total) y las Dimensiones del TCI-R y subescalas del SCL-90-R y GSI.

## RESULTADOS

En referencia a la relación entre el Pt (metódico, explosivo y sensitivo) y la puntuación total del WATOCI se ha obtenido un valor significativo de Chi cuadrado de 16,29 ( $p=,023$ ), con ausencia de significación estadística en el resto de subescalas del WATOCI. Destaca la tendencia a la significación entre el Pt y la subescala Teoría del Cambio ( $\chi^2=13,85$ ;  $p=,054$ ). En la Tabla 1 se indican las medias y desviaciones estándar obtenidas en el WATOCI y subescalas, donde destacan medias superiores en los sujetos del grupo metódico-sensitivo, con diferencias significativas en la subescala Vínculo y WATOCI.

En la Tabla 2 se presentan las correlaciones significativas entre las Dimensiones de Temperamento (totales, de cada dimensión, y parciales, de las subescalas de las dimensiones), donde se aprecian los numerosos nexos entre las variables de personalidad y la AT, obteniéndose coeficientes medios. En la Tabla 3 se muestran los coeficientes de correlación, significativos y de valor medio, entre las Dimensiones de Carácter y la AT, predominantemente con la subescala Vínculo. En las correlaciones entre el GSI y subescalas del SCL-90-R, se obtiene significación ( $p<,05$ ) entre Sensibilidad Interpersonal y Tareas ( $r=-,42$ ) y WAI ( $r=-,39$ ), y entre Hostilidad y WAI ( $r=-,45$ ). En la Tabla 4 se reflejan los resultados obtenidos después del análisis de regresión entre las Dimensiones de Temperamento y Carácter, sintomatología y la AT, realizados después de analizar los coeficientes de correlación. Además de los datos de la Tabla 4, cabe destacar la existencia de tendencia a la significación entre la subescala Teoría del Cambio del WATOCI y la Dimensión de Temperamento de BN ( $R^2=,476$ ;  $R^2$  corregida= $,317$ ;  $t=-,18$ ;  $\beta=,35$ ; IC95 %= $-,013$ -, $251$ ;  $p=,075$ ), la Dimensión de Carácter de AD ( $R^2=,476$ ;  $R^2$  corregida= $,317$ ;  $t=1,763$ ;  $\beta=,486$ ; IC95 %= $-,015$ -, $192$ ;  $p=,091$ ) y la

**Tabla 1**  
Medias, desviaciones estándar y significación de los grupos ansioso y no empático

TCI-R			
$\bar{x}$ (SD) n=25			
WATOICI	Pt metódico-sensitivo	Pt explosivo	p
Tareas	23,5 (3,96)	21,80 (2,74)	,255
Vínculo	22,29 (2,61)	19,30 (4)	,037*
Metas	23,36 (4,18)	22 (3,8)	,425
Teoría del cambio	29,64 (4,48)	26,7 (3,68)	,105
WAI	69,14 (9)	63,1 (9,46)	,126
Total	98,79 (13,03)	86,8 (8,47)	,019*

Nota. WATOICI: Working Alliance Theory of Change Inventory; WAI: Working Alliance Inventory; TCI-R: Inventario de Temperamento y Carácter de Cloninger; Pt: perfil temperamental. \* $p < .05$ .

**Tabla 2**  
Coeficientes de correlación entre Dimensiones de Temperamento del TCI-R y subescalas y puntuaciones del WATOICI y subescalas

	Tareas	Vínculo	Metas	Teoría del cambio	WAI	WATOICI
<b>Dimensiones Temperamento</b>						
Búsqueda Novedad						
Impulsividad		-,38*				
Evitación Daño				-,38*		
Dependencia Recompensa	,45**	,44**	,40*	,54*	,47**	,53**
Calidez				,51**		,39*
Vinculación	,42*	,42*	,36*	,48**	,45*	,41*
Persistencia						
Fortaleza en el trabajo		,40*		,38*		
Perfeccionismo		,42*				

Nota. \* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ .

subescala Ansiedad Fóbica del SCL-90-R ( $R^2 = .372$ ;  $R^2$  corregida = .019;  $t = -2,01$ ;  $\beta = -.682$ ; IC95 % = -.414-.011;  $p = .062$ ) y entre la puntuación total del WATOICI y la subescala Ansiedad Fóbica del SCL-90-R ( $R^2 = .423$ ;  $R^2$  corregida = .098;  $t = -1,893$ ;  $\beta = -.616$ ; IC95 % = -1,23-.069;  $p = .077$ ).

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En el presente estudio se ha verificado que el Pt está relacionado con el nivel de AT que reporta

el paciente. Más detalladamente, también se ha certificado la relación entre las puntuaciones en AT y las Dimensiones de la personalidad según Cloninger. Además, se ha relacionado la presencia de sintomatología psicopatológica, al inicio de la intervención terapéutica, con la AT.

Tal y como revela Coleman (2006), la interpretación de los resultados obtenidos muestra la importancia que tiene la personalidad no patológica sobre un buen establecimiento de la AT. Pese a corroborar la interdependencia de estas variables, no se puede comentar detalladamente ya

**Tabla 3**  
**Coefficientes de correlación entre Dimensiones de Carácter del TCI-R y subescalas y puntuaciones del WATOICI y subescalas**

	Tareas	Vínculo	Metas	Teoría del cambio	WAI	WATOICI
<b>Dimensiones Carácter</b>						
Autodirección	,36*	,41*		,40*		
Determinación				,36*		,37*
Cooperación	,42*	,53**			,37*	
Aceptación social	,36*	,41*		,37*		
Empatía		,40*				
Tendencia a ayudar		,47**				
Compasión	,40*	,38*				
Principios		,41*				
Trascendencia						
Aceptación espiritual	-,40*			-,39*		

Nota. \* $p < ,05$ ; \*\* $p < ,01$ .

**Tabla 4**  
**Análisis de regresión entre dimensiones del TCI-R y subescalas del SCL-90-R y la alianza terapéutica**

VD	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> corregida	t	β	IC 95 %
<b>Dimensiones de Temperamento - PD DR</b>					
WATOICI	,335	,133	2,164*	,506	,021-,927
<b>Subescalas SCL-90-R - Ans</b>					
WATOICI	,423	,098	2,357*	1,245	,174-3,28
Tareas	,441	,127	2,502*	1,3	,07-,849
Teoría del cambio	,372	,019	2,56*	1,411	,105-1,122
WAI	,407	,074	2,241	1,206	,065-2,347

Nota. Solo se muestran los datos con significación estadística. VD: variable dependiente; WATOICI: puntuación total en Working Alliance Theory of Change Inventory; PD DR: puntuación directa en Dependencia a la Recompensa; WAI: puntuación en subescala Working Alliance Inventory; Ans: puntuación en subescala Ansiedad; TCI-R: Inventario de Temperamento y Carácter de Cloninger; SCL-90-R: Inventario de 90 Síntomas Revisado. \* $p < ,05$ .

que Coleman utiliza la teoría factorial de los *Big Five* y el presente estudio se basa en la teoría psicobiológica de Cloninger.

Las diferencias de las puntuaciones medias en AT entre el grupo Pt metódico-sensitivo y Pt explosivo confirman esta relación. Se podría extraer que los Pt caracterizados por puntuaciones elevadas en ED serían los que más AT presentarían. Esto no implica que aquellos con mayor

puntuación en BN tengan niveles inferiores en AT, ya que en la correlación entre Pt metódico y Pt explosivo-sensitivo no se obtuvo significación.

En referencia a las Dimensiones de Temperamento, un inconveniente para la AT (subescala Vínculo) es la elevación en la subescala Impulsividad de BN. Las puntuaciones obtenidas en la Dimensión DR son relevantes para el buen esta-

blecimiento de la AT, tal y como se preestableció en una de las hipótesis del estudio, tanto en la puntuación total como en las parciales, llegando a explicar hasta el 33,5 % de la varianza. Constantino *et al.* (2010) hallaron que los pacientes con niveles superiores en AT muestran respuestas más amistosas. Esta conducta podría ser la expresión de una persona que depende de las recompensas externas; es decir, con puntuaciones elevadas en la Dimensión DR, caracterizada por conductas de acercamiento, apego, afiliación social, calidez y vinculación. Contrariamente, Muran *et al.* (1994) encuentran que el estilo de afrontamiento Dependiente dificulta la AT. Pese a que la definición de estos dos términos relacionados con la dependencia es parecida, los modelos teóricos en que se fundamentan el TCI-R y el MCMI son dispares, cosa que podría explicar esta discrepancia. En la Dimensión P las subescalas más relevantes que favorecen el vínculo y la predisposición al cambio son Fortaleza en el trabajo y Perfeccionismo. Blatt *et al.* (1995, en Corbella y Botella, 2003) encuentran lo contrario, que ser perfeccionista dificulta los resultados terapéuticos e indirectamente la AT. Podría ser que la definición de perfeccionismo, en el marco de la persistencia y de los rasgos de personalidad normal, tuviera connotación positiva y no negativa como en psicopatología.

En las Dimensiones de Carácter, la relación entre Teoría del Cambio (acuerdo acerca del proceso de cambio) y AD (capacidad para controlar, regular y adaptar su conducta en función de la situación y de las metas y valores propios) hace ver la correspondencia con algunas de las subescalas del WATOCI, aunque no con su puntuación total, tal y como se propone en otra de las hipótesis. Otra hipótesis confirmada es la que relaciona la Dimensión de C y varias de sus subescalas con todas las subescalas del WATOCI, excepto Metas. Una idea similar es la reflejada por Constantino *et al.* (2010) quienes concluyeron que, en pacientes depresivos, aquellos que mostraban mejor AT eran los que se caracterizaban por un estilo asociativo, es decir, con facilidad para crear vínculos, mostrarse amistosos y no opositores. Estas características también se encuentran en la Dimensión C. Finalmente, la subescala Aceptación espiritual de la Dimensión AT correlaciona negativamente con Tareas y Teoría del cambio. Se podría

pensar que personas con mayor aceptación de fenómenos espirituales y menor aceptación del empirismo objetivo no considerará tan adecuado el establecimiento de tareas o el proceso de cambio de forma pautada desde el exterior.

En cuanto al índice GSI que mide el malestar psicológico, no se ha obtenido evidencia de relación con la AT. Este hallazgo concuerda con Johansson y Jansson (2010) que refieren que al inicio de la terapia no se encuentra relación entre AT y gravedad de la sintomatología. Un aspecto novedoso del presente estudio, no encontrado en la literatura consultada, es que la subescala Sensibilidad Interpersonal se relaciona negativamente con Tareas y WAI, igual que Hostilidad y WAI, confirmando que estados hostiles dificultan la AT (Kiesler y Watkins, 1989, en Muran *et al.*, 1994). Además, existe relación entre la subescala Ansiedad y las subescalas de Tareas, Teoría del cambio, WAI y puntuación total del WATOCI. Esto se podría explicar por la preocupación excesiva y sugestionabilidad características de personas ansiosas.

Una limitación de las más relevantes es el tamaño reducido de la muestra, por lo que la potencia del análisis estadístico se ve mermada y se aumenta el riesgo de no descubrir el posible efecto de unas variables con otras, así como el impedimento de no poder realizar un análisis para evaluar la relación entre la AT y cada uno de los Pt posibles del TCI-R. El hecho de no haber utilizado el azar para seleccionar la muestra y de tener un solo grupo de sujetos imposibilita la comparación intergrupala, como mujeres versus hombres o entre diferentes trastornos mentales, y dificulta el control de variables extrañas. Finalmente, resaltar que no se han analizado las características que conciernen al terapeuta, aunque se ha demostrado cuán de importante es su papel en el establecimiento de la AT (Bachelor y Horvath, 1999; Dunkle y Friedlander, 1996; Crowley, 2001, todos en Corbella y Botella, 2003; Watson y Geller, 2005, en Gómez 2010).

Pese a que el estudio ofrece evidencias preliminares, teniendo en cuenta que la AT se ha considerado el mejor predictor de los resultados terapéuticos (Horvath y Bedi, 2002, en Gómez, 2010) y que presenta valor terapéutico por sí misma (Martin *et al.*, 2000), entre otras evidencias, es innegable el potencial terapéutico que tendría saber

qué Pt presenta más dificultades en crear una buena AT, para poder enfatizar en los aspectos más relevantes y favorecer los resultados del tratamiento psicológico en dichos pacientes. Igualmente, para ensalzar las características de los Pt más propensos al buen establecimiento de la AT. Así, se puede extrapolar esta conclusión del Pt a las diversas Dimensiones de Personalidad. Al conocerse qué Dimensiones favorecen un mejor nivel de AT se puede proceder con más precisión durante el proceso terapéutico. Destaca la posibilidad de obtener una medida del nivel de AT de forma indirecta, sin tener que dilatar el proceso de evaluación psicológica diagnóstico-terapéutica. Esta medida indirecta también tendría importancia en el pronóstico de los resultados terapéuticos y abandonos en la terapia (Horvath y Simonds, 1991; Kokotovic y Tracey, 1990; Plotnicov, 1990 en Horvath y Luborsky, 1993), así como durante todo el proceso.

En investigaciones futuras se debería incidir en la obtención de muestras de mayor tamaño, formación de grupos para su posterior comparación, y en las características del terapeuta y las interacciones de este con los pacientes. También sería positivo determinar los pasos a seguir o estrategias a usar para magnificar la AT, especialmente en aquellos pacientes con niveles bajos, personalizando todo el proceso de intervención psicológica al individuo objeto de atención, por ejemplo con biblioterapia y técnicas de autoayuda como señalan Crits-Christoph, Connolly y Hearon (2006).

## BIBLIOGRAFÍA

1. Barber, J.P., Connolly, M.B., Crits-Christoph, P., Gladis, L. y Siqueland, L. (2000). Alliance predicts patients' outcome beyond in-treatment change in symptoms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68 (6): 1027-1032.
2. Bordin, E.S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16 (3): 252-260.
3. Botella, L., Corbella, S., Belles, L., Pacheco, M., Gómez, A.M., Herrero, O., Ribas E. y Pedro, N. (2008). Predictors of therapeutic outcome and process. *Psychotherapy Research*, 18 (5): 535-542.
4. Coleman, D. (2006). Client Personality, Working Alliance and Outcome: A Pilot Study. *Social Work In Mental Health*, 4 (4): 83-98. doi: 10.1300/J200v04n04\_06.
5. Constantino, M.J., Schwaiger, E.M., Smith, J.Z., DeGeorge, J., Ravitz, P., McBride, C. y Zuroff, D.C. (2010). Patient interpersonal impacts and the early therapeutic alliance in interpersonal therapy for depression. *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training*, 47 (3): 418-424.
6. Corbella, S. y Botella, L. (2004). Psychometric properties of the Spanish version of the Working Alliance Theory of Change Inventory (WATOI). *Psicothema*, 16 (4): 702-705.
7. Corbella, S. y Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de Psicología*, 19 (2): 205-221.
8. Crits-Christoph, P., Connolly, M.B. y Hearon B. (2006). Does the alliance cause good outcome? Recommendations for future research on the alliance. *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training*, 43 (3): 280-285.
9. Elvins, R. y Green, J. (2008). The conceptualization and measurement of therapeutic alliance: an empirical review. *Clinical Psychology Review*, 28: 1167-1187.
10. Gómez, B. (2010). La relación terapéutica en terapia cognitiva. *Revista de la Asociación de Psicoterapia de la República de Argentina*, año III, 1: 1-21.
11. González, J.L., Derogatis, L.R., de las Cuevas, C., Gracia, R., Rodríguez-Pulido, F., Henry-Benítez, M. y Monterrey, A.L. (1989). The spanish version of the SCL-90-R. Normative data in the general population. *Clinical Psychometric Research*.
12. Gutiérrez J., Bayón C., Valero J., Labad A., Cloninger C. y Fernández-Aranda F. Inventario del temperamento y el carácter-revisado (TCIR) (2004). Baremación y datos normativos en una muestra de población general. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 32 (1): 8-15.
13. Horvath, A.O. y Luborsky, A. (1993). The role of therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61 (4): 561-573.
14. Horvath, A.O. y Symonds, B.D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: a meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38 (2): 139-149.
15. Howgego, I.M., Yelowlees, P., Owen, C., Meldrum, L. y Dark, F. (2003). The therapeutic alliance: the key to effective patient outcome? A descriptive review of the evidence in community mental health case management. *Aus-*

- 
- tralian and New Zealand Journal of Psychiatry, 37: 169-183.
16. **Johansson, H y Jansson, J.A.** (2010). Therapeutic alliance and outcome in routine psychiatric out-patient treatment: Patient factors and outcome. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 83: 193-206.
  17. **Lingiardi, V., Filippucci, L. y Baiocco, R.** (2005). Therapeutic Alliance evaluation in personality disorders psuchotherapy. *Psychotherapy Research*, 15 (1-2): 45-53.
  18. **Martin, D.J., Garske, J.P. y Davis, M.K.** (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: a meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68 (3): 438-450.
  19. **Muran, J.C., Segal, Z.V., Wallner, L. y Crawford C.E.** (1994). Patient pretreatment interpersonal problems and therapeutic alliance in short-term cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62 (1): 185-190.
  20. **Rogers, C.R.** (2007). The necessary and sufficient conditions of the therapeutic personality change. *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training*, 44 (3): 240-248.
  21. **Strunk, D.R., Brotman, M.A., y DeRubeis, R.J.** (2010). The process of change in cognitive therapy for depression: predictors of early inter-session symptom gains. *Behaviour Research and Therapy*, 48: 599-606.
  22. **Webb, C.A., DeRubeis, R.J. y Barber, J.P.** (2010). Therapist adherence/compatence and treatment outcome: a meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78 (2): 200-211.
  23. **Zuroff, D.C., Sotsky, S.M., Martin D.J., Sanislow, C.A., Blatt, S.J., Krupnick J.L. y Simmens, S.** (2000). Relation of theraputic alliance and perfectionism to outcome in brief outpatients treatment of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68 (1): 114-124.