

## Calidad de la sesión, ajuste en las tareas y efectividad de las sesiones psicoterapéuticas

**Esteban Ezama**

*Centro de investigaciones comunicacionales, Oviedo, España*

**Yolanda Fontanil**

*Universidad de Oviedo, España*

**Yolanda Alonso\***

*Universidad de Almería, España*

### ABSTRACT

*Session quality, task adjustment, and effectiveness of therapeutic sessions.* Against the backdrop of studies of therapeutic alliance and unspecific factors in psychotherapy, this paper explores the relationship between the kind of help that clients obtain in therapeutic sessions and its results. Data was obtained by means of a clinical questionnaire in which clients expressed, session by session, their priorities regarding therapeutic tasks, their satisfaction with each session and their assessment of the achieved outcomes. The statistical analysis of 679 questionnaires showed that, contrary to expectations, the therapist's adjustment to the client's requests improves neither satisfaction nor perceived outcome. The better predictor of both is the amount of help the client feels he or she has received during the session, regardless of the client's priorities. Of the nine different kinds of therapeutic tasks considered in the study, help *understanding what is happening* correlates the most with both satisfaction and improvement, independently of whether the client prioritized this. This article discusses the kinds of assistance that achieve therapeutic goals and calls into question the value of adjusting sessions to the client's demand. The concept of conformity instead of adjustment is proposed.

*Key words:* working alliance, therapeutic tasks, therapeutic outcome, psychotherapy.

### RESUMEN

En el marco de los estudios sobre alianza terapéutica y los factores inespecíficos de la psicoterapia, este trabajo estudia la relación entre el tipo de ayuda que los consultantes obtienen en las sesiones terapéuticas y los resultados de las mismas. Los datos se obtuvieron a través de un cuestionario de uso clínico que recoge, sesión a sesión, las preferencias de los consultantes en cuanto las tareas terapéuticas, su grado de satisfacción con la sesión y su valoración de los cambios logrados. El análisis de 679 cuestionarios revela que, en contra de lo esperado, el ajuste del terapeuta a las peticiones del consultante no redundan en mayor satisfacción ni en mejores resultados. La variable que mejor predice ambas cosas es la cantidad de ayuda indistinta que el consultante considera haber recibido durante la sesión. De las nueve tareas terapéuticas contempladas, la ayuda para la tarea *entender lo que ocurre* es la más relevante tanto a efectos de satisfacción como de resultados, y con independencia de que se señalara o no como preferente. Se discute sobre el tipo de ayuda que media en la consecución de las metas terapéuticas y sobre la conveniencia de acomodar las tareas a las solicitudes de los consultantes. Se cuestiona el propio concepto de ajuste y se propone el de conformidad.

*Palabras claves:* alianza terapéutica, tareas terapéuticas, resultados terapéuticos, psicoterapia.

---

\* Dirigir la correspondencia a: Yolanda Alonso, Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico, Facultad de Psicología, 04120 Universidad de Almería, Almería, España. Email: yalonso@ual.es.

En el marco de la investigación sobre la efectividad de las intervenciones psicoterapéuticas, una de las líneas que más esfuerzo y contribuciones aglutina se refiere a los factores inespecíficos o comunes (los no estrictamente técnicos), y más particularmente a la alianza terapéutica. Según el esquema clásico de Bordin (1979), la alianza es una relación compleja que puede dividirse en tres componentes: el establecimiento de un vínculo afectivo, el acuerdo en las metas y el acuerdo en las tareas terapéuticas. En el informe de resultados de la *task force* impulsada por la APA sobre los principios del cambio terapéutico, Castonguay y Beutler (2006) señalan la necesidad de una definición más precisa de algunos elementos de la relación terapéutica, entre ellos la propia alianza y el consenso en las metas, por su evidente impacto en los resultados. Las tareas terapéuticas (eje central del presente trabajo) también han sido definidas de forma vaga: “los comportamientos y procesos dentro de la sesión terapéutica que constituyen el trabajo terapéutico concreto” (Bordin, 1979, citado por Lambert y Barley, 2001); “las actividades específicas que ambas partes [terapeuta y consultante] emprenden para estimular o facilitar el cambio” (Bordin, 1994); “aquello que el consultante o el terapeuta hacen que lleva a aproximarse a las metas” (Cheng, 2007); o “las acciones y pensamientos que forman parte del trabajo en el proceso terapéutico” (Botella y Corbella, 2011).

La búsqueda de una definición de tareas terapéuticas nos remite al concepto mismo de psicoterapia. Defendemos una noción de psicoterapia como *proceso de adquisición de conocimientos* —útiles para cambiar partes del mundo del consultante— que sigue un esquema equiparable al de cualquier otro proceso de solución de problemas (Ezama, Alonso, González, Galván y Fontanil, 2011). Así, la psicoterapia se asemeja más a un procedimiento de instrucción que a uno de curación o de salvación, lo cual determina a su vez el papel de la terapeuta en él (a lo largo del texto utilizaremos tanto el femenino como el masculino como genéricos). Al contrario que el farmacéutico que prepara un remedio, el médico que diagnostica u opera o el sacerdote que escucha pecados e impone penitencia (González Pardo y Pérez Álvarez, 2007; Loredó Narciandi y Blanco Trejo, 2011), el tipo de relación que mantienen consultantes y terapeutas precisa de una alianza más allá del dejarse hacer, la obediencia o la fe. Estamos de acuerdo con las autoras que afirman que el terapeuta debe cumplir una función bowlbiana de *base segura* desde la que explorar (Bowlby, 1993; Henry y Strupp, 1994). Para ser eficaz además, la terapeuta debe adoptar un enfoque vygostkiano, de manera que haga sus propuestas dentro de la zona de *desarrollo próximo* o margen de desenvolvimiento potencial de los consultantes en cada momento (Wood, Brunner y Ross, 1976; Kaye 1986; Chadwick, 2009), tal y como ocurre con cualquier proceso de aprendizaje o instrucción.

Recopilando estas consideraciones, definimos la psicoterapia como una actividad conjunta entre el terapeuta y los consultantes que consiste básicamente en la construcción de *conocimientos* que éstos últimos necesitan para introducir cambios en sus vidas, y que el terapeuta puede “andamiar” o guiar, aunque no proporcionar. Esta construcción de conocimientos se logra principalmente a través de las tareas terapéuticas. Definimos entonces *tarea terapéutica* como la actividad que conduce a la construcción de los conocimientos que un consultante necesita para alcanzar los cambios que desea en su vida. Esta construcción se inicia en compañía del terapeuta pero no acaba en el

consultorio, y en ella tiene un peso fundamental la puesta a prueba, esto es, la predicción y la transformación de lo que sucede en el día a día.

Existe una larga y renovada tradición investigadora que señala que los tratamientos deben adaptarse a cada consultante en particular. Así, Norcross y Wampold (2011), en la presentación del número especial sobre este tema del *Journal of Clinical Psychology*, señalan que la psicoterapia se ha visto siempre estimulada a dirigir el tratamiento hacia las necesidades del consultante, y que este proceso de emparejamiento o ajuste implica no solamente adaptar la técnica al tratamiento sino adaptar la relación terapéutica misma. Los resultados de estudios de campo parecen indicar que las preferencias de los consultantes tienen un papel central en los abandonos prematuros y en la predicción de los resultados de la terapia, al tiempo que con frecuencia se ha subrayado la necesidad de adaptarse al estadio de cambio en que se encuentran los consultantes (Norcross, Krebs y Prochaska, 2011; Norcross y Wampold, 2011; Swift, Callahan y Vollmer, 2011). En una línea parecida, aunque ligeramente más radical, se encuentra la tradición terapéutica que considera que la teoría del cambio del consultante, es decir, su propia percepción acerca de la formación y resolución del problema, debe utilizarse como guía de la terapia, devolviendo al consultante su papel protagonista (De Shazer, 1992, 1996, 1999; Duncan y Miller, 2000). Afines a esta idea, en nuestra praxis clínica hemos intentado que la agenda de las sesiones sea decidida por las consultantes, entendiendo que el ajuste de la terapeuta a sus prioridades es un medio para favorecer el cambio.

La pretensión general del presente trabajo es explorar la validez clínica de estas ideas. Para ello se analizan los datos obtenidos a través de un instrumento clínico, las Hojas de Planificación y Evaluación de la Sesión (HOPES), destinado a proporcionar, sesión a sesión, información correctora para terapeutas y consultantes. Este cuestionario ha sido utilizado en investigaciones anteriores (Ezama *et al.*, 2011) para inventariar la ayuda que las consultantes buscan en terapia. Se basa en la idea de que la valoración de la sesión por parte del consultante y el *feedback* al terapeuta mejoran la relación terapéutica y promueven la efectividad de la terapia (Duncan y Miller, 2008; Lambert, 2010; Lambert y Shimokawa, 2011). Defendemos la utilización de un instrumento clínico para la investigación puesto que existen indicios suficientes de que las estimaciones de la calidad de la relación terapéutica por parte de los consultantes correlaciona de forma más alta con los buenos resultados de la terapia que las valoraciones externas o las realizadas por el terapeuta (Barber *et al.*, 1999; Henry y Strupp, 1994; Horvath y Symonds, 1991).

Basándonos en una lista de nueve posibles tipos de tareas terapéuticas, obtenida en el ya mencionado trabajo anterior (Ezama *et al.*, 2011), en el presente examinamos las relaciones entre el tipo de tareas que se llevan a cabo durante la sesión y la calidad de la misma. Para ello nos basamos en la valoración por parte de los consultantes de la ayuda que obtienen durante la sesión en las distintas tareas de esa lista, distinguiendo además el grado de *ajuste*, es decir, en qué medida el terapeuta ha atendido aquellas tareas seleccionadas explícitamente por el consultante antes de comenzar la sesión. En primer lugar intentamos averiguar si este ajuste guarda alguna relación con la satisfacción de las consultantes con la sesión y/o con la efectividad del trabajo terapéutico, tomando como criterio de efectividad la evaluación que ellas mismas hacen del estado del problema al

comienzo de la sesión siguiente. En segundo lugar se analizan las nueve tareas terapéuticas singulares y su mayor o menor peso en la satisfacción o a la efectividad de la sesión.

## MÉTODO

### *Participantes*

La muestra se obtuvo en un consultorio de psicoterapia de orientación sistémica breve, donde se atienden tanto consultantes privados como procedentes de convenios con instituciones públicas. Según el procedimiento habitual de este centro, todos los participantes en las sesiones terapéuticas son invitados a rellenar las HOPES. La muestra no selectiva está formada por 241 personas (149 mujeres y 92 hombres) que accedieron voluntariamente a participar en el estudio tras ser informados de su propósito y del tratamiento anónimo de los datos. Sus edades están entre los 11 y los 65 años (Media= 36,61;  $DT= 11,286$ ). En total se recopilaron 679 entrevistas y se analizaron las variables disponibles de cada una de ellas.

### *Instrumento*

HOPES es un cuestionario escrito que se facilita a los consultantes en nuestra práctica clínica de forma rutinaria al comienzo y al final de cada sesión terapéutica. Está constituido por preguntas sobre sus propósitos para esa sesión en concreto y su valoración del trato y resultados obtenidos. Su objetivo principal es promover el ajuste y la colaboración entre consultantes y terapeutas. Permite que las personas que consultan informen de manera rápida y sin necesidad de exponerse en exceso sobre lo que desean obtener en cada sesión y sobre la coincidencia entre lo deseado y lo obtenido. Se compone de dos partes, una se cubre justo antes del comienzo de cada sesión (pre-entrevista) y otra al terminar ésta (post-entrevista).

En la pre-entrevista, el consultante debe señalar en una lista cerrada las tareas terapéuticas que prefiere que se trabajen durante la sesión:

1. Saber si es posible hacer que las cosas cambien (en adelante "Posible").
2. Saber qué tiene de positivo o qué tiene de negativo la situación que vivo o que vivimos ("Positivo").
3. Entender lo que ocurre (lo que me ocurre a mí, a ellos o a nuestra relación) ("Entender").
4. Saber cómo actuar para que las cosas cambien ("Actuar")
5. Saber qué es lo que estoy buscando al final. Tener claras las metas más grandes ("Metas grandes").
6. Tener claras las metas pequeñas. Saber en qué cosas pequeñas voy a trabajar para solucionar los problemas ("Metas pequeñas").
7. Saber si es buena idea hacer lo que he pensado hacer ("Buena idea").
8. Saber si lo que he hecho estuvo bien o mal. Saber qué valoración merecen los pasos que he dado ("Valoración pasos").
9. Saber si lo que se ha conseguido ya es suficiente y puedo considerar solucionado el problema ("Suficiente").

En la post-entrevista, la consultante da cuenta de qué tareas a su juicio han sido trabajadas durante la sesión y del grado en que considera haber sido ayudada en ellas. De aquí se deriva el concepto de *ajuste*, que mide el grado en que el terapeuta ha atendido las peticiones iniciales del consultante.

Los ítems del cuestionario tomados en cuenta para la presente investigación son los siguientes:

*Escala de avance.* La primera pregunta del cuestionario es una línea graduada de 0 a 10 sobre la que la consultante valora la distancia a la que se encuentra de la resolución del problema en el momento actual. Cero representa el momento en que el problema estuvo peor y 10 la situación hipotética en que esté resuelto.

*Expectativa de ayuda.* Valoración numérica de 0 a 10 de la confianza que el consultante tiene en que la sesión vaya a serle de ayuda.

*Tareas terapéuticas.* En la lista cerrada de nueve clases de tareas el consultante debe señalar aquella o aquellas en las que desea que se centre la sesión. Si marca más de una, puede ordenarlas por importancia.

*Satisfacción.* La primera pregunta de la post-entrevista valora el grado de satisfacción del consultante con la sesión que acaba de terminar en una escala gráfica de 0 (nada) a 4 (muchísimo).

*Ayuda obtenida.* En nueve escalas de cinco niveles (de ninguna a muchísima) el consultante indica el grado de ayuda que estima haber recibido por parte del terapeuta para cada una de las nueve posibles tareas terapéuticas.

### *Procedimiento*

Al comenzar la primera sesión de cada nuevo caso, la terapeuta dedica unos minutos a explicar la estructura y utilidad de las HOPES: “Cada vez que nos veamos le voy a dar estas hojas. La primera sirve para poder saber dónde estamos respecto a lo que usted quiere conseguir con la terapia y para que usted escoja el tipo de trabajo que considera importante que hagamos en la sesión que empieza. Las otras hojas, que le pediré que rellene al final, sirven para que yo pueda darme cuenta de si hay algo que estoy haciendo mal y poder corregirlo”. A continuación cubre junto al consultante o consultantes las tres primeras preguntas y les entrega el cuestionario, abandonando unos minutos la sala para que continúen solos. En las siguientes sesiones los consultantes lo rellenan solos desde la primera pregunta.

Una vez cubierta la primera parte, el terapeuta revisa las respuestas para poder conducir la sesión en función de ellas. Concluida la sesión, los consultantes responden a las preguntas relacionadas con la satisfacción y ayuda obtenida (post-entrevista). Esta información será considerada por el terapeuta en la siguiente sesión junto con la información recogida en la pre-entrevista siguiente.

### *Variables y análisis de datos*

La unidad de análisis para construir las variables ha sido la información proporcionada por el consultante para cada sesión concreta más la valoración general que hace de su situación en la sesión inmediatamente siguiente. Las variables se

ordenan temporalmente tal y como se indica en la figura 1. Se han distinguido cuatro *variables de partida*, referentes a medidas tomadas antes de comenzar la sesión, dos medidas de *resultados* terapéuticos, dos variables que evalúan la calidad de la sesión y por último cinco indicadores del *ajuste* (figura 1, tabla 1). Los indicadores del ajuste se han ordenado de menor a mayor. El indicador menos ajustado (PT) recoge la ayuda recibida globalmente sin tener en cuenta las preferencias de los consultantes para la sesión, y los más ajustados penalizan la desatención por parte del terapeuta de las preferencias de las consultantes (al adjudicar en el tratamiento estadístico de los datos el valor “ninguna ayuda” a las tareas que el consultante considera no trabajadas, si es que se habían seleccionado como preferentes al comenzar la sesión). Así PT indica menos ajuste que PTC, y PTS menos ajuste que PTSC.

Los análisis se realizaron con el programa SPSS.17.0. Además de la estadística descriptiva, se han utilizado las pruebas t de Student para comparar grupos de sesiones, y correlaciones de Pearson y parciales para analizar las relaciones entre las variables.

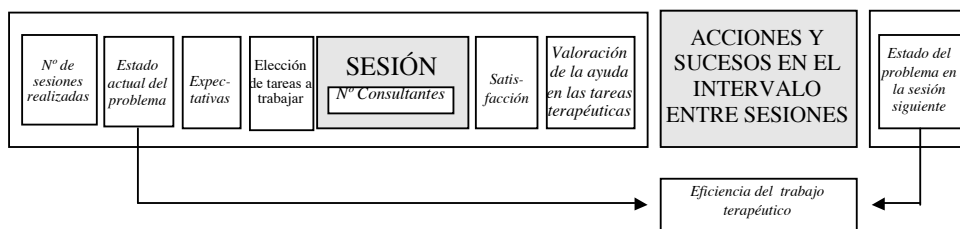


Figura 1. Esquema temporal de las variables utilizadas en el estudio (en cursiva).

## RESULTADOS

La tabla 2 recoge los valores de distribución de las variables. En ella puede apreciarse el número de casos sobre el que se realizan los análisis estadísticos para cada variable y las medidas de tendencia central. La tabla 3 muestra la frecuencia con que las consultantes eligen unas u otras tareas para trabajar durante la sesión, y también la frecuencia con que las consideran trabajadas al finalizar la misma. La tarea más frecuentemente elegida es *saber cómo actuar para que las cosas cambien*, que es al mismo tiempo la que más se trabaja. Tal y como puede apreciarse en la tabla, los consultantes marcan más tareas al final de la sesión como trabajadas que al principio para trabajar (aproximadamente un 40% más).

Un primer vistazo a los resultados del análisis de correlación revela que la satisfacción de los consultantes es significativamente mayor cuantas más sesiones se hayan realizado con anterioridad, menor número de consultantes asistan a ellas, más optimista se haya sido en la evaluación previa del problema (estado actual) y mejores sean sus expectativas de efectividad para la sesión (tabla 4).

Sin embargo, al realizar correlaciones parciales entre satisfacción y cada una de las cuatro variables de partida, controlando cada vez la influencia de las restantes, solamente sesiones realizadas y expectativas muestran resultados significativos.

Tabla 1. Descripción de las variables consideradas en el estudio.

<p>VARIABLES DE PARTIDA:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Sesiones realizadas</i>. Número de sesiones celebradas con anterioridad para ese caso.</li> <li>• <i>Número de consultantes</i>. Número de participantes en la sesión terapéutica, tanto protagonistas de la queja como acompañantes, sin incluir a la terapeuta.</li> <li>• <i>Expectativas de eficiencia</i>. Confianza del consultante en que la sesión que va a comenzar le ayudará a avanzar hacia la solución.</li> <li>• <i>Estado actual del problema</i>. Posición que marca el consultante en la escala de avance hacia la solución. Evalúa la distancia a la que se percibe de la solución de sus problemas justo antes de comenzar la sesión terapéutica.</li> </ul>
<p>MEDIDAS DE RESULTADOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Estado resultante del trabajo terapéutico</i>. Posición que la consultante marca en la misma escala pero en la sesión siguiente; mide el grado en que la sesión y las acciones realizadas entre sesiones contribuyen a la consecución de las metas de la terapia.</li> <li>• <i>Efectividad</i>. Se consideran <i>efectivas</i> las sesiones en las que la diferencia entre <i>Estado resultante</i> y <i>Estado actual</i> es mayor que cero. Si la diferencia es menor o igual a cero se consideran <i>inefectivas</i>.</li> </ul>
<p>MEDIDAS DE LA CALIDAD:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Satisfacción</i>. Recoge el grado en que el consultante se considera satisfecho con el transcurso de la sesión que acaba de terminar.</li> <li>• <i>Ayuda obtenida para...</i> Grado en que el consultante estima haber recibido ayuda para cada una de las nueve tareas terapéuticas inventariadas.</li> </ul>
<p>INDICADORES DEL AJUSTE DEL TERAPEUTA A LAS PRIORIDADES DE TRABAJO DEL CONSULTANTE:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Promedio de ayuda obtenida en todas las tareas trabajadas (PT)</i>. Promedio de la ayuda que la consultante considera haber obtenido en todas las tareas que cree que se han trabajado en la sesión, independientemente de que las haya seleccionado o no al comienzo.</li> <li>• <i>Promedio de ayuda obtenida en las tareas seleccionadas (PTS)</i>. Promedio de la ayuda que el consultante ha obtenido en las tareas que seleccionó, si estima que se han trabajado en la sesión.</li> <li>• <i>Promedio de ayuda obtenida en las tareas no seleccionadas (PTNS)</i>. Ayuda que el consultante cree haber recibido en ciertas tareas a pesar de no haberlas marcado como prioritarias.</li> <li>• <i>Promedio corregido de ayuda obtenida en las tareas trabajadas (PTC)</i>. Para calcular este promedio se iguala a "ninguna ayuda" la consideración del consultante de no haber recibido ayuda en tareas que marcó al comienzo como prioritarias. De este modo aumenta el número de casos cuyo valor es cero y por lo tanto el promedio baja. Esta medida "penaliza" el hecho de que el terapeuta no se haya ajustado a la petición del consultante.</li> <li>• <i>Promedio corregido de ayuda obtenida en las tareas trabajadas seleccionadas (PTSC)</i>. Ayuda que el consultante cree haber recibido para las tareas que marcó al principio como prioritarias; si considera que la tarea no se trabajó durante la sesión, la puntuación se iguala a "ninguna ayuda".</li> </ul>

Las correlaciones de Pearson también demuestran que los dos tipos de variables que evalúan la calidad de las sesiones están significativamente relacionadas. En la tabla 5 puede verse que la *ayuda obtenida* en todas y cada una de las tareas tomadas individualmente está significativamente relacionada con *satisfacción*, con correlaciones en torno a 0,5. Además, al controlar mediante correlaciones parciales el efecto atribuible a las variables de partida, las anteriores disminuyen poco.

La correlación entre *ajuste* y *satisfacción* es fuerte pero no se confirma que la ayuda *ajustada* a la petición del consultante tenga una mayor repercusión en la satisfacción que la ayuda *indiscriminada*. Se suponía que la magnitud de las correlaciones entre la *satisfacción* y los índices de ajuste debería ser más alta para aquellos que reflejan una mayor atención por parte del terapeuta a la selección previa de la consultante (PTS).

Al contrario de lo que suponíamos resulta ser precisamente la ayuda recibida en conjunto (PT), sin tomar en cuenta qué tareas han sido previamente seleccionadas por el consultante, la variable que más alto correlaciona con *satisfacción* (tabla 6), aunque

Tabla 2. Distribución de las variables consideradas en el estudio.

	<i>N</i>	<i>Media</i>	<i>Mediana</i>	<i>DT</i>	Mínimo	Máximo
Sesiones realizadas	661	2,68	2,00	1,93	1	11
Número de consultantes	661	1,48	1,00	,66	1	5
Estado actual	661	4,91	5,00	2,38	0	10
Estado resultante	423	5,50	6,00	2,22	0	10
Expectativas	638	6,82	7,00	1,92	0	10
Satisfacción	598	3,68	4,00	,75	2	5
Ayuda para "Posible"	504	3,50	4,00	,72	1	5
Ayuda para "Positivo"	357	3,38	3,00	,84	1	5
Ayuda para "Entender"	445	3,56	4,00	,80	2	5
Ayuda para "Actuar"	515	3,51	4,00	,80	2	5
Ayuda para "Metas grandes"	325	3,38	3,00	,88	1	5
Ayuda "Metas pequeñas"	418	3,54	4,00	,74	1	5
Ayuda para "Buena idea"	303	3,39	3,00	,89	1	5
Ayuda "Valoración pasos"	348	3,49	4,00	,82	1	5
Ayuda para "Suficiente"	229	2,93	3,00	1,00	1	5
PT	599	3,47	3,50	,61	1,78	5
PTS	546	3,52	3,50	,65	1,86	5
PTNS	455	3,41	3,41	,70	1	5
PTC	645	3,15	3,33	,89	1	5
PTSC	609	3,08	3,25	1,02	1	5

Tabla 3. Frecuencia con que se seleccionan las tareas para trabajarlas durante la sesión y frecuencia con la que los consultantes las consideran trabajadas al terminar.

	Sesiones en las que se selecciona la tarea		Sesiones en las que se marca como trabajada	
	Frecuencia	Proporción	Frecuencia	Proporción
"Posible"	266	39,2%	516	76,0%
"Positivo"	155	22,9%	366	53,9%
"Entender"	312	46,0%	453	66,7%
"Actuar"	424	62,5%	527	77,6%
"Metas grandes"	190	28,0%	331	48,7%
"Metas pequeñas"	272	40,2%	426	62,7%
"Buena idea"	128	18,9%	308	45,4%
"Valoración pasos"	188	27,7%	353	52,0%
"Suficiente"	114	16,8%	230	33,9%
Total	2049		3510	



Tabla 4. Correlaciones de Pearson y parciales<sup>†</sup> entre las variables de partida y satisfacción y estado resultante.

	Satisfacción		Estado resultante	
	Pearson	Parciales <sup>(1)</sup>	Pearson	Parciales <sup>(1)</sup>
Sesiones realizadas	,251***	,200***	,200***	,014
Nº de consultantes	-,065	-,070	,185***	,110*
Estado actual	,236***	,032	,649***	,584***
Expectativas	,368***	,337***	,254***	,018

Notas: \*  $p < 0.05$ ; \*\*\*  $p < 0.001$ ; <sup>†</sup>Correlaciones parciales controlando la influencia del resto de variables de partida.

Tabla 5. Correlaciones de Pearson y parciales<sup>†</sup> entre las variables de partida y las variables que miden calidad y resultados de las sesiones.

	Variables de partida				Medidas de resultados y calidad			
	Sesiones realizadas	Nº de consultantes	Estado actual	Expectativas	Satisfacción	Satisfacción <sup>†</sup>	Estado resultante	Estado resultante <sup>†</sup>
Satisfacción	,251***	-,107**	,241***	,363***	--	--	,217***	,017
Ayuda para "Posible"	,251***	-,083	,247***	,241***	,538***	,456***	,149**	,000
Ayuda para "Positivo"	,243***	-,001	,266***	,263***	,480***	,386***	,263***	,084
Ayuda para "Entender"	,221***	-,074	,323***	,269***	,573***	,503***	,311***	,153**
Ayuda para "Actuar"	,241***	-,029	,291***	,344***	,527***	,419***	,206***	,017
Ayuda para "Metas grandes"	,325***	-,042	,256***	,218***	,522***	,445***	,234***	,096
Ayuda para "Metas pequeñas"	,185***	-,050	,207***	,345***	,495***	,388***	,247***	,120*
Ayuda para "Buena idea"	,152*	-,013	,248***	,223***	,416***	,330***	,203**	,055
Ayuda para "Valoración pasos"	,192**	,101	,212**	,286***	,482***	,425***	,270***	,162*
Ayuda para "Suficiente"	,253***	,118	,445***	,349***	,408***	,285***	,395***	,162

Notas: \*  $p < 0.05$ ; \*\*  $p < 0.01$ ; \*\*\*  $p < 0.001$ ; <sup>†</sup>Correlaciones parciales controlando la influencia del resto de variables de partida.

la diferencia entre ambas correlaciones es ciertamente pequeña (.656 frente a .622). Más aún, la correlación entre *satisfacción* y el promedio de ayuda en las tareas no seleccionadas (PTNS) es sorprendentemente alta.

Respecto al otro criterio de ajuste que evaluamos, la penalización por desatender las tareas seleccionadas, los resultados son también contrarios a lo esperado. Ninguno de los dos índices corregidos obtiene mayores correlaciones con *satisfacción* que los no corregidos. Aunque las diferencias entre estas correlaciones son pequeñas, y todas ellas son fuertemente significativas, los resultados contradicen claramente nuestra hipótesis de que la mayor satisfacción provendría de las sesiones de mayor ajuste.

En cuanto a la *efectividad de cada sesión*, sólo existe una diferencia estadísticamente significativa entre las sesiones que redundan en una mejoría ( $N= 245$ ) y las que no dan lugar a mejorías ( $N= 178$ ). La media de la puntuación correspondiente a *estado actual* es mayor en las inefectivas que en las efectivas 5,469 frente a 4,383 ( $t= 4,976$ ;  $gl= 421$ ;  $\alpha= ,000$ ). Las más efectivas son las sesiones que se inician con una peor evaluación del estado actual. No hay, sin embargo, diferencias significativas en torno al *número de sesiones*, *número de consultantes* ni *expectativas*. Tampoco hay diferencias estadísticamente significativas para las variables de calidad. Obtenemos una diferencia marginalmente significativa en aquellas sesiones en las que los consultantes juzgaron

Tabla 6. Correlaciones de Pearson y parciales<sup>†</sup> entre las variables indicadoras del ajuste del terapeuta a las prioridades de los consultantes y las variables de partida, calidad y resultados.

	Variables de partida				Medidas de resultados y calidad			
	Sesiones realizadas	Nº consultantes	Estado actual	Expectativas	Satisfacción	Satisfacción <sup>†</sup>	Estado resultante	Estado resultante <sup>†</sup>
PT	,290***	,011	,360***	,381***	,656***	,577***	,313***	,108*
PTS	,261***	,023	,302***	,337***	,622***	,569***	,217***	,015
PTNS	,274***	-,023	,332***	,327***	,556***	,455***	,337***	,146*
PTC	,171***	,010	,191***	,224***	,563***	,459***	,169***	,062
PTSC	,109**	,008	,094*	,158***	,434***	,363***	,062	,022

Notas: \* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$ ; \*\*\* $p < 0,001$ ; <sup>†</sup>Correlaciones parciales controlando la influencia del resto de variables de partida.

que se había hecho un trabajo sobre la tarea *metas pequeñas*. En las sesiones en las que los consultantes encuentran ayuda para esta tarea, más ayuda se asocia a más efectividad (3,64 en las 169 sesiones efectivas frente a 3,48 en las 123 inefectivas;  $t = -1,910$ ;  $gI = 290$ ;  $\alpha = ,057$ ). Tampoco encontramos diferencias significativas en ninguno de los índices de ajuste.

Por otro lado las cuatro variables de partida, correlacionan positiva y significativamente con el *estado resultante*. Sin embargo, las correlaciones parciales que eliminan respectivamente la influencia de las otras tres muestran resultados significativos solamente para las variables *número de consultantes* y *estado actual* (tabla 4).

Además, resultan significativas las correlaciones entre el *estado resultante* y las variables de calidad (la *satisfacción* y las *ayudas obtenidas*), pero las correlaciones parciales que eliminan la influencia de las variables de partida matizan este resultado. Solamente la ayuda para *entender*, la ayuda para *metas pequeñas* y la ayuda para *valoración pasos* correlacionan significativamente con el estado del problema en la sesión siguiente. Las correlaciones parciales hacen que incluso se pierda la significatividad de la relación entre el *estado resultante* y la *satisfacción* (tabla 5).

En cuanto a la supuesta importancia del ajuste para la efectividad de las sesiones, los datos demuestran lo mismo que con respecto a la variable *satisfacción* (tabla 6). No solamente el promedio de ayuda en las tareas sin discriminar (*PT*) correlaciona más con el *estado resultante* que el promedio de ayuda en las tareas seleccionadas (*PTS*), sino que incluso el promedio de la ayuda en las tareas no seleccionadas (*PTNS*) resulta tener una influencia más fuerte. Lo contrario en definitiva a lo esperado según la tradición de que el ajuste da lugar a sesiones más efectivas. Tampoco aquí encontramos mejores correlaciones en los índices que penalizan la desatención a tareas seleccionadas. Las correlaciones parciales revelan que solamente *PT* y *PTNS* se mantienen significativas al controlar las variables de partida.

## DISCUSIÓN

En psicoterapia, la impresión generalizada es que el tratamiento debe acomodarse a las necesidades del cliente. Como señalan Norcross y Wampold (2011), esta opinión

está avalada por los resultados de la investigación. El proceso que nosotros llamamos *ajuste* ha recibido nombres diferentes: adaptación, sensibilidad, sintonización, confección, adaptación, individualización, etc. Sea cual sea el término empleado, su objeto siempre es incrementar la efectividad de los tratamientos. En este trabajo se ha estudiado la relación entre un aspecto concreto del ajuste -el ajuste en las tareas terapéuticas- y su relación con la efectividad terapéutica a corto plazo (no de los resultados finales, sino de los logros de una sesión a otra).

Las variables de partida que parecen tener peso en la satisfacción de las consultantes son la cantidad de sesiones realizadas con anterioridad (la antigüedad de la relación terapéutica, en definitiva) y las expectativas previas de que la sesión vaya a ser de ayuda. La satisfacción aumenta significativamente con el número de sesiones, aunque la correlación sea de pequeña magnitud ( $r = ,251$ ), y se puede suponer que dependa de aspectos no evaluados por nuestro instrumento, como el establecimiento y fortalecimiento de un vínculo de apego-cuidado entre consultantes y terapeutas (cuestión que pretendemos abordar en investigaciones futuras). La relación entre *expectativas* y *satisfacción*, independientemente de la antigüedad de la relación terapéutica y del estado del problema, parece indicar que la confianza en que la sesión vaya a ser de ayuda favorece que los consultantes se encuentren más satisfechos al final de la sesión. Esto concuerda con la importancia que otros autores dan a las expectativas de las consultantes para predecir la calidad de la relación terapéutica (Constantino, Arnkoff, Gass, Ametrano y Smith, 2011; Meyer, Pilkonis, Krupnick, Egan, Simmens y Sotsky, 2002).

Las relaciones entre las variables de partida y las medidas de resultados muestran el patrón complementario al anterior. Curiosamente, el número de sesiones ya realizadas y las expectativas dejan de ser importantes, y es sobre todo la variable *estado actual* del problema la que parece anticipar el *estado resultante* del problema tras el intervalo entre sesiones. El *número de consultantes* también muestra una correlación positiva y significativa con el *estado resultante*, aunque débil. Este resultado apunta a la posibilidad de que una tercera variable medie entre el número de consultantes y el resultado del trabajo, relacionada también con la alianza terapéutica: la alianza entre consultantes o alianza intra-sistema, en términos de Pinsof (1995). Nuestra pretensión es incluir también la evaluación de esta vertiente de la alianza terapéutica en investigaciones futuras.

Las ayudas que las consultantes encuentran en la sesión para realizar las tareas terapéuticas tienen una clara relación con la satisfacción. Podría opinarse que se trata de una conclusión superflua, si no fuera porque para predecir el *estado resultante*, la *satisfacción* no es significativa (si se controla la influencia de las variables de partida) y lo es sin embargo la ayuda recibida en algunas tareas: *entender lo que ocurre*, *tener claras las metas pequeñas* y *saber qué valoración merecen los pasos dados*. Parece que para la efectividad no es importante que las consultantes hayan quedado satisfechas con la sesión sino que hayan obtenido cierta clase de conocimientos.

El papel especial que parece *no tener* el ajuste (es decir, el atender prioritariamente las tareas solicitadas por el consultante) es el resultado más sorprendente de este estudio. Los resultados reflejan una alta asociación entre los niveles de ayuda, ajustada o no y la satisfacción de los consultantes con la sesión, pero la concordancia entre la clase de ayuda solicitada y la obtenida parece no tener influencia en que los consultantes

queden más satisfechos con la sesión. La *satisfacción* es tanto más alta cuanto mayor es la ayuda que se considera haber recibido en las tareas trabajadas durante la sesión, hayan sido seleccionadas para trabajarlas o no. Según esto, la idea de que los consultantes van a terapia con una “agenda de tareas” solo parece defendible si se piensa que el consultante elige tareas para la sesión como una persona golosa elige dulces ante el mostrador de una confitería. Prefieren unas ayudas pero disfrutan también de las tareas que no han elegido, y se conforman con el menú si está suficientemente bueno.

Los resultados sobre la relación (o mejor, a la falta de ella) entre el ajuste y la efectividad de la sesión siguen la misma dirección, aunque las conclusiones a este respecto deben ser más cautelosas, dado que es la efectividad, y no la satisfacción, lo que se espera de la terapia (sin menoscabo de la segunda). Según nuestros datos, tampoco es relevante para la mejoría que la terapeuta se haya centrado principalmente en las tareas indicadas por el consultante. Sí lo es, de nuevo, la cantidad de ayuda obtenida en general, con independencia de la selección previa. Peor aún, es la ayuda en las tareas no seleccionadas la que obtiene la correlación más fuerte, aunque sea por muy poco. Que esto sea así quiere decir que lo que el consultante cree que le va a ayudar *no es* lo que le ayuda de hecho. Podríamos decir que si la selección de tareas por parte de los consultantes responde a una teoría acerca de la solución, la lógica del problema se escapa a sus conocimientos.

El hecho de que la influencia de la variable *expectativas* en el *estado resultante* desaparezca con las correlaciones parciales refuerza esta idea. Si las expectativas de mejora no correlacionan con la evolución del problema es que su teoría del cambio no es útil para predecir si lo habrá. Podríamos confirmar esta idea si contásemos con una evaluación de expectativas al acabar la sesión y no sólo al comienzo de la misma, o mejor aún, si se evaluase antes de comenzar cada sesión la utilidad de la ayuda que obtuvieron en la sesión anterior. Si con ese procedimiento se obtuvieran resultados similares, esta conclusión se impondría con mayor certeza.

¿Quiere esto decir que rechazamos la tesis de Duncan y Miller (2000) de que se debe respetar la teoría del cambio de los consultantes? Puede que en parte sí. Si por teoría del cambio entendemos, como ellos dicen, la percepción del consultante acerca de la formación y resolución del problema, la respuesta es que esa percepción con frecuencia les lleva a seleccionar tareas que no resultan necesarias ni para que queden satisfechos con la sesión ni para que sus acciones entre sesiones resulten efectivas. Si por “respeto a la teoría del cambio del consultante” se entiende aceptar sus criterios sobre lo positivo y lo negativo, lo aceptable y lo inaceptable, lo doloroso y lo placentero o lo verdadero y lo falso, estamos plenamente de acuerdo. Los criterios, metas, valores, observaciones, experiencias del consultante representan un papel central. De hecho, que la ayuda para *saber cómo actuar para que las cosas cambien* no esté entre las significativas, y lo esté en cambio *entender lo que ocurre*, nos remite a la necesidad que tiene el consultante de improvisar en situaciones no siempre predecibles, ni para ella ni para la terapeuta. No es sólo que el consultante pueda hacer observaciones que el terapeuta no puede hacer, sino que es quien se la juega al intentar cambiar el mundo en el que vive. Y el mundo también juega. Los llamados “factores extra-terapéuticos” son, en nuestra concepción, una mala etiqueta para denominar el terreno en el que se juega el éxito de la terapia.

Se puede ensayar o proyectar una jugada, pero más importante parece ser conocer las reglas del juego (entender lo que ocurre).

Antes de haber leído los convincentes argumentos de Lambert (Assay y Lambert, 1999; Lambert y Barley, 2001), como terapeutas ya habíamos asumido que el papel de nuestras elecciones técnicas es de importancia menor en comparación con la de los consultantes. Como De Shazer parece que acostumbraba a decir en sus terapias, los problemas se solucionan con esfuerzo: el que hacen los consultantes en su día a día. Si la psicoterapia funciona es gracias a que ellos consiguen que cambie lo que les hacen, lo que les dicen y lo que sucede en sus vidas, haciendo ellos mismos cosas y *haciendo hacer* a otros (Ezama, Alonso y Fontanil, 2010). El llamativo resultado de que la ayuda obtenida para *entender lo que ocurre* guarde una relación más fuerte con la consecución de las metas que la ayuda para *saber cómo actuar*, o para *saber si es buena idea lo que he pensado hacer*, es congruente con este planteamiento. Las dos últimas coincidirían con el componente de “regulación conductual” que Sprenkle y Blow (2004) recogen como parte de las variables inespecíficas co-responsables de los cambios en psicoterapia. Se trataría, según su terminología, de “cambiar haciendo” (*changing by doing*), que aún siendo de suma relevancia proporciona menos posibilidades de adaptación a circunstancias cambiantes que la “gestión cognitiva” (*cognitive mastery*) que estos autores toman de Karasu (1986). La importancia de comprender no significa que la adquisición de otra clase de conocimientos resulte inútil, sino que los acontecimientos no previstos que ocurren entre sesiones pueden hacer que los planes de actuación resulten impracticables. Una estrategia de instrucción en actuaciones concretas será más eficaz para secuencias vitales cortas, previsibles y sencillas, pero una parte importante de las cosas dolorosas que ocurren en la vida no son predecibles ni con mucha antelación ni con gran detalle. En investigaciones futuras se podría comprobar si la correlación entre la ayuda en la tarea de *entender lo que ocurre* y la eficacia de la sesión aumenta cuanto más largo sea el intervalo entre sesiones.

Es razonable pensar que de entre las variables que hemos considerado en este estudio, la que resulta conceptualmente más cercana a lo que se suele denominar alianza terapéutica sea *satisfacción*. Si es así, es decir, si en nuestro estudio la alianza se mide a través de la satisfacción del consultante con la sesión, entonces se puede apoyar la conclusión de que la alianza puede ser una condición necesaria para la efectividad pero no suficiente. La alianza no predice los resultados terapéuticos. O al menos no por sí misma. La correlación entre *satisfacción* y *estado resultante* (manteniendo controladas las variables de partida) es según nuestros datos casi inexistente (.017). Lo que sí predice el *estado resultante* son las ayudas recibidas en las tareas terapéuticas (tanto los promedios de ayuda como las ayudas en tareas singulares), que predicen también, al mismo tiempo, la satisfacción con la sesión.

A pesar del acuerdo general en que la calidad de la alianza redunde de algún modo en los resultados de la terapia, aún no existe constancia clara de la dirección de tal influencia. Como bien señalan Botella y Corbella (2011), no se puede descartar que ocurra al revés, es decir, que el avance hacia las metas de la terapia mejore la alianza, y no al revés. Dicho de otro modo, que la relación terapéutica sea subsidiaria de la efectividad. Según los resultados de nuestro estudio se podría entender efectivamente así.

No sería la alianza lo que predice la efectividad, sino la adquisición de conocimientos, que sí correlaciona con la alianza (si, en efecto, se manifiesta como satisfacción con la sesión). En conclusión, la alianza terapéutica podría predecir los resultados del trabajo terapéutico sólo a través de los conocimientos que se adquieren durante la sesión, que sí ostentan unas correlaciones importantes con *satisfacción* (.631 con PT, por ejemplo). El tipo de conocimientos que mejor predeciría la alianza sería entonces el relacionado con la comprensión de la situación. Y también es razonable pensar que la mejoría en el problema repercute en que esos conocimientos mejoren.

Tal y como describimos en la introducción, hemos tomado un cuestionario concebido como instrumento terapéutico para investigar (Ezama Coto, Fontanil Gómez, Galván Fernández, Rodríguez Blanco y Toribios Álvarez, 2000), lo cual, con ser legítimo, no está exento de limitaciones. Una de ellas es la ausencia en nuestro estudio de una medida reconocida de alianza terapéutica, tanto entre terapeuta y consultantes como entre consultantes, cuestión a la que ya hemos hecho mención a lo largo de estas conclusiones. Cuando se examina la figura 1 también resulta evidente la escasa información que hemos reunido sobre lo que sucede en las sesiones. En futuros estudios nos proponemos obtener también datos sobre el tipo de propuestas que la terapeuta ha hecho durante la sesión. El carácter anti-disfuncional o pro-funcional de esas propuestas podría condicionar significativamente la relación entre la satisfacción y la efectividad. Las intervenciones *anti-disfuncionales*, destinadas a evitar que ciertas actividades se repitan, pueden resultar una ayuda eficaz pero frustrante (y existe un buen repertorio de ellas, desde las intenciones paradójicas de Frankl o las interpretaciones de Kelly, pasando por los re-encuadres paradójicos estratégicos de Watzlawick, las connotaciones positivas de Selvini y el grupo de Milán, las intervenciones provocadoras de Minuchin, los sacrificios de Erikson, luego bautizados por Haley como *ordials*). No aportan soluciones, sino ayudas para romper el círculo vicioso de intentos de solución contraproducentes (la Terapia de Aceptación y Compromiso se ha ocupado extensamente de este tipo de disfunciones) y ello pagando el precio de abandonar arraigadas explicaciones, metas, valoraciones y planes. Este tipo de intervención muy bien podría llevar a una correlación negativa entre satisfacción y efectividad (o incluso entre la percepción de ayuda recibida y efectividad) a diferencia de las *pro-funcionales*, las que pretenden incorporar conocimientos o habilidades al repertorio personal que sigan siendo útiles aún después de solucionado el problema.

Según el esquema de Bordin (generalmente aceptado por los autores que publican sobre alianza terapéutica, y que también nosotros seguimos), la alianza se define inicialmente como encaje y colaboración entre terapeuta y consultante, y puede separarse en tres componentes: el acuerdo en los objetivos, la aceptación mutua de las tareas a desarrollar durante la terapia y el establecimiento de un vínculo emocional (Bordin, 1979). La noción de ajuste (adaptación, encaje, acomodación, acuerdo...) está sustancialmente presente en todas las partes de la definición, y tratándose de lograr una relación de confianza y colaboración no puede ser de otra manera. Pero ¿qué significa *ajuste*? En nuestro trabajo, ajustarse es dar a los consultantes lo que quieren, y hemos asumido que, como expertos en sus propias vidas, tienen claro el tipo de conocimientos que persiguen. La conclusión a la que llegamos finalmente es que esto parece no

ser así. Parece más bien que las personas que consultan pueden conformarse gustosas con cosas distintas a las que eligen cuando se les da a escoger. Más allá de esto, la pregunta es si la obtención de lo que han encargado les resulta después útil para cambiar su día a día. La respuesta es que ello no les sirve más que lo que obtienen sin encargo. Todo apunta a que, cuando se quiere ayudar a alguien a resolver problemas, no se puede tomar como principio que el cliente siempre tiene la razón. Y sin embargo, hay fuertes apoyos para la idea de que el acuerdo entre consultantes y terapeutas es un ingrediente fundamental para que el trabajo de los terapeutas sirva de algo. ¿Está esa idea equivocada? Apoyándonos de nuevo en el esquema de Bordin, sospechamos que tal vez aquello que optimiza el acuerdo en las metas y el establecimiento de una relación de apego-cuidado puede ser distinto de lo que optimiza las tareas. Nos proponemos comprobarlo en investigaciones futuras. Mientras tanto, nos inclinamos a pensar que la idea de *ajuste* es menos productiva que la idea de *conformidad* y, en consonancia, que el delgado sendero por el que nuestros consultantes se esfuerzan camino de sus metas, aunque con tramos peligrosos y cansados, es más ancho de lo que pensábamos.

#### REFERENCES

- Assay TP y Lambert MJ (1999). The empirical case for the common factors in Therapy: Qualitative findings. En MA Hubble, BL Duncan y SD Miller (Eds.) *The Heart and Soul of Change: What Works in Therapy* (pp. 23-55). Washington, DC: American Psychological Association.
- Barber J, Luborsky L, Crits-Christoph P, Thase M, Weiss R, Onken L y Gallop R (1999). Therapeutic alliance as a predictor of outcome in treatment of cocaine dependence. *Psychotherapy Research*, 1, 54-73.
- Bordin ES (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16, 252-260.
- Bordin ES (1994). Theory and research on the therapeutic working alliance: new directions. En AO Horvath y LS Greenberg (Eds.) *The working alliance: Theory, research and practice* (pp. 13-37). New York: Wiley & Sons.
- Botella L y Corbella S (2011). Alianza terapéutica evaluada por el paciente y mejora sintomática a lo largo del proceso terapéutico. *Boletín de Psicología*, 101, 21-33
- Bowlby J (1993). *El vínculo afectivo*. Barcelona: Paidós.
- Castonguay LG y Beutler LE (2006). Principles of therapeutic change: A task force on participants, relationships and techniques factors. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 631-638.
- Chadwick P (2009). *Terapia cognitiva basada en la persona para la psicosis perturbadora*. Madrid: Fundación para la investigación y el tratamiento de la esquizofrenia y otras psicosis.
- Cheng MKS (2007). New approaches for creating the therapeutic alliance: solution-focused interviewing, motivational interviewing, and the medication interest model. *Psychiatric Clinics of North America*, 30, 157-166.
- Constantino MJ, Arnkoff DB, Glass CR, Ametrano RM y Smith JZ (2011). Expectations. *Journal of Clinical Psychology*, 67, 184-192.
- De Shazer S (1992). *Claves en psicoterapia breve. Una teoría de la solución*. Barcelona: Gedisa.
- De Shazer S (1996). *Pautas de terapia familiar breve: Un enfoque ecosistémico*. Barcelona: Paidós.
- De Shazer S (1999). *En un origen las palabras eran magia*. Barcelona: Gedisa.
- Duncan BL y Miller SD (2000). The Client's Theory of Change: Consulting the Client in the Integrative Process. *Journal of Psychotherapy Integration*, 10, 169-187.

- Duncan BL y Miller SD (2008). *The Outcome and Session Rating Scales: The revised administration and scoring manual, including the Child Outcome Rating Scale*. Chicago: Institute for the Study of Therapeutic Change.
- Ezama Coto E, Fontanil Gómez Y, Galván Fernández S, Rodríguez Blanco C y Toribios Álvarez A (2000). Nuevas puertas en entrevistas de psicoterapia: exploración sobre las etapas delegadas en la búsqueda de soluciones, *Psicothema*, 12, 682-694.
- Ezama E, Alonso Y y Fontanil Y (2010). Pacientes, síntomas, trastornos, organicidad y psicopatología. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10, 293-314.
- Ezama E, Alonso Y, González S, Galván S y Fontanil Y (2011). Tareas terapéuticas: ¿qué clase de ayuda se busca en las consultas de psicoterapia? *Psicothema*, 23, 566-572.
- Fontanil Y, Ezama E y Toribios A (2004). Terapia y colaboración. *Mosaico*, 28, 36-43.
- González Pardo H y Pérez Álvarez M (2007). *La invención de los trastornos mentales*. Madrid: Alianza.
- Henry WP y Strupp HH (1994). The therapeutic alliance as interpersonal process. En AO Horvath y LS Greenberg (Eds.) *The working alliance: Theory, research, and practice* (pp. 51-84). New York: John Wiley & Sons.
- Horvath AO y Symonds BD (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 139-149.
- Karasu TB (1986). The specificity versus nonspecificity dilemma: Toward identifying therapeutic change agents. *American Journal of Psychiatry*, 143, 687-695.
- Kaye K (1986). *La vida mental y social del bebé*. Barcelona: Paidós.
- Lambert MJ y Barley DE (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38, 357-361.
- Lambert MJ y Shimokawa K (2011). Collecting client feedback. En JC Norcross (Ed.) *Psychotherapy relationships that work* (pp. 203-223). New York: Oxford University Press.
- Lambert MJ (2010). *Prevention of treatment failure: The use of measuring, monitoring, and feedback in clinical practice*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Loredo Narciandi JC y Blanco Trejo F (2011). La práctica de la confesión y su génesis como tecnología psicológica. *Estudios de Psicología*, 32, 85-102.
- Meyer B, Pilkonis PA, Krupnick JL, Egan MK, Simmens SJ y Sotsky SM (2002). Treatment expectancies, patient alliance, and outcome: Further analyses from the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 1051-1055.
- Norcross JC y Wampold BE (2011). What works for whom. Tailoring psychotherapy to the person. *Journal of Clinical Psychology*, 67, 127-132.
- Norcross JC, Krebs PM y Prochaska JO (2011). Stages of change. *Journal of Clinical Psychology*, 67, 143-154.
- Pinsof WB (1995). *Integrative problem-centered therapy*. Nueva York: Basic Books.
- Sprenkle DH y Blow AJ (2004). Common factors and our sacred models. *Journal of Marital and Family Therapy*, 30, 113-130.
- Swift JK, Callahan JL y Vollmer BM (2011). Preferences. *Journal of Clinical Psychology*, 67, 155-165.
- Wood DJ, Brunner JS y Ross G (1976). The role of tutoring in problem solving. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 17, 89-100.

Recibido, 9 Diciembre, 2011  
Aceptación final, 9 Marzo, 2012