

ÉTICA Y ALIANZA TERAPÉUTICA EN TRABAJO SOCIAL

ETHICS AND WORKING ALLIANCE IN SOCIAL WORK

FRANCISCO IDARETA-GOLDARACENA
UNIVERSIDAD PÚBLICA DE NAVARRA. ESPAÑA

RESUMEN

Las relaciones sociales han resultado ser un importante objeto de análisis en Trabajo Social. Pese a que la literatura existente en esta materia confirme la relevancia de mejorar las relaciones sociales del usuario del Trabajo Social, no existen propuestas para la medición de las mismas. Por ello, nuestro objetivo con este artículo es doble: por una parte, trasladar que, desde la perspectiva de E. Lévinas, la Ética es la condición de posibilidad para el establecimiento de una adecuada relación profesional entre el usuario y el trabajador social y, por otra, explicar la necesidad de utilizar instrumentos de medida validados si aspiramos a mejorar el vínculo con el usuario en el Trabajo Social. Como tendremos ocasión de comprobar, la sensibilidad y la vigilancia propuestas por Lévinas son dos nociones importantes que permiten analizar el establecimiento de unas relaciones profesionales adecuadas entre las y los profesionales del Trabajo Social y los usuarios. Seguidamente, analizaremos uno de los componentes más importantes de la relación profesional, la alianza terapéutica, junto con uno de los instrumentos de medición de la misma, el Working Alliance Inventory Short Versión (WAI S) y el cuestionario para la medición del estilo personal del profesional (EPT - C).

PALABRAS CLAVES

Relación Profesional; Trabajo Social; Ética; E. Lévinas; Alianza Terapéutica.

ABSTRACT

Social relationships have become an important subject of analysis in the field of Social Work. Although the existing literature on the matter has confirmed the need to enhance social relationships for the user in this field, there are currently no existing proposals that would allow their adequate measurement. Therefore, our objective through this article is two-fold: on the one hand, to note that, from E. Levinas' perspective, Ethics is the condition of possibility for the establishment of a proper professional relationship between users and social workers, and on the other hand, to explain the imperative need to use validated measurement instruments to strengthen the link with users in the field of Social Work. Firstly, we contend that the sensibility and vigilance derived from the ethical proposal of Levinas are important notions for the analysis of the establishment of appropriate professional relationships between social workers and users. Next, we analyze the working alliance as one of the most important components of the professional relationship together with one of its measuring instruments; the Working Alliance Inventory Short Version (WAI S) and the questionnaire for the measurement of professional personal style (EPT - C).

KEYWORDS

Professional Relationship; Social Work; Ethics; E. Levinas; Therapeutic Alliance.

Recibido: 2012.05.23. Revisado: 2012.07.19. Aceptado: 2012.11.13. Publicado: 2013.12.01.

Correspondencia: Francisco Idareta-Goldaracena. C/ Izpea, 21. 31173 Ibero. (Navarra). Tfno. (00-34) 948 16 96 93
E-mail: francisco.idareta@unavarra.es

INTRODUCCIÓN

Uno de los componentes de la relación profesional en los que se ha venido investigando desde la Psicología ha sido la alianza terapéutica. Es decir, en psicoterapia, la alianza terapéutica es uno de los aspectos fundamentales de la relación terapéutica entre el profesional y el paciente. Además, se han creado y validado instrumentos de medición de esta alianza terapéutica que consideramos imprescindibles para el Trabajo Social. Ya que, pese a que se considera que la mejora de las relaciones sociales de los usuarios es uno de los objetivos principales en el Trabajo Social, a la hora de realizar su diagnóstico social, los profesionales analizan los datos sobre la situación de los usuarios en lo relativo a diferentes factores (económico-laboral, convivencial, personal, sociosanitario y social) (Gobierno Vasco, 2006: 37), pero no analizan la relación de éstos con el profesional de referencia, ni la de éstos con el resto de profesionales responsables de gestionar otros ámbitos de su vida.

Así, por una parte, pretendemos señalar que las nociones de sensibilidad y vigilancia propuestas por el filósofo judío Emmanuel Lévinas resultan ser las condiciones de posibilidad para que se origine una adecuada relación profesional entre el usuario y el profesional del Trabajo Social. Como veremos, en el Trabajo Social, la relación profesional es la principal herramienta para ayudar al usuario a ayudarse a sí mismo, respetando su autonomía y su bienestar. De ahí la importancia de medirla para conocer qué aspectos debemos mejorar. Del mismo modo, podrían ser medidas y, consiguientemente mejoradas las relaciones que el usuario establece con los responsables profesionales de otros ámbitos de su vida (laboral, ocupacional, económico, etc.). Como veremos, la alianza terapéutica dependerá en gran medida del estilo personal que imprima el profesional a su ejercicio con el usuario. Por ello, en la primera parte explicaremos que, desde la perspectiva de Lévinas, la Ética es la condición de posibilidad para el establecimiento de la relación profesional, mientras que en la segunda parte, analizaremos uno de los componentes más importante de esta relación profesional, la alianza terapéutica, así como uno de los instrumentos que permite su medida, el WAI S, y el que posibilita la medida del estilo personal del terapeuta, EPT - C.

LA ÉTICA COMO CONDICIÓN DE POSIBILIDAD DE LA RELACIÓN PROFESIONAL EN EL TRABAJO SOCIAL DESDE LA PERSPECTIVA DE EMMANUEL LÉVINAS

Según Malcom Payne, las relaciones sociales son importantes en Trabajo Social porque, por un parte, es una disciplina en la cual se requiere de una mayor implicación en las vidas de los usuarios que no es posible conseguir mediante intervenciones aisladas. Por otra parte, es a través de la relación como se puede propiciar un cambio en la vida de las personas así como una influencia bidireccional. Otro motivo por el cual las relaciones sociales son importantes para el Trabajo Social consiste en que éstas son la manifestación de la individualización y el respeto por las personas. Así, mientras que en otras disciplinas las relaciones están basadas en actividades que giran en torno a unos servicios (psicoterapia, logopedia, etc.), a unas tareas de cuidado personal (como las que realizan las enfermeras) o a unos conjuntos particulares de signos, síntomas o condiciones (como en medicina), es sólo en Trabajo Social “donde la iniciación y el mantenimiento de la relación, supone el principal instrumento de servicio al cliente” (Payne, 1995: 50-51).

En esta misma línea, Salcedo destaca que “el trabajo social necesita de una manera especial de la relación profesional” (Salcedo, 2006: 189), debido a que es a través de ésta como presta sus servicios, a diferencia de la mayoría de las profesiones. Salcedo considera que lo determinante desde el punto de vista ético es que, en la relación profesional, los usuarios depositen su confianza en el profesional. Todo esto exige una gran responsabilidad por parte del profesional que sólo puede desempeñarla en esta relación profesional. Una relación profesional que, desde la perspectiva de Lévinas, no puede ser sino de una absoluta responsabilidad por parte del profesional del Trabajo Social.

Según Lévinas (1994, 2000, 2001a, 2001b, 2003, 2004, 2006a y 2006b), la ontología instaaura el ensimismamiento y, así, la primacía identitaria que nos aboca a intelectualizar la relación con una alteridad a la que acabamos tratando como a un *alter ego* sobre el que ejercemos violencia. La relación del sujeto con el resto de objetos y sujetos del mundo a través del conocimiento, es decir, gracias exclusivamente a su experiencia racional, le impide sentir inicialmente a su alteridad, le imposibilita inicialmente tener una experiencia sensible tanto de la vulnerabilidad de la misma como de su propia vulnerabilidad. De hecho, cuando las experiencias vitales con el Otro

van en declive y desaparecen, es decir, cuando dejan de darse experiencias cara a cara con el Otro, los estereotipos y prejuicios sobre él afloran y toman el relevo. Estereotipos y prejuicios que impiden la conmoción de entrañas, la sensibilidad a flor de piel frente al Otro. Los sentidos sirven a la conciencia cognitiva y no a la inversa. La realidad es sincronizada y ajustada a las categorías cognitivas de la conciencia (Idareta, 2011 y 2012).

Así, sustituimos al Otro por el conocimiento que tengamos de él, por la idea que nos compongamos del mismo. Para Lévinas esto no es una relación social sino el más profundo aislamiento (Lévinas, 2000). Se instaura una vida para sí, centrada en uno mismo, narcisista y egocéntrica, pues, a través del conocimiento, todo puede ser sometido a la idea que tenemos de la realidad: todo puede ser domesticado, amaestrado, subyugado a nuestra voluntad. Incluido el Otro. Por todo ello, gracias a aquella identidad que se vale del conocimiento para permanecer idéntica a costa de violentar al resto de objetos y sujetos del mundo, la filosofía occidental se ha erigido sobre la violencia. Una violencia que comienza por ser metafísica (Derrida, 1989) para convertirse, primero, en violencia paternalista o antipaternalista, y finalmente, en violencia física (Idareta, 2012).

Según Lévinas, cuando el sujeto se relaciona con el Otro a través del conocimiento, cree que el Otro es un *alter ego*, es decir, *otro yo* en sí mismo, fusionado con él, como formando parte de sí mismo, siendo por ello que tiende a imponerse sobre él, ejerciendo violencia paternalista y antipaternalista sobre el mismo¹. Es una relación exclusivamente cognitiva, sincronizante y correlativa. Para Lévinas, el conocimiento no garantiza la salida del ser del sujeto que recibe al Otro: la conciencia cognitiva analiza, calcula, mide las consecuencias de la actuación -los riesgos, los beneficios, las garantías-, estando por ello nuestra actuación supeditada al conocimiento que tengamos de la situación. Por ejemplo, puedo saber que alguien se está muriendo ahogado pero, tras analizar cognitivamente la situación, puedo decidir no intervenir. El conocimiento no garantiza nuestro intento de salvar a la víctima.

Frente a esto, Lévinas descubre que la sensibilidad impulsa al sujeto a actuar antes que todo saber: sentir la vulnerabilidad del Otro nos aboca a responderle prevoluntariamente antes que la conciencia cognitiva solicite el análisis de las consecuencias (Lévinas, 2003 y 2006b). Por ejemplo, cuando, sin tiempo para pensarlo, extendemos los brazos para sujetar a quien se cae delante nuestra en una fila;

cuando, sin necesidad de conocer más, acude la madre a socorrer al recién nacido que llora desconsolado, etc. Se reacciona antes que poder pensar y sopesar las consecuencias. Esta sensibilidad es la que se despierta en el sujeto tras el impacto del rostro del Otro. Cuando el sujeto se relaciona inicialmente con el Otro por la sensibilidad, se instaura una relación precognitiva, prereflexiva, como afectación corporal antes que cognitiva del sujeto que recibe a su alteridad. Para Lévinas la noción que logra descolocar al sujeto, su salida del ser, exiliándolo del mismo definitivamente por unos instantes, es el rostro del Otro (Lévinas, 2006b). El rostro del Otro es la máxima expresión de vulnerabilidad humana que afecta corporalmente antes que cognitivamente al sujeto que lo recibe. El rostro impacta pues antes en la corporalidad, en los sentimientos del sujeto, que en la conciencia cognitiva (Lévinas, 2003).

De hecho, el sujeto se encuentra afectado-expuesto corporalmente antes que la conciencia cognitiva logre hacerse una idea de esta afectación-exposición, provocando así su salida del ser, es decir, su expresión de vulnerabilidad frente a la imprevisibilidad e inmediatez de aquél. Dicho de otro modo, el rostro del Otro impulsa prevoluntariamente al sujeto a no poder dejar de responderlo. Frente a la contingencia del rostro del Otro, el sujeto que lo recibe no puede otra cosa que expresar su fragilidad ante su incapacidad para controlarlo. El rostro del Otro es cognitivamente inaccesible para el sujeto que lo recibe, por lo tanto no puede ejercer ni su poder ni su dominio sobre él. El sujeto se siente vulnerable frente al precognitivo impacto de la expresión de vulnerabilidad del rostro del Otro. De este modo, expresando precognitivamente nuestra propia vulnerabilidad ante el impacto de la vulnerabilidad del rostro del Otro, actuamos antes de todo saber (Lévinas, 2003 y 2006b).

Gracias al impacto corpóreo y precognitivo inicial originado por el rostro del Otro en el sujeto, éste toma conciencia de que los sentimientos que la alteridad le ha provocado son irreductibles a su conciencia cognitiva. Sentir prevoluntariamente la propia vulnerabilidad gracias al impacto de la vulnerabilidad del Otro impide al sujeto intelectualizar esta experiencia. Pocas cosas resultan tan complicadas de catalogar como los sentimientos. Haberse sentido concernido por el Otro antes que haberlo podido calcular, medir, comparar, elegir voluntariamente, le da la medida de su vulnerabilidad, así como la de su alteridad. Haber tenido una experiencia sensible, prevoluntaria y precognitiva del Otro le impiden

categorizarlo definitivamente, ya que el sujeto ha sentido que su alteridad es más que la idea que se compone de él. Inicialmente, el Otro es mucho más que las categorías cognitivas a las que pretenda ajustarlo. De hecho, el sujeto cae en la cuenta de que las desborda todas al haber sentido -y no sólo pensado- al Otro tras el impacto de su rostro. A la par que el impacto del rostro del Otro despierta la sensibilidad prereflexiva del sujeto que lo recibe, se instaura en él la vigilancia extrema. Ésa gracias a la cual el sujeto impedirá en lo sucesivo la categorización segura y definitiva del Otro (Lévinas, 2003).

He aquí pues las dos nociones que condicionan la relación social desde la perspectiva levinasiana: sensibilidad y vigilancia. La sensibilidad precognitiva frente al Otro surge cuando desintelectualizamos la relación social, recibiendo al Otro en su irreducibilidad y no ajustado a la medida de nuestras categorías cognitivas. La sensibilidad se origina en las situaciones cara a cara, cuando sentimos primero al Otro para caer en la cuenta de que desborda toda categoría cognitiva en la que pretendamos circunscribirlo. De ahí que, en adelante, se instaure en el sujeto la vigilancia extrema gracias a la cual, tras cada categorización de la alteridad, procederá a devolverla a su estado anterior, a su estado pre-conceptual, donde conserva su exclusiva singularidad (Idareta, 2011 y 2012).

Si aproximamos todo esto al Trabajo Social, el profesional sentirá la vulnerabilidad del usuario tras el impacto corporal que le origine su rostro. Habrá sido concernido por el rostro del usuario y así despertada aquella sensibilidad precognitiva que instaura en él la vigilancia extrema o máxima actitud crítica y autocrítica. Tras estos instantes iniciales, el profesional caerá en la cuenta de que el usuario desborda toda categoría diagnóstica en la que decida catalogarlo. Por ello, tras cada categorización diagnóstica, el profesional se mantendrá vigilante para descategorizar al usuario, es decir, para devolverlo a su estado precognitivo, al estado anterior a su categorización, en el que éste disfrutaba de su exclusiva singularidad como sujeto único e irrepetible. Esta misma vigilancia será la que impedirá el desbordamiento del profesional por dejarse llevar por sus impulsos morales. Pese a que la sensibilidad sea la que, instaurando la vigilancia, inste al sujeto a devolverle la singularidad al usuario descategorizándolo, la vigilancia será la que velará porque esta sensibilidad no lleve al profesional al colapso por dejarse guiar por los precognitivos impulsos morales frente al usuario. Gracias a la vigilancia el profesional regu-

lará los desmedidos impulsos morales despertados prevoluntariamente (Idareta, 2011 y 2012).

Según Lévinas, la relación profesional debería ser una relación social en la que se instaura la Ética, es decir, una relación entre el profesional y el usuario en la que el rostro del segundo irrumpe en el primero promoviendo que lo reciba en su irreducible singularidad. Desde el prisma levinasiano, la sensibilidad y la vigilancia son condiciones necesarias para que el profesional impida el ejercicio de violencia sobre el usuario. Pero, la excelencia en el Trabajo Social y disciplinas afines no se alcanza únicamente evitando el ejercicio de violencia metafísica, paternalista o antipaternalista al usuario. Como veremos, el profesional del Trabajo Social no sólo ha de ser sensible y mantenerse vigilante para evitar el ejercicio de violencia al usuario, sino que, consciente de la importancia de la relación profesional como herramienta de cambio, ha de esforzarse por mejorarla al máximo. Es por ello que consideramos que, desde la perspectiva levinasiana, sin Ética, es decir, sin sensibilidad ni vigilancia, no cabría una adecuada relación profesional.

LA ALIANZA TERAPÉUTICA Y SUS INSTRUMENTOS DE MEDIDA

Siendo la Ética la condición de posibilidad de la relación profesional, si pretendemos mejorarla, necesitamos poder medirla. Por ello, en lo sucesivo, analizaremos en qué consiste uno de sus componentes más importantes, la alianza terapéutica, y el instrumento que proponemos para su medida, el WAI S.

LA ALIANZA TERAPÉUTICA COMO CONCEPTO

El concepto de *alianza terapéutica* hace alusión a la relación existente entre terapeuta y paciente durante el proceso psicoterapéutico, en la cual el terapeuta y el paciente colaboran en armonía (Santibáñez, 2001). El concepto de alianza terapéutica adquiere especial relevancia y ha sido objeto de estudio en la investigación psicoterapéutica. No obstante y aunque existan diversas definiciones del concepto de alianza terapéutica, propuestas por investigadores de distintas líneas teóricas, según Horvath y Symonds (1991) existe un consenso general respecto de que la alianza terapéutica alberga principalmente el elemento colaborador de la relación entre paciente-terapeuta.

Una buena alianza terapéutica lo será cuando se dé un compromiso con el proceso por parte tanto

del paciente como del terapeuta, cuando el terapeuta sea percibido como creíble y seguro, cuando el paciente perciba a su terapeuta como comprometido en el proceso, cuando la relación se plantee como una colaboración entre iguales, cuando el terapeuta sea empático y sea percibido como tal por el paciente y cuando existan sentimientos positivos y recíprocos entre paciente y terapeuta (Santibáñez, 2001). Así, la alianza terapéutica supone una sólida relación de calidad, con unos vínculos afectivos motivadores del paciente en la consecución de las metas y la realización de tareas. Safran y Muran (2000) enfatizan el valor del vínculo afirmando que el desarrollo y resolución de problemas a través de la alianza resulta la esencia del proceso de cambio. Estos autores rescatan de Binder que la interiorización de la experiencia que se da en el vínculo funciona como agente directo de cambio (Safran y Muran, 2000).

El interés por la relación terapéutica en las últimas décadas tiene que ver con los cambios acaecidos en la terapia: mientras que antes la técnica era esencial en los tratamientos psicoterapéuticos, ahora es la relación terapéutica la que adquiere centralidad en el tratamiento. Cambios que se han venido produciendo a raíz de los resultados de las investigaciones psicoterapéuticas. Es precisamente en este contexto donde se sitúa la propuesta transteórica de Edward Bordin, uno de los autores más influyentes en la concepción actual de alianza terapéutica. La aportación de Luborsky se puede considerar también de vital trascendencia, aunque está más influenciada por la perspectiva psicoanalítica. No obstante, ambas concepciones pueden ser complementarias (Corbella y Botella, 2003).

En este sentido, la particular reformulación transteórica de alianza de trabajo que realizara Bordin a partir del trabajo de Greenson (1967) ha resultado ser fundamental. Para Bordin, la alianza terapéutica se compone de tres componentes (Vínculo, Tareas y Metas) que se estructuran en dos dimensiones (Arredondo y Salinas, 2005): la *relacional*, aquella que hace referencia al Vínculo² que se establece entre el terapeuta y el paciente e incluye aspectos como la confianza mutua y la aceptación (Horvarth y Luborsky, 1993), y la *técnica*, aquella que hace referencia al acuerdo que debe existir entre el terapeuta y el paciente, tanto en las Metas -grado de acuerdo entre el terapeuta y el paciente respecto de los objetivos a alcanzar en la intervención- como en las Tareas -actividades concretas de común acuerdo a través de la realización de las cuales el paciente pueda beneficiarse del tratamiento (Safran y Segal,

1994)-. Estos tres componentes constitutivos de la alianza terapéutica, en combinación, definen la calidad y el potencial de toda alianza terapéutica.

En definitiva, la conceptualización de Bordin crea un marco referencial común al resto de escuelas psicoterapéuticas a través del cual analizar la relación con parámetros comunes (Kleinke, 1995; Corbella y Botella, 2003). Aunque al inicio de sus planteamientos consideró la alianza terapéutica como una condición necesaria, pero no suficiente para la psicoterapia, con posterioridad, sostuvo que las diferencias en el logro alcanzado a través de distintas terapias radican en la fuerza del vínculo terapéutico, siendo la intensidad de esta relación la que constituye la clave para producir un cambio en cualquier situación (Weinstein, 1997), a la par que aludía al abandono prematuro del tratamiento producto de un vínculo terapéutico débil.

Los resultados de las investigaciones más recientes apuntan a que la negociación entre terapeuta y paciente sobre las tareas y objetivos resulta fundamental para el establecimiento de la alianza terapéutica, así como para el proceso de cambio, a diferencia de consideraciones anteriores en torno a la asunción de responsabilidades exclusivas por parte del terapeuta en torno a la alianza terapéutica (Safran y Muran, 2000). La alianza terapéutica modula la relación y se construye entre ambos, terapeuta y paciente, siendo fundamental para el establecimiento de la misma las expectativas, opiniones, las construcciones que ambos van desarrollando respecto al trabajo que están realizando, la relación establecida y la visión del otro (Corbella y Botella, 2003).

DIFERENTES INSTRUMENTOS DE MEDIDA DE LA ALIANZA TERAPÉUTICA: EL WORKING ALLIANCE INVENTORY (SHORT VERSION)

Según señalan Corbella y Botella (2003), en la actualidad existen más de veinte instrumentos de medida diferentes de la alianza terapéutica.

Pese a la existencia de diferentes escalas con diferentes desarrollos, se dan dos aspectos fundamentales en todas ellas -la colaboración y el acogimiento (sentirse bien)- que son medidos en las diversas escalas en las que reciben un mayor o menor grado de importancia. Aunque los resultados de las investigaciones no son determinantes, se desprende de todos ellos que algunas actitudes tanto del terapeuta como del paciente influyen sustancialmente en el tipo de alianza terapéutica que se dé. En la actualidad, existe una evidencia sólida de que la relación terapéutica se ve fortalecida cuando el paciente es acogido por

Tabla 1. Diferentes escalas de alianza terapéutica y las correspondientes dimensiones que tienen en cuenta

ESCALAS	DIMENSIONES
Escalas de Pensilvania (denominadas PENN)	<ul style="list-style-type: none"> · Experiencia del paciente del terapeuta como alguien cálido, que apoya y ayuda. · Recepción de ayuda por parte del paciente. · Colaboración con el terapeuta.
Vanderbilt Psychotherapy Process Scale (VPPS)	<ul style="list-style-type: none"> · Terapeuta cálido y acogedor. · Exploración del terapeuta · Hostilidad del paciente · Dependencia del paciente · Actitud negativa del terapeuta · Exploración del paciente · Participación del paciente · Stress psíquico del paciente
Vanderbilt Therapeutic Alliance Scale (VTAS)	<ul style="list-style-type: none"> · Clima positivo · Resistencia del paciente · Intrusividad del terapeuta · Motivación del paciente · Responsabilidad del paciente · Ansiedad del paciente
Working Alliance Inventory (WAI)	<ul style="list-style-type: none"> · Vínculo · Acuerdo sobre metas · Acuerdo sobre tareas
California Psychotherapy Alliance Scale (CALPAS)	<ul style="list-style-type: none"> · Capacidad de trabajo del paciente · Compromiso del paciente · Comprensión y compromiso del terapeuta · Consenso sobre metas y tareas
Agnew Relationship Measure (ARM)	<ul style="list-style-type: none"> · Vínculo · Trabajo conjunto y acuerdo sobre tareas · Confianza del paciente sobre la competencia del terapeuta · Sentimiento del paciente de libertad para revelar temas · Iniciativa del cliente.
ITAS/FTAS/CTAS	<ul style="list-style-type: none"> · Vínculo · Acuerdo sobre metas · Acuerdo sobre tareas

Fuente: elaboración propia

un terapeuta cálido, empático y aceptador (Salvo, 2003). Evidencia en la que coinciden la mayoría de los investigadores y escuelas terapéuticas (Corbella y Botella, 2003).

El *Working Alliance Inventory* (WAI) o inventario de alianza de trabajo, creado por Adams Horvath y sus colegas, es una escala cuyo objetivo consiste

en la medición de la formulación transteórica del concepto de alianza terapéutica que realizó Bordin (1976, 1979). Bordin elaboró una concepción teórica que estableció las bases para el desarrollo posterior de mediciones de alianza terapéutica. Como ya lo anticipáramos, para Bordin la alianza terapéutica es una entidad colaborativa que consta de tres com-

ponentes: acuerdo en las metas, consenso respecto de las tareas de la terapia y el vínculo entre paciente y terapeuta. Por ello, el WAI contiene tres subescalas que analizan estos componentes con los que Bordin configuró su constructo de alianza terapéutica, cada una de las cuales consta de 12 ítems de respuesta tipo Likert.

Fueron Tracey y Kokotovic (1989) los que eliminaron algunos ítems para conseguir un instrumento

de pocos ítems que facilitara su uso en ámbitos clínicos (Corbella, 2002), creando el WAI Short Version (WAI S), que consta igualmente de las tres subescalas del WAI (Metas, Tareas y Vínculo) y está formado por 12 ítems a responder en una escala Likert de 7 puntos (0= totalmente en desacuerdo; 7= totalmente de acuerdo), siendo cada subescala evaluada por 4 ítems. La puntuación del WAI S fluctúa entre los 12 y los 84 puntos.

Tabla 2. Working Alliance Inventory (Short Version) para pacientes. Traducido al español y validado por Corbella, Botella, Gómez, Herrero y Pacheco (2011: 299)

Número de pregunta	Preguntas de la WAI S para pacientes en español	Subescala a la que corresponde cada pregunta
1.	Mi terapeuta y yo estamos de acuerdo en lo que hay que hacer para contribuir a mejorar mi situación.	TAREAS
2.	Lo que hago en terapia me permite ver nuevas formas de considerar mi problema.	TAREAS
3.	Caigo bien a mi terapeuta.	VÍNCULOS
4.	Mi terapeuta y yo tenemos ideas diferentes sobre lo que intento conseguir en la terapia.	METAS
5.	Confío en la capacidad de mi terapeuta para ayudarme.	VÍNCULOS
6.	Mi terapeuta y yo estamos trabajando con metas que hemos acordado entre ambos.	METAS
7.	Siento que mi terapeuta me aprecia.	VÍNCULOS
8.	Mi terapeuta y yo estamos de acuerdo en cuáles son las cosas importantes en que debería trabajar en la terapia.	TAREAS
9.	Mi terapeuta y yo confiamos el uno en el otro.	VÍNCULOS
10.	Mi terapeuta y yo tenemos ideas diferentes respecto a cuáles son mis problemas.	METAS
11.	Mi terapeuta y yo hemos llegado a una buena comprensión del tipo de cambios que serían buenos para mí.	METAS
12.	Creo que la forma en que estamos trabajando con mi problema es la correcta.	TAREAS

Fuente: elaboración propia

A su vez, y de forma idéntica al WAI, se han creado versiones para el paciente, para el terapeuta e, incluso, para un observador externo. La WAI S ha sido sometida recientemente a validación por el profesor Corbella y sus colaboradores (2011: 299) tras haber sido traducida al español. En esta traducción se presenta cada subescala (Metas, Tareas y Vínculos) con cada ítem correspondiente en la versión del WAI S para el paciente (véase Tabla 2). La versión del WAI

S para el terapeuta es de elaboración propia, partiendo de la versión para el paciente

Los motivos que nos han llevado a la elección de la WAI S tienen que ver con que cuenta con un reducido número de dimensiones (3) en comparación con la mayoría de escalas que miden la alianza terapéutica, lo cual facilita la labor tanto de los pacientes como de los profesionales, a la par que simplifica la obtención de datos. Otro motivo por el cual se ha se-

Tabla 3. Working Alliance Inventory (Short Version) para terapeutas

Número de pregunta	Preguntas de la WAI S para pacientes en español	Subescala a la que corresponde cada pregunta
1.	Mi paciente y yo estamos de acuerdo en lo que hay que hacer para contribuir a mejorar mi situación.	TAREAS
2.	Lo que mi paciente hace en terapia le permite ver nuevas formas de considerar su problema.	TAREAS
3.	Caigo bien a mi paciente.	VÍNCULOS
4.	Mi paciente y yo tenemos ideas diferentes sobre lo que intento conseguir en la terapia.	METAS
5.	Confío en la capacidad de mi paciente para ayudarme.	VÍNCULOS
6.	Mi paciente y yo estamos trabajando con metas que hemos acordado ambos.	METAS
7.	Siento que mi paciente me aprecia.	VÍNCULOS
8.	Mi paciente y yo estamos de acuerdo en cuáles son las cosas importantes en las que éste debería trabajar en la terapia.	TAREAS
9.	Mi paciente y yo confiamos el uno en el otro.	VÍNCULOS
10.	Mi paciente y yo tenemos ideas diferentes respecto a cuáles son sus problemas.	METAS
11.	Mi paciente y yo hemos llegado a una buena comprensión del tipo de cambios que serían buenos para él.	METAS
12.	Creo que la forma en que estamos trabajando con su problema es la correcta.	TAREAS

Fuente: elaboración propia

leccionado el WAI S en vez de escalas como PENN, ITAS, FTAS o CTAS (véase Tabla 1), que tienen un número idéntico de dimensiones (3), es porque es la única que se encuentra traducida al castellano. Por otra parte, la investigación ha evidenciado un “fuerte apoyo a la fiabilidad del WAI y cierto apoyo a su validez” (Corbella, 2002: 64). No obstante, las últimas investigaciones realizadas apuntan a que, pese a que “a nivel teórico puede resultar coherente dividir la alianza terapéutica en tres dimensiones, a nivel empírico los resultados obtenidos por la investigación clínica con pacientes indican que las tres sub-escalas están muy relacionadas y resulta difícil su diferenciación” (Corbella, Botella, Gómez, Herreiro y Pacheco, 2011: 301).

EL CUESTIONARIO DEL ESTILO PERSONAL DEL TERAPEUTA (EPT-C)

Las investigaciones apuntan a que, a la hora de establecer una adecuada alianza terapéutica, resul-

ta fundamental el estilo que el profesional imprima a su ejercicio. Como pudimos comprobar, desde la perspectiva de Lévinas, para evitar cualquier tipo de violencia metafísica y sus derivados, el profesional debe ser sensible y mantenerse vigilante. Las investigaciones en Psicología apuntan a que, para establecer un buen vínculo con el usuario, el profesional debe ser cálido, empático y aceptarlo de forma incondicional. Por ello, debido a la importancia que adquiere el estilo personal del terapeuta en el establecimiento de una adecuada alianza terapéutica, pasaremos a continuación a explicar el cuestionario a través del cual se ha propuesto su medida.

El Cuestionario del Estilo Personal del Terapeuta (EPT - C) se trata de un instrumento autoadministrado de 36 ítems, que los encuestados responden según su grado de acuerdo a través de una escala Likert (1=totalmente en desacuerdo; 7= totalmente de acuerdo), diseñado para evaluar 5 funciones terapéuticas (Instruccional, Expresiva, Involucración, Atencional y Operativa) que los autores han

propuesto en la definición de dicho concepto. Este instrumento fue creado y definido por el profesor Héctor Fernández-Álvarez como “el conjunto de condiciones singulares que conducen a un terapeuta a operar de un modo particular en su tarea” (en Corbella, 2002: 88), aunque en nuestro caso nos referiremos al estilo personal del terapeuta como a aquel conjunto de formas de comunicación y de funciones habituales en la práctica profesional de los terapeutas. La primera versión del instrumento (Fernández-Álvarez y García, 1998) evaluaba seis funciones terapéuticas básicas (Instruccional, Atencional, Expresiva, Operacional, Evaluativa e Involucración) y constaba de 26 ítems (Corbella, 2002). Con posterioridad el instrumento se fue perfeccionando.

Tras haberlo contrastado con el profesor Corbella, nos decantamos por la última versión del cuestionario, que consta de 36 ítems, frente a la versión anterior, de 26, debido a las propiedades psicométricas satisfactorias obtenidas por aquél. Este cuestionario no sólo posibilita conocer cómo se ven los profesionales a sí mismos, sino que podría ser adaptado para usuarios con el propósito de comparar cómo ven éstos a los profesionales. La versión más actual del EPT – C (Fernández-Álvarez, García, Bianco y Santomá, 2003) consta de las siguientes 5 de funciones terapéuticas (Fernández-Álvarez, Rial, Castañeiras, García y Gómez, 2006) que son evaluadas gracias a los diferentes ítems en los que se desglosa cada una de ellas como podemos ver en la Tabla nº 4

Tabla 4. Cuestionario del Estilo Personal del Terapeuta (EPT - C Versión Terapeuta, 2003)

Número de pregunta	Preguntas del EPT C para terapeutas	Funciones a las que pertenece cada pregunta
1.	Suelo mantener mi escucha más bien abierta y receptiva más que concentrada y focalizada.	ATENCIONAL (*) ³
2.	Procuro que los pacientes se adecuen al formato habitual de mi trabajo.	INSTRUCCIONAL
3.	Como terapeuta prefiero indicar a los pacientes qué debe hacerse en cada sesión.	OPERATIVA
4.	Mantengo un bajo nivel de involucración con los pacientes para actuar con más objetividad.	INVOLUCRATIVA (*)
5.	Me resultan estimulantes los cambios en el encuadre.	INSTRUCCIONAL (*)
6.	Las emociones que me despierta el paciente son decisivas para el curso del tratamiento.	EXPRESIVA
7.	Me siento más inclinado a acompañar al paciente en su exploración que a señalarle los caminos a seguir.	OPERATIVA (*)
8.	Evito comunicarme a través de gestos y expresiones muy emotivas.	EXPRESIVA (*)
9.	Caso de que cobrase tras cada sesión, considero que exigiría el estricto cumplimiento de los honorarios.	INSTRUCCIONAL
10.	Los tratamientos pautados me merecen escasa valoración.	OPERATIVA (*)
11.	La expresión de las emociones es un poderoso instrumento de cambio.	EXPRESIVA
12.	Muchos cambios importantes en el curso de un tratamiento requieren que el terapeuta opere con un bajo tono emocional.	EXPRESIVA (*)
13.	Fuera de las horas de trabajo dejo de pensar en los pacientes.	INVOLUCRATIVA (*)
14.	Los cambios de consultorio afectan negativamente los tratamientos.	INSTRUCCIONAL
15.	Los verdaderos cambios se producen en el curso de sesiones con un clima emocional intenso.	EXPRESIVA
16.	Me considero un terapeuta que trabaja con un encuadre flexible.	INSTRUCCIONAL (*)
17.	Me resulta útil revelar algunos de mis aspectos personales en las sesiones.	EXPRESIVA

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

Fuente: elaboración propia

La función instruccional evalúa la flexibilidad-rigidez con que interviene el terapeuta con el paciente (a mayor puntaje, mayor rigidez); la función expresiva evalúa la distancia-proximidad emocional en la comunicación entre terapeuta y paciente (a mayor puntaje, mayor proximidad emocional); la función de involucración evalúa el compromiso del terapeuta en la realización de su tarea con sus pacientes (a mayor puntaje, mayor grado de involucración); la función atencional evalúa la forma en que el terapeuta orienta su atención a la hora de obtener información sobre sus pacientes (a mayor puntaje, la atención más concentrada y focalizada y, por tanto, menos receptiva y abierta). Y, finalmente, la función operativa evalúa acciones del terapeuta relacionadas con sus intervenciones profesionales (a mayor puntaje, el terapeuta es más pautado).

Los motivos de elección del Cuestionario de Estilo Personal del Terapeuta serían que es una medida actualizada, adecuada y sensible para evaluar las características del Estilo Personal del Terapeuta,

así como la relación de ésta con variables relevantes para el proceso y resultado de la psicoterapia (terapeuta, paciente, tratamiento y factores culturales y contextuales). Por otra parte, constituye una medida consistente y estable para evaluar las funciones del Estilo Personal del Terapeuta asociadas con la actividad terapéutica, siendo un instrumento sensible para identificar las diferencias estilísticas entre terapeutas de distintas orientaciones teóricas que ha recibido una importante acogida en la comunidad científica mostrándose apto para realizar investigación en psicoterapia. Además, este cuestionario ha sido aplicado en estudios sobre la relación del estilo del terapeuta y el perfil del paciente, en terapeutas que trabajan en terapia intensiva neonatal, en terapeutas que trabajan con pacientes severos, en estudios comparativos sobre el estilo del terapeuta de diferentes países, así como en estudios sobre el estilo personal como recurso formativo en los programas de entrenamiento en psicoterapia.

CONCLUSIONES

Desde la perspectiva de Lévinas, sin Ética, en la relación profesional se ejercería violencia metafísica y sus derivados. Con Ética, es decir, con sensibilidad y vigilancia, el profesional logra evitar el ejercicio de esta violencia. Pero si el profesional, consciente de la trascendencia de la relación profesional como instrumento de cambio, quiere mejorarla, necesita ineludiblemente medirla. En este sentido, gracias a las investigaciones realizadas en Psicología, hemos recurrido a la noción de alianza terapéutica. La alianza terapéutica es la noción que logra significar la mutua y armónica colaboración entre el usuario y el profesional del Trabajo Social. Una adecuada alianza terapéutica será aquella en la que haya un compromiso importante por ambas partes, mientras que una inadecuada lo será cuando apenas exista compromiso por ambas partes.

La sensibilidad ética levinasiana es tan importante como posibilitadora de una adecuada alianza terapéutica porque ésta última no se entiende si no es como el recíproco sentimiento positivo entre el profesional del Trabajo Social y el usuario. De hecho, la calidad del vínculo entre ambos será mayor cuanto mayor sea el tono emocional que adquiera la experiencia del usuario en tal relación, el cual promoverá el incremento de interés y colaboración del mismo. Sin Ética no cabría una adecuada alianza terapéutica, ya que ésta únicamente se entiende como colaboración entre iguales, sin paternalismo ni antipaternalismo. La adecuada alianza terapéutica no es posible establecerla si no es desde el no paternalismo, desde el máximo respeto, la garantía y la protección de la decisión autónoma y del bienestar del usuario.

De hecho, entendemos la propuesta ética de Lévinas como una apelación a la prudencia y la responsabilidad de cada profesional en todas aquellas operaciones (ontológicas) de comparación, cálculo y medida que lleve a cabo (incluida la administración de instrumentos de medición como los propuestos), por el riesgo que corren de incurrir en la categorización segura y definitiva del usuario (Idareta, 2011 y 2012), es decir, de violentarlo metafísicamente. Gracias a la sensibilidad y la vigilancia propuestas por Lévinas, tras cada una de las categorizaciones realizadas debido a las mediciones efectuadas a través de tales instrumentos, el profesional velará por descategorizar al usuario, devolviéndole así la exclusiva singularidad de la que disfrutara antes de nuestra categorización.

La alianza terapéutica logra dar cuenta del vínculo que se establece entre el profesional del Trabajo Social y el usuario, incidiendo en la importancia de la interiorización de la experiencia vital que se da en el mismo como agente de cambio. Por eso, desde la perspectiva de Lévinas se insta al profesional a no relacionarse con el usuario a través del conocimiento exclusivamente, sino a través de la sensibilidad. Una sensibilidad que posibilita que el profesional se exprese inicialmente con autenticidad y espontaneidad, instaurando por ello una relación humanizante y humanizadora con el usuario. Con anterioridad, la técnica era uno de los valores en alza también en el Trabajo Social. En la actualidad, la relación profesional es la que adquiere una especial relevancia. No en vano, la coparticipación del usuario en la planificación y la ejecución de la intervención social se considera fundamental, frente a posturas anteriores, tendentes al paternalismo o al antipaternalismo.

Gracias a la Ética se insta a no paternalismo en un profesional que, en lo sucesivo, debe tener claro que la relación profesional se construye con el usuario, entre ambos, y que la alianza terapéutica es la que da parte de esa unión que tiene como objetivo alcanzar un estado superior de bienestar del último como sujeto autónomo. La relación profesional mejora y se fortalece cuando el profesional acoge al usuario de forma sensible, cálida y empática. Cuanta mayor y mejor sea la fuerza del vínculo que se establece entre ambos, mayor será la probabilidad de originar un cambio en el usuario de forma no paternalista. De este vínculo da cuenta la alianza terapéutica, que ha sido medida, entre otros instrumentos, gracias al WAI S. Un instrumento sencillo, útil y eficaz que posibilita a los profesionales del Trabajo Social conocer qué aspectos mejorar en nuestra relación con el usuario y en las relaciones de éste con el resto de profesionales responsables de otras áreas.

Debido a que la relación profesional mejora y se fortalece cuando el profesional acoge al usuario de forma sensible, cálida y empática, sería por ello conveniente conocer el estilo personal del profesional del Trabajo Social. Todos los profesionales tienen un estilo personal de actuación, pero la sensibilidad, la calidez, la empatía o la aceptación incondicional de los usuarios no forman parte del repertorio de todos ellos cuando, como hemos podido comprobar a partir de la revisión de la literatura científica existente, resulta ser lo más adecuado. No en vano, todo parece apuntar a que un estilo menos intelectual (es decir, menos Instruccional, Operacional y Evaluativo) y más emocional (es decir, más Atencional, Expresivo)

vo e Involucrativo) favorecería el establecimiento de una adecuada alianza terapéutica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arredondo, M.L. y Salinas, P.A. (2005). *Alianza Terapéutica en Psicoterapia: Concepción e Importancia atribuida por psicoterapeutas con distintas orientaciones teóricas que trabajan en el Centro de Psicología Aplicada de la Universidad de Chile*. Memoria para optar al Título de Psicología. Santiago de Chile: Universidad de Chile. Extraído el día 18 de Noviembre de 2007 de: http://www.cybertesis.cl/tesis/uchile/2005/arredondo_m/sources/arredondo_m.pdf
- Bordin, E.S. (1976). The generalization of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16, 252-260. <http://dx.doi.org/10.1037/h0085885>
- Bordin, E.S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16(3), 252-260. DOI: 10.1037/h0085885 <http://dx.doi.org/10.1037/h0085885>
- Corbella, S. (2002). *Compatibilidad entre estilo personal del terapeuta y perfil personal del paciente*. Tesis doctoral. Barcelona: Universidad Ramon Llull.
- Corbella, S. y Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Revista Anales de Psicología*, 2(19), 205-221. Extraído el 25 de Noviembre de 2007 de: http://www.um.es/analesps/v19_2/04-19_2.pdf
- Corbella, S., Botella, L.; Gómez, A.M^a, Herrero, O., Pacheco, M. (2011). Características psicométricas de la versión española del *Working Alliance Inventory-Short* (WAI-S). *Anales de psicología*, 27(2), 298-301.
- Derrida, J. (1989). *La Escritura y la Diferencia*. Barcelona: Anthropos.
- Feixas, G. y Miró, M.T. (1993). *Aproximaciones a la Psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- Fernández-Álvarez, H., Rial, V., Castañeiras, C., García, F., y Gómez, B. (2006). Estilo personal de terapeutas que trabajan con pacientes severamente perturbados: un estudio cuantitativo y cualitativo. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 26(2), 9-26.
- Fernández-Álvarez, H., García, F., Bianco, J.L., y Santomá, S.C. (2003). Assessment Questionnaire on The Personal Style of the Therapist PST-Q. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 10(2), 116-125. <http://dx.doi.org/10.1002/cpp.358>
- Fernández-Álvarez, H., y García, G. (1998). El estilo personal del terapeuta: inventario para su evaluación. En S. Gril, A. Ibáñez, I. Mosca y P.L.R. Sousa (Eds.). *Investigación en Psicoterapia* (pp. 76-84). Brasil: Educat.
- Gobierno Vasco. (2006). *Diagnóstico e Intervención Social. Herramienta informática para el Trabajo Social*. Vitoria: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- Greenson, R. (1967). *Técnica y práctica del psicoanálisis*. México: Siglo XXI.
- Horvarth, A.O. y Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(4), 561-573.
- Horvath, A.O. y Symonds, B.D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A metaanalysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38(2), 139-149.
- Idareta, F. (2011). *La Ética como primera filosofía: aproximación de la Ética de E. Lévinas al Trabajo Social*. Saarbrücken: Editorial Académica Española.
- Idareta, F. (2012). Aproximación de la ética de Emmanuel Lévinas al Trabajo Social. *Portularia*, 12(1): 1-8. <http://dx.doi.org/10.5218/prts.2012.0028>
- Kleinke, C. (1995). *Principios comunes en psicoterapia*. Bilbao: Editorial Desclée de Brower.
- Lévinas, E. (1994). *Dios, la muerte y el tiempo*. Madrid: Cátedra.
- Lévinas, E. (2000). *Ética e infinito*. Madrid: A. Machado.
- Lévinas, E. (2001a). *De Dios que viene a la idea*. Madrid: Caparrós.
- Lévinas, E. (2001b). *Entre nosotros: ensayos para pensar en otro*. Valencia: Pre-Textos.
- Lévinas, E. (2003). *De otro modo que ser o más allá de la esencia*. Salamanca: Sígueme.
- Lévinas, E. (2004). *Difícil libertad*. Madrid: Caparrós.
- Lévinas, E. (2006a). *Humanismo del otro hombre*. Madrid: Siglo XXI.
- Lévinas, E. (2006b). *Totalidad e Infinito: ensayo sobre la exterioridad*. Salamanca: Sígueme.
- Payne, M. (1995). *Teorías Contemporáneas del Trabajo Social*. Barcelona: Paidós.
- Salcedo, D. (2006). La naturaleza de la relación profesional y la ética del trabajo social. *Acciones e investigaciones sociales*, 22, 189-192.
- Salvo, I. (2003). *Variables del psicoterapeuta que inciden en la efectividad de la psicoterapia: un estudio exploratorio descriptivo*. Santiago de Chile: Universidad de Chile.

- Safran, J.D. y Muran, J.C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: a relational treatment guide*. Nueva York: Editorial The Guilford Press.
- Safran, J.D. y Muran, J.C. (2005). *La alianza terapéutica. Una guía para el tratamiento relacional*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Safran, J.D. y Segal, Z. (1994). *El proceso interpersonal en la terapia cognitiva*. Barcelona: Paidós.
- Santibáñez, P. (2001) *La alianza terapéutica en psicoterapia: traducción, adaptación y examen inicial de las propiedades psicométricas del Working Alliance Inventory en Chile*. Santiago de Chile: Universidad Pontificia Católica.
- Tracey, T.J y Kokotovic, A.M. (1989). Factor structure of the Working Alliance Inventory. *Psychological Assessment*, 1(3), 336-344. <http://dx.doi.org/10.1037/1040-3590.1.3.207>
- Weinstein, X. (1997). *Variables del paciente que influyen sobre la alianza terapéutica*. Santiago de Chile: Universidad de Chile.

NOTAS

- 1 Entendemos la violencia paternalista y la antipaternalista como extremos de un eje imaginario en cuyo centro se encuentra el no paternalismo. Entre cada una de estas violencias y su punto de equilibrio se encuentran las violencias metafísicas paternalista y antipaternalista. Partiendo de uno de los extremos hasta su opuesto, la violencia paternalista la entendemos como aquella violencia derivada de la violencia metafísica paternalista que da lugar a un ejercicio profesional excesivamente restrictivo. Se concreta en aquella tendencia habitual del profesional de velar por el bienestar del usuario, sin tener en cuenta sus decisiones. Por su parte, la violencia metafísica paternalista consiste en aquella violencia en potencia que precede a la violencia paternalista en el ejercicio profesional y que se caracteriza porque el profesional tiende a no contemplar la autonomía del usuario. Es una violencia de nivel inferior a la violencia paternalista, ya que consiste en *pensar* de forma paternalista al usuario (y no en *tratar* al usuario de forma paternalista). El no paternalismo se caracteriza porque el profesional da la misma importancia al principio de autonomía que al de bienestar, contemplando los principios éticos en su relacionalidad y en su relatividad. La violencia metafísica antipaternalista la entendemos como aquella violencia en potencia que precede a la violencia antipaternalista en el ejercicio profesional

que tiene por objeto la evitación de la supervisión del bienestar del usuario. Es una violencia de nivel inferior a la violencia antipaternalista, ya que la violencia antipaternalista consiste en *pensar* de forma antipaternalista al usuario (y no en *tratar* al usuario de forma paternalista). Finalmente, la violencia antipaternalista la entendemos como aquella violencia derivada de la violencia metafísica antipaternalista que da lugar a un ejercicio excesivamente permisivo. Se concreta en aquella tendencia habitual del profesional a velar por la autonomía del usuario, sin supervisar que éste se provea y disfrute de su bienestar.

- 2 La calidad del vínculo determina el tono emocional de la vivencia que el paciente tiene del terapeuta que, a su vez, influye en su colaboración en el proceso terapéutico (Feixas y Miró, 1993).
- 3 Las funciones con asterisco en la Tabla nº 4 recodifican, es decir, puntúan de forma inversa. De modo que, cuando los valores sean bajos estaremos hablando de profesionales con un estilo flexible (en lo que respecta a la Función Instruccional), abierto (Función Atencional), distante (Función Expresiva), con baja involucración (Función Involucradora) y espontáneo (Función Operativa). Cuando los valores sean altos nos estaremos refiriendo a profesionales con un estilo rígido (Función Instruccional), focalizado (Función Atencional), próximo (Función Expresiva), con alta involucración (Función Involucradora) y pautado (Función Operativa).