

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO

Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades

**“ALIANZA TERAPEUTICA ENTRE PACIENTES Y TERAPEUTAS
PRACTICANTES EN TRES TIPOS DE CORRIENTES PSICOLÓGICAS:
TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL, TERAPIA HUMANISTA Y TERAPIA
PSICODINAMICA”**

María Isabel Griffin Valdivieso

Mariel Paz y Miño, Ph.D (c)., Mentor y Director de Tesis

Tesis de grado presentada como requisito para la obtención del título de Psicóloga Clínica

Quito, julio de 2014

Universidad San Francisco de Quito
Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades

HOJA DE APROBACIÓN DE TESIS

Alianza terapéutica entre Pacientes y Terapeutas practicantes en tres tipos de corrientes psicológicas: Terapia Cognitivo Conductual, Terapia Humanista y Terapia Psicodinámica

María Isabel Griffin Valdivieso

Mariel Paz y Miño, Ph. D. (c)
Director de Tesis

Teresa Borja, Ph. D.
Miembro del Comité de Tesis

Jorge Flachier, Dr.
Miembro del Comité de Tesis

Carmen Fernández Salvador, Ph. D.
Decana del Colegio de Ciencias
Sociales y Humanidades

Quito, julio de 2014

© DERECHOS DE AUTOR

Por medio del presente documento certifico que he leído la Política de Propiedad Intelectual de la Universidad San Francisco de Quito y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo de investigación quedan sujetos a lo dispuesto en la Política.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo de investigación en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma: _____

Nombre: María Isabel Griffin Valdivieso

C. I.: 1713473088

Lugar: Quito, julio de 2014

DEDICATORIA

A mis padres, Arturo, María Caridad y a mis hermanos, Arturo, Ignacio, Felipe y Bernardo pilares fundamentales en mi vida y por haberme acompañado en todo el proceso de altos y bajos.

A mi abuelo, Cesar y a todo el resto de mi familia por creer en mí siempre.

AGRADECIMIENTOS

Un agradecimiento gigante a Mariel Paz y Miño, directora y mentora de este proyecto por su gran ayuda, dedicación y tiempo. Al bebé que viene en camino por acompañarnos durante todo el proceso.

A mis profesores, en especial a Teresa Borja que ha sido un gran apoyo durante toda la carrera y en especial para esta tesis. De igual manera a Jorge Flachier por haber compartido su vasta experiencia y ser lector de este proyecto.

A mis compañeros, que fueron amigos y psicólogos durante los 5 años de carrera.

A todos los estudiantes de 5ºto año de Psicología Clínica que realizaron la recolección de los datos desde el año 2008. Destacando a Gustavo Villacreses por su inmensa colaboración con la tabulación y el análisis de datos.

RESUMEN

Este estudio busca hacer un análisis global de la alianza terapéutica de los pacientes y los terapeutas de las consultas psicológicas de la Universidad San Francisco de Quito (USFQ). La muestra consistió en 180 pacientes, de los cuales 60 recibieron terapia psicodinámica, 60 terapia humanista y 60 terapia cognitiva conductual y fueron atendidos desde el año 2008 hasta el 2014.

De acuerdo con estudios que indican que la calidad de la alianza terapéutica es similar en las tres corrientes psicoterapéuticas, no se encontró en los análisis estadísticos una diferencia significativa, ni en el puntaje global, ni en cada una de las sub escalas (objetivo, meta y vínculo) medidas por el Working Alliance Inventory o WAI. Igualmente, no se pudo determinar, que exista una correlación considerable entre el número de sesiones y el puntaje global de la alianza terapéutica o una diferencia significativa entre la alianza terapéutica de los pacientes que recibieron más de 5 sesiones y menos de 5 sesiones. Mientras que, de acuerdo a lo esperado sí se encontró que existe una alta correlación ($r=0,525$) entre los puntajes del WAI versión terapeuta y el WAI versión cliente.

Lo que queda por seguir investigando es qué de las diversas corrientes terapéuticas contribuyen a la alianza, y cómo la alianza se relaciona con abandono de la terapia. Se ha llegado a la conclusión que hace falta más investigación y muestras más grandes para determinar el peso real de la alianza y su relación con los tres enfoques terapéuticos.

Palabras Clave: Alianza Terapéutica, Inventario de Alianza Terapéutica, estudio comparativo, Terapia Humanista, Terapia Cognitivo Conductual, Terapia Psicodinámica

ABSTRACT

This study seeks to make a comprehensive analysis of the therapeutic alliance of patients and therapists psychological consultations at the Universidad San Francisco de Quito (USFQ). The sample consisted of 180 patients, of whom 60 received psychodynamic therapy, 60 and 60 humanistic therapy and cognitive behavioral therapy were attended from 2008 to 2014.

According to studies indicating that the quality of the therapeutic alliance is similar in the three psychotherapeutic currents, was not found in the statistical analysis, a significant difference in either the overall score, or each of the subscales (purpose, goal and link) measured by the Working Alliance Inventory or WAI. Likewise, it could not be determined, there is a significant correlation between the number of sessions and the overall score of the therapeutic alliance or a significant difference between the therapeutic alliance of patients who received more than 5 sessions and less than 5 sessions. While, according to expectations did find that there is a high correlation ($r = 0.525$) between the scores of the WAI WAI therapist version and client version.

What remains to be further investigated is which of the various currents contribute to the therapeutic alliance, the alliance and how it relates to discontinue therapy. It was concluded that more research and larger samples to determine the actual weight of the alliance and its relationship to the three therapeutic approaches.

Therapeutic Alliance, Therapeutic Alliance Inventory, comparative study, Humanistic Therapy, Cognitive Behavioral Therapy, Psychodynamic Therapy: Keywords

TABLA DE CONTENIDO

Resumen	7
Abstract.....	8
Introducción al problema.....	11
Antecedentes.....	11
El problema	14
Hipótesis	15
Preguntas de investigación	16
Contexto y marco teórico	17
Definición de términos	19
Presunciones del autor del estudio.....	21
Supuestos del estudio	21
Revisión de la literatura	23
Géneros de literatura incluidos en la revisión	23
Pasos en el proceso de revisión de la literatura	23
Formato de la revisión de la literatura.....	23
Metodología y diseño de la investigación	54
Justificación de la metodología seleccionada.....	55
Herramienta de investigación utilizada	55
Descripción de participantes.....	57
Fuentes y recolección de datos	59
Análisis de datos.....	60
Detalles del análisis	60
Importancia del estudio	70
Resumen de sesgos del autor	71
Conclusiones.....	73
Respuesta(s) a la(s) pregunta(s) de investigación.....	73
Limitaciones del estudio.....	76
Recomendaciones para futuros estudios.....	77
Resumen general.....	78
Referencias	80
APÉNDICE A: Inventario de Alianza Terapeutica versión cliente (WAI - P)	84
APÉNDICE B: Inventario de Alianza Terapeutica versión terapeuta (WAI - T)	88

TABLAS

Tabla no. 1: Datos demograficos	62
Tabla no. 2: Resumen análisis estadístico anova one way tipo de terapia vs. alianza terapéutica.....	64
Tabla no.3: Resumen análisis estadístico Anova One Way tipo de terapia vs. Sub escala tarea del WAI.....	64
Tabla no. 4: Resumen análisis estadístico anova one way tipo de terapia vs. Sub escala vínculo del WAI	65
Tabla no. 5: Resumen análisis estadístico anova one way tipo de terapia vs. Sub escala objetivo del WAI	66
Tabla no. 6: Resumen datos pacientes que poseen ambos cuestionarios	67
Tabla no.7: Análisis T-test para pacientes de más de 5 sesiones y menos de 5 sesiones	67
Tabla no. 8: Resumen de las medias en la muestra chilena y en la muestra de la USFQ ...	69
Tabla no. 9: Cambios porcentuales.....	69

FIGURAS

Figura no.1: Porcentaje del sexo de participantes	62
Figura no. 2: Distribución del número de sesiones recibidas por los pacientes	63
Figura no.3: Porcentaje del número de sesiones recibidas por los pacientes	68
Figura no. 4: Comparación de Medias del WAI P entre la norma chilena y los pacientes de la USFQ	70
Figura no. 5: Comparación de Medias del WAI T entre la norma chilena y los pacientes de la USFQ	70

INTRODUCCIÓN AL PROBLEMA

El momento en que se inicia un proceso terapéutico se establece una relación interpersonal entre el paciente con un profesional de la salud mental. Cuando esta relación es de confianza, apertura y confidencialidad ayuda a que la terapia sea efectiva y provechosa. Esto, sin embargo no es siempre la regla, establecer una relación con estas cualidades no resulta fácil. El buscar ayuda psicológica implica muchos sentimientos y emociones en el paciente, muchas veces acarreado grandes expectativas en los resultados que se obtendrá al finalizar. De la misma forma, provoca sentimientos y pensamientos en el terapeuta sobre la condición de la persona que entra a su consultorio y a las conclusiones a las que se llegará.

La alianza terapéutica, o relación paciente-terapeuta, ha sido un tema en el interés de los investigadores y psicoterapeutas durante décadas. Desde el momento en que Freud empieza su práctica clínica, toma conciencia de cuán importante es la relación entre el paciente y el tratante (Samardžic & Nikolic, 2014). Este ha sido un concepto de tanta importancia que 100 años más tarde, el tema se sigue investigando en diferentes campos de la psicoterapia, entre ellos, clínicos, coaching e inclusive en áreas de educación. Independientemente del porcentaje de correlación que tenga la alianza terapéutica con el éxito final de la terapia, siempre, o casi siempre se demuestra que este existe (Corbella & Botella, 2003).

Antecedentes

Historia de la psicoterapia y la alianza terapéutica: una breve reseña.

Hablar de la historia de la alianza terapéutica es hablar de la historia de la psicoterapia misma. La terapia psicológica no se puede dar estando lejos de una relación interpersonal entre el psicoterapeuta y el paciente. Una parte indispensable para el éxito

final de la terapia es la calidad del vínculo entre estas dos personas involucradas en la terapia (Elliott R. , 2002). En diversas investigaciones (Horvath, Luborsky 1991, Orlinsky et al. 1994, Zetzel, 1956, Rogers 1951) a lo largo del siglo XX, donde se conceptualiza el término como tal, se ha encontrado que la relación terapéutica es un aspecto fundamental en la efectividad de la terapia (Elliott R. , 2002).

Sigmund Freud, padre de la psicología moderna, teoriza por primera vez en 1912 la importancia de que el psicoanalista mantenga una actitud comprensiva y un interés verdadero sobre el paciente que está tratando (Corbella & Botella, 2003). Desde este momento nace el concepto de transferencia, concepto que fue modificándose a lo largo de la experiencia del propio Freud y posteriormente con otros psicoanalistas. Inicialmente Freud describe al afecto que podía desarrollarse entre el paciente y el terapeuta como una forma de transferencia, que era positiva y beneficiosa hacia la autoridad del analista (Samardžic & Nikolic, 2014). Concluyendo que de esta manera se facilitaba la aprobación del paciente y la credibilidad de las interpretaciones y explicaciones del psicoterapeuta. Pero años después, Freud determinó que la transferencia no resulta positiva en todos los casos, podía de la misma forma distorsionar la relación real entre el paciente y el terapeuta (Corbella & Botella, 2003).

Desde un punto de vista general, para la terapia psicoanalítica, la transferencia del paciente puede facilitar o dificultar el trabajo de la alianza terapéutica. Zetzel (1956), años más tarde hace por primera vez el corte entre transferencia y alianza proponiendo que “la alianza era la parte no neurótica de la relación entre terapeuta y paciente que posibilita el *insight* y el uso de las interpretaciones del terapeuta, para distinguir entre las experiencias relacionales del pasado y la relación real con el terapeuta” (Zetzel 1956 citado en Corbella & Botella, 2003, p. 206).

Con el paso de los años el concepto de alianza terapéutica empezó a ser adoptado por la mayoría de las escuelas psicoterapéuticas, sin embargo, la definición de la misma fue modificándose y cada vez distanciándose más de la visión transferencial dada por el enfoque psicoanalítico (Corbella & Botella, 2003). Rogers para 1961 vuelca su atención a la relación terapéutica dándole un rol protagónico en el proceso de la terapia. La relación entre el terapeuta y el cliente es de importancia central en el enfoque humanista. Las actitudes del terapeuta y sus habilidades interpersonales se consideraron la base para un éxito en las intervenciones realizadas. La relación en sí brinda a la persona un espacio para su crecimiento. Este ambiente era alcanzado mediante la escucha empática, la genuinidad y aceptación incondicional positiva que aportaba el terapeuta a la relación (Rogers, 1961).

Posteriormente, el concepto es utilizado también por la terapia cognitiva conductual. Beck (1995) lo incluye dentro de los 10 principios básicos de la terapia. Le dio tanta importancia que menciona que el trabajo y el cambio de los pacientes tiene como base fundamental a esta relación entre cliente-terapeuta, sin que sea posible de otra manera.

El interés por estudiar la relación psicoterapéutica nace como, un elemento común a todos los tipos de enfoques aplicados (Samardžic & Nikolic, 2014). Cada con uno con su perspectiva y visión del mismo busca establecer un alianza entre paciente – terapeuta en los inicios de cualquier intervención psicológica. Para mencionar ciertas investigaciones, Lambert (2003) encontró que en un 15% de la disminución de síntomas del paciente se puede explicar por las técnicas utilizadas, por otro lado el 30% se da por la relación terapéutica. Otros estudios como el de Gaston, et al. (1991) o el de Luborsky (1992) encontró entre un 36% y un 57% del resultado final de la terapia se puede explicar por la alianza terapéutica (Gaston, et al. (1992), Luborsky (1992) citado en Corbella & Botella, 2003).

Cada enfoque psicoterapéutico tiene su visión sobre la relación que se debe mantener con el paciente. Por esta razón y determinando que es un importante factor en el momento de predecir la eficacia del tratamiento, se buscó establecer cuál de los tres principales enfoques utilizados en la actualidad tiene una valorización más alta para la alianza terapéutica calificada por los pacientes.

El problema

Para análisis de la calidad de la alianza terapéutica se han desarrollado instrumentos de medición como el Working Alliance Inventory o su traducción al español. El Cuestionario de Alianza terapéutica, es una herramienta que fue desarrollado por Horvath y Greenberg en 1986.

Durante años, el servicio de consultas psicológicas dentro de la Universidad San Francisco ha brindado atención psicoterapéutica gratuita a la comunidad. Este proceso ha estado a cargo de los alumnos de 5to año de Psicología Clínica, quienes han realizado sus prácticas supervisadas, utilizando enfoques psicoterapéuticos distintos (terapia humanista, terapia cognitivo-conductual y terapia psicodinámica) que conllevan diferentes técnicas y aproximaciones. Con el fin de medir la calidad de la alianza terapéutica se ha utilizado el Working Alliance Inventory (WAI), en su versión dirigida a pacientes y en la versión dirigida a terapeutas. Hasta el momento no se había hecho una recopilación de estos datos, con el fin de medir cuál de las terapias tiene consigo una mayor alianza terapéutica de forma global y dividida en sus tres subescalas (vínculo, tarea, meta) y tampoco se había realizado una comparación de estos resultados con las normas de estandarización encontradas para este instrumento.

Este estudio busca realizar el análisis de estas variables para corroborar los resultados encontrados en la vasta literatura sobre el tema presentando. Sin embargo, no se

logró encontrar información sobre alianza terapéutica en el Ecuador con ninguna de estas tres perspectivas. Por ende, con una muestra de un tamaño significativo ($n=180$), se cree que este estudio podría beneficiar o aportar de cierta manera a la investigación y dar una noción a los servicios psicológicos de cuanta alianza terapéutica y cuan a gusto están los pacientes con la atención que les están brindando los estudiantes del último año de la carrera de psicología clínica, al igual qué, que tan cómodos están los terapeutas en relación a sus pacientes.

Hipótesis

El concepto de la alianza terapéutica para la terapia cognitiva, la terapia humanista y la terapia psicodinámica difiere desde sus inicios. Los resultados de los estudios realizados respecto a estas diferencias han resultado contradictorios en muchos casos, por ende se busca, por medio de esta investigación averiguar si las diferencias entre los distintos enfoques son o no, efectivamente lo suficientemente extensas para encontrar una diferencia estadísticamente significativa en los resultados del WAI.

El Working Alliance Inventory (WAI) brinda un puntaje global que consta de la suma de tres subescalas: metas, vínculo y tarea. Ciertos enfoques podrían dar más importancia a algunos aspectos de la relación mientras minimizan otros. Se considera en la literatura planteada sobre el tema que la Terapia Cognitiva Conductual (TCC) tiende a priorizar el establecimiento de una concordancia en cuanto a tareas y metas de forma, mientras que la Terapia Humanista tienen como objetivo importante el establecimiento del vínculo, al igual que la Terapia Psicodinámica, que trabaja un vínculo con un análisis transferencial. Por lo tanto, se busca de igual manera establecer si existe una diferencia significativa entre el tipo de terapia recibido y estas tres subescalas planteando la hipótesis

que, hay una diferencia significativa entre el tipo de terapia recibido y la alianza terapéutica en cuanto a la sub escala vínculo, tarea o meta.

Por último, existe otra variable que muchas veces es considerada por la investigación como fundamental en el momento de determinar el éxito en la terapia y es la concordancia entre lo que busca y siente el terapeuta hacia el paciente y lo que busca y siente el paciente hacia el terapeuta. A causa de esto, la siguiente hipótesis plantea que efectivamente existe una correlación entre los resultados obtenidos por parte del terapeuta con los obtenidos por parte del cliente o paciente. Por otro lado, para terminar se busca encontrar si hay una diferencia significativa entre los pacientes que recibieron un tratamiento psicológico de más de 5 sesiones y menos de 5 sesiones, esto con el fin de analizar si la alianza terapéutica tiene relación con el abandono temprano del tratamiento.

Preguntas de investigación

¿Cómo y hasta qué punto la concepción de la alianza terapéutica distinta entre la terapia humanista, la terapia cognitiva-conductual y la terapia psicodinámica afecta la calidad de la alianza terapéutica medida por el Working Alliance Inventory en los pacientes de las consultas psicológicas de la Universidad San Francisco de Quito entre los años 2008- 2014?

¿Cómo y hasta qué punto la concepción de la alianza terapéutica distinta entre la terapia humanista, la terapia cognitiva-conductual y la terapia psicodinámica afecta la calidad del vínculo, medida con el Working Alliance Inventory, en los pacientes de las consultas psicológicas de la Universidad San Francisco de Quito entre los años 2008- 2014?

¿Cómo y hasta qué punto la concepción de la alianza terapéutica distinta entre la terapia humanista, la terapia cognitiva-conductual y la terapia psicodinámica, medida con

el Working Alliance Inventory, afecta los resultados en la subescala tarea calificado por los pacientes de las consultas psicológicas de la Universidad San Francisco de Quito entre los años 2008- 2014?

¿Cómo y hasta qué punto la concepción de la alianza terapéutica distinta entre la terapia humanista, la terapia cognitiva-conductual y la terapia psicodinámica medida con el Working Alliance Inventory afecta los resultados en la subescala meta calificada por los pacientes de las consultas psicológicas de la Universidad San Francisco de Quito entre los años 2008- 2014?

¿Cómo y hasta qué punto la concepción de la alianza terapéutica distinta entre la terapia humanista, la terapia cognitiva-conductual y la terapia psicodinámica, medida por el Working Alliance Inventory, afecta los resultados en la subescala tarea calificada por los pacientes de las consultas psicológicas de la Universidad San Francisco de Quito entre los años 2008- 2014?

¿Cómo y hasta qué punto el número de sesiones afecta la calidad de la alianza terapéutica, medida por el Working Alliance Inventory, en pacientes que recibieron cinco sesiones o menos comparados con los que recibieron seis sesiones o más?

Se intentará responder a estas preguntas de forma teórica por medio de investigaciones científicas publicadas en Peer Review Journals y en la literatura, para luego corroborarlas con los resultados obtenidos en el análisis estadístico, de la recopilación de datos llevada a cabo en los registros de las consultas psicológicas de la Universidad San Francisco de Quito.

Contexto y marco teórico

Como se menciona con anterioridad, a la alianza entre cliente – tratante se la puede utilizar en distintas profesiones y ver desde amplias perspectivas. En este caso se enfocará

en el análisis de la alianza en una relación paciente- psicoterapeuta. Es decir se orientará específicamente en el uso de la misma para terapia psicológica. Aun así dentro de las terapias hay varios enfoques por lo que se la analizará una por una, en la terapia psicodinámica, terapia humanista y terapia cognitivo- conductual, que son las ofrecidas en terapia individual en las consultas psicológicas de la Universidad San Francisco de Quito. Se planteará la investigación realizada para cada uno de estos contextos terapéuticos que tenga relevancia con el tema y que pueda brindar un bagaje teórico a los datos que se presentaran posteriormente.

El propósito del estudio.

Como resultados, se espera encontrar que existe algún tipo de diferencia en la alianza terapéutica percibida por los pacientes del servicio psicológico de la Universidad San Francisco de Quito que son expuestos, ya sea a una orientación humanista, cognitivo conductual o psicodinámica. Los enfoques tienen diferencias teóricas específicas, sobre todo en el caso de la terapia psicodinámica, en consecuencia, se busca establecer si las corrientes afectan de cierta forma alguna de las subescalas del WAI que son específicamente las tareas, las metas o el vínculo. Esto se debe a que muchas veces los terapeutas dan más importancia a ciertos aspectos en la terapia y menos a otros. Por otro lado este estudio tiene el propósito de establecer si hay una concordancia entre el resultado global de la alianza terapéutica brindado por los pacientes y la alianza terapéutica calificada por los terapeutas, de igual manera se busca comparar los resultados globales del WAI, y específicamente con el número de sesiones, esperando encontrar diferencias en la calidad de la alianza en pacientes que recibieron más de cinco sesiones de los que recibieron tratamientos psicológicos de cinco sesiones o menos.

El significado del estudio.

Lo más importante de este tipo de investigaciones es averiguar la relación que hay entre la alianza terapéutica y tipos de terapia ya que la alianza terapéutica es un factor fundamental y presente en todo proceso terapéutico. Este estudio puede ser útil sobre todo para las consultas psicológicas brindadas por la Universidad San Francisco de Quito ya que son los pacientes que son tratados ahí los que responden este cuestionario. Igualmente son los estudiantes de 5º año de la carrera de psicología clínica los que brindan este servicio terapéutico. Es fundamental conocer el nivel de alianza terapéutica alcanzado por los pacientes que son tratados por estudiantes practicantes de psicología clínica para determinar si con la poca experiencia que tienen, de todas maneras pueden establecer una alianza terapéutica adecuada para el proceso terapéutico.

Es la primera vez que se recopilan y analizan estos datos y se los compara entre enfoque psicológico, en la universidad. Como se mencionó con anterioridad, es importante tener una noción de cuanta concordancia existe entre la alianza terapéutica desde la perspectiva del paciente y desde la perspectiva del terapeuta ya que, el establecer metas y objetivos en conjunto y el trabajo en equipo es parte importante en el proceso de alcanzar una mejoría en el paciente (Elliott R. , 2002).

Definición de términos

- Transferencia: “el paciente proyecta en el terapeuta sus derivados instintivos, sus fantasías, sus modalidades de relación, sus afectos, etc. por consiguiente, constituiría un grupo de maniobras adaptativas y defensivas inconscientes, mediante las cuales el paciente proyecta en el terapeuta su pasado y el presente que lo contiene.” (Anaya, 2011, p. 270-271)

- Contratransferencia: “Fantasías, sensaciones, pensamientos y emociones conscientes e inconscientes que nacen en el psicoanalista a causa de los mensajes verbales y pre-verbales del paciente, Al igual que ocurre con la transferencia, la contratransferencia se podría clasificar en positiva y negativa” (Anaya, 2011, pág. 59).
- Vínculo: “Sensación de confianza mutua, entendimiento y cuidado o dedicación.” (Corbella, et al., 2011, p. 229)
- Tarea: “Pedidos durante la terapia que son racionales y alcanzables, a la vez que están relacionadas con los objetivos de la terapia.” (Corbella, et al., 2011, p. 228)
- Meta: “los objetivos del proceso terapéutico. El cliente es consciente de la relevancia de los objetivos y se sentirá identificado con los temas explícitos e implícitos del proceso particular en el que está involucrado.” (Corbella, et al., 2011, p. 228)
- Empatía: “Capacidad de ponerse en la situación del otro, vivenciando lo que este experimenta. La idea de empatía alude a la situación donde uno está sintiéndose con el otro, y al mismo tiempo conscientemente separado de él y manteniendo su propia identidad” (Anaya, 2011, p. 93)
- Aceptación incondicional positiva: Considerar que una persona tiene valía incondicional, sin importar su condición, su conducta o sus sentimientos. No importa cuán negativo o positivo, no importa lo mucho que puedan contradecir otras actitudes que ha ocupado en el pasado (Rogers, 1961).
- Genuinidad: Ser consciente de mis propios sentimientos. “Ser genuino implica también la voluntad de ser y de expresar, en las palabras y mi comportamiento, los diversos sentimientos y actitudes que existen en mí” (Rogers, 1961).

Presunciones del autor del estudio

En este estudio se presume inicialmente que tanto los pacientes como los terapeutas respondieron con total sinceridad y atención al Working Alliance Inventory. Por ende, los datos a utilizar son verídicos y reflejan la realidad de la relación terapéutica. De igual manera se presume que los estudios realizados alrededor del mundo pueden ser utilizados como referencias teóricas para el contexto ecuatoriano y a pesar de tener un sesgo cultural significativo. De igual manera se presume que los resultados encontrados en la estandarización chilena son reales, han sido recopilados de la mejor manera posible y son comparables con los resultados de la muestra aquí planteada.

Supuestos del estudio

Para esta investigación se espera encontrar diferencias entre las percepciones de los pacientes en cuanto a la terapia humanista, la terapia cognitiva-conductual y la terapia psicodinámica. De la misma forma se espera encontrar diferencias en los valores de las sub escalas dados para estos tres enfoques. Por otro lado se busca encontrar una correlación clínicamente significativa entre la percepción de la alianza terapéutica y tanto de los pacientes como de los terapeutas. Se supone una relación entre el número de sesiones y el nivel de la alianza de igual manera que se espera una diferencia significativa en los puntajes del WAI en pacientes que recibieron cinco sesiones o menos de los que recibieron una intervención psicológica más prolongada. Por otro lado se aguarda encontrar una similitud entre los resultados de las medias del WAI para las tres sub escalas de la norma chilena con los resultados obtenidos en la muestra de la USFQ.

El marco teórico presentando a continuación muestra a breves rasgos lo que es la Alianza Terapéutica y el Working Alliance Inventory. Posteriormente se detalla específicamente lo que significa la alianza terapéutica e investigaciones de la misma cuando las intervenciones son psicodinámicas, humanistas o cognitivas-conductuales, para

terminar con los estudios comparativos entre las perspectivas. Siguiendo al marco teórico se explica la metodología de investigación que fue aplicada, el análisis de datos y resultados para finalizar con las conclusiones y la discusión.

REVISIÓN DE LA LITERATURA

Géneros de literatura incluidos en la revisión

Fuentes

La información receptada para la revisión de la literatura fue extraída, casi es su totalidad, de bases de datos académicos y revistas indexadas o *peer review journals* y en menor cantidad por parte de libros referentes a los temas que se tratarán en la investigación. Todas estas debidamente citadas y mencionadas en la sección de referencias.

Pasos en el proceso de revisión de la literatura

Los temas de la revisión fueron obtenidos básicamente de la lectura de artículos científicos relacionados. De esta forma, se pudo determinar qué aspectos son los más importantes de profundizar y son de importancia vital al momento de hablar de la alianza terapéutica durante una terapia psicológica en las tres diferentes corrientes. De igual manera, nacen de la necesidad de explicar de forma teórica y con bases científicas lo que se presentará en la investigación. Posteriormente se procedió a la búsqueda y selección de la información que se utilizará y a la recopilación de la misma.

Formato de la revisión de la literatura

El diseño de revisión se realizó buscando palabras claves como “WAI” o “Working Alliance Inventory”, alianza terapéutica, entre otros. De igual manera se incluyó en la búsqueda a la Terapia Cognitiva Conductual, Terapia Centrada en el Cliente, Terapia Humanista, Terapia Psicodinámica, en bases de datos de artículos académicos. Consecutivamente se seleccionó los artículos que podían utilizarse, como fuente de información, por año de publicación, importancia, metodología y tamaño de la muestra utilizada para los mismos. En lo que respecta, a los libros se utilizó títulos relacionados con los temas a tratarse.

La alianza terapéutica y el Working Alliance Inventory o Inventario de Alianza Terapéutica

La Alianza Terapéutica

En general, la investigación sobre la psicoterapia ha demostrado amplia evidencia que demuestra su efectividad. Pacientes que son tratados muestran mejoras significativamente mayores que pacientes en condiciones de control. De igual manera ha resultado evidente que distintas terapias producen resultados comparables aunque tengan diferentes premisas, diferentes presunciones sobre la etiología de la disfuncionalidad humana y diferentes técnicas (Hanson, Curry, & Bandalos, 2002). Estos resultados han desencadenado la necesidad de cuestionarse sobre los elementos de la terapia que son responsables del cambio. Lo que ha volcado la atención a la relación entre el paciente y el terapeuta, un factor que tienen en común todas las formas de tratamiento (Horvath & Greenberg, 1994).

Clínicamente, la alianza ocupa un lugar tan importante en la conceptualización general, de lo que implica una buena terapia que no prestar atención a su calidad durante la práctica o la supervisión podría ser visto como poco ético (Castonguay, Constantino, & Grosse, 2006). Inicialmente esta alianza exitosa se enfocaba en lograr una transferencia positiva (Dryden, 2008). Sigmund Freud padre del Psicoanálisis, habla por primera vez de la relación terapeuta-paciente en su libro *La Dinámica de la Transferencia* (1912). Donde discute la importancia de que el analista mantenga un verdadero interés y un "*sympathetic understanding*" sobre el cliente para permitir que la parte sana del yo del paciente forme un vínculo positivo con el analista. Posteriormente, menciona que, como consecuencia de la actitud de apoyo del analista, el paciente inconscientemente vincularía al terapeuta con

personas de las que estaba acostumbrado a ser tratado con afecto (Horvath & Luborsky, 1993).

Para otros teóricos, con bases psicodinámicas, como Greenson (1965) este concepto es una colaboración basada en la realidad entre el terapeuta y el cliente. De igual manera el autor del término "*Working Alliance*" propuso un modelo que constaba de tres componentes: transferencia, *Working Alliance*, y la relación real (Greenson (1965) citado en Horvath & Luborsky, 1993). Por otro lado, Zetzel (1956) estableció las diferencias entre la transferencia y la alianza, lo que sugería que la alianza era el componente no neurótico de la relación cliente-terapeuta. Permitía al cliente dar un paso atrás y utilizar las interpretaciones del terapeuta para distinguir mejor entre los restos de relaciones pasadas y la asociación real entre sí mismo y el terapeuta. Argumentó, que en un análisis exitoso, el cliente oscila entre períodos en que la relación está dominada por períodos dominados por la alianza y otros dominados por la transferencia (Zetzel (1956) citado en Horvath & Luborsky, 1993). En resumen, estos teóricos sostenían que la alianza y la transferencia eran constructos distintos, pero hay otros que sostienen que todos los aspectos de la relación terapeuta-cliente son manifestaciones de la neurosis de transferencia y deben interpretarse como tales (Horvath & Greenberg, 1994).

Por otro lado, Rogers en 1961 afirmó que la capacidad del terapeuta para ser empático, congruente y brindar un ambiente de aceptación incondicional positiva al cliente, no sólo eran condiciones esenciales, sino suficientes para obtener beneficios terapéuticos. La terapia centrada en el cliente es una posición esencialmente humanista que enfatiza el "Yo y Tú" de la relación terapéutica. Por décadas investigadores han tratado de poner a prueba el método Rogeriano de terapia, obteniendo resultados que corroboran las hipótesis originales. Los terapeutas que proporcionaban altos niveles de las tres

condiciones propuestas por Rogers fueron más exitosas que aquellos que no las proporcionaban (Horvath & Luborsky, 1993).

Sin embargo, la literatura más reciente considera a las expectativas de la terapia y a las cogniciones de los pacientes como otros factores a tomar en cuenta. Las evaluaciones de terapia se basan, en parte, a estas condiciones y se las considera como interactivas y no estáticas (Horvath & Luborsky, 1993). Creen que el terapeuta tiene que comunicar al cliente los estrechos vínculos entre las tareas específicas de la terapia y los objetivos generales del tratamiento, así mismo, mantener conciencia de compromiso del cliente para estas actividades e intervenir eficazmente si la resistencia se presenta (Horvath & Luborsky, 1993).

Para establecer una buena alianza, es importante que el terapeuta pueda negociar estas expectativas a corto y mediano plazo y vincularlas con los deseos del cliente para obtener alivio duradero de su sufrimiento (Beck, 1995). Mediante el desarrollo de esos vínculos, el terapeuta puede obtener el compromiso activo por parte de los clientes para alcanzar estos objetivos (Beck, 1995). La presencia de una fuerte alianza ayuda al paciente a hacer frente a los malestares inmediatos asociados con el descubrimiento de problemas dolorosos en la terapia y hace posible posponer la gratificación inmediata utilizando herramientas tanto cognitivas como afectivas (Horvath & Luborsky, 1993).

La investigación de Luborsky (1976) (citado en Horvath et al, 1993) sugería que la respuesta inicial del cliente hacia el terapeuta también podría estar dominada por un prejuicio sobre que tan cariñoso, sensible, simpático y útil parecía el profesional de la salud mental. Estos juicios pueden ser influenciados por los niveles de calidez percibida, la atención prestada, las características físicas, la información de contexto y las experiencias pasadas de los clientes en relaciones similares (Luborsky (1976) citado en Horvath et al. 1993). Posteriormente, la influencia de estas impresiones iniciales son aumentadas o

incluso suplantadas por otros calificativos o más componentes cognitivos de la alianza y la capacidad de formar una relación recíproca (Hovart & Greenberg, 1989).

Como se aprecia con anterioridad, en los últimos 100 años la alianza terapéutica ha sido un tema que ha despertado gran interés en investigadores. Enfocado principalmente en analizar y explicar su correlación con factores como el abandono de la terapia, la mejoría de sintomatología y características efectivas tanto de los terapeutas como de los pacientes (Corbella, et al., 2011).

En consecuencia, desde principios de la década de 1980, una serie de instrumentos han sido desarrollados para medir la alianza terapéutica (Hanson, et al., 2002): The California Psychotherapy Alliance Scales (CALPAS), The Penn Helping Alliance Rating System (HAR), The Therapeutic Alliance Scale (TAS), the Therapeutic Bond Scales (TBS), The Vanderbilt Therapeutic Alliance Scale (VTAS), The Working Alliance Inventory (WAI), y The Working Alliance Inventory– Short(W AI-S) (Tracey & Kokotovic, 1989

La mayoría de estas herramientas que evalúan la alianza terapéutica se desarrollaron de forma independiente y cada una de ellas atravesó varias etapas de modificaciones. Dado el número relativamente grande de instrumentos, no es de extrañar que midan factores relacionados pero no idénticos (Hanson, et al., 2002). Por esta razón se han realizado estudios comparativos entre ellos, al igual que versiones para el cliente, el terapeuta y observadores de la terapia (Dryden, 2008).

Un ejemplo de esto, es una investigación realizada por la Université Laval, en Quebec, Canadá buscaba comprender mejor las diferencias y similitudes entre la visión de los pacientes y los terapeutas en cuanto a la alianza terapéutica (Bachelor, 2013). Este estudio investigó, en primer lugar, los componentes de la alianza que son relevantes para los participantes los resultados de los análisis por separado indicaron una baja correspondencia general entre los componentes seleccionados por clientes y tratantes. Los

resultados de los análisis conjuntos sugirieron que los clientes ven la alianza en términos de seis componentes básicos: trabajo colaborativo en pareja, trabajo productivo, compromiso activo, vínculo, concordancia de metas/tareas y confianza en el progreso. Cinco de estos factores se consideraron como predictores del resultado final de la terapia. Mientras que los terapeutas sugirieron cuatro componentes básicos, funcionamiento de una relación colaborativa, confianza y dedicación del terapeuta, compromiso y la confianza del cliente y la habilidad del cliente para trabajar. De estos, solo tres predijeron el resultado después de la terapia (Bachelor, 2013). En comparación con los terapeutas, los clientes parecen poner mayor énfasis en la amabilidad, la participación conjunta en el trabajo de la terapia y los signos negativos de la alianza. La autora, sin embargo, menciona la necesidad de más investigación con otras muestras de clientes y terapeutas para determinar de forma más concluyente las características más destacadas de la alianza de los participantes de la terapia (Bachelor, 2013).

Como se mencionó con anterioridad este elemento es común en todas las formas de terapia. En la actualidad, y como concepto similar entre todos estos enfoques psicoterapéuticos, se considera que la base de alianza terapéutica es la “colaboración”. Esta concepción se enfoca en la importancia de que el paciente y el terapeuta formen un compañerismo en contra de un objetivo común: el motivo por el que el paciente asiste a terapia (Castonguay, Constantino, & Grosse, 2006). Esta relación colaborativa no solo brinda un ambiente seguro donde explorar las dificultades, sino también es un reflejo de las relaciones presentes y pasadas que tiene el paciente (Horvath & Greenberg, 1994).

A breves rasgos, el WAI fue uno de los primeros instrumentos de su clase. Es la medida más popular de alianza terapéutica disponible, ya que se la administra fácilmente y sus puntuaciones en la escala han demostrado compartir una cantidad significativa de la

varianza común con otras medidas de alianza terapéutica (Hanson, Curry, & Bandalos, 2002).

Working Alliance Inventory (WAI) / Cuestionario de Alianza Terapéutica

El Working Alliance Inventory o WAI es una herramienta de auto-reporte que consta de 36 ítems (Corbella, et al., 2011). Fue desarrollada por Horvath y Greenberg en el año 1986 a partir de la formulación teórica desarrollada por Bordin. Bordin en 1979 había escrito un importante artículo que mostraba cómo el antiguo concepto psicoanalítico de la alianza terapéutica entre el paciente y el terapeuta puede ser ampliado y dividido en componentes relacionados entre sí (Dryden, 2008). Sostuvo que la alianza terapéutica se puede dividir en tres componentes: (a) estar de acuerdo en los objetivos, (b) el nivel de concordancia respecto a las tareas a realizar y (c) el desarrollo de un vínculo personal. Propuso también que el establecimiento de una buena alianza entre el terapeuta y el paciente era el aspecto clave para el proceso de mejoría (Corbella, et al., 2011).

Específicamente, la definición de alianza empleada por Horvath y Greenberg para crear el WAI sentó sus bases en tres premisas (Horvath y Greenberg, 1986. pags. 533-534):

“1. El terapeuta y el cliente están de acuerdo en los objetivos del proceso terapéutico. El cliente es consciente de la relevancia de los objetivos y se sentirá identificado con los temas explícitos e implícitos del proceso particular en el que está involucrado. El terapeuta tiene alguna evidencia directa o indirecta de que los objetivos establecidos en la relación terapéutica son compartidos y aceptados por el cliente.

2. El terapeuta y el paciente tienen la sensación mutua de que las tareas pedidas por cada uno de ellos durante la terapia son racionales y alcanzables, a la vez que están relacionadas con los objetivos de la terapia.

3. Terapeuta y paciente experimentarán una sensación de vínculo entre ambos. Algunos de los aspectos que ayudan a construir este vínculo son: confianza mutua, entendimiento y cuidado o dedicación”.

A partir de esto se establecieron tres sub-escalas para este instrumento: Objetivos, tareas y vinculo, todas son multidimensionales (Munder, Wilmers, Leonhart, Wolfgang, & Barth, 2010). Cada sub-escala del WAI tiene 12 ítems exclusivos y se califican en una escala de 7 puntos tipo Likert que van desde 1 (nunca) a 7 (siempre). Es decir, se puede obtener un resultado que va de 12 a 84 puntos y sumando las tres subescalas se obtiene una puntuación global. Por lo tanto, las puntuaciones totales pueden oscilar desde 36 hasta 252 y mientras más altas sean las calificaciones más positiva será la alianza terapéutica (Horvath & Greenberg, 1994). Originalmente se realizaron dos versiones de esta herramienta, una para ser respondida por el paciente y la una segunda, con ítems adaptados para ser contestada por los terapeutas (Corbella, et al., 2011).

En cuanto, a las características psicométricas Horvath y Greenberg (1986). encontraron que el coeficiente de confiabilidad basado en la consistencia interna (α) del WAI fue de 0.93 en la puntuación total para la versión del paciente y de 0.87 para la versión del terapeuta. Sobre las consistencias internas para las diferentes subescalas de la versión del paciente obtuvieron un alfa de Cronbach (α) de tareas: 0.90; vinculo: 0.88, y objetivos: 0.91. También encontraron una adecuada validez convergente y divergente Es decir, es una herramienta con excelentes características psicométricas, lo que ha conducido a que sea un instrumento ampliamente utilizado con pacientes ambulatorios estadounidenses y en todo el mundo (Munder, et al., 2010).

A partir de ese momento, una serie de diferentes versiones del WAI se desarrollaron. Todo esto, con la idea de que se puedan adaptar a diferentes tipos de clientes, como niños, adultos, parejas, entre otros. Se realizaron otras variantes de igual

manera como la longitud y modificaciones de redacción para hacer frente a las necesidades de diferentes tipos de ambientes de terapia. El WAI ha sido traducido a unos 18 idiomas y ha pasado por procesos de estandarización en diferentes países del mundo como Francia, Alemania, España, Irán, China, Chile, y otros (Fraser, 2014).

Para mencionar uno de ellos, siendo el estudio que se tomará en cuenta para la comparación, se llevó a cabo en Chile un a investigación, que realizó la traducción, la adaptación y el examen de las propiedades psicométricas del Working Alliance Inventory o Inventario de Alianza de Trabajo tanto para la versión terapeuta como para la versión paciente. La muestra consistió de 72 pacientes y 45 psicoterapeutas profesionales. Los resultados señalan que la adaptación chilena de esta herramienta presenta una confiabilidad significativa (.91 en la versión del paciente y .93 en la del terapeuta) Por otro lado se pudo encontrar una validez de constructo moderada. En general los resultados obtenidos en las medias de ambas versiones, en las tres sub escalas fueron altas (Santinbañes, 2001).

Diversos estudios han llegado a la conclusión que el valor dado a la alianza terapéutica durante las primeras sesiones es un mejor predictor potente del resultado final de la terapia que cuando este es medido en las fases intermedia o final. Por ende, en general, en las investigaciones que evalúan la alianza terapéutica utilizando el WAI este ha sido aplicado durante las primeras 6 sesiones (Corbella, et al., 2011).

En resumen el WAI recoge la teoría propuesta por Bodin con bastos antecedentes históricos de otros autores y es utilizado para medir la alianza terapéutica independiente del enfoque y las bases epistemológicas que tenga el terapeuta. Existiendo estudios de gran diversidad sobre el WAI con distintas aplicaciones y aproximaciones psicoterapéuticas. Se planteará algunos de ellos a continuación.

Alianza Terapéutica en Terapia Psicodinámica.

Como se menciona con anterioridad, la transferencia es uno de los conceptos más importantes de la teoría psicoanalítica. Se trata principalmente de la parte inconsciente de la relación terapéutica, que abarca todos los sentimientos inconscientes, deseos, actitudes y comportamientos desplazados de las personas importantes en la vida pasada y presente del paciente, hacia el terapeuta (Samardžic & Nikolic, 2014).

Zur Dynamik der Übertragung / La Dinámica de la Transferencia publicado en 1912 es el texto básico de Freud en el área de transferencia (Hann, 2011; Samardžic & Nikolic, 2014). En él se define la transferencia como impulsos amorosos individuales, personales y en gran parte inconscientes que no están siendo satisfechos en las relaciones personales del paciente (Samardžic & Nikolic, 2014). Freud menciona que todas las personas tienen la tendencia a repetir uno o varios de los patrones de sus relaciones en el curso de la vida. Es decir, funciona como un modelado de una relación previa, motivado inconscientemente y relacionada con la libido frustrada. Existen según Freud, esencialmente dos tipos de transferencia: la transferencia positiva y amorosa (eros y ágape) y la transferencia negativa u hostil (Thanatos) (Freud (1912) citado en Hann 2011).

La importancia de la transferencia para el tratamiento psicoanalítico es muy significativa. De hecho, en muchos casos el trabajo con la transferencia tiene la capacidad de tomarse todo el tratamiento. Existe la idea de que el cambio que se produce en la relación transferencial es una condición necesaria y tal vez suficiente para lograr un cambio fuera del consultorio (Stolorow y Atwood, 1992). Con respecto a esto Freud mencionaba que muchas veces las enfermedades tratan de defenderse, creando una resistencia transformada en transferencia y la relación que ofrece el terapeuta se convierte en la enfermedad (Haan, 2011).

La contratransferencia es otro término, mencionado por primera vez por Freud, que afectaría la relación terapéutica. Se la define como la influencia del paciente en la percepción inconsciente del terapeuta (Fadiman & Frager, 2001). Proponiendo como solución el auto-análisis y análisis continuo (supervisión) para el terapeuta con el fin de comprender y superar el obstáculo con el fin de ser capaz de volver al trabajo (Haan, 2011).

Para teóricos posteriores la relación terapéutica es la interacción entre la transferencia y alianza. En la investigación sobre psicoterapia, la transferencia se operacionaliza a través de patrones de transferencia, en referencia a los patrones relacionales perdurables, repetidos en la relación terapéutica (Fadiman & Frager, 2001). La alianza terapéutica y los patrones de transferencia se entrelazan en diferentes proporciones durante un proceso de psicoterapia aunque aún se desconoce hasta qué punto se da esta interrelación (Haan, 2011). Hasta el momento no existen instrumentos para su evaluación en consecuencia todavía hay muchas incógnitas acerca de sus influencias mutuas.

De forma general la terapia psicodinámica se caracteriza por sesiones más cargadas de emoción y potencialmente más desagradables que en la terapia cognitiva conductual y humanista. Por ejemplo, algunas sesiones psicodinámicas son definidas por enfrentamiento a este vínculo que desafía la alianza terapéutica (trabajo de la transferencia). Sin embargo, estas sesiones son consideradas por los terapeutas por tener un impacto positivo. Los terapeutas psicodinámicos de hecho consideran que estas sesiones son muy útiles para que el cliente alcance los objetivos finales, centrándose en resolver tensiones personales. Para este enfoque la sesiones de alto impacto producen mejores alianzas que sesiones de bajo impacto (Raue, Goldfried, & Barkham, 1997).

Tratando de explicar este tema, un estudio realizado en la Clinic for Mental Health, del Clinical Center Niš en Niš, Serbia (Samardžić & Nikolic, 2014), tenía como objetivo el

determinar las diferencias entre los grupos de pacientes con bajo, medio y altos puntajes en alianza terapéutica y los patrones de transferencia, con el abandono del tratamiento y los parámetros socio-demográficos y clínicos, durante la primera fase de psicoterapia psicodinámica. Los resultados mostraron una diferencia significativa entre los grupos de pacientes con bajo, medio, y las puntuaciones altas del WAI y patrones de transferencia en la relación terapéutica. Demostrando que los patrones transferenciales poco armónicos son más frecuentes en los pacientes que forman una alianza pobre en la fase temprana de la psicoterapia y existe una correlación con el abandono prematuro de la misma. Los autores proponen que es de gran importancia reconocer patrones de transferencia de un paciente al comienzo del proceso psicoterapéutico, debido a su influencia potencialmente perjudicial en la calidad de la relación paciente-terapeuta.

Teóricos como Lorentzen, Bakali, Hersoug, Hagtvet, Høglend (2012) mencionan que el tiempo en que se mide la alianza terapéutica puede afectar los puntajes dados, por ende minimizar su capacidad de predecir el resultado final de la terapia. Mientras que, por otro lado se considera que la alianza que obtiene valores altos al inicio del tratamiento se mantiene estable hasta el fin del proceso terapéutico. Sin embargo algunos estudios han demostrado un crecimiento lineal promedio de la alianza a través de la terapia (Lorentzen, et al, 2012). El interés en esta área se desarrolla en la terapia psicodinámica a causa de sus tratamientos comúnmente extendidos. Por ende se toma en cuenta y se da importancia a este factor en los estudios realizados.

En otro tema, se considera que ciertas características profesionales del terapeuta afectan el desarrollo de la alianza. Un estudio realizado por Lorentzen et al., (2012), midió la relación entre la alianza terapéutica con el WAI y ciertas características de los terapeutas en tres momentos de la psicoterapia (la sesión 3, 10 y 17). Se desarrollaron modelos de curva de crecimiento de variables lineales para las tres subescalas del Working Alliance

Inventory: vínculo, tarea y meta. Obteniendo una variación significativa en las curvas de crecimiento individuales con estos resultados se pudo concluir que la cantidad de entrenamiento formal tenía un impacto negativo inicialmente sobre los valores de la subescala: tarea, en ambos grupos. De igual manera existió una interacción entre la experiencia clínica del tratante, la duración del tratamiento y las tres subescalas en los resultados iniciales de WAI. Los terapeutas con más experiencia clínica obtuvieron puntajes menores en la subescala, vínculo en el grupo de largo plazo, pero no en el grupo a corto plazo. Pero por otro lado, causó el efecto contrario en las subescalas de tarea y meta, demostrando ser una influencia positiva en el grupo de corto plazo. En este estudio se llega a la conclusión que no hay características específicas para desarrollar la alianza entre paciente-terapeuta. Las calificaciones obtenidas en las tres mediciones del WAI reflejaron diferencias en ambos grupos en parte por las características del terapeuta, sin embargo se debe ampliar este estudio para determinar una causalidad y entender cómo es que estos factores influyen realmente el resultado de la terapia.

Siguiendo esta línea, el mismo autor (Lorentzen, Sexton, & Høglend, 2004) realiza otro estudio donde buscaba establecer la relación de los pacientes y su terapeuta a largo plazo en un grupo de análisis. La alianza terapéutica fue calificada de forma semanal y la cohesión del grupo fue calificado como todos los meses, por los pacientes y terapeuta. Encontrando que existió un aumento constante en las calificaciones de la alianza terapéutica por parte de pacientes y terapeutas durante los dos primeros años de tratamiento. Esto difiere de los hallazgos en las terapias a corto plazo, donde la alianza alcanza rápidamente un alto nivel y luego se mantiene estable durante todo el tratamiento. Las calificaciones del terapeuta de la alianza inicial se correlacionaron significativamente con los resultados sintomáticos positivos, pero no para predecir el cambio interpersonal. Las calificaciones de la alianza de los pacientes no predijeron el cambio al igual que las

calificaciones de cohesión inicial. La concordancia de los resultados de la alianza entre pacientes y terapeutas fue más alta entre 16 y 30 sesiones, y se mantuvo en esencia a lo largo de la terapia. Una concordancia temprana del paciente y de la alianza terapeuta calificaciones predijo un mejor resultado sintomático.

Otro ejemplo de esto lo realizaron Hilliard, Henry y Strupp (2000) que proporcionan un estudio sobre la alianza involucrando las historias interpersonales tempranas, la calidad de la alianza terapéutica durante el tratamiento, y los resultados del tratamiento. Los autores encontraron que las primeras historias interpersonales, tanto de los clientes y los terapeutas tenían varios tipos de influencias directas o indirectas sobre el proceso y el resultado del tratamiento. Aunque aún se necesiten más estudios que corroboren estos resultados, el considerar las historias interpersonales tanto del terapeuta como del cliente, contribuyen a variables que la mayoría de veces no son consideradas. Este estudio con un evidente corte psicoanalítico menciona la importancia del análisis de patrones de apego y figuras significativas de la infancia en la relación terapéutica.

Para finalizar esta sección, Erikson en 1969 (Fadiman & Frager, 2001) hace una síntesis de lo que es la relación terapéutica incorporando, términos que profundiza Rogers previamente en su teoría centrada en el cliente. Erikson señala que un terapeuta competente tiene un fuerte sentido del potencial del paciente para el crecimiento y el desarrollo. El trabajo del terapeuta es fomentar ese crecimiento y no imponer sus propias sus propias experiencias o expectativas. Por ende, subraya el papel de la transferencia y la contratransferencia durante el análisis. Formula a raíz de esto “la regla dorada”, que significa que el terapeuta (Fadiman & Frager, 2001, pp. 224):

“Se desenvuelve como profesional y como persona, de igual forma que el paciente se cura como paciente y como persona. Porque una curación verdadera trasciende en estado transitorio de ser paciente. Es una

experiencia que permite al paciente sanado crecer y transmitir a su casa y vecindario una actitud hacia la salud, ingrediente esencial de un punto de vista ético”.

Alianza Terapéutica en Terapia Centrada en el Cliente.

Carl Rogers en 1961 en su libro *On Becoming a Person/ El Proceso de Convertirse en Persona* menciona que el cambio durante la terapia parece ocurrir a través de la experiencia en la relación. Rogers postulaba que si se puede proporcionar un cierto tipo de relación, la otra persona va a descubrir dentro de sí misma la capacidad de utilizar esa relación para el crecimiento y el desarrollo personal se producirá. Mientras más efectiva sea la relación terapéutica más útil será para el cliente. Lo que significa que el terapeuta debe ser consciente de sus propios sentimientos. Es decir, ser genuino (Rogers, 1961).

La genuinidad, según Rogers implica la voluntad de ser y de expresar, en palabras y en comportamiento, los diversos sentimientos y actitudes que existen dentro del terapeuta (Rogers, 1961). Es la única forma en que la relación puede ser verdadera (Elliott R. , 2002). En pocas palabras, es proporcionar la realidad auténtica que está en el terapeuta, para que la otra persona pueda buscar con éxito la realidad en él. La genuinidad es el primer elemento fundamental para establecer una relación terapéutica.

Como segundo elemento, Rogers mencionaba que a mayor aceptación y agrado que se sienta hacia la otra persona, más fácil será crear una relación que se pueda utilizar (Fadiman & Frager, 2001). El aceptar al otro significa, prestar una cálida atención a esta persona con una valía incondicional. Dar el valor y la importancia sin considerar su condición, su comportamiento o sus sentimientos (Rogers, 1961). No importa cuán

negativo o positivo, ni lo mucho que puedan contradecir sus actitudes del pasado, esa persona debe ser aceptada sin juicios.

El tercer elemento fundamental para establecer la relación que se busca en terapia es el deseo continuo de entender, es decir, una empatía sensible. La aceptación no tiene mucho valor hasta que se la relaciona con la comprensión. *“I see them as you see them”* (Rogers, 1961). En la actualidad la empatía es un concepto más complejo de lo que Rogers postuló (Kirschenbaum & Jourdan, 2005). Según Elliott existen al menos cinco formas diferentes de respuesta empática: la comprensión empática, la evocación empática, la exploración empática, la conjetura empática y la interpretación basada en la empática (2002). Por otro lado, Lambert y Bergin (1994) mencionaron que la empatía no era importante durante la terapia, mientras que, lo que sí parece fundamental es que los clientes perciba que su terapeuta es empático (Lambert y Bergin (1994) citado en Kirschenbaum & Jourdan, 2005).

Recalcando un punto importante, es necesario mencionar que cuando estos tres elementos trabajan por separado los resultados son poco o nada efectivos (Kirschenbaum & Jourdan, 2005). El decir que la empatía por sí misma no produce un cambio positivo. Esto no quiere decir que la empatía no sea eficaz, simplemente significa que la empatía trabajando sola, no es suficiente. Lo mismo sucede con la aceptación incondicional positiva y la congruencia (Kirschenbaum & Jourdan, 2005).

De igual manera, para Rogers (1961) la libertad es una condición importante en la relación. Es el convertirse en un “compañero de camino” del cliente que tiene la función seguirle el paso en la aterradora búsqueda de su sí mismo. Teniendo la libertad de explorar, tanto a nivel consciente e inconsciente.

Carl Rogers, es de hecho, uno de los fundadores de la investigación sobre la relación entre el proceso y los resultados finales de la psicoterapia (Elliott R. , 2002). Probando que los terapeutas que muestran falta de interés, distancia o lejanía y demasiada simpatía, son percibidos por los clientes como poco útiles, de la misma forma cuando los terapeutas dan consejos específicos y son directos sobre las decisiones o se enfocaban demasiado en la historia pasada y no en los problemas del presente (Rogers, 1961).

Estudios posteriores realizados por autores pertenecientes a corrientes humanistas, plantean sin embargo, que los conceptos de Rogers son las bases, pero el cambio viene acompañado de otros factores (Missirlian, Toukmanian, Warwar, & Greenberg, 2005). Estos autores mencionan que la activación emocional del cliente y una manera reflexiva de procesar material emocional en el contexto de una fuerte alianza terapéutica parecen ser los procesos necesarios para la mejora terapéutica. Llegando a la conclusión que la expresión emocional, el procesamiento perceptual, y la alianza de trabajo, juntos, podrían ser un mejor predictor del resultado de la terapia que cualquiera de estas variables por separado.

Con el tiempo se han incorporado otros factores para obtener una alianza terapéutica de calidad según los enfoques humanistas (Focusing, Process-Experiential), por ejemplo la creencia del cliente acerca de la efectividad del tratamiento, de la esperanza hacia el mismo y la expectativa de conseguir una mejoría, igualmente, el acuerdo sobre las tareas terapéuticas y el vínculo emocional entre el cliente-terapeuta (Sachse & Elliott, 2001). Castongay et al, mencionan también factores como el tiempo va a tomar, cuánto va a costar, qué tipo de material será explorado, y cómo se hará esto, como factores que afectan a la alianza por ende, al resultado terapéutico (2006).

A pesar de las modificaciones de la definición y de los elementos, los terapeutas e investigadores con enfoque centrado en el cliente, siempre han hecho hincapié en el papel

crucial de la relación terapéutica en el cambio personal (Baylis, Collins, & Coleman, 2011). En consecuencia, los estudios más recientes, siguen el modelo de la Alianza terapéutica propuesto por Bordin (Castonguay, Constantino, & Grosse, 2006).

Mientras que la relación terapeuta-cliente es vista como crucial para una psicoterapia exitosa, la relación entre las actitudes del terapeuta y las habilidades interpersonales ha resultado ambigua en diversas investigaciones (Baylis, et al., 2011). Resultados de la investigación han demostrado que la percepción de la relación vista desde el cliente tiene resultados más positivos que como la percibe el terapeuta. Entre los comportamientos positivos importantes para el paciente figuran la calidez, la comprensión y la afirmación. Comportamientos negativos incluyeron menospreciar y culpar, ignorar y atacar o rechazar (Baylis, et al., 2011).

Según Baylis et al.(2011), la relación entre el éxito terapéutico es del 26% de la calidad de la alianza. Esta colaboración no sólo parece implicar la capacidad de los terapeutas para comunicar la aceptación, la calidez y la empatía, pero requiere que el cliente y el terapeuta puedan llegar a un acuerdo mutuo sobre los objetivos del tratamiento y cómo esos objetivos se lograrán (2011). Un énfasis en la reducción de los síntomas, puede causar que la capacidad de los terapeutas de entender y empatizar con los clientes su experiencia interna, en consecuencia se inhibe su expresión y el procesamiento afectivo. Esto puede interferir posteriormente con el desarrollo de una relación terapeuta-cliente positiva, afectando el proceso terapéutico. También se concluyó que cuando los terapeutas se encuentran excesivamente estresados, fatigados, o "quemados", la primera habilidad que sufre es su capacidad para empatizar con el cliente y de expresar calidez y comprensión. El deterioro de estas habilidades reduce las capacidades terapéuticas (Baylis, et al., 2011).

Esta variable terapéutica no produce resultados idénticos con todos los clientes y todos los problemas. Para algunos clientes, la comprensión empática parece indicar procesos constructivos, mientras que otros clientes no parecen beneficiarse de ella (Elliott R. , 2002). Se realizó un estudio en la Universidad de McGill University (Fitzpatrick & Irannejad, 2008) En el que buscaban medir la relación entre la disposición para el cambio y la calidad de la alianza terapéutica en adolescentes. Se encontró que los clientes que estaban más preparados para el cambio tenían alianzas terapéuticas más positivas, en particular con respecto a la meta y la colaboración de tareas del WAI. De igual manera encontraron una tendencia hacia la asociación entre etapa de mantenimiento o posterior al cambio con un debilitamiento de la alianza.

Establecer una relación terapéutica efectiva con adolescentes o jóvenes muchas veces ha sido un dolor de cabeza para terapeutas y consejeros (Fitzpatrick & Irannejad, 2008). Este factor ha sido identificado como una de las mayores causas para los abandonos de la terapia (Fitzpatrick & Irannejad, 2008). Por ende es importante plantear prioridades en los diferentes aspectos de la alianza en cuanto a vínculo, tareas y metas en las diferentes etapas de desarrollo (Fitzpatrick & Irannejad, 2008). Llegar a un acuerdo sobre los objetivos y tareas de asesoramiento parece tener más prioridad para los adolescentes, que tienden a preocuparse por cuestiones de autonomía y son sensibles a tener metas elegidas para ellos (Fitzpatrick & Irannejad, 2008). Esto no es una tarea sencilla, sin embargo, cuando los adolescentes muestran interés por la fijación de metas y la planificación de los métodos para lograrlas desencadena un mayor compromiso y la disminución de la resistencia (Fitzpatrick & Irannejad, 2008).

Fitzpatrick y Irannejad (2008) en este caso, proponen un análisis del estado en el que está el cliente, mencionando que los individuos en la etapa de precontemplación

ignoran o no tienen ningún deseo de cambiar el comportamiento, a menudo entran en el asesoramiento de creyendo que no tienen un problema, y probablemente habiendo sido presionados para buscar el asesoramiento. Los individuos en la etapa de contemplación son conscientes del problema, están interesados en determinar si el problema se puede resolver, pero no han hecho ninguna decisión formal al cambio. Los que han pasado a la fase de acción han comenzado a cambiar de manera efectiva el comportamiento, pero todavía no han cambiado hasta el nivel deseado. En la etapa de mantenimiento, los clientes ya se han hecho cambios en las áreas problemáticas y pueden buscar asesoría para prevenir la recaída o para consolidar los cambios anteriores (Fitzpatrick & Irannejad, 2008).

Orlinsky, Grawe, y Parks, (1994) consideraron más de 2.300 estudios empíricos en un metanálisis, llegando a la conclusión de que el factor determinante más importante del resultado final de la terapia es, la calidad de la participación del paciente. Además, mencionaron que la relación terapéutica es un enlace mediador importante en el proceso y la interacción resultado. La calidez, empatía y una relación de vínculo positivo del terapeuta están fuertemente asociados con el resultado del tratamiento cuando se los considera desde la percepción del paciente (Orlinsky, et al, 1994 citado en Wright & Davis, 1994).

La investigación sobre la alianza terapéutica generada por las terapias centradas en el cliente o humanistas son significativamente menos en número que en otras perspectivas. La mayor parte del trabajo empírico sobre el tema ha sido generada por los investigadores psicodinámicos. Aunque esta construcción está recibiendo cada vez más atención en los estudios de terapia cognitiva -conductual (Baylis, Collins, & Coleman, 2011).

Alianza Terapéutica en Terapia Cognitiva.

La terapia cognitivo-conductual (TCC) se ha convertido en uno de los tratamientos más frecuentemente practicados en el curso de las últimas dos décadas, y se ha encontrado que es una intervención positiva en la mayoría de los estudios de eficacia (Andrusyna, Tang, DeRubeis, & Luborsky, 2001). Para Beck (1995) a breves rasgos la alianza terapéutica es considerada como una base para la aplicación de técnicas y herramientas curativas (Stevens, Muran, Safran, Gorman, & Winston, 2007). Se la define como un acuerdo sobre las tareas y los objetivos de la terapia y el vínculo que se establece entre el paciente y el terapeuta. Una alianza de trabajo positiva es el producto de un proceso de respuesta, definida como la capacidad de los terapeutas para ajustar las intervenciones y tareas terapéuticas específicas a los objetivos de sus clientes (Watson & Geller, 2005).

Beck (1995) en su libro *Cognitive Therapy: Basics and Beyond* menciona los 10 principios básicos del trato con pacientes según la terapia cognitiva, estos son (Beck, 1995 pp 5-9):

- La terapia cognitiva se basa en una formulación de constante evolución del paciente y sus problemas en términos cognitivos.
- La terapia cognitiva requiere de una alianza terapéutica: Los ingredientes básicos y necesarios son: calidez, empatía, cuidado, una auténtica relación y competencia. Realizar afirmaciones empáticas, escuchando con atención y cuidado, que resuman con precisión los pensamientos y sentimientos, y siendo realista y optimista. El terapeuta debe pedir retroalimentación al final de cada sesión para asegurarse de que el paciente se sienta comprendido y positivo sobre el proceso. Los pacientes con trastornos de personalidad

requieren la medida de un mayor énfasis en la relación terapéutica con el fin de forjar una buena alianza de trabajo.

- La terapia cognitiva enfatiza la colaboración y participación activa. Ver la terapia como un trabajo en equipo; juntos decidir cosas tales como qué trabajar en cada sesión y qué hacer entre sesiones como tarea de la terapia.
- La terapia cognitivo conductual está orientada hacia metas y enfocada en problemas.
- La terapia cognitiva conductual destaca inicialmente el presente.
- La terapia cognitiva conductual es educativa, tiene como objetivo enseñar al paciente a ser su propio terapeuta, y hace hincapié en la prevención de recaídas.
- La terapia cognitiva conductual aspira a ser por tiempo limitado.
- Las sesiones de terapia cognitiva conductual son estructuradas.
- La terapia cognitiva conductual le enseña a los pacientes a identificar, evaluar y responder a sus pensamientos y creencias disfuncionales.
- La terapia cognitiva conductual utiliza una variedad de técnicas para cambiar el pensamiento, estado de ánimo y el comportamiento (Beck, 1995 pp 5-9).

En resumen, la terapia cognitiva conductual considera a la alianza terapéutica como la base para un trabajo en equipo que se realizará durante el proceso terapéutico. Al igual que en los otros dos enfoques, se ha encontrado una relación positiva entre la misma

con el resultado final de la terapia (Watson & Geller, 2005). Raue y Goldfried (1994) postularon que la relación terapéutica es vista como eje central dentro de la TCC. Las intervenciones cognitivo-conductuales exitosas son poco probables que ocurran a menos que exista una buena alianza de trabajo, y un acuerdo mutuo sobre las metas y los métodos terapéuticos (Raue, Goldfried, 1994 citado en Andrusyna, et al., 2001).

La alianza terapéutica es vista en la TCC como la base, dándole mucha importancia a los objetivos y las metas a conseguir durante el proceso terapeutico. Al igual que en las dos terapias antes mencionadas, se ha puesto a prueba el modelo de alianza terapeutica planteado por Bordin en la TCC. Sobre el tema, se realizó un estudio por el Departments of Psychiatry and Psychology de la Universidad de Pennsylvania, con 94 pacientes que cumplieron criterios de depresión mayor según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV). Todos fueron tratados con terapia cognitivo-conductual estándar y mediante el WAI se llegó a la conclusión que tanto la subescala de meta como la de tareas son conceptos que se comparten estrechamente con la TCC. Sin embargo el factor de vínculo era en gran medida independiente. Según los autores la alianza en la TCC puede, de hecho estar formada por dos construcciones independientes: el factor de acuerdo y confianza y el factor de la relación. Por ende sugieren que el modelo Bordin utilizado para el WAI se replantee en cuanto al concepto de la alianza de la TCC y se desarrollen otras herramientas de medición (Andrusyna, et al., 2001).

Cave resaltar que en este estudio de Andrusyna, Tang, DeRubeis, & Luborsky, (2001) realizado con pacientes con un diagnóstico de depresión, se encontró una relación entre la efectividad y la alianza, existió una disminución de síntomas y una mejoría. Lo que hace nacer la pregunta de qué papel tiene efectivamente el vínculo en la relación terapéutica. Por ende los terapeutas cognitivos-conductuales han enfocado su interes en la

subescala del WAI relacionada con el vínculo al ser esta la que más se distancia de los resultados esperados.

Otros teóricos con este enfoque como Burns y Nolen-Hoeksema (1992) estudiaron el papel de la empatía como un componente de la alianza terapéutica cuando se utiliza la terapia cognitivo-conductual para el tratamiento de la depresión. Como resultado se obtuvo que cuando los terapeutas que eran más cálidos y más empáticos los pacientes mejoraban significativamente más que los pacientes de terapeutas con calificaciones más bajas de empatía. Los pacientes de terapeutas más colaborativos tenían un mayor control de síntomas y eran más cumplidos con deberes, y otros factores. Proponiendo los autores que, incluso en una forma altamente técnica de la terapia, como la TCC, la calidad del vínculo tiene un impacto sustancial en el grado de recuperación clínica.

La terapia cognitiva conductual ha enfocado el estudio de la alianza terapéutica a aspectos mucho más específicos y ha considerado una cantidad extensa de variables que las otras dos perspectivas dejaron de lado. Se han hecho estudios sobre la estructura de la alianza y el patrón de cambio que tiene durante las sesiones (Stevens, Muran, Safran, Gorman, & Winston, 2007). Procesos de ruptura y recuperación de la misma, incluso planteando el cuestionamiento en cuanto a la causalidad; ¿es la alianza lo que produce los resultados o son los resultados los que producen la alianza? (Andrusyna, et al., 2001). Muchos otros factores quedan por ser considerados al igual que existen resultados por ser corroborados.

A pesar de estas diferencias la TCC ha demostrado su alta efectividad, planteando muchas veces que esta se encuentra por encima de otros enfoques, por ende se han planteado hipótesis, en cuanto al papel que tiene la alianza terapéutica en esta efectividad (Wright & Davis, 1994). Existen por ende, diversos estudios comparativos en cuanto a la

alianza terapéutica y la efectividad del tratamiento de la TCC, y otros tipos de terapia (Watson & Geller, 2005).

Estudios comparativos de alianza terapéutica entre corrientes.

Entendiendo la visión de la alianza terapéutica para cada una de las corrientes se han realizado estudios comparativos entre los enfoques que han resultado muchas veces contradictorios. Por ejemplo, un estudio realizado por Watson y Geller (2005) investigó la relación entre las calificaciones de: las condiciones de relación (Relationship Inventory), el resultado de la terapia y la alianza de terapéutica (Working Alliance Inventory) tanto en psicoterapia enfocada en las emociones como en terapia cognitivo-conductual. Los datos se recolectaron en una muestra de 66 clientes con diagnóstico de depresión que recibieron terapia por 16 sesiones. Para la TCC se utilizó el modelo basado en adaptaciones de Beck, Rush, Shaw (1979) y para la terapia enfocada en las emociones (EFT) se utilizó el modelo desarrollado por Greenberg, Rice y Elliott (1993).

Postulando que la alianza terapéutica afecta las condiciones de la relación y el resultado final de la terapia. Como era de esperar, y en consonancia con estudios anteriores, las calificaciones de las condiciones de la relación de los clientes fueron predictivos de los resultados, tanto en EFT y la TCC (Watson & Geller, 2005). El Relationship Inventory (RI) resultó predecir el resultado de la terapia en 4 diferentes medidas. Mientras que no se encontraron diferencias significativas entre los dos enfoques psicoterapeúticos en el RI en cuanto a la empatía, la aceptación y la congruencia. Sin embargo, a los terapeutas enfocados en la emoción se los consideró más estimados por sus pacientes que a los terapeutas cognitivo-conductuales. Se propone que hace falta más investigaciones para replicar este hallazgo y para explorar más a fondo lo que contribuye a

la diferencia en la experiencia de los clientes en las dos psicoterapias (Watson & Geller, 2005).

Siguiendo esta línea, Raue, Goldfried y Barkham (1997) compararon los valores dados a la alianza terapéutica en terapia psicodinámica interpersonal y terapia cognitivo-conductual. Todos los pacientes cumplían con criterio de diagnóstico de depresión mayor y recibieron de igual manera 16 sesiones de la terapia asignada. Se buscaba encontrar la relación entre la alianza terapéutica y el impacto que se obtuvo en la sesión. Comparados con el WAI se buscaba establecer si las sesiones tenían o no un alto o bajo impacto en cada cliente. Los resultados indicaron puntuaciones significativamente mayores de la alianza para las sesiones de terapia cognitivo-conductual. También, para la muestra en su conjunto, las sesiones de alto impacto se caracterizaron por las puntuaciones más altas de la alianza que para las sesiones de bajo impacto. La alianza terapéutica se relacionan positivamente con los valores dados al estado de ánimo y la profundidad de la sesión (Raue, Goldfried, & Barkham, 1997). En este estudio se puede ver por otro lado que los pacientes desarrollaron una mayor alianza cuando se les proporcionó TCC que terapia Psicodinámica Interpersonal, mientras que, en el estudio presentado previamente se encontró que los pacientes que recibieron EFT desarrollaron mayor vínculo que la TCC. Mas específicamente, dentro de la misma TCC los terapeutas difieren en su trato con los pacientes dependiente del enfoque al que pertenecen.

Otro estudio comparativo (Lee, Neimeyer, & Rice, 2013) examinó la relación entre las bases epistemológicas del terapeuta cognitivo y el método utilizado, en cuanto a la alianza terapéutica y el uso de intervenciones específicas. La mayoría de los participantes eran psicólogos profesionales de la Asociación Americana de Psicología (Lee, Neimeyer, & Rice, 2013). La muestra estaba formada por 1.151 terapeutas (733 mujeres, 418

hombres). La comparación se realizó entre terapeutas cognitivos racionalistas y terapeutas cognitivos constructivistas. Según los resultados obtenidos efectivamente existe una diferencia en el estilo personal del terapeuta según su enfoque. Adicionalmente, se encontró que los puntos de vista epistemológicos de los terapeutas fueron un predictor significativo de su énfasis en la alianza terapéutica en la subescala de vínculo, así como su uso de intervenciones específicas.

Las terapias racionalistas y constructivistas dan mucha importancia a la alianza terapéutica, sin embargo la literatura empírica sugiere que los racionalistas y terapias constructivistas valoran diferentes cualidades dentro de la alianza (Lee, Neimeyer, & Rice, 2013). Una representación conceptual de las diferencias entre los terapeutas conductuales y constructivistas cognitivos en la relación terapéutica viene de Beck, Rush, Shaw y Emery (1979), quienes afirman que el terapeuta es un “*guide who helps the client understand how beliefs and attitudes influence affect and behaviour*” (Lee, Neimeyer, & Rice, 2013). Esta afirmación plantea las diferencias entre la cognición, afecto y comportamiento en el enfoque de Beck, en comparación con la perspectiva holística mantenida en el enfoque constructivista. Los terapeutas constructivistas son considerados menos confrontativos, intimidantes, críticos y autoritarios, además, tienen un mayor uso de la exploración, el silencio, preguntas abiertas y parafraseo, junto con una disminución de las técnicas directivas en comparación con los terapeutas cognitivo-conductuales (Lee, Neimeyer, & Rice, 2013). Los autores plantean que es necesario seguir investigando este tema con el fin de corroborar los resultados. De igual manera, mencionan que sería beneficioso centrarse en cómo los puntos de vista epistemológicos del terapeuta podría afectar a la eficacia de la práctica de la psicoterapia (Lee, Neimeyer, & Rice, 2013).

Continuando las comparaciones, el verdadero reto en la alianza terapéutica nace en los pacientes que califican para un trastornos de personalidad o tienen problemas de vinculación. Los resultados de los estudios de investigaciones de la alianza terapéutica a través de diferentes modalidades de tratamiento en grupos heterogéneos en su mayoría de pacientes con un trastorno del Eje I han sido estables (Spinhoven, Giesen-Bloo, Kooiman, & Dyck, 2007). Sin embargo cuando la personalidad es lo que dificulta el funcionamiento ha sido difícil de determinar un patrón. Como mencionó Beck para pacientes con trastornos de personalidad se debe dar un mayor énfasis en la relación terapéutica con el fin de forjar una buena alianza de trabajo (1995).

El establecimiento de una relación terapéutica no se consigue fácilmente en pacientes con trastornos de personalidad porque la mayoría de los problemas se manifiesta en aspectos interpersonales y las tasas de abandono son muy elevadas (Spinhoven, et al, 2007). En consecuencia, el desarrollo y el mantenimiento de una alianza terapéutica colaborativa durante el primer año de tratamiento, como requisito previo para el tratamiento adicional es visto como uno de los temas centrales de tratamiento intensivo a largo plazo a través de diferentes orientaciones psicoterapéuticas (Spinhoven, et al, 2007).

En un estudio comparativo realizado por la Universidad de Maastricht, Holanda (Spinhoven, et al, 2007), Se pudo en evidencia la importancia de la alianza terapéutica para terapia psicodinámica y la terapia cognitivo conductual en pacientes con trastorno de personalidad límite. Los resultados obtenidos sugieren que en comparación con la psicoterapia psicodinámica a la alianza en la TCC se caracteriza por un lenguaje de apoyo, la expresión empatía y el contacto interpersonal. Desde una perspectiva cognitivo-conductual para el tratamiento de los trastornos de la personalidad, se considera que una alianza terapéutica más cercana y cálida es necesaria que para el tratamiento de un

trastorno agudo del Eje I como la ansiedad o la depresión. Gran parte de la función del terapeuta consiste en un proceso de reeducación y en el transcurso del tiempo, el terapeuta, incluso se convierte en un modelo a seguir para el paciente.

Tanto en una perspectiva cognitiva y psicodinámica, las cualidades personales de los terapeutas en su relación recíproca con las cualidades personales del paciente se supone que son responsables de la calidad y el desarrollo de la alianza terapéutica. Sin embargo esta alianza no mostró relación alguna con la mejoría clínica. Por ende, los autores concluyen que la alianza terapéutica y las técnicas específicas interactúan y se influyen mutuamente y pueden ser utilizadas para facilitar los procesos de disminución de sintomatología subyacente a la mejoría clínica en los pacientes con trastorno límite de la personalidad (Spinhoven, et al, 2007).

Hasta donde el autor pudo buscar, no encontró estudios que comparen la alianza terapéutica entre la perspectiva psicodinámicas y la perspectiva humanista. De forma general a todas las terapias se podría concluir que tanto los teóricos y psicoterapeutas consideran que la alianza representa un elemento interactivo y de colaboración. Ambas partes de la relación, es decir terapeuta y cliente, tienen la capacidad de participar activamente en la terapia, en las tareas y en ponerse de acuerdo, en un contexto de un vínculo positivo. Para destacar las conclusiones más importantes de la alianza terapéutica es fundamental mencionar que un número significativo de estudios correlaciona positivamente a la alianza con el cambio terapéutico a través de una variedad de modalidades de tratamiento y los problemas clínicos. Hay que mencionar también que las características del terapeuta, sus comportamientos y actitudes están asociados positivamente con alianzas de calidad. De igual manera que la calidad de la alianza se

correlaciona positivamente con ciertas características y comportamientos de los clientes, mientras que hay otras que tiene el efecto contrario.

Es importante recalcar también que independientemente del enfoque de psicoterapia recibido, la medida de la alianza tiene un valor predictivo del resultado final de la terapia cuando es medida al principio del tratamiento. Por ende cuando se presenta una mala alianza temprana hay altas posibilidades de que se de un abandono del tratamiento. Prestar atención a este factor desde el inicio de la terapia sería fundamental para evitar rupturas, mantener la calidad de la alianza y modificar el enfoque para dar respuesta a las necesidades de los clientes.

De la misma forma, no está de más mencionar que, sin duda han existido casos en el que un cliente percibe al terapeuta como empático, aceptador y real y aún así no existió mejoría. Esto muestra que las condiciones no son suficientes para todos los clientes. Del mismo modo, ha habido pacientes individuales que mejoraron a pesar de que el terapeuta carecía de una o más de las condiciones básicas. Los terapeutas recién graduados, o que inician sus prácticas, se les recuerda constantemente la necesidad de establecer una buena relación con sus clientes, cosa que terapeutas más experimentados pueden olvidar (Castonguay, Constantino, & Grosse, 2006). Por lo que es necesario siempre mantener a la relación terapéutica como prioridad al inicio de cualquier tratamiento psicológico.

Todos los autores y teóricos coinciden (Elliott R. , 2002; Bachelor, 2013; Castonguay, Constantino, & Grosse, 2006; Corbella & Botella, 2003; Munder, Wilmers, Leonhart, Wolfgang, & Barth, 2010; Dryden, 2008) en que más estudios deben realizarse sobre el tema en las tres perspectivas. Buscar más evidencia de la influencia en los diferentes patrones de desarrollo de alianzas (lineal, cuadrática, breves desviaciones en forma de V) y el resultado (Castonguay et al, 2006). De la misma forma prestar atención a

poblaciones específicas de clientes y los terapeutas. Por otra parte, abordar temas socio culturales y economicos (hay una pequeña literatura que sugiere que los clientes de minorías étnicas tienen más probabilidades de terminar prematuramente la terapia cuando se está tratando por terapeutas caucásicos (Castonguay et al, 2006), el trato con clientes con problemas en las relacionales interpersonales y de personalidad y de mas.

METODOLOGÍA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación es un estudio con un diseño cuantitativo de alcance correlacional, explicativo. Por lo tanto, es imposible determinar una causalidad directa entre la intervención, los puntajes del WAI y demás variables, al existir otros factores y características externas que pueden influenciar los resultados. Existe de la misma forma, la carencia de un grupo control.

La variable independiente será el tipo de corriente terapéutica que ha recibido el paciente. Esta variable tiene tres niveles, terapia cognitiva- conductual, terapia humanista y terapia psicodinámica. Por otro lado la variable dependiente será su apreciación de la alianza terapéutica y la calidad del vínculo, la tarea y la meta que sientan los pacientes o clientes hacia su terapeuta.

Se realizará un análisis de los resultados obtenidos por los pacientes de estudiantes de quinto año de psicología clínica de la Universidad San Francisco de Quito en el Working Alliance Inventory o WAI. Se efectuará una comparación entre los enfoques aplicados en terapia y los resultados del WAI, de igual manera con sus tres sub escalas. Adicionalmente se buscará establecer si existe una correlación entre los puntajes del WAI del paciente y del WAI versión terapeuta. Por otro lado se enfocará la investigación en establecer la relación entre el puntaje WAI y el número de sesiones a las que asistieron los pacientes, comparando los resultados entre los pacientes que obtuvieron más de 5 sesiones de los que obtuvieron menos de 5 sesiones, de la misma forma buscando establecer si existe una correlación cuantitativa entre el número de sesiones y los puntajes del WAI.

La herramienta que será utilizada en esta investigación es el Working Alliance Inventory (Hovart & Greenberg, 1989) en una versión en español. Este instrumento fue originalmente estandarizado es una muestra estadounidense de investigación. Por esta razón fueron traducidas del inglés al español, por las consultas psicológicas de la

Universidad San Francisco de Quito con el fin de ser aplicadas a pacientes hispanoparlantes en Quito.

La base de datos se recolectará los datos en los archivos de las consultas psicológicas de la Universidad San Francisco de Quito manteniendo los criterios de inclusión y exclusión explicados posteriormente.

Justificación de la metodología seleccionada

Las investigaciones correlacionales, explicativas poseen la ventaja de ser más estructuradas. Exploran, describen y correlacionan o asocian variables (Hernandez, Fernandez, & Baptista, 2010). En este caso este tipo de estudio tiene como finalidad conocer el grado de asociación que existe entre dos o más conceptos, eventos o fenómenos. Presentan un valor explicativo, que considerado como una desventaja, muchas veces es considerado parcial por la incapacidad de determinar una causalidad, como antes mencionado (Hernandez, Fernandez, & Baptista, 2010).

Herramienta de investigación utilizada

El Working Alliance Inventory (WAI) fue desarrollado originalmente por Horvath, 1981 y modificado por Horvath y Greenberg en 1986, es un instrumento de medida de la alianza terapéutica basado en el modelo teórico sobre la alianza de Bordin (1979). Posee buenas propiedades psicométricas y fue validado inicialmente en pacientes ambulatorios de psicoterapia en los EE.UU. Las primeras versiones se realizaron para ser completadas por el terapeuta (WAI-T) y el paciente (WAI-P) y cuentan con treinta y seis ítems que, distribuidos en tres sub escalas miden los tres componentes del modelo de Bordin: vínculo entre el paciente y el terapeuta, objetivos en común y acuerdo en tareas durante la terapia. Este instrumento es auto-informe y se califica con una escala de Likert (1 nunca – 7

siempre) para cada ítem. Por ende, la puntuación global máxima alcanzada es de 252 puntos y de cada escala de 84 puntos. A mayor puntaje mayor es el valor dado a la alianza.

El WAI versión paciente y terapeuta utilizado en las consultas psicológicas de la Universidad San Francisco fue traducida de su versión original planteada por Horvath y Greenberg, con el fin de poder ser aplicada a pacientes hispanoparlantes en Quito-Ecuador. Sin embargo esta versión de ambos inventarios no ha sido normalizada, ni estandarizada. Por lo que se comparó esta versión con la versión chilena, que sí ha pasado por todos los procesos, encontrando grandes similitudes.

La versión chilena, fue la tesis de maestría de Patricia Macarena Santibañez (2001) en la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica De Chile. Manteniendo las características generales exactas, el WAI pasó por un proceso de traducción y adaptación realizado con un Comité de Sujetos Bilingües expertos. Psicoterapeutas bilingües tradujeron el inventario, en sus dos versiones (paciente y terapeuta). Posteriormente se realizó una comparación entre los documentos, con el fin de unificarlos y producir un único instrumento. Esta versión traducida se la utilizó para una prueba piloto, con el fin de analizar las dificultades de lectura, comprensión y llenado. Por último se generó la versión final del Inventario de Alianza Terapéutica traducido. En cuanto a las características psicométricas se realizó un análisis de confiabilidad para la versión del paciente se encontró un .67 para la sub escala vínculo, .80 en tareas y .78 para la sub escala metas. De igual manera, se encontró un coeficiente de confiabilidad para la versión del terapeuta de .70 para la sub escala vínculo, .85 para la sub escala tarea y .88 para la sub escala meta.

El WAI en su traducción chilena mantiene los ítems más simples que en la traducción realizada por la USFQ, sin embargo el contenido de las mismas es similar. Es

decir cuestionan lo mismo en cada una de las preguntas, sucede lo mismo en el caso de los constructos redactados de forma negativa o inversa. En cuanto a la escala de Likert, los significados dados a cada número, varían ligeramente en cuanto a nombre, (Chile: nunca, casi nunca, ocasionalmente, a veces, frecuentemente, casi siempre, siempre. USFQ: nunca, rara vez, pocas veces, algunas veces, muchas veces, muchísimas veces, siempre) sin embargo se estableció que tienen el mismo valor.

Descripción de participantes

Número

La muestra se obtuvo de toda la base de datos de los pacientes que han recibido atención psicológica en los servicios brindados por la Universidad San Francisco de Quito. De los pacientes que cumplían los criterios de inclusión y exclusión básicos, se eligió al azar hasta llegar a 60 en cada tipo de terapia con un total de 180 sujetos, es decir de muestra 60 recibieron atención psicológica con el enfoque psicodinámico, 60 recibieron terapia humanista y 60 recibieron terapia cognitivo-conductual.

Género

La división de género no será relevante en este estudio, sin embargo de la muestra total se determinó que existían 61 personas pertenecientes al sexo masculino y 119 de personas pertenecientes al sexo femenino.

Nivel socioeconómico

El nivel socio-económico no es relevante para este estudio. Las consultas psicológicas gratuitas de la Universidad San Francisco de Quito son brindadas a la

comunidad tanto universitaria como de la ciudad, teniendo gran diversidad en el nivel socio-económico en los pacientes.

Edad

La edad de los pacientes de la muestra es muy amplia, el rango de edad considerado va desde 3 hasta los 76 años. Es importante recalcar que al ser niños pequeños el WAI es administrado a los padres con respecto a la terapia recibida por sus hijos.

Características generales de los terapeutas

Los terapeutas participantes de este estudio fueron todos estudiantes de 5° año de psicología clínica de la Universidad San Francisco de Quito. Todos están en periodo de enteramiento por lo que son los primeros pacientes que manejan en su carrera profesional.

Características especiales relacionadas con el estudio

Todos los sujetos han sido beneficiarios de las terapias brindadas por el servicio de consultas psicológicas de la Universidad San Francisco y han sido considerados para este estudio independientemente de su motivo de consulta o diagnóstico dado.

Criterios de inclusión: se incluyeron en la muestra a todos los pacientes que tenían ambos test (WAI paciente y WAI terapeuta) llenados en su totalidad. Se incluyeron en la muestra a los pacientes que recibieron un tipo de terapia específico sin cambios durante el proceso.

Criterios de exclusión: se excluyeron de la muestra a todos los pacientes que no tenían ambos test (WAI paciente y WAI terapeuta) llenados en su totalidad.

Se excluyeron de la muestra a los pacientes que recibieron una intervención que cambió de corriente terapéutica durante el proceso.

Fuentes y recolección de datos

Los datos provienen en su totalidad de los servicios de psicología de la Universidad San Francisco de Quito donde se lleva registro de cada paciente atendido por los estudiantes de quinto año de psicología clínica.

Uno de los documentos obligatorios utilizados para cada paciente es el Working Alliance Inventory o WAI, tanto en versión paciente como en su versión terapeuta en las primeras sesiones de la intervención psicológica. Esta información junto con un cuestionario de síntomas, diarios de sesión e historia clínica se encuentran archivados en la universidad para cada paciente. Los servicios de terapia psicológica de la USFQ tienen como objetivo beneficiar a la comunidad y que los estudiantes de último año puedan realizar sus prácticas clínicas supervisadas por profesores de la carrera. Este servicio hasta el año 2013 fue realizado de forma gratuita, sin embargo a partir de mediados del 2014 se empezó a cobrar un valor simbólico por la atención.

En general el público al que estaba dirigido estas consultas eran estudiantes y empleados de la universidad junto con gente de los alrededores que muchas veces no tenían recursos para pagar un servicio psicológico. Por ende la población de esta muestra es muy diversa en cuanto a edad, sexo, nivel socioeconómico, motivo de consulta, diagnóstico.

ANÁLISIS DE DATOS

Detalles del análisis

Como se menciona con anterioridad, los datos fueron recolectados de los registros de pacientes de los servicios psicológicos clínicos de la Universidad San Francisco de Quito. La información del WAI fue recogida por los estudiantes del 5to año de psicología clínica que realizaban sus prácticas desde el año 2008 hasta el 2014. Esta herramienta es parte de los requisitos, debe ser aplicada tanto, para el terapeuta como para el paciente, alrededor de la 4ta sesión de terapia.

El WAI fue tabulado por la misma autora de la tesis de forma individual en una tabla de Excel, se contabilizaron los datos para cada una de las subescalas del WAI versión paciente (objetivo, meta y vínculo) y la suma global para el WAI versión terapeuta. De igual manera se consideraron ciertos datos demográficos como sexo, edad, número de terapias recibidas, y el tipo de terapia aplicado. Para el posterior análisis de los datos se utilizó el programa estadístico Minitab15. Por las características de la información se realizaron:

Anovas One Way: Herramienta estadística para determinar diferencias en la Variable Dependiente medida cuantitativa entre tres o más niveles de una variable independiente (Hernandez, Fernandez, & Baptista, 2010, p. 322) con un análisis Bonferroni.

Correlación de Pearson: Herramienta estadística que sirve para determinar la relación/asociación que existe entre dos o más variables cuyos datos son cuantitativos (Hernandez, Fernandez, & Baptista, 2010, p. 311).

Prueba t para medidas independientes: Herramienta estadística que sirve para determinar la diferencia en la variable dependiente cuantitativa entre dos niveles de una variable independiente. Para ver el efecto de una variable independiente con dos niveles

sobre una variable dependiente cuantitativa (Hernandez, Fernandez, & Baptista, 2010, p. 319).

En las tablas presentadas a continuación se podrán apreciar los resultados:

En la Tabla no. 1 se puede evaluar el resumen general de los datos. Con el fin de encontrar la relación entre la terapia aplicada con el resultado final del Working Alliance Inventory se aplicó un Anova One Way obteniendo los resultados presentados en la Tabla no. 2. De la misma forma se empleó el mismo análisis estadístico para buscar una relación entre el enfoque de terapia aplicado y cada una de la sub-escalas de WAI, planteándolos en la Tabla no. 3, Tabla no. 4 y en la Tabla no. 5. Posteriormente se realizó una correlación entre los resultados del WAI versión paciente y el WAI versión terapeuta, para este análisis estadístico el número global de participantes que poseían toda la información necesaria varia por lo que $n = 145$, esta información se la plantea en la Tabla no.6. Para finalizar se establece un T-test para medidas independientes buscando determinar la diferencia de la alianza terapéutica entre los pacientes que tuvieron más de 5 sesiones y menos de 5 sesiones planteando los resultados en la Tabla no. 7.

Por otro lado, la comparación con la muestra normativa chilena se puede apreciar en la Tabla no. 8 al igual que el cambio porcentual entre la norma comparado con la muestra de la USFQ se lo encuentra en la Tabla no.9

Enfoque Aplicado	No. Pacientes
TCognitivaConductual	60
Masculino	23
Femenino	37
TPsicodinamica	60
Masculino	27
Femenino	33
THumanista	60
Masculino	12
Femenino	48
Total pacientes	180
Edad Promedio	26 años
No sesiones promedio	10,3 sesiones

Tabla no. 1: Resumen de datos demográficos generales.

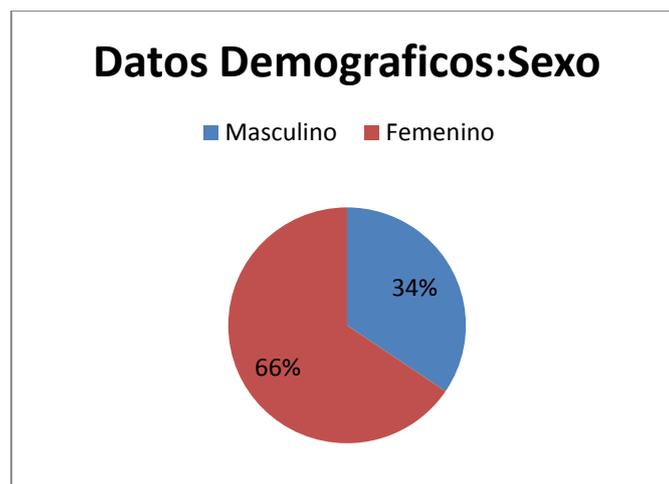


Grafico no 1: Porcentaje del sexo de participantes.

De forma general, el 34% de la muestra es del sexo masculino mientras que el 66% es de sexo femenino.

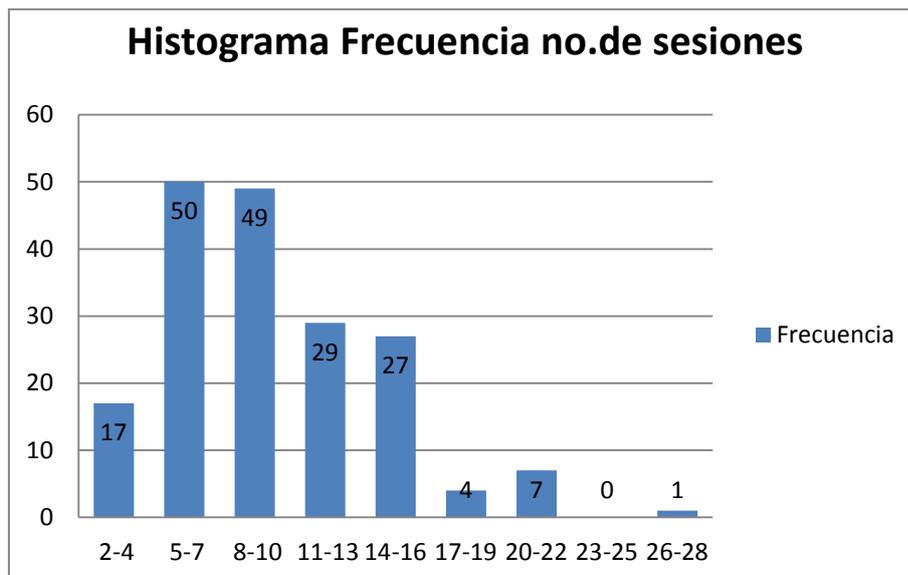


Grafico no. 2: Distribución del número de sesiones recibidas por los pacientes.

La media de sesiones recibidas por los pacientes, se presenta en el gráfico no. 2, en un histograma de frecuencia.

Para comprobar la hipótesis de que el enfoque utilizado para terapia influye en la alianza terapéutica desarrollada por el paciente, se aplicó un Anova One Way. Los resultados indican que no existe una diferencia estadísticamente significativa en el puntaje de la alianza terapéutica entre los diferentes tipos de terapia aplicado ($F = 1.01$; $p > 0,05$). Se encontró que los pacientes que reciben terapia humanista tienen un promedio de alianza terapéutica ($X = 154,480$) mientras que en la terapia cognitiva conductual ($X = 149,8$) y en la terapia psicodinámica ($X = 143,5$).

Tipo de terapia vs alianza terapéutica versión paciente	
Media THumanista:	X= 154, 48
Media TCognitiva	X= 149.8
Media TPsicodinam	X= 143.5
F:	1.01
P:	0.365

Tabla no. 2: Resumen análisis estadístico anova one way tipo de terapia vs. Alianza terapéutica

Para probar la hipótesis de que el tipo de terapia ofrecida a los pacientes influye en la alianza terapéutica en la sub-escala tarea, se aplicó un Anova One Way. Los resultados indican que no existe una diferencia estadísticamente significativa en la alianza terapeuta según y el tipo de terapia ($F = 0.73$; $p > 0,05$). El Análisis muestra que los pacientes que reciben terapia humanista desarrollan una alianza terapéutica en cuanto a la tarea ($X = 48.16$) las personas que reciben terapia cognitiva conductual ($X = 47, 51$) y terapia psicodinámica ($X = 44.84$).

Tipo de terapia vs sub escala Tarea versión paciente	
Media THumanista:	X= 48,16
Media TCognitiva	X= 47,51
Media TPsicodinam	X= 44,84
F:	0.73
P:	0.485

Tabla no. 3 Resumen análisis estadístico Anova One Way tipo de terapia vs. Sub escala tarea del WAI

Con el fin de poner a prueba la hipótesis de que el tipo de terapia dado a los pacientes influye en la alianza terapéutica en la sub-escala vínculo desarrollada por el paciente, se aplicó un Anova One Way. Los resultados indican que no existe una diferencia estadísticamente significativa entre los puntaje de la alianza terapéutica y en los tres tipos

de terapia ($F = 2,62$; $p > 0,05$). Los pacientes que reciben terapia humanista desarrollan una alianza terapéutica en cuanto al vínculo ($X = 64,33$) mientras que las personas que reciben terapia cognitiva conductual ($X = 61,03$) y terapia psicodinámica ($X = 59,80$). En este caso, es importante notar que el valor P se aproxima al 0.05 convencional ($p = .12$) y que los promedios están en la dirección esperada.

Tipo de terapia vs sub escala Vínculo versión paciente	
Media THumanista:	X= 64.33
Media TCognitiva	X= 61.03
Media TPsicodinam	X= 59.80
F:	2,62
P:	0.120

Tabla no. 4 Resumen análisis estadístico anova one way tipo de terapia vs. Sub escala vínculo del WAI

Buscando demostrar la hipótesis de que el tipo de terapia dado a los pacientes influye en la alianza terapéutica en la sub-escala objetivo desarrollada por los pacientes se aplicó un Anova One Way. Los resultados indican que no existe una diferencia estadísticamente significativa entre los puntaje de la alianza terapéutica y en los tres tipos de terapia ($F = 0.93$; $p > 0,05$). Indicando que los pacientes que reciben terapia cognitiva conductual desarrollan una alianza terapéutica en cuanto al objetivo ($X = 42,6167$), las personas que reciben terapia humanista ($X = 42,1633$) y terapia psicodinámica ($X = 37,8237$).

Tipo de terapia vs sub escala Objetivo versión paciente	
Media THumanista:	X= 42,16
Media TCognitiva	X= 42,61
Media TPsicodinam	X= 37,82
F:	0.93
P:	0.395

Tabla no. 5 Resumen análisis estadístico anova one way tipo de terapia vs. Sub escala objetivo del WAI

En resumen, a pesar de que las diferencias no fueron estadísticamente significativas, si se puede apreciar una diferencia en las medias en las tres sub escalas del WAI. Nuevamente hay que notar que los resultados de la literatura planteada en el marco teórico, se puede apreciar que la Terapia Humanista tiene un mayor promedio que la Terapia Cognitiva Conductual y la Terapia Psicodinámica en la sub escala relacionada al vínculo ($P= 0.12$). También es interesante tomar en cuenta que los promedios están en dirección a lo esperado, aunque las diferencias no son estadísticamente significativas, por ejemplo, la Terapia Cognitiva Conductual tiene un mayor promedio en la sub escala que mide los objetivos en relación a la Terapia Humanista y la Terapia Psicodinámica.

Por otro lado, para comprobar la hipótesis de que la percepción de la alianza terapéutica del paciente ($x=148,10$) se correlaciona con la percepción de la alianza terapéutica del terapeuta ($x=152,08$) se aplicó una correlación Pearson. Los resultados obtenidos en el análisis estadístico dan soporte a la hipótesis de que existe una fuerte correlación positiva entre ambas variables ($r = 0,524$).

Tabla WAI T-P	
Enfoque	No. Pacientes
TCognitivaCondu	49
Masculino	21
Femenino	28
TPsicodinamica	54
Masculino	25
Femenino	29
THumanista	52
Masculino	42
Femenino	10
Total pacientes	145

Tabla no. 6 Resumen datos pacientes que poseen ambos cuestionarios.

El WAI versión paciente y el WAI versión terapeuta están estrechamente relacionados, como se encontró en la correlación planteada anteriormente. Lo que significa que mientras más alta sea la puntuación del WAI-P más alta será la puntuación del WAI-T.

Para determinar las diferencias entre la alianza terapéutica de los pacientes que tuvieron más de 5 sesiones de lo que tuvieron menos de 5 sesiones se aplicó un T-test para medidas independientes. Los resultados indican que no hubo una diferencia significativa ($T= 1,10$, $p > 0,05$). Los promedios indican que el promedio de la alianza terapéutica de los que asistieron más de 5 sesiones fue de ($X= 150,5$) mientras que los que asistieron a menos de 5 sesiones tuvieron ($X= 141,3$).

Sesiones	N	Media	Desv.Est.
Más de 5	151	150,5	41,8
Menos de 5	33	141,3	44,0
t= 1.13			
p= 0.1299			
Media a – media b= 9.194			

Tabla 7. Análisis T-test para pacientes de más de 5 sesiones y menos de 5 sesiones.



Grafico 3: Porcentaje del número de sesiones recibidas por los pacientes

El abandono de la terapia es un factor que también ha sido relacionado con la calidad de la alianza terapéutica. Se realizó un T-test para medidas independientes entre los resultados del WAI para pacientes que recibieron más de 5 sesiones y menos de 5 sesiones. Como se puede apreciar en los resultados, no existió una diferencia estadísticamente significativa. Para complementar este análisis se utilizó una correlación de Pearson con el fin de averiguar si existe una relación entre el número de sesiones y el puntaje del global del WAI. Los resultados obtenidos de la correlación Pearson muestran que la relación es casi inexistente entre estas dos variables ($r = 0,029$). De la misma forma se buscó correlacionar los resultados de las tres sub escalas y el número de sesiones y se encontraron resultados similares, obteniendo una correlación Pearson entre el número de sesiones y las sub escalas vínculo ($r=0,047$), objetivo ($r=0,036$) y tarea ($r=0,022$) no existiendo una correlación estadísticamente significativa.

En la Tabla no. 8 se pueden apreciar las medias obtenidas por la norma chilena para cada una de las sub escalas del WAI, de igual manera las medias obtenidos para esta muestra. Los resultados están planteados en los gráficos 4 y 5.

Medias Pacientes Chile			Medias Pacientes USFQ		
	Sobre 7	Sobre 84		Sobre 7	Sobre 84
Vínculo	6,45	77,4	Vínculo	3,88	61,48
Tareas	6,28	75,36	Tareas	5,12	40,96
Metas	6,03	72,36	Metas	3,33	46,54
Medias Terapeutas Chile			Medias Terapeutas USFQ		
Vínculo	6,34	76,08	Vínculo	3,99	47,85
Tareas	6,02	72,24	Tareas	5,09	61,11
Metas	5,75	69	Metas	3,59	43,12

Tabla no. 8: Resumen de las medias en la muestra chilena y en la muestra de la USFQ.

Para establecer las diferencias de las medias entre los puntajes del WAI para cada una de las sub escalas se buscó establecer los cambios porcentuales, es decir el porcentaje de aumento que existe entre la una medición y la otra. Obteniendo para la versión paciente que en la sub escala vínculo la norma tiene un 26% más, mientras que para la sub escala tarea tiene un 83% y un 55% para la sub escala meta. Con el mismo análisis para la versión del terapeuta del WAI se obtuvo que en la sub escala vínculo un 60% más en Chile que en la USFQ, de la misma forma hay 18% más en la sub escala tarea y un 60% en la sub escala meta.

Cambio Porcentual Medias Pacientes		
Vínculo	0,26	26%
Tareas	0,83	83%
Metas	0,55	55%
Cambio Porcentual Medias Terapeutas		
Vínculo	0,6	60%
Tareas	0,18	18%
Metas	0,6	60%

Tabla No. 9: Cambios porcentuales.

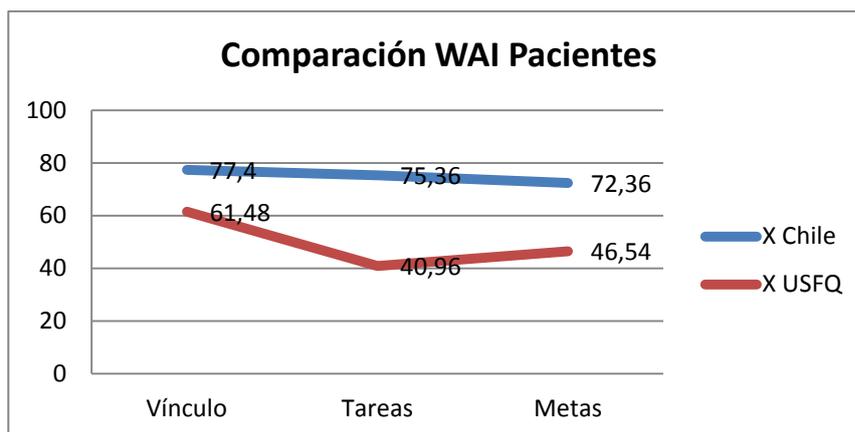


Gráfico 4: Comparación de Medias del WAI P entre la norma chilena y los pacientes de la USFQ.

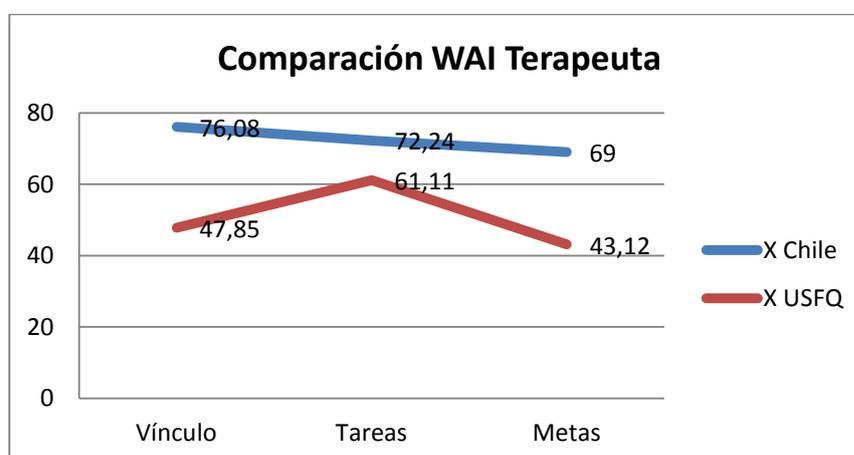


Gráfico 5: Comparación de Medias del WAI t entre la norma chilena y los pacientes de la USFQ.

Importancia del estudio

Descubrir cuanto la alianza terapéutica se logra en cada tipo de terapia es importante ya que la alianza terapéutica tiene capacidades predictivas del resultado de la terapia y gran parte de la efectividad de las intervenciones depende la calidad de la alianza terapéutica. De la misma manera, el análisis de las sub escalas podría favorecer a crear un énfasis en las características de la alianza que están siendo más descuidadas para poder hacer énfasis en desarrollarlas y fortalecerlas con el fin de que los pacientes creen una relación terapéutica que los beneficie al máximo y saquen el mayor provecho posible de asistir a terapia en la universidad.

Este estudio es importante porque a pesar de que las diferencias no fueron estadísticamente significativas, esto corrobora los estudios que mencionan que la alianza terapéutica es importante para todos los enfoques psicoterapéuticos y comprueba que las diferencias no son grandes entre la alianza paciente terapeuta. Por otro lado, se encontró en las medias los efectos esperados. Lo que querría decir, que probablemente si se aumenta el número de la muestra, la tendencia continuaría, corroborando los resultados de los estudios realizados en el extranjero con respecto a estos temas.

Los estudios encontrados hasta el momento han resultado contradictorios entre sí, entonces este estudio permite un paso adelante para la dirección. Es decir, que las tres perspectivas desarrollan una alianza terapéutica similar y existió una tendencia en las diferencias de las sub escalas como se pudo apreciar en los resultados.

Este estudio contribuye inicialmente a los servicios de psicológica de la Universidad San Francisco de Quito, ya que proporciona datos sobre el nivel de alianza terapéutica entre terapeutas en entrenamiento y pacientes cuando se aplica terapias con diferentes enfoques teóricos. De igual forma, si la alianza percibida por el cliente es similar a la alianza terapéutica percibida por el terapeuta, y si la alianza difiere en terapias de mayor o menor duración. Este conocimientos sirve para comparar los resultados obtenidos en Ecuador con normativas internacionales, con el fin de hacer un análisis de cuan similares son nuestras intervenciones con las de los demás países.

Resumen de sesgos del autor

Se cree que en este estudio no hubo sesgo de autor ya que los datos fueron recopilados al azar de una base de datos de todos pacientes atendidos por distintos terapeutas de 5°to año de Psicología Clínica de la Universidad San Francisco desde el año 2008. No existió contacto alguno con los pacientes. La muestra fue tomada de forma

igualitaria para cada uno de los enfoques psicoterapéuticos y el número de participantes fue similar.

CONCLUSIONES

Respuestas a las preguntas de investigación

A pesar de que las diferentes corrientes psicoterapéuticas se enfocan en distintos aspectos de la alianza terapéutica (Haan, 2011; Rogers, 1961; Beck, 1995; Corbella & Botella, 2003) en el presente estudio se encontró que, a pesar de las diferencias teóricas de la concepción de la alianza terapéutica entre la terapia humanista, la terapia cognitiva-conductual y la terapia psicodinámica no afecta la alianza terapéutica medida por el Working Alliance Inventory en los pacientes de las consultas psicológicas de la Universidad San Francisco de Quito entre los años 2008- 2014. Es decir, los puntajes dados al WAI no tienen ningún cambio mayor a causa de la enfoque aplicado por sus terapeutas, a pesar de que existen diferencias en los promedios. En general, los resultados provistos por la literatura comparativa muestran una tendencia a mantener los puntajes en el WAI global similares entre las perspectivas aplicadas (Watson & Geller, 2005), por lo que estos resultados servirían para corroborar que la Alianza Terapéutica establecida por estudiante practicantes de psicología clínica se establece sin importar el enfoque que se está aplicando.

De la misma forma la concepción de la alianza terapéutica de la terapia humanista, la terapia cognitiva-conductual y la terapia psicodinámica no influyen la calidad y los puntajes provistos para la sub-escala tarea. De forma general, las diferencias no fueron estadísticamente significativas, sin embargo cabe destacar que a pesar de esto, el promedio del puntaje de la subescala tarea estuvo por encima en la terapia humanista.

Los estudios de la TCC tienden a tener conceptos distintos en cuanto al vínculo que las otras dos terapias (Andrusyna, et al., 2001). En los resultados presentados en el análisis de datos, a pesar de que no son estadísticamente significativos se puede presenciar una

tendencia en la medias. La Terapia Humanista posee una media que está por encima de la de la TCC. Mientras que en la subescala de objetivo/meta se puede ver como la TCC tiene una tendencia a estar por arriba de las otras terapias. Es interesante considerar estas tendencias ya que corroboran resultados de estudios presentados previamente a pesar de que no sean concluyentes.

Por otro lado, se encontró que efectivamente existe una correlación alta positiva significativa entre los resultados del WAI versión paciente y WAI versión terapeuta, es decir, ambas variables están estrechamente relacionadas y cuando la una aumenta la otra tiene el mismo efecto y así mismo cuando disminuyen. Lo que muestra que mientras mejor sea la calidad de la alianza terapéutica percibida por el paciente mejor será la calidad de la alianza terapéutica percibida por el terapeuta. El lograr establecer una concordancia entre lo que busca el paciente y los objetivos del terapeuta es fundamental para poder establecer una relación colaborativa hacia una misma meta, lo que mejora la efectividad de la terapia (Bachelor, 2013).

En cuanto al análisis de la relación entre el número de sesiones y la calidad de la alianza terapéutica tampoco se encontró una diferencia estadísticamente significativa. Esta relación se planteó con el fin de medir si es que los pacientes que tuvieron una intervención psicológica de 5 sesiones o menos tuvieron una alianza terapéutica menos que los que asistieron a 6 o más sesiones. Que el paciente haya tenido un tratamiento más reducido no quiere decir que haya abandonado las sesiones de forma repentina. Por lo que es necesario establecer cuales pacientes efectivamente dejaron esta intervención para hacer un análisis comparativo con los resultados del WAI. Esto quiere decir que es imposible determinar una causalidad entre una baja alianza terapéutica y el abandono de la terapia por parte de los pacientes de las consultas psicológicas de la Universidad San Francisco de Quito hasta el momento.

Por otro lado, de la comparación entre la norma chilena y los resultados obtenidos en esta muestra, se puede establecer que la alianza terapéutica de la USFQ está por debajo de los resultados de la norma. Parecería que existe una diferencia evidente entre los terapeutas profesionales con experiencia y los estudiantes que están iniciando sus prácticas clínicas en cuanto a la alianza. Como se mencionó en el estudio de Lorentzen, Sexton, & Høglend (2004) muchas veces los terapeutas con más experiencia clínica tienen mayores puntajes mayores en las sub escalas de meta y objetivo mientras que obtienen menores resultados en la sub escala vínculo. Se podría ver esta tendencia en los resultados de la USFQ donde la escala más elevada es la de vínculo.

Vale anotar que resultados similares al presente estudio se encontraron en el estudio de tesis de Villacreses (2014). Este estudio se realizó con datos similares tomados de la misma población, encontrando que no existió una correlación estadísticamente significativa entre la alianza terapéutica y el cambio de sintomatología media previa intervención y posterior a la misma. De la misma forma el autor encontró que el valor dado a la alianza terapéutica no es un predictor de la disminución de síntomas psicológicos, por ende de la efectividad de la terapia. Contradiendo lo que mencionan la mayoría de los estudios, esto pudiéndose deber a que los valores de la alianza terapéutica de los pacientes y terapeutas de la USFQ son menores en relación con los valores de la norma. Es importante destacar que a pesar de que la alianza terapéutica no está relacionada con la efectividad de la terapia, las consultas Psicológicas de la Universidad San Francisco de Quito han demostrado ser muy efectivas en la reducción de síntomas. Villacreses menciona que a diferencia de las personas en grupo control, los pacientes que reciben intervención psicológica tienen una importante disminución de sintomatología independientemente de la corriente psicológica aplicada, el sexo del terapeuta, el sexo del paciente, la edad del terapeuta y la edad del paciente.

Limitaciones del estudio

La principal limitación de este estudio es que los estudiantes son practicantes y no son expertos, por lo que tienden a mezclar y no sujetarse de manera estricta a los diversos estilos aprendidos en clases. De la misma forma no está manualizada la terapia ni hay un seguimiento estricto. Incluso, algunos cambian de técnicas y de estilos según sus necesidades. Esto se ve claramente en el análisis comparativo realizado con la norma chilena, que fue hecha con terapeutas profesionales.

Con el fin de obtener resultados más significativos y generalizables se debe obtener una muestra más sustancial. De igual manera se podría distinguir entre la alianza terapéutica de adultos y de niños y adolescentes como se menciona en el marco teórico, ya que la concepción es distinta en las etapas de desarrollo. No se tiene una noción del estatus socioeconómico de los participantes por ende, no se podría determinar si es o no una muestra representativa a la sociedad ecuatoriana y peor aún a países fuera de nuestra realidad. Considerando que ciertas variables étnicas podrían afectar la calidad de la alianza terapéutica como se menciona en el marco teórico.

Otra limitación importante es que no existió un rango de edad para los pacientes considerados en la muestra. Como se menciona en el marco teórico establecer una alianza terapéutica tiene un distinto proceso en las distintas etapas de desarrollo. En este caso existieron pacientes desde 3 hasta 76 años. Por otro lado la edad del terapeuta también puede influenciar en el trato con pacientes adultos. Los estudiantes de 5to año de psicología clínica, en general tienen alrededor de 24-26 años, por lo que pacientes mayores con problemas parentales o matrimoniales y demás pueden sentir que la comprensión a falta de experiencia personal se ve afectada.

De la misma forma se espera que el Working Alliance Inventory este aplicado adecuadamente por todos los estudiantes de psicología clínica desde el año 2008 hasta el 2014 y han sido tomados en la 4ta sesión. Sin embargo estas dos características pueden variar en muchos de los casos. Otra limitación que podría afectar esta investigación es que somos estudiantes sin experiencia significativa en investigación, lo que podría perturbar los resultados y su peso científico al cometer errores en la elaboración del método por falta de práctica.

De igual forma este estudio se limita a los pacientes de los servicios psicológicos de la Universidad San Francisco de Quito y son datos que han sido recolectados desde el 2008, siendo ligeramente antiguos. Por todas estas limitaciones mencionadas este estudio se podría ver como un aporte a la información sobre tema y a futuras investigaciones sin que se lo considere como un resultado definitivo y generalizable a la población.

Recomendaciones para futuros estudios

Para un futuro se ve la necesidad de replicar este estudio con terapias manualizadas y terapeutas experimentados. Con el fin de poder medir el nivel de fidelidad a la corriente terapéutica a la que pertenecen los profesionales. De igual manera, se propone que se limite la población, es decir que se realice una distinción entre la alianza terapéutica para paciente adultos independiente de la alianza terapéutica infantil niños y de adolescentes. De igual manera cree que se debe tener en cuenta el tamaño de la muestra, haciéndola más importante en relación al universo. Es importante recalcar que la tendencia de los datos podría llegar a ser significativa si es que se aumenta el número de la muestra.

Sería muy interesante, igualmente el poder analizar los resultados de la alianza terapéutica de los pacientes y de los terapeutas en los tratamientos psicológicos que fueron interrumpidos o abandonados y ver si existe efectivamente algún tipo de relación.

Por otro lado se debe considerar el nivel socioeconómico y la etnia tanto de los terapeutas como de los participantes y con el fin de que sea representativo a toda la población y no se creen brechas que puedan afectar a la alianza.

En cuanto a la aplicación del test en sí, es necesario hacer énfasis en que el WAI se lo imparta hasta la 4ª sesión para tener una noción de la alianza inicial. Posteriormente se podría aplicar en la mitad del proceso y realizar una comparación del WAI al final de la terapia con el fin de saber si esta se mantiene constante o cambia a partir de los resultados obtenidos por el paciente. Proponiendo que se aplicara el WAI cada 4 sesiones para ver el avance y el progreso de la alianza durante todo el proceso.

Resumen general

Este estudio busca hacer un análisis global de la alianza terapéutica de los pacientes y los terapeutas de las consultas psicológicas de la Universidad San Francisco de Quito (USFQ). La muestra consistió en 180 pacientes, de los cuales 60 recibieron terapia psicodinámica, 60 terapia humanista y 60 terapia cognitiva conductual y fueron atendidos desde el año 2008 hasta el 2014.

De acuerdo con estudios que indican que la calidad de la alianza terapéutica es similar en las tres corrientes psicoterapéuticas, no se encontró en los análisis estadísticos una diferencia significativa, ni en el puntaje global, ni en cada una de las sub escalas (objetivo, meta y vínculo) medidas por el Working Alliance Inventory o WAI. Igualmente, no se pudo determinar, que exista una correlación considerable entre el número de sesiones y el puntaje global de la alianza terapéutica o una diferencia significativa entre la alianza terapéutica de los pacientes que recibieron más de 5 sesiones y menos de 5 sesiones. Mientras que, de acuerdo a lo esperado sí se encontró que existe una alta correlación ($r=0,525$) entre los puntajes del WAI versión terapeuta y el WAI versión cliente.

Lo que queda por seguir investigando es qué de las diversas corrientes terapéuticas contribuyen a la alianza, y cómo la alianza se relaciona con abandono de la terapia. Se ha llegado a la conclusión que hace falta más investigación y muestras más grandes para determinar el peso real de la alianza y su relación con los tres enfoques terapéuticos.

REFERENCIAS

- Anaya, N. C. (2011). *Diccionario de Psicología*. Bogotá : Ecoe Ediciones.
- Andrusyna, T., Tang, T., DeRubeis, R. J., & Luborsky, L. (2001). The Factor Structure of The Working Alliance Inventory in Cognitive-Behavioral Therapy. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 173-178.
- Bachelor, A. (2013). 1. Clients' and Therapists' Views of the Therapeutic Alliance: Similarities, Differences and Relationship to Therapy Outcome. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 20, 118–135.
- Baylis, P., Collins, D., & Coleman, H. (2011). Child Alliance Process Theory: A Qualitative Study of a Child Centred Therapeutic Alliance. *Child Adolescence Social Work Journal*, 28:79–95.
- Beck, J. (1995). *Cognitive Therapy: Basis and Beyond*. Guilford Press: New York.
- Castonguay, L., Constantino, M., & Grosse, M. (2006). The Working Alliance: Where are we and Where should we go? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43: 271–279.
- Corbella, S., Botella, L., Gómez, A., Herrero, O., & Pacheco, M. (2011). 2. Características psicométricas de la versión española del Working Alliance Inventory-Short (WAI-S). *anales de psicología*, 27: 298-301.
- Corbella, S., & Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *anales de psicología*, 19: 205-221.
- Dryden, W. (2008). The Therapeutic Alliance as an Integrating Framework. *Key Issues for Counselling in Action*.
- Elliott, R. (2002). The Effectiveness of Humanistic Therapies: A Meta-Analysis. En D. Cain, *Humanistic psychotherapies: Handbook of research and practice* (págs. 57-81). Washington, DC: American Psychological Association.

- Fadiman, J., & Frager, R. (2001). *Teorías de la Personalidad*. México D.F. : Oxford.
- Fitzpatrick, M., & Irannejad, S. (2008). Adolescent Readiness for Change and the Working Alliance in Counseling. *Journal of Counseling & Development*, 86: 438-445.
- Fraser, S. (06 de Junio de 2014). *Working Alliance Inventory (WAI)*. Obtenido de <http://wai.profhorvath.com/>
- Haan, E. d. (2011). Back to basics: How the discovery of transference is relevant for coaches and consultants today . *International Coaching Psychology Review*, 6:180-193.
- Hernandez, R., Fernandez, C., & Baptista, P. (2010). *Metodología de la Investigación* . México D.F: McGraw Hill.
- Hanson, W., Curry, K., & Bandalos, D. (2002). Reliability generalization of Working Alliance Inventory scale scores. *Educational and Psychological Measurement*, 62:659-673.
- Horvath, A., & Greenberg, L. (1994). *The Working Alliance: Theory, Research and Practice*. New York: John Wiley & Sons.
- Horvath, A., & Luborsky, L. (1993). The Role of the Therapeutic Alliance in Psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 4: 561-573.
- Hovart, O., & Greenberg, L. (1989). Development and Validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36: 223-233.
- Kirschenbaum, H., & Jourdan, A. (2005). The current status of Carl Rogers and the Person-Centered Approach. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42:37–51.
- Lee, J., Neimeyer, G., & Rice, K. (2013). The Relationship between Therapist Epistemology, Therapy Style, Working Alliance, and Interventions Use. *American Journal of Psychotherapy*, 67: 323-345.

- Lorentzen, S., Bakali, J., Hersoug, A., Hagtvet, K., Ruud, T., & Høgland, P. (2012). 1. Psychodynamic Group Psychotherapy: Impact of Group Length and Therapist Professional Characteristics on Development of Therapeutic Alliance. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 19: 420–433.
- Lorentzen, S., Sexton, H., & Høgland, P. (2004). 3. Therapeutic alliance, cohesion and outcome in a long-term analytic group. A preliminary study. *Nordic Journal of Psychiatry*, 58:33-40.
- Missirlian, T., Toukmanian, S., Warwar, S., & Greenberg, L. (2005). Emotional Arousal, Client Perceptual Processing, and the Working Alliance in Experiential Psychotherapy for Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73: 861–871.
- Munder, T., Wilmers, F., Leonhart, R., Wolfgang, H., & Barth, J. B. (2010). Working Alliance Inventory: Psychometric Properties in Outpatients and in Inpatients . *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 17: 231–239.
- Raue, P., Goldfried, M., & Barkham, M. (1997). The Therapeutic Alliance in Psychodynamic-Interpersonal and Cognitive-Behavioral Therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65:582-587.
- Rogers, C. (1961). *On Becoming a Person*. New York: Houghton Mifflin.
- Samardžic, L., & Nikolic, G. (2014). Transference patterns and working alliance during the early phase of psychodynamic psychotherapy . *Vojnosanit Pregl* , 71:175–182.
- Santinbañes, P. (2001). *Traducción, adaptación y examen inicial de las propiedades psicométricas del "Working Alliance Inventory" en Chile*. Tesis de maestría de Psicología Clínica Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

- Spinhoven, P., Giesen-Bloo, J., Kooiman, K., & Dyck, R. v. (2007). The Therapeutic Alliance in Schema-Focused Therapy and Transference-Focused Psychotherapy for Borderline Personality Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75:104–115.
- Stevens, C., Muran, C., Safran, J., Gorman, B., & Winston, A. (2007). Levels and Patterns of the Therapeutic Alliance in Brief Psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 61: 109-129.
- Villacreces, G., (2014). *Estudio de Efectividad de las Terapia Sicológicas: Humanista Experiencial, Cognitivo Conductual, y Psicodinámica*. Tesis de grado no publicada de Psicología Clínica, Universidad San Francisco de Quito, Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades. Quito, Ecuador.
- Watson, J., & Geller, S. (2005). 2. The relation among the relationship conditions, working alliance, and outcome in both process-experiential and cognitive-behavioral psychotherapy . *Psychotherapy Research*, 15: 25-33.
- Wright, J., & Davis, D. (1994). The Therapeutic Relationship in Cognitive-Behavioral Therapy: Patient Perceptions and Therapist Responses. *Cognitive and Behavioral Practice*, 1:25-45

**ANEXO A: INVENTARIO DE ALIANZA TERAPEUTICA VERSIÓN CLIENTE
(WAI-C)**

Instrucciones

A continuación hay algunas oraciones que describen diversas maneras en las cuales una persona puede pensar o sentir acerca de su sicólogo.

Responda rápidamente, sin pensar mucho y marque la primera respuesta que le venga a la mente.

Por favor recuerde responder a todos los ítems

Use la siguiente escala para expresar como se siente con su sicólogo.

NUNCA	RARA VEZ	POCAS VECES	ALGUNAS VECES	MUCHAS VECES	MUCHISIMAS VECES	SIEMPRE
1	2	3	4	5	6	7

Si la oración describe la manera en la cual siempre se siente o piensa sobre su sicólogo, encierre el número 7; si esta situación nunca se aplica encierre el número 1. Use los números intermedios para describir las formas intermedias de acuerdo a cómo se siente.

Este cuestionario le permitirá a su sicólogo reflexionar sobre el proceso
sicoterapéutico y brindarle un mejor servicio.

Gracias por su cooperación.

ESTA SECCIÓN DEBE SER LLENADA POR SU SICÓLOGO

Nombre del Sicólogo: _____	Sesión No. _____	Fecha: _____
Tipo de Terapia: __ Cognitiva __ Humanista __ Sicodinámica __ Familiar		
(indique) _____ __ Integrativa __ Otro		
Nombre del Cliente: _____		

		NUNCA	RARA VEZ	POCAS VECES	AGLUNAS VECES	MUCHAS VECES	MUCHÍSIMAS VECES	SIEMPRE
1	Me siento incómodo con mi sicólogo/a	1	2	3	4	5	6	7
2	Mi sicóloga/o y yo estamos de acuerdo en lo que necesito hacer para mejorar mi situación	1	2	3	4	5	6	7
3	Me siento preocupado por los resultados que puedan tener estas consultas	1	2	3	4	5	6	7
4	Lo que hago en terapia me permite ver salidas diversas para resolver mi problema	1	2	3	4	5	6	7
5	Mi sicóloga/o y yo nos entendemos	1	2	3	4	5	6	7
6	Mi sicóloga/o percibe de manera acertada cuales son mis metas para estas consultas	1	2	3	4	5	6	7
7	Me siento confundido con lo que hacemos durante las sesiones terapéuticas	1	2	3	4	5	6	7
8	Yo creo y siento que le agrado a mi sicóloga/o	1	2	3	4	5	6	7
9	Me gustaría que mi sicóloga/o y yo pudiéramos clarificar mejor los objetivos de las sesiones	1	2	3	4	5	6	7
10	Estoy en desacuerdo con mi sicóloga/o acerca de lo que yo debería lograr de la terapia	1	2	3	4	5	6	7

11	Creo que es ineficiente o poco productivo el tiempo dedicado a terapia	1	2	3	4	5	6	7
12	Mi sicóloga/o no entiende lo que yo quiero conseguir con la terapia	1	2	3	4	5	6	7
13	Tengo claro cuales son mis responsabilidades en este proceso de terapia	1	2	3	4	5	6	7
14	Los objetivos de estas sesiones son importantes para mi	1	2	3	4	5	6	7
15	Lo que hacemos en terapia es irrelevante con mis preocupaciones o problemas	1	2	3	4	5	6	7
16	Yo siento que lo que hacemos en terapia me ayuda a cambiar o resolver mis preocupaciones o problemas	1	2	3	4	5	6	7
17	Yo siento que mi sicóloga/o está realmente interesado/a en mi bienestar	1	2	3	4	5	6	7
18	Tengo claro lo que mi sicóloga/o espera de mi en las sesiones	1	2	3	4	5	6	7
19	Mi sicóloga/o y yo nos respetamos mutuamente	1	2	3	4	5	6	7
20	Siento que mi sicóloga/o no es totalmente honesta/o acerca de la forma como se siente conmigo	1	2	3	4	5	6	7
21	Yo confío en la habilidad de mi sicóloga/o para ayudarme	1	2	3	4	5	6	7
22	Mi sicóloga/o y yo trabajamos para alcanzar metas en las que ambos estamos de acuerdo	1	2	3	4	5	6	7
23	Yo siento que mi sicóloga/o me aprecia	1	2	3	4	5	6	7
24	Mi sicóloga/o y yo estamos de acuerdo en lo que es importante trabajar para mi	1	2	3	4	5	6	7
25	Como resultado de estas sesiones me he dado cuenta de cómo yo puedo cambiar para estar mejor	1	2	3	4	5	6	7
26	Mi sicóloga/o y yo confiamos el uno en el otro	1	2	3	4	5	6	7
27	Mi sicóloga/o y yo tenemos ideas diferente sobre cuales son mis problemas	1	2	3	4	5	6	7
28	La relación con mi sicóloga/o es muy importante para mi	1	2	3	4	5	6	7
29	Siento que si digo o hago cosas equivocadas mi sicóloga/o va a dejar de trabajar conmigo	1	2	3	4	5	6	7
30	Mi sicóloga/o y yo conjuntamente determinamos metas para	1	2	3	4	5	6	7

	mi terapia							
31	Me siento frustrada/o o molesta/o con las cosas que hago en terapia	1	2	3	4	5	6	7
32	Hemos logrado un buen entendimiento en cuanto a los cambios que serian buenos para mi	1	2	3	4	5	6	7
33	Las cosas que mi sicóloga/o me pide que haga carecen de sentido para mi	1	2	3	4	5	6	7
34	Yo no sé que esperar de los resultados de esta terapia	1	2	3	4	5	6	7
35	Considero que la forma en que estamos trabajando con mis problemas es correcta	1	2	3	4	5	6	7
36	Siento que a mi psicóloga/o le importo aun cuando hago cosas con las que no está de acuerdo	1	2	3	4	5	6	7

ANEXO B: INVENTARIO DE ALIANZA TERAPEUTICA VERSIÓN

TERAPEUTA (WAI-T)

A continuación hay algunas oraciones que describen diversas maneras en las cuales un terapeuta puede pensar o sentir acerca de su paciente.

Responda rápidamente, sin pensar mucho y marque la primera respuesta que le venga a la mente.

Por favor recuerde responder a todos los ítems

Use la siguiente escala para expresar como se siente con su paciente.

NUNCA	RARA VEZ	POCAS VECES	ALGUNAS VECES	MUCHAS VECES	MUCHISIMAS VECES	SIEMPRE
1	2	3	4	5	6	7

Si la oración describe la manera en la cual siempre se siente o piensa sobre su paciente, encierre el número 7; si esta situación nunca se aplica encierre el número 1. Use los números intermedios para describir las formas intermedias de acuerdo a cómo se siente.

ESTE CUESTIONARIO LE PERMITIRÁ REFLEXIONAR SOBRE EL PROCESO
SICOTERAPÉUTICO Y BRINDAR UN MEJOR SERVICIO.

Gracias por su cooperación.

ESTA SECCIÓN DEBE SER LLENADA POR EL SICÓLOGO

Nombre del Sicólogo: _____ Sesión No. _____ Fecha: _____ Tipo de Terapia: __ Cognitiva __ Humanista __ Sicodinámica __ Familiar __ Integrativa __ Otro (indique) _____ Nombre del Cliente: _____

		NUNCA	RARA VEZ	POCAS VECES	AGLUNAS VECES	MUCHAS VECES	MUCHÍSIMAS VECES	SIEMPRE
1	Me siento incómodo con mi cliente/paciente	1	2	3	4	5	6	7
2	Mi cliente/paciente y yo estamos de acuerdo en lo que necesita hacer para mejorar su situación	1	2	3	4	5	6	7
3	Me siento preocupado por los resultados que puedan tener estas consultas	1	2	3	4	5	6	7
4	Mi cliente/paciente y yo sentimos confianza acerca de la utilidad de nuestra actividad terapéutica	1	2	3	4	5	6	7
5	Mi cliente/paciente y yo nos entendemos	1	2	3	4	5	6	7
6	Mi cliente/paciente y yo tenemos una percepción común de cuales son sus objetivos de terapia	1	2	3	4	5	6	7
7	Mi cliente/paciente se siente confundido con lo que hacemos durante las sesiones terapéuticas	1	2	3	4	5	6	7
8	Yo creo y siento que le agrado a mi cliente/paciente	1	2	3	4	5	6	7
9	Yo siento una necesidad de clarificar mejor los objetivos de las sesiones para mi cliente/paciente	1	2	3	4	5	6	7

10	Estoy en desacuerdo con mi cliente/paciente acerca de los objetivos de la terapia	1	2	3	4	5	6	7
11	Creo que es ineficiente o poco productivo el tiempo dedicado a terapia	1	2	3	4	5	6	7
12	Tengo dudas acerca de que es lo que estamos intentando conseguir a través de la terapia	1	2	3	4	5	6	7
13	Soy claro con mi cliente/paciente sobre cuáles son sus responsabilidades en este proceso de terapia	1	2	3	4	5	6	7
14	Los objetivos de estas sesiones son importantes para mi cliente	1	2	3	4	5	6	7
15	Lo que hacemos en terapia es irrelevante con las preocupaciones o problemas de mi cliente/paciente	1	2	3	4	5	6	7
16	Yo siento que lo que hacemos en terapia le ayuda a mi cliente a cambiar o resolver sus preocupaciones o problemas	1	2	3	4	5	6	7
17	Yo estoy genuinamente interesado/a en el bienestar de mi cliente/paciente	1	2	3	4	5	6	7
18	Tengo claro lo que espero que mi cliente haga en las sesiones	1	2	3	4	5	6	7
19	Mi cliente/paciente y yo nos respetamos mutuamente	1	2	3	4	5	6	7
20	Siento que no soy totalmente honesta/o acerca mis sentimientos hacia mi cliente/paciente	1	2	3	4	5	6	7
21	Yo confío en mi habilidad para ayudar a mi cliente/paciente	1	2	3	4	5	6	7
22	Mi cliente/paciente y yo trabajamos para alcanzar metas en las que ambos estamos de acuerdo	1	2	3	4	5	6	7
23	Yo aprecio a mi cliente/paciente como persona	1	2	3	4	5	6	7
24	Mi cliente/paciente y yo estamos de acuerdo sobre lo que es importante trabajar	1	2	3	4	5	6	7
25	Como resultado de estas sesiones mi cliente/paciente se ha dado cuenta de cómo puede cambiar para estar mejor	1	2	3	4	5	6	7
26	Mi cliente/paciente y yo confiamos el uno en el otro	1	2	3	4	5	6	7
27	Mi paciente/cliente y yo tenemos ideas diferente sobre cuáles son sus problemas	1	2	3	4	5	6	7
28	Nuestra relación es importante para mi cliente/paciente	1	2	3	4	5	6	7
29	Mi cliente/paciente tiene miedo de que si dice o hace cosas	1	2	3	4	5	6	7

	equivocadas yo voy a dejar de trabajar con ella/el							
30	Mi cliente/paciente y yo conjuntamente determinamos metas para la terapia	1	2	3	4	5	6	7
31	Mi cliente/paciente se siente frustrada/o o molesta/o con las cosas que le pido que haga en terapia	1	2	3	4	5	6	7
32	Hemos logrado un buen entendimiento en cuanto a los cambios que serían buenos para mi cliente/paciente	1	2	3	4	5	6	7
33	Las cosas que le pido a mi cliente/paciente que haga carecen de sentido para ella/el	1	2	3	4	5	6	7
34	Mi cliente/paciente no sabe que esperar de los resultados de esta terapia	1	2	3	4	5	6	7
35	Mi cliente/paciente considera que la forma en que estamos trabajando con sus problemas es correcta	1	2	3	4	5	6	7
36	Mi cliente/paciente me importa aun cuando haga cosas con las que no estoy de acuerdo	1	2	3	4	5	6	7

