



UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

SEMINARIO DE TÍTULO EN PSICOLOGÍA CLÍNICA



RETROALIMENTACIÓN Y ALIANZA:

“Efecto y beneficio en el proceso terapéutico.”

Autores

Camilo Javier González Acuña

María Fernanda Santana Orellana

María de los Ángeles Soto Pavez

Profesor Guía

Javier Morán Kneer

Valparaíso, 22 de Diciembre del 2015.

A mi Familia que ha estado presente en cada paso importante de mi vida, vibrando con cada logro.

A mi Mamá, por hacer todo esto posible, por luchar por mi felicidad y apoyar mis sueños.

A mi Mamy por ser mi amiga y confidente, por desearme siempre lo mejor, por su preocupación, detalles y cariño incondicional, gracias por tus velas, rezos, llamadas y amor.

A mi Papá, a quien llevo en mi corazón cada día, gracias por inspirarme y guiar mis pasos.

A mi compañero de vida, Osvaldo, gracias por tus abrazos, palabras de aliento y apoyo.

Fernanda Santana Orellana.

A Pilar mi madre, por entregarme su luz y enseñarme lo que es el esfuerzo, por respaldarme en cada una de mis decisiones, por amarme inagotablemente, porque soy lo que soy solo gracias a su fuerza, por recordarme todos los días lo afortunado y especial que soy.

A Lucas, por impulsarme a tener un sueño en la vida que hoy cumplo.

A Maite, Lita, Isa y Marusa, por quererme y cuidarme como a un hijo.

A Gabriela, por los eternos cafés y los interminables cigarros.

A Macarena y Estefanía, mis hermanas por sus inagotables palabras de aliento.

A Renato mi padre, por enseñarme lo que es el trabajo duro.

A mis amigos por ser incondicionales con la esencia de mi ser.

Y a todos y cada uno de ellos quienes jamás dudaron de mí y siempre estuvieron ahí para mí.

Camilo González Acuña.

Agradezco a mi hermosa y esforzada familia por el apoyo incondicional y el amor entregado en todos estos años.

A mi preciosa y admirable mamá por ser la mujer más fuerte y luchadora que conozco, que a pesar de todos los obstáculos que le ha puesto la vida, me ha enseñado a ser una persona de bien, a trabajar por lo que quiero y por sobre todas las cosas, amar a su familia.

A mi padre, por ser un hombre como los que no existen, que aprendió solo a salir adelante en esta vida y dar todo por su familia, aún cuando nadie estuvo ahí para enseñarle.

Gracias por enseñarme lo que era el sacrificio.

A mi amado Jaaziel, por acompañarme, apoyarme, cuidarme y amarme tanto a mí y a toda nuestra familia. Gracias porque en ti encontré el amor desde tan pequeña, porque me has acompañado en este largo camino y sé que seguirás ahí el resto de camino que nos quede con los obstáculos que nos ponga la vida.

A mis hermosos sobrinos, Tomas y Benjamín, por ser tan perfectos y preciosos que me han dado la motivación para ser mejor e intentar hacer de su mundo un lugar cada vez más feliz.

Gracias a mis amigos de la vida, Nela, Debo, Cynthia. Y a mis amigos y compañeros de este viaje que fue la U, Feña, Cami, Fran, que me enseñaron que más que estar lejos de mi familia, gane otra familia que me apoyó y entregó cariño durante este tiempo.

Nada de esto, ni yo, sería la misma sin todos Uds.

Los amo

María de los Ángeles Soto Pavez

Este proceso no habría sido igual sin el apoyo constante de nuestro querido profesor Javier Morán, con sus constantes correcciones, su apoyo incondicional, su disposición para contestar nuestras innumerables dudas, su paciencia y buen humor. Inolvidable será su frase célebre “Es hartoo trabajo”, que escuchamos tras cada supervisión y que en etapas finales, generaba risas.

Lo queremos, fue un gusto trabajar con usted, gracias por la confianza y por sacar lo mejor de nosotros.

A Ivonne Leiva, que fue nuestra confidente y alegró nuestros días con su sonrisa, historias y anécdotas. Nada hubiese sido igual sin ti. Gracias por esos tecitos bien conversados, las palabras de aliento, la paciencia y especialmente por soportar y sumarte a nuestras locuras, fuiste un pilar esencial en este proceso.

A la Fran, por ser una más de este equipo, por querernos tanto y apoyarnos en todo momento, por estar esas largas noches sin flaquear, por tu disposición para ayudar, por mostrarnos la luz cuando no la veíamos, y por todo lo demás que en palabras se hace imposible expresar...gracias.

Camilo, Fernanda y María.

ÍNDICE

1. PROBLEMATIZACIÓN	9
2. OBJETIVOS.....	13
3. HIPÓTESIS.....	14
4. MARCO TEÓRICO	15
4.1. Historia y evolución del concepto de Alianza Terapéutica.	15
4.2. Cambio terapéutico y variables implicadas	21
5. METODOLOGÍA	36
5.1 Diseño.....	36
5.2 Población y muestra.....	36
5.2.1 Criterios de inclusión pacientes.	37
5.2.2 Criterios de exclusión pacientes.....	37
5.2.3 Criterios de inclusión para los terapeutas.....	37
5.2.4 Criterios de exclusión para terapeutas.....	37
5.3 Instrumentos.....	38
5.3.1 Inventario de Alianza Terapéutica IAT del paciente.....	38
5.3.2 Outcome Questionnaire OQ-45.2.....	39
5.3.3 Sistema de Codificación de Rupturas y Resoluciones (3RS).....	39
5.4 Procedimiento	40
5.4.1 Reclutamiento Pacientes.....	40
5.4.2 Reclutamiento Terapeutas.....	40
5.4.3 Reclutamiento de colaboradores.....	41
5.5 Intervenciones.....	41
5.5.1 Intervención Pacientes Participantes.....	41
5.5.2 Intervención Terapeutas.....	41
5.5.3 Intervención Terapeutas grupo experimental.....	41
5.5.4 Intervención terapeutas grupo control.....	42
5.5.5 Intervención Colaboradores.....	42
5.6 Procedimientos éticos de la investigación.....	43
5.7 Análisis estadístico.....	44

6. RESULTADOS	45
6.1- Antecedentes sociodemográficos de los participantes.	45
6.1.1. Caracterización de los pacientes.	45
6.1.2. Caracterización de los terapeutas.	47
6.2. Descripción de variables clínicas pre-intervención.	48
6.2.1. Cuestionario OQ-45.	48
6.2.2. Autoreporte de gravedad.	49
6.2.3. Inventario de Alianza Terapéutica (IAT).	50
6.3 Análisis Comparativo de variables clínicas entre Grupo Control y Grupo Experimental, pre intervención	52
6.4. Descripción de variables clínicas durante la tercera sesión (segunda evaluación). 53	
6.4.1. Subescala Metas.	53
6.4.2. Subescala Tareas.	54
6.4.3 Subescala Vínculo.	55
6.5. Análisis Comparativo de variables clínicas entre Grupo Control y Grupo Experimental post-intervención en el momento 2.	55
6.6. Descripción variables clínicas durante la quinta sesión (tercera evaluación).	56
6.6.1 Subescala Metas	56
6.6.2. Subescala Tareas	57
6.6.3 Subescala Vínculo	58
6.7 Análisis Comparativo de variables clínicas entre grupo control y grupo experimental, post-intervención en el momento 3.....	58
6.8. Efectos intrasujetos a lo largo de las 3 evaluaciones realizadas.....	59
6.9. Descripción y análisis comparativo sobre pacientes que desertan diferenciados por grupo.....	62
6.10. Descripción y comparación de pacientes que desertan a lo largo de las sesiones.	62
7. DISCUSIÓN.....	64
8. CONCLUSIÓN.....	70
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	74
10. ANEXOS.....	89

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Sexo consultantes grupo control	45
Gráfico 2 Sexo Consultantes grupo experimental	45
Gráfico 3 Rango etario consultantes.....	46
Gráfico 4 Sexo terapeutas grupo control.	47
Gráfico 5 Sexo Terapeutas grupo experimental.	48
Gráfico 6 Frecuencia de pacientes en rango clínico y subclínico según OQ-45 (grupo control)	48
Gráfico 7 Frecuencia de pacientes en rango clínico y subclínico según OQ-45 (grupo experimental).....	49
Gráfico 8 Autoreporte de gravedad para grupo control y experimental.....	50
Gráfico 9 Inventario de Alianza Terapéutica: subescala Metas. Grupo control y grupo experimental.	50
Gráfico 10 Inventario de Alianza Terapéutica: subescala Tareas. Grupo control y grupo experimental.	51
Gráfico 11 Inventario de Alianza Terapéutica: subescala Vínculo. Grupo control y grupo experimental.	52
Gráfico 12 Inventario de Alianza Terapéutica: subescala Metas. Grupo control y grupo experimental durante la tercera sesión.....	54
Gráfico 13 Inventario de Alianza Terapéutica: subescala Tareas. Grupo control y grupo experimental durante la tercera sesión.....	54
Gráfico 14 Inventario de Alianza Terapéutica: subescala Vínculo. Grupo control y grupo experimental post-intervención, momento 2.	55
Gráfico 15 Inventario de Alianza Terapéutica: subescala Metas. Grupo control y grupo experimental durante la quinta sesión.	57
Gráfico 16 Inventario de Alianza Terapéutica: subescala Tareas. Grupo control y grupo experimental durante la quinta sesión	57
Gráfico 17 Inventario de Alianza Terapéutica: Subescala Vínculo. Grupo control y grupo experimental durante la quinta sesión.	58
Gráfico 18 Metas a lo largo de las 3 evaluaciones.....	60
Gráfico 19 Tareas a lo largo de las 3 evaluaciones.	60

Gráfico 20 Vínculo a lo largo de las 3 evaluaciones.....	61
Gráfico 21 Pacientes que desertan, diferenciados por grupo.....	62

INDICE DE TABLAS

Tabla 1 Resumen variables clínicas de la muestra pre-intervención.....	53
Tabla 2 Resumen variables clínicas de la muestra durante la quinta sesión	56
Tabla 3 Resumen variables clínicas de la muestra post-intervención durante la quinta sesión	59
Tabla 4 Efectos intra sujetos a través de la primera, tercera y quinta sesión respecto a la alianza terapéutica	61
Tabla 5 Variables clínicas de la muestra en la primera sesión entre pacientes que desertaron y pacientes que no desertaron.	63

1. PROBLEMATIZACIÓN

La intención de este estudio ha sido primordialmente intentar comprender la relevancia y alcances de la alianza terapéutica temprana sobre los procesos terapéuticos y resultados de ellos en la práctica, inquietud que surgió dada la contingencia del tema en clínica, donde los encuentros con un otro son comunes a cualquier enfoque y forma de terapia. Su rol primordial, permanece muchas veces relegado a un rol secundario, siendo considerado un efecto de la propia terapia, de generación espontánea y con el que comúnmente se piensa, no se puede trabajar. Esta sensación práctica se contrapone con la literatura existente y terminó volcándonos hacia ella, profundizando sobre sus características, desarrollo y variaciones, para ello fue necesario enfocarnos en el largo camino de estudios y cuestionamientos que la posicionaron como una variable influyente dentro de la psicoterapia.

En el año 1952, Hans Eysenck publicó estudios donde cuestionaba la efectividad de la psicoterapia, afirmando que no existían diferencias entre una persona que recibía tratamiento y una persona que no, generando mucha molestia en la comunidad científica de su tiempo, dando paso a la necesidad masiva de conocer los efectos reales que pudieran alcanzarse con estas prácticas y de defender lo que a criterio de ellos, traía consigo efectos positivos. Surgieron así investigaciones de diversos autores alrededor del mundo quienes conformaron, durante los últimos 50 años, un cuerpo de conocimiento vasto y consistente, concluyendo finalmente que la psicoterapia era efectiva. En este sentido, por ejemplo Bados, Grau y Fusté (2002), reafirman lo anterior señalando que una persona que ha sido tratada se encontraba mejor que el 66-73% de las personas que no habían recibido tratamiento. Tras los enormes esfuerzos por encontrar respuestas y la proliferación de estudios, la investigación dio cuenta de la existencia de factores que influían en el proceso terapéutico. Opazo (2001) señaló que podían encontrarse dos tipos de factores: los específicos e inespecíficos. Los primeros, relacionados con aspectos asociados al enfoque predominante del terapeuta, donde las técnicas y herramientas adquiridas en la formación en una determinada corriente, proveían destrezas para llevar a cabo una terapia. Por otra parte, las variables inespecíficas, correspondían a factores comunes y transversales a cualquier enfoque, propios a las intervenciones psicoterapéuticas que influyen en la generación y explicación del cambio.

Dentro de estos encontramos uno de los factores más influyentes descritos en el estudio del cambio en psicoterapia: la alianza terapéutica. Horvath et. al (2011) examinó el impacto que ésta poseía en el resultado de un proceso terapéutico, encontrando que explicaba el 8% de la variabilidad del cambio, resultando un excelente predictor de éste. (Horvath et.al 2011 citado en Del Rey, Flückiger, Hovarth, Symonds, & Wampold, 2012). Autores como Gelso y Carter (1994) señalaron que esta variable generaba gran interés en los investigadores, ya que demostró efectos positivos en terapia, además de relacionarse positivamente con el cambio terapéutico.

La alianza terapéutica y especialmente el vínculo entre terapeuta y paciente aparece como factor central para lograr el cambio en los pacientes. Estudios como el de Gaston, Marmar, Thompson y Gallagher (1991) o el de Barber, Crits-Cristoph y Luborsky (1992, citado en Horvath y Luborsky, 1993), encontraron que la alianza terapéutica explicaba entre un 36% y un 57% de la variancia del resultado final de la terapia. Por otro lado, Orlinsky, Grawe y Parks (1994, citado en Botella & Corbella, 2011) en una revisión de la literatura encontraron que el 66% de estudios mostraban una correlación significativa entre el vínculo terapéutico/cohesión y los resultados de los tratamientos. Al considerar las múltiples investigaciones abocadas en torno a la importancia práctica de la alianza terapéutica, sus efectos y repercusiones, así como los alcances que ha probado tener, es que surge la inquietud de comprender el efecto que posee la retroalimentación de la alianza temprana en la formación de alumnos de pre grado y los efectos que ello posee en sus primeras experiencias prácticas frente a otros que no la tienen.

Autores como Safran y Muran (1996) y Castonguay (2004) se han dedicado a estudiar de qué manera la efectividad de la psicoterapia podría optimizarse a través de las supervisiones de terapeutas en formación, ya que el hecho de que éstos puedan obtener retroalimentación sobre el desarrollo de la alianza terapéutica, basándose en la propia revisión crítica sobre el desarrollo de sus prácticas y la percepción de esta variable de los consultantes a lo largo del proceso, les brindan orientación y enriquecen su quehacer profesional, propiciando el desarrollo de habilidades específicas, ayudándolos a anticipar y/o evitar el deterioro de la alianza terapéutica, de este modo mejorar los tratamientos y disminuir las deserciones. Diversos estudios reconocen que el hecho de que los terapeutas tengan acceso a

retroalimentación sobre los efectos parciales del proceso de psicoterapia, tiene efectos positivos sobre los resultados. Lambert (2007) señala que la investigación ha establecido que la prestación de los terapeutas con retroalimentación (feedback) simple y limitada acerca de los resultados del tratamiento en base a sesión por sesión puede realmente disminuir los índices de deterioro de la relación.

Shimokawa, Lambert & Smart (2010) afirman en sus estudios, donde la media de riesgo del grupo cuyos terapeutas recibieron "feedback" obtuvo resultados más bajos que la media del grupo sin retroalimentación. En el grupo con la condición de feedback el 9% se deterioró y cerca del 38% mostró mejorías significativas, mientras en el grupo sin feedback, 20% sufrió deterioro y el 22% mejoró significativamente. La riqueza de obtener una retroalimentación de este tipo según Corbella y cols. (2009 en Soares et. Al 2013) radica en conocer de primera fuente la experiencia que genera el encuentro terapéutico, para así facilitar a los terapeutas la tarea de darse cuenta de sus compatibilidades, de su forma de realizar la psicoterapia y de su éxito terapéutico con ciertos tipo de pacientes. El reconocimiento, flexibilidad y adaptación del terapeuta frente a las necesidades particulares de cada cliente debiese ser fundamental en psicoterapia, ya que puede traer consigo una mejora en la manera de llevar a cabo el proceso terapéutico y los resultados de éste.

Botella y Corbella (2011) tras un metaanálisis reconocen que las percepciones que el cliente posee sobre la relación de trabajo establecida, guarda alta relación con el grado de compromiso, adherencia y cambio terapéutico, además la valoración que el cliente tiene sobre el proceso tiene más peso sobre la predicción del resultado final de la terapia que la percepción del terapeuta. Estudiar la alianza desde ellos, permite que el terapeuta reciba un "feedback" de sus percepciones sobre tareas, vínculo y objetivos co-construidos en terapia, así como la relevancia y sentido que él les confiere. De este modo el terapeuta junto con un trabajo personal analítico y reflexivo tendrá la posibilidad de conocer si la sintonía generada en terapia es adecuada, los momentos en que ésta fluctúa, y finalmente poder prevenir posibles rupturas en el progreso de cambio. Safran & Muran (2000) destacan que el desarrollo de la alianza terapéutica y la resolución de rupturas que se generan en ésta no es prerrequisito para el cambio, pero sí una parte fundamental que lo propicia, lo que permite un entrenamiento para anticiparse y reconocer momentos de impasse.

Sandro Giovanassi (2009) expresa que en los espacios terapéuticos no siempre existen momentos reparadores, que en ciertas ocasiones ocurren episodios de alto impacto emocional lo que genera un impasse terapéutico en donde la psicoterapia se entrampa. El tener un entrenamiento en rupturas de alianza permite que el terapeuta tenga conciencia de cuándo ocurren, lo cual facilita el poder actuar sobre esa rupturas y no entraparse en lo que puede llegar a ser un impasse que afecte el establecimiento de la alianza terapéutica.

Basándonos en lo anterior y reconociendo la influencia y efectos que tiene la alianza terapéutica en el proceso y resultado de la terapia, hemos decidido realizar un estudio en centro de atención psicológica (CAPSI) de la Universidad de Valparaíso, ya que a pesar de la alta demanda, el total de pacientes que logró el alta no superó el 40% y las cifras de deserción o suspensión del tratamiento llegan al 37% (CAPSI 2014, datos no publicados). Por lo cual el aporte de la investigación es poder evaluar un proceso de retroalimentación basado en alianza terapéutica temprana, ya que dadas las características de esta variable podrían generarse instancias de desarrollo y enriquecimiento para los terapeutas en formación que atienden en dicho centro.

2. OBJETIVOS

Objetivo General:

Evaluar los efectos que tiene el feedback sobre la alianza terapéutica sobre el desarrollo temprano de esta variable durante el proceso terapéutico en un grupo de duplas terapeuta-consultante de CAPSI de la Universidad de Valparaíso.

Objetivos Específicos:

Determinar si existen diferencias en los resultados de alianza terapéutica temprana, en la subescala “Metas”, obtenidos para un grupo que recibe feedback sobre alianza (experimental) y un grupo que no lo recibe (control).

Determinar si existen diferencias en los resultados de alianza terapéutica temprana, en la subescala “Tareas”, obtenidos para un grupo que recibe feedback sobre alianza (experimental) y un grupo que no lo recibe (control).

Determinar si existen diferencias en los resultados de alianza terapéutica temprana, en la subescala “Vínculo”, obtenidos para un grupo que recibe feedback sobre alianza (experimental) y un grupo que no lo recibe (control).

Determinar si existen diferencias en las tasas de deserción alcanzadas por el grupo que recibe feedback (experimental) frente a otro que no lo recibe (control).

3. HIPÓTESIS

Así, cuando se tengan los resultados, se espera que estos confirmen una o más de las siguientes hipótesis:

Al finalizar el estudio, el grupo experimental presentará un aumento en las medias de los resultados de la escala de "Metas" del Instrumento de Alianza Terapéutica (IAT) en el momento 2 y 3, con respecto a las medias obtenidas por el grupo control.

Al finalizar el estudio, el grupo experimental presentará un aumento en las medias de los resultados de la escala de "Tareas" del Instrumento de Alianza Terapéutica (IAT) en el momento 2 y 3, con respecto a las medias obtenidas por el grupo control.

Al finalizar el estudio, el grupo experimental presentará un aumento en las medias de los resultados de la escala de "Vínculo" del Instrumento de Alianza Terapéutica (IAT) en el momento 2 y 3, con respecto a las medias obtenidas por el grupo control.

Al finalizar el estudio, el grupo experimental presentará una menor frecuencia de pacientes que desertan, con respecto a las deserciones presentadas por el grupo control.

4. MARCO TEÓRICO

4.1. Historia y evolución del concepto de Alianza Terapéutica.

Al hablar de psicoterapia, Botella y Corbella (2003) plantean que no podemos ignorar que ésta se lleva a cabo dentro de un marco relacional entre dos personas, cliente y terapeuta, que al reunirse y contactar sus mundos individuales, crean un vínculo singular e irrepetible, dando paso a una experiencia con infinitud de posibilidades. Es así como la psicoterapia es vista como un arte complejo, entrelazado de experiencias, conocimientos e historias de los participantes de ella, que en conjunto dan forma y sentido al proceso terapéutico.

Al concebirla como tal, no se puede obviar, el aspecto emocional de las partes, así es como la calidad y cualidad emocional se convierten en factores que contribuyen a una sintonía adecuada en terapia y al éxito de ella. Santibañez, Román y Vinet (2009), son algunos de los autores que destacan la importancia de estos factores relacionales, entendiendo que un adecuado ajuste emocional en terapia conlleva beneficios terapéuticos, y cuya ausencia puede alterar la efectividad del proceso, generar tensiones o bien una ruptura de la relación.

La literatura existente en psicoterapia (Etchevers, González, Sacchetta, Lacoponi, Muzzio, Miceli, 2010; Safran & Muran, 2005; Botella & Corbella, 2003) concibe estos aspectos como determinantes para la eficacia de la misma. La alianza terapéutica estuvo presente en las terapias de todos los tiempos, aunque no siempre se fue consciente de ello ni se habló del concepto tal como lo conocemos hoy.

Los psicoanalistas, siendo los pioneros en psicoterapia reconocieron, aunque de forma limitada, el rol de la relación cálida y afectuosa como un "vehículo del éxito en el psicoanálisis" (Freud, 1912), hecho relevante e incluso curioso, ya que los principios base de esta corriente concebían al terapeuta como un observador externo, capaz de analizar objetivamente lo que sucedía a la persona tratada, asumiendo y propiciando la no generación de vínculo alguno, desligándose de cualquier intercambio emocional y evitando la involucración de ambas partes. Safran & Muran (2000) nos muestran los cambios que ha

tenido el psicoanálisis con respecto al rol neutro y lejano de los terapeutas, por otras que muestran al terapeuta como un actor más espontáneo y auténtico al momento de interactuar en terapia, según nos relata Mitchell (1997). Etchegoyen (1986) nos cuenta que en un principio se identificó la transferencia como factor central de la relación que se originaba entre el analista y paciente, ésta posicionaba al analista en un rol de autoridad frente a quien consultaba, lo cual afectaba de un modo u otro la terapia, ya fuera positiva o negativamente. Posteriormente se observó que la transferencia positiva ayudaba a generar una buena relación terapéutica, el paciente aceptaba de mejor modo las interpretaciones y explicaciones del analista y de este modo la terapia seguía un desarrollo ameno y positivo.

Dentro de esta corriente según nos cuentan Botella y Corbella (2003), se desprenden dos líneas de trabajo que pueden identificarse. Por una parte está la aportación de Ferenczi, quien creía en la importancia de revivir en terapia las vivencias pasadas del paciente que lo conflictuaban; y por otra, los analistas del yo, quienes otorgaban vital importancia a la adaptación del yo a su entorno.

A partir de esto y de las observaciones en clínica realizadas por el mismo Freud, el término fue generando interés entre los exponentes doctos de la época, fue así como la alianza terapéutica fue instaurándose en el ámbito de la terapia, obteniendo adeptos y como era de esperar, también detractores. Algunos la comprendían como un fenómeno parecido a la transferencia reconociéndola como elemento importante para la terapia y utilizándola en beneficio de ésta, al mismo tiempo que realizaban esfuerzos por comprender y ampliar su conocimiento con respecto a ella; otros creían que desviaba la atención hacia aspectos irrelevantes de la terapia e impedía la real comprensión de los pacientes.

Fueron particularmente los analistas del yo quienes enfocaron su atención sobre los aspectos reales de la relación terapéutica, desarrollando finalmente la noción de alianza terapéutica, uno de los exponentes a los que hacemos referencia fue Zetzel (1956) quien realizó la distinción entre transferencia y alianza, entendiendo ésta última como la parte no neurótica de la relación, que permitía que el terapeuta diferenciara entre las experiencias pasadas de su paciente y la relación real que establecía con él.

De los estudios de Safran y Muran (2005) se desprende una línea de pensamiento liderada por Anna Freud (1936) y Heinz Hartmann (1958) enfocada en el estudio de los aspectos reales de la relación y dando lugar posteriormente al concepto de alianza terapéutica, esto generó, como era de suponer, efectos y cambios en las nociones tradicionales del concepto y el entendimiento de éste, lo que a su vez implicó cambios en la ejecución de las terapias pudiendo tratar a pacientes con multiplicidad de problemas y un uso más flexible de técnicas hasta ese momento utilizadas (Arango y Moreno, 2009).

Sterba (1934, 1940) por su parte, reparó en la importancia que poseía la identificación que el paciente pudiese generar frente a su terapeuta, y el modo en que esto influía al momento de trabajar eficazmente sobre las tareas y objetivos terapéuticos propuestos en un inicio, para finalmente llevar a cabo un proceso terapéutico exitoso. Otros exponentes, tal como es el caso de Hartley (1985) fueron férreos defensores de los paradigmas psicoanalíticos e intentaron bosquejar el concepto de alianza terapéutica manteniéndose fieles al paradigma al que pertenecían, es así como lo entendieron como un fenómeno conformado por dos componentes: relación real y alianza de trabajo. Siendo la relación real, según este autor, el vínculo generado entre cliente y terapeuta; y la alianza de trabajo, relacionada con la capacidad de ambos para trabajar conjuntamente hacia los objetivos previstos. Una noción que encuentra algunas similitudes con lo presentado es Luborsky (1976) quien desarrolló la noción de alianza acercándose más a la visión psicodinámica tradicional, concibiéndola como un fenómeno dinámico que muta junto a los cambios que se dan en terapia.

Etchevers, González y Simkin (2012) nos muestran el concepto de “helping alliance” que Luborsky (1976) da a la alianza terapéutica, para mostrar cómo el paciente experimenta la utilidad de la psicoterapia para poder cumplir con los objetivos propuestos. Este autor identifica dos tipos de alianza, según la fase en que se encuentre la terapia. Al hablar de alianza de tipo 1, nos referimos a la alianza que es característica de las primeras etapas de la terapia donde la sensación de apoyo y contención proporcionados por el terapeuta generan una cercanía y sintonía con su paciente; La alianza tipo 2 por su parte, se generaría en fases

más avanzadas de la terapia, teniendo más relación hacia la forma y efectividad del trabajo en conjunto, con el fin de superar obstáculos y/o malestares relativos al paciente.

Hoy en día en el círculo psicoanalítico la alianza terapéutica no cobra la misma importancia que en sus inicios, puesto que el término lleva consigo la confrontación de paradigmas propios de esta corriente. Si bien ocurre esto, la mayoría de los psicoanalistas reconoce la importancia de este factor en el proceso terapéutico (Freud, 1936; Zetzel, 1956; Sterba 1934).

No ajeno a los cambios en los contextos históricos y evolución teórica que se han generado a través de los años, es importante resaltar que la teoría psicoanalítica se ha abierto camino por un rumbo más relacional, reforzando la interpersonalidad, relación y mayor simetría de sus actores, lo que ha permitido una perspectiva más amplia y flexible que propicia la espontaneidad, subjetivismo y cooperación de ambos actores en la conformación de una relación terapéutica auténtica y de calidad. (Safran & Muran, 2005).

Tal como pasó con el círculo psicoanalista, otros enfoques también hicieron esfuerzos por indagar y comprender la relevancia y beneficios que la alianza suponía poseer.

Los teóricos cognitivos conductuales, aun cuando no le han prestado tanta atención al concepto en sí, reconocen de forma creciente su relevancia en la relación que se establece entre terapeuta-paciente y de los resultados de la terapia en sí, al igual que la terapia familiar, de grupo y estratégica, quienes siguen la misma tendencia. (Escudero, 2009; Cruzat, Aspillaga, Behar, Espejo, 2013; Gómez (n.d)). En el meta análisis realizado por Arango y Moreno (2009), se muestra que para esta corriente no existe necesariamente una forma exacta o única para lograr una alianza adecuada, sino que existen ciertas técnicas y características particulares que pudieran ayudar a propiciarla y que son comunes a todos los enfoques y estilos terapéuticos.

Los adeptos a la línea de pensamiento cognitiva, como señalan Arango & Moreno (2009), entienden la relación terapéutica como un fenómeno particular y específico, que influye

poderosamente en el éxito terapéutico. Dentro de esta misma corriente existe un grupo que aunque reconoce la importancia de dicha relación, no le otorga valor terapéutico por sí misma, pero reconocen el impacto que posee en la consecución de los objetivos y las posibilidades que provee en la aceptación de las técnicas utilizadas, otro grupo sostiene una postura que cree en la capacidad que posee la relación terapéutica en sí de ser curativa. Estas concepciones divergentes dentro de una misma línea de pensamiento han sido la tónica en la historia de la psicoterapia.

El movimiento humanista, por su parte, desde sus inicios prestó especial atención al rol que cumplía la alianza terapéutica en la terapia y su desarrollo. Esta corriente de pensamiento consideraba que existían tres características que los terapeutas debían adquirir para generar una buena relación con el paciente, según lo descrito por Rogers (1957) el ser empático, congruente y aceptar incondicionalmente al cliente, propiciarían una mejor relación y con ello un desarrollo positivo de la terapia. Para Rogers la relación terapéutica era considerada como un agente curativo, lo cual fue reconocido posteriormente por otros autores: Greenberg, Rice y Elliott, (1993), teóricos experienciales contemporáneos adoptaron el concepto de forma explícita, descubriendo que al generar una buena alianza, ser empáticos y directivos en terapia, el concepto se tornaba muy útil (Safran & Murran, 2005).

El entendimiento del concepto en sí muestra diferencias según la línea de pensamiento en que se posicione. Si bien difieren con el concepto de alianza terapéutica, Horvath y Luborsky, (1993) encuentran una correlación entre empatía del paciente por su terapeuta y algunos factores de la alianza, así como Botella y Corbella (2003), señalan que existiría una fuerte relación entre las particularidades del terapeuta y los factores que la conformarían.

Safran y Muran (2005) postulan una hipótesis sobre el aumento de interés y relevancia que ha tenido el concepto, lo cual señalan podría deberse en parte a su centralidad en las investigaciones desarrolladas hasta hoy y en la multiplicidad de evidencia que se ha recopilado y que validan su capacidad predictiva y utilidad.

Actualmente existen dos autores muy influyentes en la concepción de alianza terapéutica, Bordin y Luborsky, anteriormente mencionado.

Bordin (1979) define la alianza terapéutica basándose en los trabajos de Greenson (1971), llegando a generar posteriormente una definición de alianza que incluyó a todas las corrientes sin excepción, más amplia e inclusiva, a pesar de ello los desacuerdos referente al tema continúan hasta hoy, y la disparidad de opiniones y visiones referentes a este tópico aún se discute y no llega a un punto de encuentro. Él entiende este concepto como la sintonía y colaboración que se da entre paciente-terapeuta, identificando tres componentes que eran parte de esta alianza y la conformaban: acuerdo en las tareas, vínculo positivo y acuerdo en los objetivos. Las primeras tienen relación con las acciones que se realizan en terapia. Al estar de acuerdo en que éstas son relevantes y parte del proceso para generar cambio y mejoría, se logra una sintonía de ambas partes y por ende propicia una buena alianza, lo mismo sucede al negociar los objetivos que se pretenden alcanzar, los cuales al ser compartidos y adecuarse a las necesidades del paciente hacen que éste los encuentre significativos, dándole sentido a la terapia. La confianza y aceptación mutua esenciales para un buen vínculo son también elementos centrales para lograr una buena alianza. De la misma manera afirmó que "...una buena alianza es un prerrequisito para el cambio en todas las formas de psicoterapia" (Safran y Muran, 2005, pp. 38), pero no es curativa por sí misma. Enfatizó en que la fuerza que ésta pudiera tener dependía del grado de acuerdo entre paciente y terapeuta sobre las tareas y objetivos establecidos para la terapia, así como de la calidad del vínculo relacional entre ellos generado. En Santibáñez, Román, Lucero, Espinoza, Iribarra, & Müller (2008) encontramos que la calidad de este vínculo que se establece entre los actores de una relación terapéutica interviene en la capacidad para acordar tareas y objetivos de la terapia, lo que a su vez repercute en la calidad del vínculo.

Las nuevas concepciones propuestas por estos teóricos contemporáneos cambió la noción existente en inicio que responsabilizaba exclusivamente al terapeuta por la alianza generada, por el establecimiento de tareas y objetivos de la terapia y que éstas fueran aceptadas y alcanzadas por el paciente, Botella & Corbella (2003) nos muestran la alianza como una relación co-construida y dependiente, donde las opiniones, inquietudes y expectativas se

acuerdan en conjunto, cambian según las necesidades contingentes y los contextos, del mismo modo que lo hace la relación generada, la visión que se tiene del otro se torna relevante para las futuras negociaciones y construcciones, del mismo modo que lo es para el desarrollo del vínculo entre terapeuta y paciente.

Tal como hemos expuesto, con el paso de los años las distintas corrientes que fueron apareciendo, hicieron propio el concepto de alianza en mayor o menor grado, entendiéndola de formas diversas e incorporándola a su corriente de pensamiento. Así es como la noción de alianza terapéutica ha ido mutando y puliéndose a medida que se indaga más sobre el fenómeno del que forma parte.

4.2. Cambio terapéutico y variables implicadas.

A raíz de las investigaciones llevadas a cabo por Eysenck (1952), y los cuestionamientos sobre la efectividad de los procedimientos psicoterapéuticos que se desprendieron de él, diversos autores en múltiples partes del mundo comenzaron a indagar sobre el tema, llegando a conformar para mediados del siglo XX, un vasto y novedoso cuerpo de conocimiento empírico sobre el tema. Por primera vez se estudiaba de forma sistemática la efectividad de la terapia, tal como afirma Krause (2006) en un meta análisis realizado.

Estos estudios se centraron en recoger los efectos terapéuticos obtenidos. Los resultados que ellos mostraron evidenciaron poca diferenciación de los distintos sistemas terapéuticos manteniendo algunas incógnitas con respecto a los efectos de la psicoterapia, sin lograr conocer los efectos específicos que produce cada intervención.

El apoyo profesional parecía poseer un efecto homogéneo, que fue interpretado como un problema metodológico, que a su vez dio lugar a nuevas investigaciones con tres líneas alternativas: el estudio de proceso terapéutico, factores de cambio y estudios que relacionaban tipos de tratamiento con tipos de problemas.

El estudio de Eysenck (1952) generó más polémicas, ya que planteó que tener o no un proceso terapéutico no generaban resultados muy distintos, lo que naturalmente dio cabida a múltiples críticas y reacciones en el ambiente experto (Luborsky, 1954; Rosenzweig, 1954), quienes argumentaron escasa fiabilidad y poca rigurosidad en la metodología empleada en el estudio, desestimando los datos obtenidos. Los críticos afirmaban que incluso los propios autores desconocían la metodología empleada y no eran capaces de explicar los resultados obtenidos en la investigación. Los casos de remisión espontánea encontrados por ejemplo, no eran tal, ya que todos los pacientes habían recibido algún tipo de atención, otro déficit que los críticos resaltaron fueron los criterios de mejoría tomados en cuenta por el estudio, por ejemplo el alta, que era considerado un criterio poco fiable y variable según el modelo y las personas atendidas, y una crítica final que tenía relación con la muestra elegida, seleccionada arbitrariamente que dejaba serias dudas sobre la representatividad de ésta.

Todas estas críticas agudizaron la discusión entre los expertos, llegando a concluir que las afirmaciones derivadas del trabajo de Eysenck (1952) no poseían un sustento adecuado, incluso algunos (Bergin 1966, Luborsky, 1954), tomando en cuenta los mismos estudios que utilizó este autor, realizaron sus propios meta análisis llegando a conclusiones opuestas. En definitiva esta investigación fue el propulsor que dio cabida a investigaciones posteriores realizadas en este terreno.

Es así que, años más tarde, Bergin (1966), en respuesta a la polémica publicación de Eysenck, realiza una investigación en donde señala que la psicoterapia puede producir cambios, mejorías o empeoramiento, pero que comparado con quién no recibe tratamiento, los sujetos que tienen acceso a procesos obtienen efectos positivos de consideración moderada, resultado que se replicó en estudios posteriores. Smith, Glass y Miller (1980) después de un meta análisis realizado, igualmente concluyeron en base a contrastación de muestras de poblaciones de pacientes con y sin tratamiento psicológico, que los primeros presentaban mayores cambios frente a aquellos que no tenían acceso a un proceso terapéutico. Respaldando lo anterior, Botella y Corbella (2004) afirmaron que el porcentaje de pacientes que mejoraba tras un proceso terapéutico alcanzaba un 65% a 70%, mientras

que la remisión espontánea, es decir, mejoría sin ningún tipo de tratamiento no superaría el 40%.

Tras los estudios de Eynseck (1952), que cuestionaron la efectividad de la psicoterapia, y generaron tanta polémica entre los estudiosos del área, resultó necesario conocer cuáles eran los factores que influían en el cambio que se generaba en un proceso terapéutico. Para estos fines se comenzó a utilizar el procedimiento de meta-análisis de los procesos terapéuticos, los cuales dejaron pocas dudas sobre la efectividad de la psicoterapia, pero muchas, con respecto a la diferenciación entre las distintas formas de hacer psicoterapia y efectividad. El intento por identificar factores específicos de cambio había fallado. Es decir, se reconoció que la psicoterapia era efectiva, pero el motivo de esta efectividad, aún no era conocido.

La investigación posteriormente se centró más bien en los procesos psicoterapéuticos así como en los elementos presentes en la interacción terapeuta-paciente y el proceso de cambio que se daba en esta relación establecida. En un inicio las investigaciones de proceso se enfocaban en observar las interacciones dentro de la relación terapéutica y los distintos factores o elementos, de uno u otro actor, que afectaban a la misma.

En los últimos años el interés se ha centrado en reconocer episodios relevantes para el cambio, "*significant change events or episodes*" (Marmar, 1990; Rice & Greenberg, 1984).

Es debido a las diversas variables que han mostrado influir significativamente en terapia y su resultado que, según señala Krause (2005), la metodología debió flexibilizarse llegando así a utilizar técnicas y procedimientos propios de la investigación cualitativa o bien combinando elementos de ambos tipos de metodologías, cuantitativas y cualitativas. Un modo integrado y más amplio, contingente a los requerimientos existentes.

Es así cómo se dio paso a la "investigación de proceso orientada al descubrimiento" (Elliot, 1984; Hill, 1990; Mahrer, 1988 citado en Krause, 2005, pp. 36), donde se describe lo que

ocurre en las sesiones o bien se registra la experiencia de los participantes con el fin de, generar categorías que permitieran clasificar los sucesos que se observen en psicoterapia. Es decir, la observación se convierte en formulación y contrastación de hipótesis, para que con el afinamiento de ellas, la replicación de ciertas técnicas y resultados, se logren desarrollar modelos teóricos.

Los resultados de estas investigaciones nos muestran que las características del proceso son mejores predictores de cambio que las características previas del paciente o del terapeuta.

Hoy es ampliamente reconocido que los efectos generales que obtiene la psicoterapia son de carácter significativo y elevados, lo que se mantiene en la mayoría de las condiciones diagnósticas, con variaciones relacionadas más bien en relación a la gravedad general del cuadro, más que al diagnóstico específico según nos muestran diversos autores. (Beutler, 2009; Beutler & Malik, 2002a, 2002b; Malik & Beutler, 2002).

Estos efectos han mostrado tendencia a mantenerse durante más tiempo y presentan una probabilidad menor de requerir intervenciones adicionales en comparación con los tratamientos farmacológicos. Por ejemplo, en el tratamiento de los trastornos de depresión y ansiedad, los pacientes adquieren una serie de habilidades que son de utilidad más allá del tratamiento y que, por lo general, continúan produciendo mejorías una vez finalizado el mismo (Hollon, Stewart, & Strunk, 2006; Shedler, 2010).

Asimismo los clientes a menudo informan que los beneficios del tratamiento no sólo perduran, sino que se amplían tras su finalización, lo que se ha comprobado en estudios de seguimiento. (Anderson & Lambert, 1995; Leichsenring & Rabung, 2008; Shedler, 2010).

Asay y Lambert (1999), por su parte, señalaban que son muchos los factores que influyen en el proceso psicoterapéutico y el resultado de éste. Refiriendo que un 40% de ellos tienen relación con factores de índole extra terapéuticos, un 30% con factores inespecíficos, un 15% relacionadas con las técnicas utilizadas propias de cada enfoque y el restante 15% a factores que consideró placebo.

En psicoterapia se han logrado describir dos conjuntos de variables que pudieran tener relación con los cambios en terapia, Opazo (2001) se refiere a ellas, definiendo las variables específicas como aquellas que tienen relación con las herramientas y técnicas adquiridas en la formación de cada terapeuta y del enfoque del que es parte; y las inespecíficas como factores que trascienden cualquier enfoque aplicado, relacionados con aspectos comunes encontrados en las diferentes líneas de trabajo.

Dentro de las variables inespecíficas podemos identificar a su vez, distintos factores que propician el cambio terapéutico y que diversos autores avalan (Navarro, Schindler & Silva 1987), ellas hacen referencia a aspectos relacionados con la persona del paciente, la persona del terapeuta y de la relación que ellos construyen.

Se han definido como variables del paciente los aspectos inherentes a él, las que han demostrado predecir de mejor manera los resultados de la psicoterapia, especialmente del cambio sintomático y global, es por esto que Cáceres, Fernández, Sanhueza, Winkler, (1989) se atreven a afirmar que serían los factores que condicionan los resultados terapéuticos. Se han logrado identificar cuatro variables concernientes a la persona del paciente, relacionados con el desarrollo y desenlace de la terapia. La primera hace referencia a las variables demográficas que dicen relación al sexo, edad y clase social de éste. Sin embargo mencionan que éstas se encuentran condicionadas al mismo tiempo por la actitud que el terapeuta posea hacia ellas.

La segunda variable descrita que parece ser influyente es el diagnóstico clínico, en donde las características de personalidad del consultante son relevantes. Garfield (1978) plantea que éstas tienen que ver con habilidades cognitivas, reflexividad, grado de rigidez, reactividad frente al ambiente, grado de integración del yo, entre otros, siguiendo en esta línea, Beutler (1983) describió el estilo defensivo y el poder de reactancia como dos factores importantes de la persona del paciente que afectarían el proceso terapéutico, Cáceres et. al. (1989) agregan el locus de control característico del paciente como otro factor esencial.

Trull & Jerry (2003), encontraron que quienes presentaban problemas afectivos y conductuales leves, mostraban una mayor mejoría en comparación con aquellos diagnosticados con patologías más complejas, siendo éstos quienes obtenían menores resultados. Del mismo modo Beutler (1983) tras estudiar la complejidad de los síntomas descubrió que los pacientes que llegaban a terapia con baja sintomatología, respondían mejor a tratamientos conductuales, mientras que quienes presentaban polisintomatología, comúnmente pacientes psiquiátricos, podrían obtener más beneficios con terapias de insight, lo que significó gran utilidad práctica para el ejercicio clínico de la época.

Otra variable descrita por Cáceres et. al., (1989) que parece esencial en la mejoría percibida por los pacientes y los resultados obtenidos por ellos hace referencia a las creencias y expectativas que éste trae consigo a terapia. Estas expectativas que pueden existir sobre las técnicas utilizadas, el terapeuta, la terapia y el éxito que pueda alcanzar, deben ser clarificadas lo antes posible para evitar así futuras obstaculizaciones en el proceso terapéutico. La disposición personal tales como la motivación, las necesidades y expectativas del consultante son factores influyentes para lograr un compromiso adecuado de éste y facilita que se produzca sintonía de ambos actores en el proceso terapéutico. Frances, Sweeney & Clarkin (1985) concluyen que los pacientes que se presentan a terapia con una disposición negativa y hacen caso omiso a los esfuerzos del terapeuta por generar una buena alianza terapéutica, obtienen resultados más pobres que los pacientes que se presentan con una actitud positiva y colaboradora. Brammer (1979) complementa esta idea, añadiendo que ciertas aptitudes del terapeuta como el escuchar atentamente a quienes asisten a terapia, ser un buen guía, confrontar, reflejar e interpretar adecuadamente, así como informar y resumir cuando esto sea necesario, se tornan necesarias y preponderantes para afianzar el vínculo.

Asimismo es que Cáceres et. al., (1989) sistematizaron algunas variables relacionadas a la persona del terapeuta asociadas a resultados más allá de cualquier enfoque psicoterapéutico. Dentro de las variables podemos encontrar la actitud, que Strupp (1978) describió como características que debiese tener la persona del terapeuta para favorecer un clima positivo de

cambio mostrándose respetuoso, comprensivo y cálido, lo que conllevaría a no enjuiciar, no reaccionar emocionalmente a las incitaciones ni criticar, para facilitar y promover de este modo, la autoexploración del paciente. Es interesante saber que más que la conducta real o intención del terapeuta hacia su paciente, es la percepción de éste lo que influiría en el éxito terapéutico.

Empatía, aceptación y congruencia serían las características, que al ser sostenidas, favorecerían un vínculo terapéutico exitoso, Bergin (1964), añade a esto que lo básico en las actitudes para el éxito terapéutico serían la calidez y la comprensión.

Lerner (1974), por su parte plantea que serían las cualidades personales del terapeuta las características centrales para poder generar una relación terapéutica fuerte y positiva. Cáceres et. al. (1989) en su meta análisis concluyeron, reafirmando lo anterior, que el terapeuta debiese poseer una personalidad madura, un alto nivel de autoconocimiento y tener cubiertas sus necesidades básicas, para así estar en óptimas condiciones para atender los requerimientos de sus consultantes.

Ruiz (1998), por su parte entiende las habilidades terapéuticas como las distintas aptitudes y actitudes que debiese adquirir un terapeuta para efectuar un proceso de terapia y fomentar los cambios buscados por el paciente.

En base al nivel de experiencia, la evidencia también sugiere la existencia de diferencias entre terapeutas expertos y nóveles, éstas relacionadas con la capacitación y aprendizaje adquirido con los años, sugiriendo ser un factor asociado indirectamente con una terapia exitosa, ya sea por el entrenamiento del terapeuta, por el tipo de paciente que recibe o por su edad, pese a esto, Winkler, Avendaño, Krause, & Soto (1993) concluyeron que los factores como compromiso y comprensión, son independientes de la experiencia y la formación que posea el terapeuta.

Por último, encontramos las variables que hacen referencia con la relación terapeuta-paciente y alianza terapéutica. Para Santibáñez (2002), los sentimientos y actitudes de quienes forman parte de la relación terapéutica y el modo en que éstos se relacionan e interactúan durante el

transcurso de la terapia, son un aspecto fundamental de lo que se ha concebido como alianza terapéutica. Esta se basaría en la confianza generada y el compromiso de los participantes para con la terapia, y explicitar los propósitos que desea el consultante, así como su motivación para trabajar por ello, lo que beneficiaría la generación de la alianza y por ende propiciaría la posibilidad de obtener resultados positivos de ella.

La relación y alianza terapéutica, está descrita con especial preponderancia en todas las corrientes de pensamiento como un efectivo predictor de cambio y éxito terapéutico. Según Hartley, (1985) el concepto se ha utilizado para definir la relación que existe entre terapeuta y consultante a lo largo de la terapia realizada. Waizmann, Espíndola, y Roussos (2009) la consideran como una de las variables más influyentes y estudiada (Bordin, 1979; Luborsky, McLellan, Woody, O'Brian y Auerbach, 1985), señalando que sería el mejor predictor de resultados de un proceso de psicoterapia y más específicamente, convirtiéndose en un factor determinante del éxito terapéutico.

Dado que la alianza terapéutica logra explicar o predecir un elevado porcentaje del resultado final, parece importante según, Maione y Chenail (1999), recoger las percepciones de los pacientes sobre la alianza que se genera dentro de un proceso terapéutico, dado que según afirman, mejoraría estos procesos de manera vincular así como eficaz, independiente de la orientación teórica que se posea.

La alianza terapéutica al ser vista actualmente como una diada entre paciente y terapeuta, puede entenderse y explicarse desde una perspectiva relacional, tomando en cuenta a ambos actores y las variables que aportan cada uno de ellos a la relación. Al ser ésta comprendida como un fenómeno básicamente relacional, su noción se torna dinámica y es percibida como un continuo que puede fluctuar desde un extremo positivo a uno negativo de acuerdo a los modos en que transcurra el proceso terapéutico y según el desarrollo que posea la relación entablada.

3.3. Ruptura y resolución de la alianza.

Safran & Muran (2000, 2005), desde un comienzo postularon que el resultado exitoso de un proceso psicoterapéutico dependía del vínculo que se generaba entre ambos actores participantes en terapia y de la resolución de rupturas que se produjeran en dicho vínculo. En otras palabras, el éxito o fracaso de una terapia depende de si se establece o no una relación emocional adecuada, un acuerdo en los objetivos planteados y las metas propuestas para alcanzarlos.

Tal como lo han señalado diversos autores (Joseph, 1989; Stolorow, Brandchaft & Atwood, 1994), los terapeutas debiesen prestar especial atención a la forma en que los pacientes reaccionan frente a distintas intervenciones y cómo éstas le afectan, puesto que esto llevaría a la comprensión de los principios que organizan y dirigen la conducta y/o cogniciones del paciente, lo que desencadenaría consecuentemente en un cambio real, según explican.

Ojeda (2010), por su parte entiende por buena alianza de trabajo un apoyo mutuo de los actores que conforman la terapia y la evaluación que hacen de ella, lo cual refleja la concepción diádica de esta relación por parte del autor, en donde se espera un respaldo y respuesta de un otro significativo, a la vez que existe un aprecio mutuo por la relación establecida.

Cabe señalar que en un principio la noción de alianza era comprendida de forma unidireccional, recayendo toda la presión de su establecimiento en la persona del paciente. Entenderla así significó comprender el fenómeno también de forma distinta y fragmentada, a medida que su concepción cambiaba hacia una perspectiva de índole más relacional, su comprensión se ampliaba.

Una de las razones para mantener este concepto vigente en el ámbito experto es que éste poseía un rol trascendental en las discusiones clínicas, en donde la idea de necesitar un vínculo colaborativo en terapia que pudiera orientarlas, era atractivo. Además tener una

noción de alianza, señaló Margulies (2009) demostró ayudar a afianzar el diálogo entre distintas corrientes de pensamiento, así como entre analistas e investigadores.

Al momento de pasar a concebirla como un proceso relacional, el modo en que se explicaba el fenómeno cambió a una revolución que finalmente entregó algunas respuestas a incógnitas en relación a este fenómeno arrastradas a través de la historia.

Al comprender su naturaleza relacional, el proceso se tornó dinámico y por ende se comprendía que no siempre se lograba el equilibrio deseado, pudiendo existir ciertas tensiones o rupturas que debían ser atendidas y resueltas de modo oportuno y efectivo. Poner atención a estos ámbitos de alianza adquirió gran relevancia, ya que demostró proteger la relación terapéutica y los cambios que ella perseguía, noción que Ojeda (2010) destaca al señalar que el cambio alcanzado dependía tanto de la alianza generada como de la reparación de las rupturas que se presentaban en la relación terapéutica.

Basándose en la conceptualización de Bordin sobre alianza terapéutica y los elementos que la conforman, Safran, Muran, Samstag y Stevens (2002) definieron la ruptura de alianza como tensiones, desacuerdos, problemas o intervenciones que se dan a nivel de tarea, metas y/o vínculos. A su vez, Safran y Muran (1996), se refieren a las rupturas de alianza como deterioros de la relación, llegando a señalar que éstas son al mismo tiempo una oportunidad para indagar y comprender los esquemas interpersonales disfuncionales que posee el paciente. Binder y Strupp (1997) siguiendo la misma tónica, se refieren a ellas como situaciones en que, de manera implícita o explícita, los participantes comienzan a interactuar de forma negativa complementándose mutuamente.

Mientras que para otros teóricos como Watson y Greenberg (1995) las rupturas o situaciones críticas que se presentan tendrían que ver más bien con la relación actual terapeuta-paciente, y no se relacionaría con situaciones vividas anteriormente, ni patrones establecidos de relacionarse, noción que Aspland, Llewelyn, Ardí, Barkham, Stiles (2008) comparten, al entender las rupturas como una desconexión o quiebre emocional entre los participantes de la terapia, lo cual señalan podría provocar cambios negativos tanto en la relación misma como

en la consecución de metas y objetivos propios del proceso terapéutico, e incluso llevar a un término anticipado de la terapia.

Algunas Investigaciones contemporáneas, dan cuenta que el modo en que se manejan las terapias o bien actitudes inapropiadas del terapeuta, poseen ciertamente efectos nocivos para la alianza, algunas de ellas según lo recopilado por Ackerman y Hilsenroth (2001) tienen que ver, por ejemplo, con una escasa flexibilidad y adaptación de las técnicas utilizadas, que pueden no responder a las necesidades y preferencias personales de los consultantes, la realización de comentarios personales inapropiados por parte del terapeuta, el mal uso de interpretaciones transferenciales (si de terapia psicoanalítica se trata), la utilización inadecuada de los silencios, comentarios e intervenciones, así como la imposición de valores o creencias por parte del terapeuta. En el caso de los pacientes, ciertas características también pueden propiciar rupturas y momentos críticos en terapia, algunas de ellas dicen relación con el escaso compromiso, baja colaboración y replicación de esquemas interpersonales desadaptativos en los espacios de terapia.

En una revisión de Cooper (2008 citado en Hill, 2010) se señala haber encontrado que un 5% a 10% de quienes iban a terapia habrían tenido experiencias negativas, teniendo altas probabilidades de hacer abandono del proceso.

Pipper, Ogrudniczuk, Joyce, McCallum, Rosie, O'Kelly y Steinberg (1999) identificaron ciertas situaciones características durante la sesión inmediatamente anterior a una deserción, los clientes expresaban su frustración por las expectativas no cumplidas y criticaban muchas veces a sus terapeutas por enfocarse demasiado en sentimientos dolorosos, llegando a hacer alusión sobre el abandono de la terapia o bien expresándolo directamente.

Los terapeutas han utilizado diversas intervenciones para superar estos momentos críticos del proceso terapéutico, algunos de ellos ya especificados dentro de su enfoque formativo; otros, parte de los aspectos inespecíficos de la psicoterapia. Muran (2002), llegó a concluir que los resultados positivos en terapia se relacionaban más con las reparaciones exitosas de

alianza que con un desarrollo lineal de ella durante el transcurso del proceso terapéutico, exponiendo claramente el impacto de realizar estas intervenciones de forma acertada.

Guiándonos por la taxonomía propuesta por Safran y Muran (2005), conceptualizaremos las rupturas por desacuerdos en los objetivos y/o tareas o por tensiones en el vínculo terapéutico. Ellos afirman que cada uno de estos impasses podría atenderse de manera directa, justificando la tarea señalada; o indirecta, modificándola. Es importante señalar que de igual manera, según la taxonomía de Safran y Muran, las rupturas pueden ser manejadas de manera superficial o en un nivel de significado subyacente y que aunque gran parte de las intervenciones para la resolución de rupturas se enfocan a nivel superficial, éstas siempre afectan, de un modo u otro, el nivel de significado subyacente.

Según Safran y Muran (2005), es importante justificar lo que se hace en terapia, ya que esto permite que el paciente se sienta parte del proceso terapéutico y no considere que se le ha impuesto un objetivo o tarea que podría parecerle ajena. Esto sumado con el conocer las preconcepciones del paciente con respecto a la terapia, expectativas, incertidumbres e información que maneja al momento de consultar, brinda una oportunidad para delimitar los alcances que posee el espacio terapéutico, mostrar las condiciones que posee, entregar un marco de referencia de cómo comportarse, las reglas que requiere el espacio y con ello disminuir la ansiedad de quien consulta y hacerlo sentir partícipe. Ofrecer argumentación sobre las tareas, y el estar presto para explicar y despejar dudas, acogiendo con seriedad las inquietudes que pudieran surgir, fortalecería la alianza y animaría al paciente a involucrarse en las actividades concertadas, transmitiendo al mismo tiempo la preocupación del terapeuta para que éste entienda el trabajo que se realiza. Greenberg, et al. (1993) respaldan estas concepciones señalando la importancia de aclarar todas las dudas sobre una tarea, para así construir nuevos significados emocionales sobre una experiencia. Bordin (1979) resalta su importancia, destacando la esencialidad de explicitarlas para así mantener y desarrollar una adecuada alianza terapéutica.

Hacer énfasis en ello puede prevenir situaciones incómodas o malos entendidos fundados por información ambigua. Algunas veces el clarificar las razones que podrían llevar a paciente y

terapeuta a desacuerdos acerca de estos tópicos, puede conducir a la exposición de temas relacionales nucleares del paciente, Safran y Muran (2005) señalan que situaciones de este tipo podrían permitir examinar detenidamente una forma viciada de relacionarse que se presenta reiteradamente en la relación terapéutica, lo que pudiera darle luces al terapeuta, siempre dentro de un trabajo colaborativo con el paciente, de algunas pautas relacionales cotidianas de éste que pueden estar asociadas a su vez con las problemáticas que trae a terapia.

Conceptos como el de re encuadre introducido por estos autores, permiten que el paciente sea capaz de encontrarle un nuevo sentido a las tareas que se realizan, esto para que las lleve a cabo con mejor disposición. Pereira (2009) del mismo modo afirma que éstos son útiles para modificar las formas en que se ven las cosas y abrir nuevas posibilidades, añadiendo que no debieran ser percibidos como una manipulación por el paciente y el terapeuta que los propone debe entenderlos como una forma válida de explicarse las intervenciones, no siendo por ningún motivo, un engaño para su paciente.

Resulta importante que el terapeuta en cuestión sea capaz de adaptarse a quien consulta y trabajar en aspectos que éste considere significativos, esto, según explican Safran y Muran (2005), puede generar beneficios trascendentales para la alianza, así como también puede ayudar al paciente a construir un sentido de confianza con los demás, sintiendo que sus necesidades y opiniones son consideradas y valoradas.

Asimismo, cuando el paciente se siente incómodo en la relación con su terapeuta, ya sea por alguna acción, comentario o intervención de éste, la alianza se ve directamente afectada, es en este momento en que se puede hacer frente a estas discordias y resolver los malos entendidos sin necesidad de tocar directamente temas más nucleares. En este proceso de clarificación de malos entendidos, es muy importante que el terapeuta reconozca su participación en ellos con el fin de reparar la alianza terapéutica, para evitar afectar futuras negociaciones. El sólo hecho de aclarar dichas situaciones incómodas pueden significar una intervención en sí misma que pueden ser de ayuda para tratar situaciones externas a la terapia.

Al presentarse tensiones en la alianza y realizar intentos por resolverla o comprenderla, puede llevarnos a conocer y comprender temas relacionales nucleares del paciente. El resolver esto más que facilitar la ejecución de otras tareas, es una tarea en sí, terapias completas pueden tratarse de este modo, por lo mismo resultan esenciales.

Se presume que el paciente modificaría sus esquemas si en terapia se le muestra una forma nueva y distinta de relacionarse, por lo que se sugiere tratar el vínculo mediante acciones más que examinaciones directas. Safran y Muran (2005) señalan que este tipo de intervención es especialmente útil cuando el paciente es reticente a analizar la relación tal cual se presenta.

Tener estas consideraciones muestra que la apertura y flexibilidad del terapeuta resultan esenciales, el proponer y ejecutar intervenciones adecuadas y en sintonía frente a quien consulta, genera un efecto positivo.

Bion (1962) y Ogden (1994), aportan conceptos que pudiesen ser parecidos a esta intervención en la práctica: contención y acción interpretativa, respectivamente, donde la primera hace alusión con manejar de un modo no defensivo cualquier inquietud que le surja al terapeuta durante el proceso; La segunda, indica que el terapeuta puede comunicar su opinión o percepción de lo sucedido a través de acciones y no necesariamente palabras.

Después de más de una década de investigación, se han propuestos varios modelos para la comprensión de estrategias de resolución de las rupturas de alianza que pudieran ocurrir dentro del contexto psicoterapéutico. Estos modelos se basan en la diferenciación de los tipos de rupturas de Heather Harper (1989a, 1989b, en Safran y Muran, 2005), la cual establece que existe ruptura por evitación o distanciamiento donde el paciente se desliga parcialmente del proceso terapéutico, y la ruptura por confrontación donde el paciente de manera explícita expresa la inconformidad con el terapeuta o el proceso. En relación con lo anterior es que se manejan tres tipos de modelos, uno general para ambos tipos y otros específicos para cada una de los tipos de ruptura.

Es a partir de lo expuesto que Eubanks, Muran y Safran (2015) profundizan en el tema y crean finalmente el Sistema de codificación de rupturas y resoluciones con el fin de

identificar los impasses que pudiesen presentarse en una relación terapéutica. Ellos creían que identificando y examinando las rupturas experimentadas, era posible trabajar sobre ellas y por ende resolverlas.

Estos autores identificaron dos tipos de rupturas que denominaron rupturas por retirada donde el paciente se aleja del terapeuta y del trabajo que éste intenta hacer dentro de la terapia; las rupturas por confrontación, por otra parte, son aquellas en que el paciente enfrenta al terapeuta, explicitando sus desacuerdos frente al trabajo realizado o bien directamente a la persona del terapeuta.

También identifican formas de hacer frente a aquellas rupturas, describiendo distintas estrategias de resolución. Una de éstas intenta clarificar cualquier malentendido que esté interfiriendo y afectando la relación terapéutica, cambiar tareas y/o metas de modo que el paciente sienta que son adecuadas y contingentes con el motivo de consulta que lo trae a terapia. Otra forma de reconciliar las rupturas es explicitar el trasfondo y sentido de las peticiones y el trabajo realizado, pudiendo llegar a explicar las razones y propósitos de alguna tarea designada de ser necesario. Una forma que estos autores proponen es invitar al paciente a compartir sus sensaciones y emociones en torno a su persona y trabajo realizado para así descomprimir tensiones y pequeños quiebres percibidos, lo que también se puede hacer, es reconocer su participación en la ruptura y algunas acciones que pudiesen haber molestado al paciente, de igual modo puede revelar su experiencia interna en torno a la relación entablada con su paciente, compartiendo pensamientos y sentimientos con respecto a la relación, puede también relacionar la ruptura vivida entre ellos a otras experimentadas previamente en el proceso terapéutico en curso, haciéndole notar la similitud que ellas poseen. Otra estrategia descrita por los autores es validar y hacerse parte de la postura defensiva del paciente, aliándose con la resistencia de éste, o bien responder a la ruptura vivenciada redireccionando al paciente hacia la tarea o momento presente, reenfocándolo.

5. METODOLOGÍA

5.1 Diseño.

El estudio corresponde a una investigación cuantitativa de proceso en psicoterapia, longitudinal, no probabilístico, de tipo cuasi experimental con un grupo control y experimental.

Al grupo experimental se le aplicó una intervención que buscaba fortalecer la alianza terapéutica por dos medios distintos de retroalimentación: el primero consistió en retroalimentar al terapeuta sobre los resultados obtenidos en la variable alianza a partir de la percepción del paciente; el segundo medio se basó en la revisión continua y reflexiva de episodios de ruptura y reparación de la alianza de sus sesiones terapéuticas grabadas. El grupo control por su parte, no obtuvo retroalimentación de ninguna índole, realizando su intervención de forma usual.

Ésta fue la única variante en ambos grupos, ya que la aplicación de los instrumentos utilizados para el estudio se realizó de igual forma a todos los participantes. Para aplicar el Inventario de Alianza Terapéutica fueron elegidas la primera, tercera y quinta sesión puesto han demostrado teóricamente ser momentos relevantes para la evaluación de la alianza. En el caso del instrumento que permite medir resultados del proceso terapéutico, éste se aplicó en la primera sesión del proceso terapéutico como forma de identificar si los grupos eran comparables en términos de severidad al momento inicial.

Las terapias fueron concertadas bajo las mismas condiciones de funcionamiento que tiene actualmente CAPSI, es decir, horario y frecuencia según disponibilidad del consultante en sesiones de 50 minutos aproximadamente.

5.2 Población y muestra.

El presente estudio se realizó con 30 duplas paciente-terapeuta. 30 pacientes del Centro de Atención Psicológica de la Universidad de Valparaíso, extraídos de la lista de espera de adultos para atención en CAPSI y 30 terapeutas en proceso de formación profesional de la escuela de psicología de la misma universidad.

La asignación de los sujetos a los grupos experimentales y de control fue de carácter no probabilístico y por conveniencia. Se acordó inicialmente que un grupo de estudiantes utilizarían videos para grabar sus sesiones, por lo cual determinamos que ellos fueran parte del grupo experimental, y el resto que accedieran a participar del estudio fueran parte del grupo control. En este sentido, la elección de la muestra se dió por conveniencia. Se calculó un total de 15 casos clínicos para cada grupo (experimental y control) como mínimo, tamaño apto para obtener resultados con adecuado impacto estadístico y poder generar conclusiones pertinentes.

El cálculo del tamaño muestral se realizó a través del software G-Power 3.1.7. Así, con un valor alfa de 0.05, beta de 0.84, tamaño del efecto de 0.25 se requieren 2 grupos (15 sujetos por grupo) y 2 mediciones para lograr una potencia estadística de 0.84.

5.2.1 Criterios de inclusión pacientes.

- a.- Ser mayor de 18 años.
- b.- Estar en lista de espera en CAPSI.
- c.- Necesitar intervención individual.

5.2.2 Criterios de exclusión pacientes.

- a.- Estar cursando un proceso terapéutico al momento de comenzar el estudio.
- b.- Necesitar intervención de índole familiar o de pareja.

5.2.3 Criterios de inclusión para los terapeutas.

- a. Ser alumno de 5to año y estar cursando su 9° ó 10° semestre de formación.
- b. Ser alumno que se encuentre cursando talleres profesionales del Departamento Clínico.

5.2.4 Criterios de exclusión para terapeutas.

- a. Quienes atiendan procesos con menores de edad.

b. Quienes realicen terapia en duplas.

5.3 Instrumentos.

Para este estudio se utilizaron los siguientes instrumentos: Inventario de Alianza Terapéutica, versión del paciente (IAT-p) (Ver Anexo 2), *Outcome Questionnaire* OQ-45.2 (Ver Anexo 1) y Sistema de Codificación de Rupturas y Resoluciones (3RS).

5.3.1 Inventario de Alianza Terapéutica IAT del paciente.

En Chile actualmente se cuenta con el inventario de Alianza de Trabajo (IAT, Santibáñez 2001) traducción y adaptación del instrumento canadiense *Working Alliance Inventory* (Horvarth y Greenberg, 1986), elaborado sobre la base de la conceptualización transteórica de Bordin acerca de la Alianza Terapéutica. En el estudio piloto Horvarth y Greenberg (1998) reportan que la confiabilidad estimada basada sobre un índice de homogeneidad de ítems fluctúa entre .85 y .88 para las escalas de la versión del paciente. La versión Chilena demostró un nivel de confiabilidad de .91.

La adaptación Chilena del Inventario de Alianza Terapéutica (IAT) de Santibáñez (2001), consta de 3 subescalas de 12 ítems cada una, con formato de respuesta tipo Likert. Las escalas mencionadas corresponden a:

1.- Vínculo: Se refiere a la compleja red de conexiones entre el paciente y el terapeuta que incluyen la mutua confianza y aceptación. La calidad del vínculo determina el tono

Emocional de la vivencia que el paciente tiene del terapeuta e influye en su colaboración en el proceso terapéutico.

2.- Tareas: Se refiere al nivel de acuerdo entre las partes acerca de los medios que son adecuados para conseguir los objetivos propuestos.

3.- Metas: Es el grado de acuerdo entre las partes con respecto a los objetivos de la intervención.

5.3.2 Outcome Questionnaire OQ-45.2.

Versión adaptada a Chile del *Outcome Questionnaire (OQ-45.2)* de De la Parra y Von Bergen (2000, 2002).

Para evaluar resultados en el consultante, se aplicó este instrumento que consta de 45 ítems con formato de respuestas tipo Likert, instrumento que evalúa tres áreas:

- 1.- Síntomas o malestar subjetivo: Incluye síntomas preferentemente depresivos y angustiosos, además de somatizaciones, conductas adictivas y autodestructivas.
- 2.- Relaciones interpersonales: Abarca aspectos de la vida familiar, vida de pareja, amistades, conflictos interpersonales, aislamiento e inadecuación.
- 3.- Rol social-laboral: Evalúa rendimiento laboral, distracción y tiempo libre, descontento, conflicto, estrés e ineficiencia.

En la adaptación chilena, el instrumento resultó ser estable según la prueba test-retest (.67 a .93). Con respecto a la validez, mostró capacidad para discriminar entre grupos de pacientes y no pacientes, ser sensible a cambios ocurridos durante el transcurso de terapia según comparaciones antes-después (De la Parra & Von Bergen, 2000, 2002). Se determinó un Puntaje de Corte (PC) que permite diferenciar la muestra de pacientes y muestra control; y un Índice de Cambio Confiable (ICC) para los puntajes inicial y final, que indica si el cambio es estadísticamente significativo. Un puntaje individual se considera, además, como revelador de un Cambio Clínicamente Significativo (CCS) cuando cruza el PC y es mayor que el ICC (Jacobson & Truax, 1991).

5.3.3 Sistema de Codificación de Rupturas y Resoluciones (3RS).

Es un sistema esquematizado por Eubanks, Muran, Safran (2015) quienes definen como ruptura de alianza el deterioro de ésta, que se manifiesta a través de la falta de colaboración entre paciente y terapeuta en relación a objetivos o tareas convenidos en terapia, viéndose afectado el vínculo emocional entre ambos.

Este sistema creado para la investigación se basa en la identificación y clasificación de las rupturas que se presentan durante la sesión terapéutica, en dos categorías posibles: de confrontación o de retirada.

Para efectos de esta investigación se adaptó este sistema de codificación de rupturas y resolución, como un sistema de observación individual en el que el terapeuta, sin compañía de terceros debió observar los videos de sus sesiones enfocando su atención en el reconocimiento de rupturas y tensiones que se pudieran dar en la relación terapéutica, como forma de retroalimentarse sobre el desarrollo de su sesión, y así trabajarlas en sesiones siguientes y/o impedir futuros impasses.

5.4 Procedimiento

5.4.1 Reclutamiento Pacientes.

Para reclutar a los consultantes se accedió a la lista de espera de CAPSI y se seleccionó a quienes cumplieran con los criterios de inclusión necesarios, las personas con características requeridas fueron contactados telefónicamente e invitados cordialmente a participar por un colaborador capacitado para esta labor que no tenía relación alguna con la atención del caso ni con la investigación.

5.4.2 Reclutamiento Terapeutas.

Para el reclutamiento de los terapeutas, los integrantes del equipo de investigación se acercaron en primer lugar al director del departamento clínico de la escuela, para que tomara conocimiento de la investigación y los alcances pedagógicos de éste que podrían favorecer dicho departamento. Luego de esta instancia y con el respaldo del director, se concertó una reunión con los supervisores de los distintos talleres profesionales que se impartían en la escuela para que otorgaran un espacio en aula para exponer la propuesta investigativa a los alumnos de éste, que mostrara los objetivos y relevancia del estudio expuesto. A quienes les interesara participar se le entregó un consentimiento que explicitaba la función que debían cumplir, implicancias del proyecto, deberes y derechos que éste implicaba, además de requerir datos de contacto (mail, n° de teléfono).

5.4.3 Reclutamiento de colaboradores.

Los colaboradores que trabajaron en esta investigación, fueron capacitados para las labores designadas, participaron de forma voluntaria, y fueron elegidos por conveniencia por el equipo a cargo de la investigación. Podrían ser colaboradores estudiantes de IV y V año de Psicología que cursaran asignaturas asociadas al departamento clínico.

Para participar de este proceso se invitó de forma directa a cada uno de ellos, momento en que se les explicitó los roles que se necesitaban cubrir dentro del proceso y se les capacitó para ello.

5.5 Intervenciones.

5.5.1 Intervención Pacientes Participantes.

Cada participante se comprometió a responder los instrumentos necesarios para la investigación, en las sesiones correspondientes, todo acordado previamente.

5.5.2 Intervención Terapeutas.

Dentro de las funciones que los terapeutas de ambos grupos (experimental y control) se comprometieron a realizar, estuvo la aplicación del instrumento OQ-45 al finalizar el proceso terapéutico.

5.5.3 Intervención Terapeutas grupo experimental.

De manera específica, los terapeutas del grupo experimental además grabaron en video sus sesiones de terapia y las analizaron de manera individual a través del sistema de codificación de rupturas y resoluciones de la alianza terapéutica 3RS (Eubanks-Carter, Muran y Safran, 2009) el que consiste en un método de observación que permite identificar momentos en que existen impasses terapéuticos (desacuerdos u otro tipo de dificultades entre terapeuta y paciente) que podrían afectar la alianza. La adaptación de este instrumento para esta investigación permitió que los terapeutas pertenecientes al grupo experimental pudieran observar sus sesiones y retroalimentarse. La aplicación de instrumentos a pacientes para evaluar la alianza y resultados tanto para el grupo control como experimental fueron

idénticos, con la diferencia que el grupo experimental obtuvo retroalimentación a través de los resultados obtenidos por los instrumentos aplicados a sus pacientes y a través del análisis de sus sesiones grabadas en video a través del método identificación de ruptura y estancamiento de la alianza ya señalado. Se esperaba que la revisión de sesiones a través de éste método, aportara a la reflexión respecto a cómo se promovía la alianza y se resolvían dificultades durante el proceso que pudieran afectar esta variable. El grupo experimental tuvo una capacitación sobre el Sistema de Codificación de Rupturas y Resoluciones, previa al inicio del estudio.

5.5.4 Intervención terapeutas grupo control.

Por su parte el grupo control, no tuvo acceso a ningún tipo de retroalimentación sobre los resultados de cuestionarios reportados por sus pacientes, ni formación en el método de observación de videos de sus terapias (en caso de que exista grabación de estos procesos). No obstante, si ellos lo estimaran necesario y desean acceder a los resultados, terminado el estudio podrán hacerlo. Como beneficio por haber sido partícipes de la investigación, finalizada ésta, podrán acceder a una capacitación sobre el Sistema de Codificación de Rupturas y Resoluciones (3RS de Eubanks-Carter, Muran y Safran, 2009) lo que, tal como hipotetiza este estudio, podría ser una herramienta nueva que pudiera favorecer el ejercicio como clínicos.

5.5.5 Intervención Colaboradores.

Cada colaborador debió realizar pre-ingresos donde fue responsable de llevar a cabo el proceso de consentimiento informado para el estudio, además estuvo a cargo de la aplicación de los instrumentos necesarios para los fines de la investigación.

La asignación para cada una de las funciones fue de acuerdo a los horarios y tiempo que los colaboradores poseían, acordándolo personalmente con ellos, según los requerimientos que fueran existiendo.

5.6 Procedimientos éticos de la investigación.

CAPSI cuenta con un pre-ingreso antes de comenzar el proceso terapéutico, donde los consultantes participantes completaron un documento de consentimiento informado por escrito en compañía de un colaborador designado, quien le explicitó nuevamente la información ya acordada en el primer contacto, explicando los distintos puntos del consentimiento informado y despejando eventuales dudas. Todos los participantes debieron firmar y entregar el consentimiento en donde declaraban su participación libre y voluntaria, conocimientos de sus responsabilidades y sus derechos. (Ver anexo 4)

Los consentimientos que recibieron cada uno de los grupos de terapeutas (control y experimental) tenían la misma información. (Ver anexo 3)

La grabación de estas sesiones videadas estuvo contemplada en el consentimiento informado de paciente y terapeuta.

Esta investigación fue aprobada por el comité de Bioéticas de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso. (Ver anexo 6)

Para proteger la identidad de los participantes, toda información ingresada a la planilla de base de datos se realizó por medio de un código que identificó a los terapeutas, y el número de ficha correspondiente a cada paciente, en ningún momento se trabajó con los nombres de los participantes, ya que nuestro propósito fue trabajar con datos y no con personas.

El proceso de retroalimentación se efectuó de forma individual y privada, la forma en que se entregó ésta será según el formato que cada terapeuta prefirió, teniendo la opción de ver los cuestionarios directamente en CAPSI o bien, que fueran enviados a través de un mail, con su respectivo código de identificación. Este mail contenía los resultados de los instrumentos aplicados, con el fin que pudieran apreciar sus avances. Con respecto a los videos cada terapeuta tuvo acceso a ellos de manera exclusiva, éstos a su vez fueron protegidos siendo comprimidos y adhiriéndoles una clave al pasarlos al computador personal de cada terapeuta. Los registros de las sesiones fueron borrados de las cámaras una vez realizado esto.

5.7 Análisis estadístico.

El análisis estadístico se realizó través del software para análisis estadístico SPSS v.19. Para el análisis de los resultados se utilizaron estadísticos descriptivos, pruebas de *t de student* para evaluar diferencias de medias, X^2 para diferencias de frecuencias y la prueba de ANOVA para medidas repetidas para evaluar efectos principales y tendencia lineal de los resultados de alianza en las tres mediciones.

6. RESULTADOS

A continuación se presentarán los resultados obtenidos y los análisis correspondientes a cada instrumento aplicado a los participantes de este estudio.

6.1- Antecedentes sociodemográficos de los participantes.

6.1.1. Caracterización de los pacientes.

En relación a la variable “sexo”, como se aprecia en el gráfico 1, la muestra se conformó en su gran mayoría por mujeres. En el caso del grupo control, el 65% de la muestra corresponde a mujeres (15 personas), mientras que el 35% corresponde a hombres (8 personas) de un total de 23 participantes. En el caso del grupo experimental, tal como se aprecia en el gráfico 2, la muestra está conformada en un 71% por mujeres (12 personas) y 29% por hombres (5 personas), de un total de 17 participantes.

Gráfico 1. Sexo consultantes grupo control.

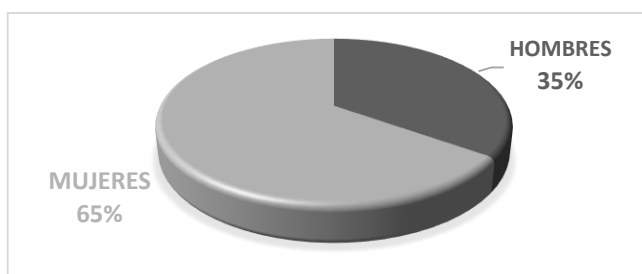
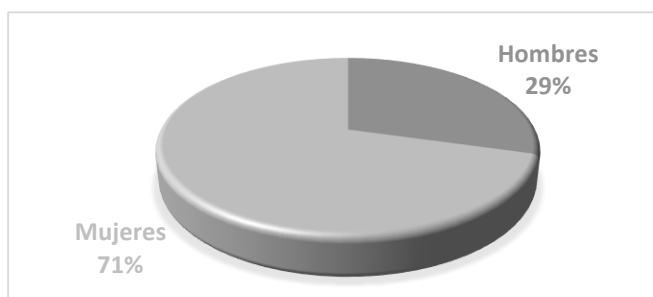


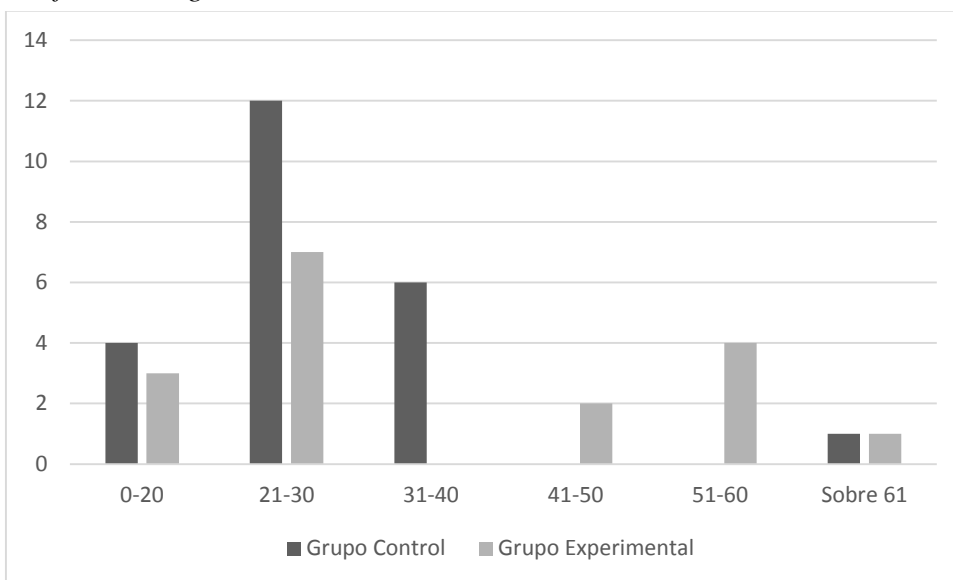
Gráfico 2 Sexo Consultantes grupo experimental.



En cuanto a la variable “Edad de los Consultantes” el grupo control se encuentra distribuido de la siguiente forma según lo que muestra el gráfico 3: 4 personas se encuentran en el rango 0-20 años que corresponde al 17% de la muestra, 12 personas pertenecen al rango 21-30 años correspondiente al 52%, 6 personas componen el rango 31-40 correspondiendo al 26%. No se observaron participantes en los rangos 41-50, 51-60, y sólo se encontró un participante en el rango etario sobre 61 años, que representa al 4% de la muestra total. La media de edad de los consultantes control es de 28,39 años (d.s. =10,54).

En el grupo experimental la distribución por edad de los participantes fue la siguiente: 3 personas se encuentran en el rango 18-19 que corresponde al 18% del total de participantes de este grupo, 7 personas se encuentran en el rango 21-30 correspondiendo al 41%, 0% en el rango 31-40, 2 personas en el rango de 41-50 que equivale al 12%, 4 personas se encuentran en el rango 51-60 que equivale al 24%. Sobre 60 años encontramos a una persona, correspondiendo al 6% de la muestra total de este grupo. La media de edad de los consultantes del grupo experimental es de 35,23 años (d.s. = 15,9)

Gráfico 3 Rango etario consultantes.



6.1.2. Caracterización de los terapeutas.

El grupo control estuvo compuesto por 15 terapeutas, que según edad se distribuyeron entre los 22 y 27 años de la siguiente forma: un terapeuta de 22 años (7%), un terapeuta de 23 años (7%), 9 terapeutas de 24 años (60%), 2 terapeutas de 25 años (13,3%) y un terapeuta de 26 años que corresponde al 7% y un terapeuta de 27 años (7%) de un total 15 participantes, siendo la media de este grupo 24,27 (d.s. = 1,16) años. El grupo experimental estuvo compuesto por 10 terapeutas, que se distribuyeron entre los 22 y 26 años de la siguiente de la siguiente forma: un terapeuta de 22 años (10%), 2 terapeutas de 23 años (20%), 4 terapeutas de 24 años (40%), un terapeuta de 25 años (10%), un terapeuta de 26 años (10%) y un terapeuta de 29 años (10%), siendo la media de este grupo 24,4 años (d.s. =1,95).

En la variable “sexo” tal como se observa en el gráfico 4, el grupo control de terapeutas se compone por 80% de mujeres (12 personas) y 20% de hombres (3 personas) de un total de 15 participantes. El grupo experimental, representado en el gráfico 5, está conformado por 80% de mujeres (8 personas) y 20% de hombres (2 personas) de un total de 10 participantes.

Gráfico 4 Sexo terapeutas grupo control.

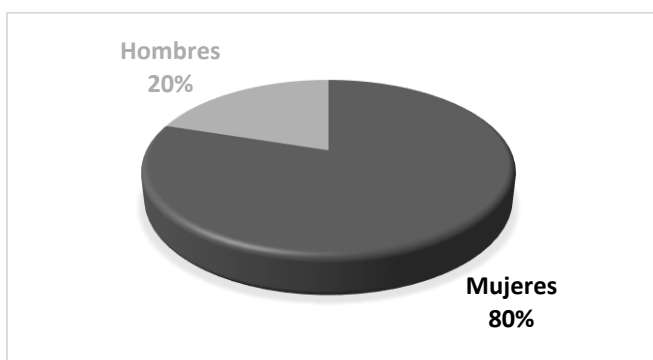
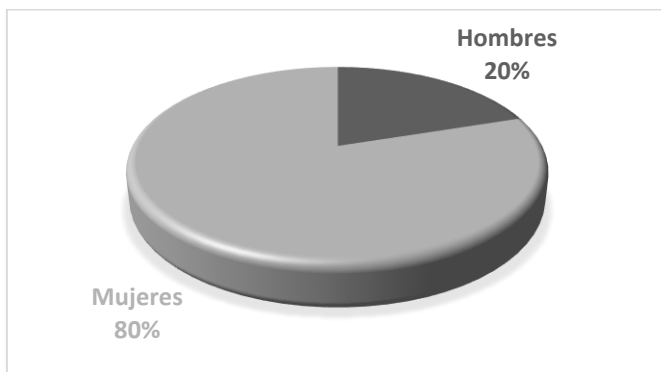


Gráfico 5 Sexo Terapeutas grupo experimental.



6.2. Descripción de variables clínicas pre-intervención.

En este apartado se presentarán datos descriptivos de cada variable, tanto para el grupo control (GC) como para el grupo experimental (GE), previo al comienzo del proceso terapéutico.

6.2.1. Cuestionario OQ-45.

En el cuestionario OQ-45, la muestra del grupo control presentó una media de 82,4 puntos (D.E. 22,9). Como muestra el gráfico 6, el porcentaje de pacientes con puntajes sobre el punto de corte (73 puntos) fue de 70% (16 personas) siendo considerados pacientes en el rango clínico. El porcentaje de pacientes bajo el punto de corte (subclínicos) correspondió al 30% (7 personas). El grupo experimental por su parte, obtuvo una media de 76,7 pts. (D.E. 24,15), donde como muestra el gráfico 7 el porcentaje de pacientes con puntajes sobre el punto de corte fue de 53% (9 personas), mientras que el porcentaje de pacientes bajo el punto de corte correspondió al 47% (8 personas).

Gráfico 6 Frecuencia de pacientes en rango clínico y subclínico según OQ-45 (grupo control).

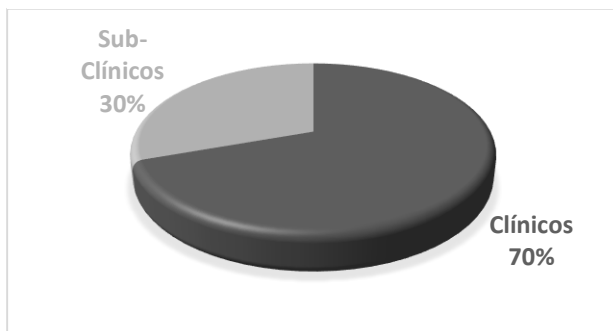
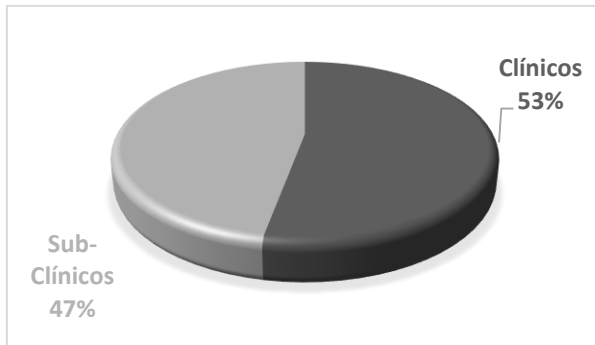


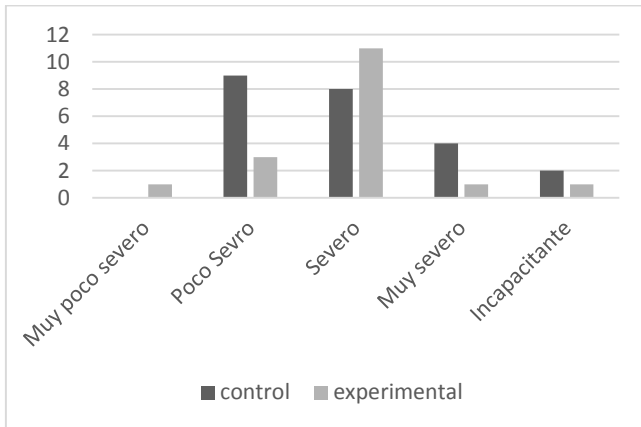
Gráfico 7 Frecuencia de pacientes en rango clínico y subclínico según OQ-45 (grupo experimental).



6.2.2. Autoreporte de gravedad.

El Autoreporte de gravedad entregado por los pacientes pertenecientes al grupo control, presentó una media de 2,87 (d.s. = 1,14). Tal como se observa en el Gráfico 8, ninguna persona reporta su problemática como “muy poco severa”, 35% (8 personas) categorizan su problemática como “poco severa”, 35% (8 personas) reportan su problemática como “severa”, 17% (4 personas) definieron su problemática como “muy severa” y 9% (2 personas) reportan su problemática como “incapacitante”. Una persona de este grupo no realiza reporte. En el grupo experimental la media obtenida fue de 2,88 puntos (d.s. = 0,857). Se pudo observar que 6% (1 persona) de los pacientes categorizaron su problemática como “muy poco severa”, 18% (3 personas) lo reportaron como “poco severa”, 65% (11 personas) reportaron la gravedad de su problemática como "severa", 6% (1 persona) categorizó su problemática como “muy severa” y un 6% (una persona) los describió como “incapacitante”.

Gráfico 8 Autoreporte de gravedad para grupo control y experimental.

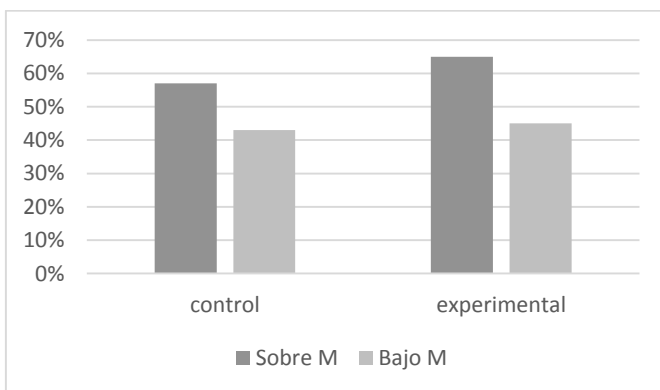


6.2.3. Inventario de Alianza Terapéutica (IAT).

6.2.3.1. Subescala Metas.

En la primera aplicación del Inventario de Alianza Terapéutica en la subescala "Metas", el grupo control presentó una media de 5,86 puntos (d.s. = 0,91). Como se observa en el gráfico 9, 57% (13 personas) de la muestra obtuvo un puntaje por sobre el promedio del grupo y 43% (10 personas) bajo éste. El grupo experimental obtuvo una media de 5,88 puntos (d.s. = 0,925), encontrando 65% (11 personas) con un puntaje por sobre la media del grupo y 45% (6 personas) bajo éste, como se observa en el gráfico.

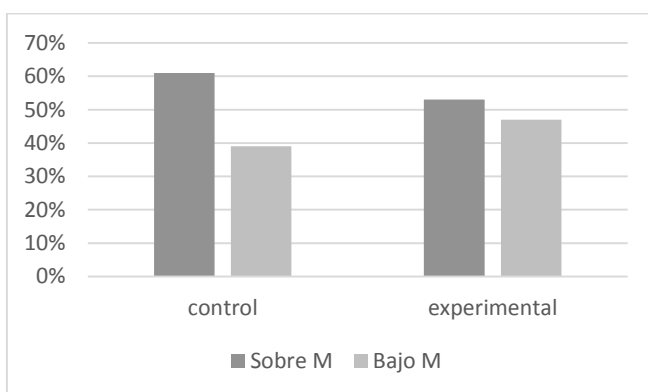
Gráfico 9 Inventario de Alianza Terapéutica: subescala Metas. Grupo control y grupo experimental.



6.2.3.2 Subescala Tareas.

En la subescala "Tareas", el grupo control presentó una media de 5,62 puntos (d.s. = 0,74). Como se observa en el gráfico 10, encontramos 61% (14 personas) con un puntaje por sobre el promedio del grupo y 39% (9 personas) bajo éste. El grupo experimental obtuvo una media de 5,88 puntos (d.s. = 0,957), encontrando 53% (9 personas) con un puntaje por sobre la media del grupo y 47% (8 personas) bajo éste, tal como indica el gráfico.

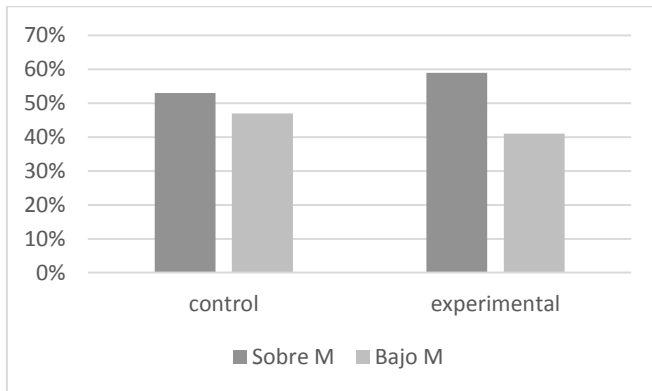
Gráfico 10 Inventario de Alianza Terapéutica: subescala Tareas. Grupo control y grupo experimental.



6.2.3.3 Subescala Vínculo.

Por último, en la subescala "Vínculo", el grupo control presentó una media de 5,71 puntos (d.s. = 0,85). Como se observa en el gráfico 11, encontrando 57% (13 personas) con un puntaje por sobre el promedio del grupo y 43% (10 personas) bajo éste. El grupo experimental obtuvo una media de 5,81 puntos (d.s. = 0,75), encontrando, tal como se observa en gráfico 15, 59% (10 personas) con un puntaje por sobre la media del grupo y 41% (7 personas) bajo éste.

Gráfico 11 Inventario de Alianza Terapéutica: subescala Vínculo. Grupo control y grupo experimental.



6.3 Análisis Comparativo de variables clínicas entre Grupo Control y Grupo Experimental, pre intervención.

Los resultados obtenidos, como se muestra en la tabla 1, permiten apreciar que al inicio del proceso terapéutico, los participantes correspondientes al grupo control y el grupo experimental, no presentaron diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las variables y categorías evaluadas. De tal modo, para la variable clínica "cuestionario OQ-45", ambos grupos presentaron un puntaje similar, ($p=,603$) es decir ambos grupos presentaban similares índices de riesgo. En relación a la variable "Autoreporte", ambos grupos indicaron una severidad similar de su problemática al momento de llegar a consultar ($p=,295$). En relación a las sub escalas del Inventario Alianza Terapéutica (IAT), aplicado en primera instancia, ambos grupos obtienen: En "Metas" un valor de significancia de $p=,284$, en "Tareas" un valor de significancia de $p=,631$ y en "vinculo" un valor de significancia de $p=,375$., lo que demuestra que ambos grupos son comparables en cuanto no muestran diferencias clínicas significativas al momento de inicio del proceso psicoterapéutico.

Tabla 1 Resumen variables clínicas de la muestra pre-intervención.

	GC			GE			Est.	P
	N	M	(d.s)	N	M	(d.s)		
OQ Total								
Inicial	23	82,4	22,9	17	76,69	24,15	t= ,565	0,603
Auto reporte	23	2,87	1,14	17	2,88	0,857	X=6,117	0,295
Meta 1	23	5,86	0,91	17	5,88	0,925	U=205,500	0,284
Tarea 1	23	5,62	0,74	17	5,88	0,957	U=181,500	0,631
Vínculo 1	23	5,71	0,85	17	5,81	0,75	U=189,000	0,375

*p<0,05; GC=Grupo Control; GE=Grupo Experimental; Est.= Análisis estadístico utilizado; N= Número de personas; M= Media; d.s= Desviación Estándar.

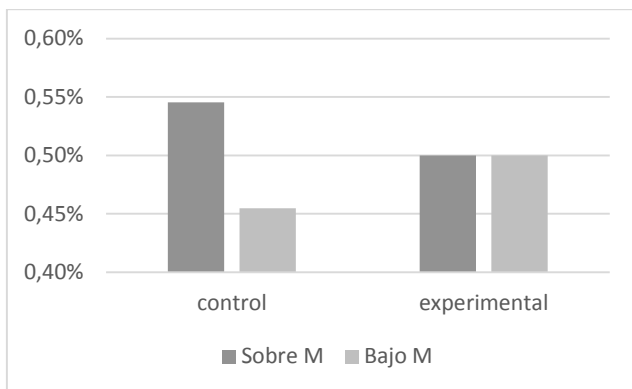
6.4. Descripción de variables clínicas durante la tercera sesión (segunda evaluación).

En el momento 2, correspondiente a la tercera sesión de la terapia en curso, sólo se aplicó el Inventario de Alianza Terapéutica (IAT). A continuación se describen y compararan los resultados para el grupo control y experimental.

6.4.1. Subescala Metas.

En la segunda aplicación del Inventario de Alianza Terapéutica, la subescala "Metas" del grupo control presentó una media de 6,36 puntos (d.s. = ,884), encontrando 45% (10 personas) con un puntaje por sobre el promedio del grupo y 55% (12 personas) bajo éste. El grupo experimental obtuvo una media de 6,19 puntos (d.s. = ,655), encontrando 50% (8 personas) con un puntaje por sobre la media del grupo y 50% (8 personas) bajo éste.

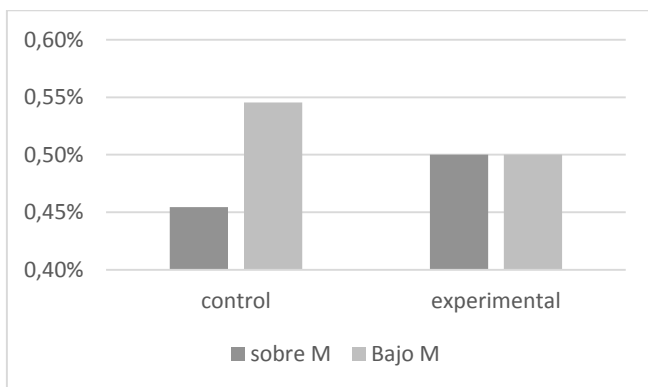
Gráfico 12 Inventario de Alianza Terapéutica: subescala Metas. Grupo control y grupo experimental durante la tercera sesión.



6.4.2. Subescala Tareas.

La subescala "Tareas" del grupo control presentó una media de 6,41 puntos (d.s. = ,847), encontrando 55% (12 personas) con un puntaje por sobre el promedio del grupo y 45% (10 personas) bajo éste. El grupo experimental obtuvo una media de 6,44 puntos (d.s. = ,512), encontrando 50 (8 personas) con un puntaje por sobre la media del grupo y 50% (8 personas) bajo éste.

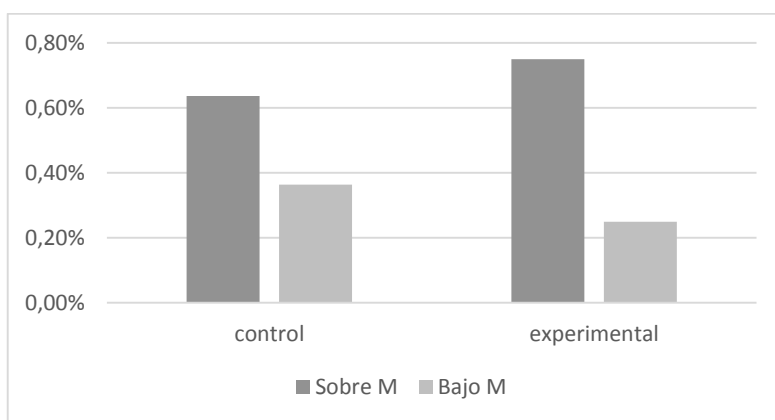
Gráfico 13 Inventario de Alianza Terapéutica: subescala Tareas. Grupo control y grupo experimental durante la tercera sesión.



6.4.3 Subescala Vínculo.

La subescala "Vínculo" del grupo control presentó una media de 6,27 puntos (d.s. = ,912), encontrando 64% (14 personas) con un puntaje por sobre el promedio del grupo y 36% (8 personas) bajo éste. El grupo experimental obtuvo una media de 6,63 puntos (d.s. = ,500), encontrando 75% (12 personas) con un puntaje por sobre la media del grupo y 25% (4 personas) bajo éste.

Gráfico 14 Inventario de Alianza Terapéutica: subescala Vínculo. Grupo control y grupo experimental post-intervención, momento 2.



6.5. Análisis Comparativo de variables clínicas entre Grupo Control y Grupo Experimental post-intervención en el momento 2.

Los resultados obtenidos, como se muestra en la tabla 2, permiten apreciar que en la tercera sesión del proceso terapéutico, al momento de realizar la segunda aplicación, los participantes correspondientes al grupo control y el grupo experimental, no presentaron diferencias estadísticamente significativas en las subescalas "Tareas" ($p=,887$) y "Metas" ($p=,412$) del Inventario de Alianza Terapéutica, obteniendo un puntaje similar en ambas. En relación a la subescala "Vínculo" se puede observar una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos control y experimental asumiendo varianzas distintas con un valor de significancia de $p=,048$ mostrando puntuaciones más elevadas para el grupo experimental.

Tabla 2 Resumen variables clínicas de la muestra durante la quinta sesión

	GC			GE			EST.	p
	N	M	(d.s)	N	M	(d.s)		
Tareas 2	22	6,41	0,847	16	6,44	0,512	t= -,142	0,887
Metas 2	22	6,36	0,884	16	6,19	0,655	U= 151.500	0,412
Vínculo 2	22	6,27	0,912	16	6,63	0,5	t= -2,023	0,048*

*p<0,05; GC=Grupo Control; GE=Grupo Experimental; Est.= Análisis estadístico utilizado; N= Número de personas; M= Media; d.s= Desviación Estándar.

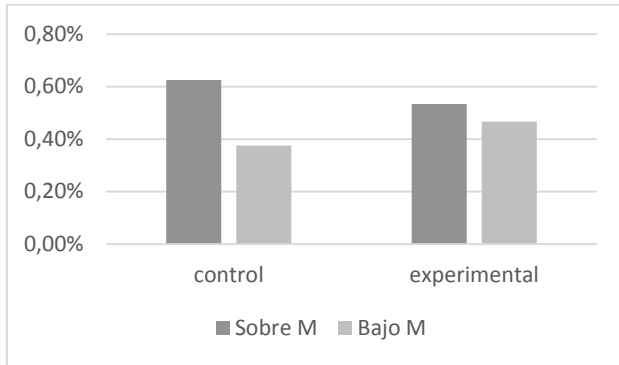
6.6. Descripción variables clínicas durante la quinta sesión (tercera evaluación).

En un momento 3, correspondiente a la quinta sesión de la terapia en curso, se realizó la última aplicación del Inventario de Alianza Terapéutica (IAT) a los participantes de este estudio.

6.6.1 Subescala Metas

En tercera aplicación del Inventario de Alianza Terapéutica, la subescala "Metas" del grupo control presentó una media de 6,47 puntos (d.s. = ,581), encontrando 63% (10 personas) con un puntaje por sobre el promedio del grupo y 38% (6 personas) bajo éste. El grupo experimental obtuvo una media de 6,4 puntos (d.s. = ,507), encontrando 47% (7 personas) con un puntaje por sobre la media del grupo y 53% (8 personas) bajo éste.

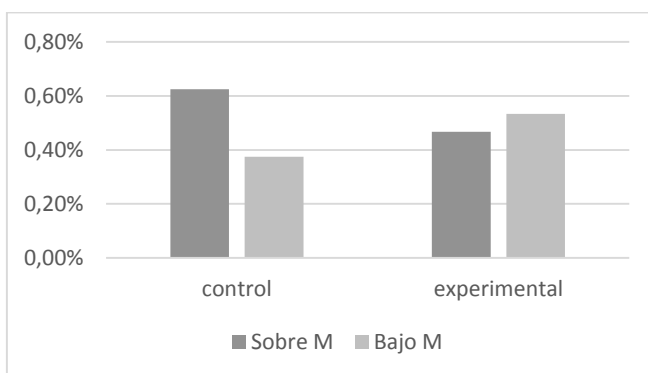
Gráfico 15 Inventario de Alianza Terapéutica: subescala Metas. Grupo control y grupo experimental durante la quinta sesión.



6.6.2. Subescala Tareas

La subescala "Tareas" del grupo control presentó una media de 6,59 puntos (d.s. = ,666), encontrando 63% (10 personas) con un puntaje por sobre el promedio del grupo y 38% (6 personas) bajo éste. El grupo experimental obtuvo una media de 6,6 puntos (d.s. = ,507), encontrando 53% (8 personas) con un puntaje por sobre la media del grupo y 47% (7 personas) bajo éste.

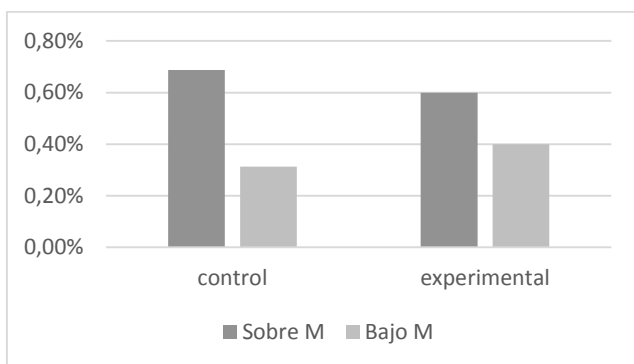
Gráfico 16 Inventario de Alianza Terapéutica: subescala Tareas. Grupo control y grupo experimental durante la quinta sesión



6.6.3 Subescala Vínculo

La subescala "Vínculo" del grupo control presentó una media de 6,47 puntos (d.s. = ,717), encontrando 69% (11 personas) con un puntaje por sobre el promedio del grupo y 31 % (5 personas) bajo éste. El grupo experimental obtuvo una media de 6,36 puntos (d.s. = ,549), encontrando 60% (9 personas) con un puntaje por sobre la media del grupo y 40% (6 personas) bajo éste.

Gráfico 17 Inventario de Alianza Terapéutica: Subescala Vínculo. Grupo control y grupo experimental durante la quinta sesión.



6.7 Análisis Comparativo de variables clínicas entre grupo control y grupo experimental, post-intervención en el momento 3.

Los resultados obtenidos, como se muestra en la tabla 3, permiten apreciar que en la quinta sesión del proceso terapéutico, momento a realizar la tercera aplicación del Inventario de Alianza Terapéutica, los participantes correspondientes al grupo control y el grupo experimental, no presentaron diferencias estadísticamente significativas en las subescalas "Tareas" ($p=,947$), "Metas" ($p=,606$) y "Vínculo" ($p=,652$), obteniendo un puntaje similar en ambos grupos.

Tabla 3 Resumen variables clínicas de la muestra post-intervención durante la quinta sesión

	GC			GE			EST.	P
	N	M	(d.s)	N	M	(d.s)		
Tareas 3	16	6,59	0,666	15	6,6	0,507	U= 126,000	0,947
Metas 3	16	6,47	0,581	15	6,4	0,507	U= 115,500	0,606
Vínculo 3	16	6,47	0,7274	15	6,36	0,5499	t= ,455	0,652

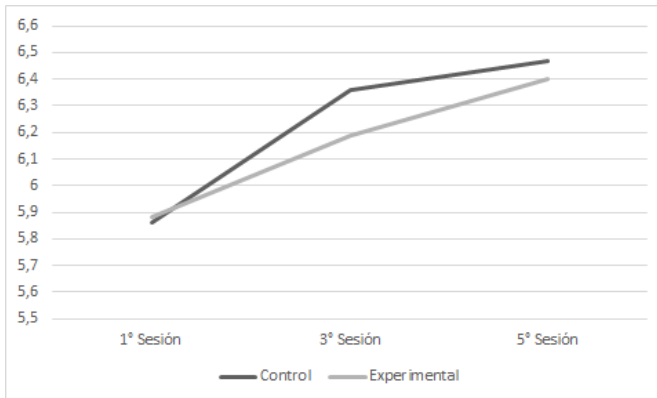
* $p < 0,05$; GC=Grupo Control; GE=Grupo Experimental; Est.= Análisis estadístico utilizado; N= Número de personas; M= Media; d.s= Desviación Estándar.

6.8. Efectos intrasujetos a lo largo de las 3 evaluaciones realizadas.

Tal como muestra la tabla 4 los resultados obtenidos en las sesiones primera, tercera y quinta, en relación con las subescalas "Metas", "Tareas" y "Vínculo", ambos grupos, control y experimental, presentaron un aumento progresivo de las medias en cada sesión que fue estadísticamente significativo.

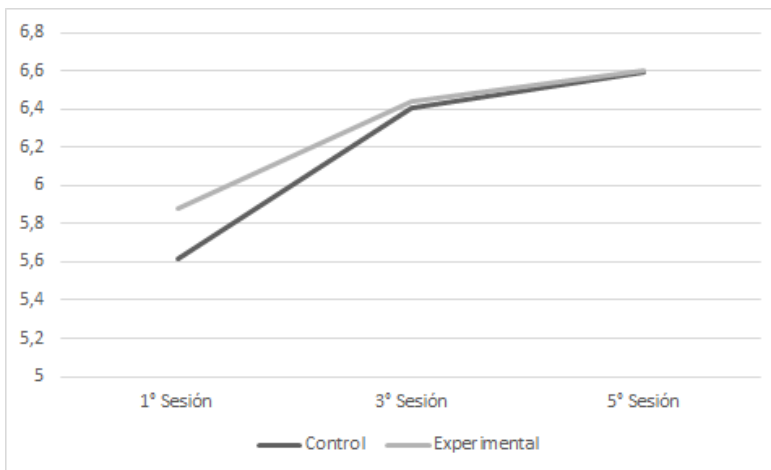
Se puede observar en el gráfico 18, que las medias del grupo control en la subescala "Metas" fueron de 5,86 puntos en la primera sesión, 6,36 puntos en la tercera sesión y 6,47 puntos en la quinta sesión. Mientras que para el grupo experimental las medias obtenidas fueron de 5,88 puntos en la primera sesión, 6,19 puntos en la tercera sesión y 6,4 puntos en la quinta sesión. Ambos grupos mostraron diferencias significativas entre sesiones, observándose un efecto principal ($p = ,000$) y una tendencia lineal ($F = 17,063$; $p = ,000$).

Gráfico 18 Metas a los largo de las 3 evaluaciones.



Tal como muestra el gráfico 19, las medias obtenidas por el grupo control en la subescala "Tareas" fueron de 5,62 puntos en la primera sesión, 6,41 puntos en la tercera sesión y 6,59 puntos en la quinta sesión. Mientras que para el grupo experimental las medias obtenidas fueron de 5,88 puntos en la primera sesión, 6,44 puntos en la tercera sesión y 6,6 puntos en la quinta sesión. Ambos grupos mostraron diferencias significativas entre sesiones observándose un efecto principal ($p=,000$) y una tendencia lineal ($F=21,884$; $p=,000$)

Gráfico 19 Tareas a lo largo de las 3 evaluaciones.



El gráfico 20 muestra que las medias del grupo control en la subescala "Vinculo" fueron de 5,71 puntos en la primera sesión, 6,27 puntos para la tercera sesión y 6,47 para la tercera sesión. Mientras que para el grupo experimental las medias obtenidas fueron de 5,81 puntos

en la primera sesión, 6,63 puntos para la tercera sesión y 6,36 puntos en la quinta sesión. Ambos grupos mostraron diferencias significativas observándose un efecto principal ($p=,000$) y una tendencia lineal ($F=14,785$; $p=,001$).

Gráfico 20 Vínculo a lo largo de las 3 evaluaciones.

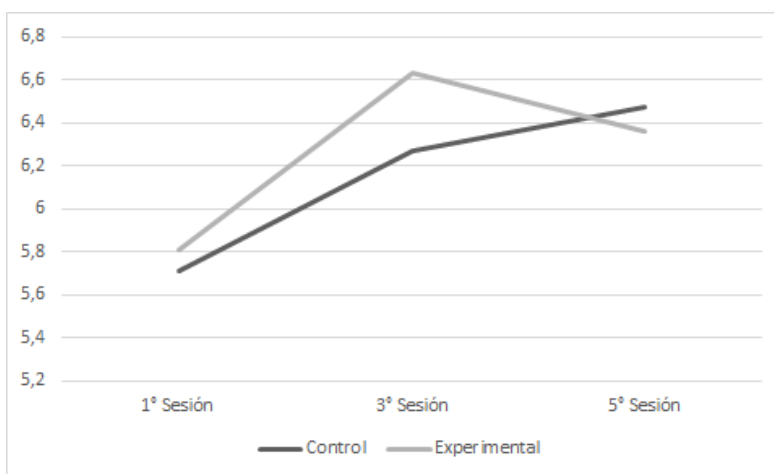


Tabla 4 Efectos intra sujetos a través de la primera, tercera y quinta sesión respecto a la alianza terapéutica

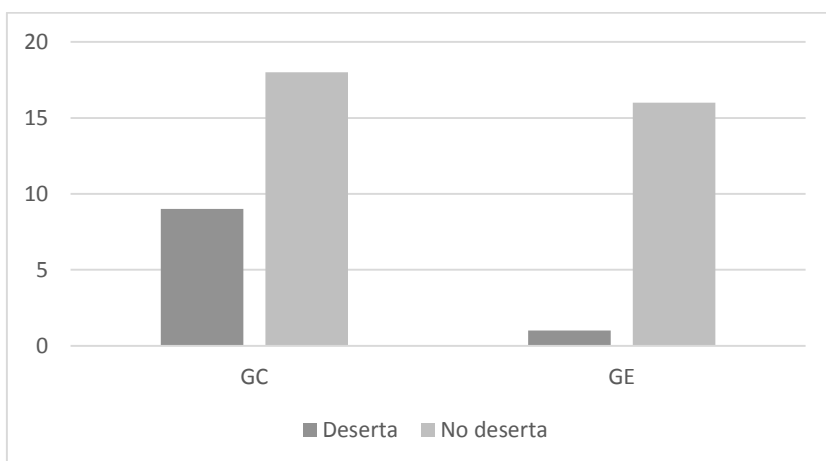
		Primera sesión		Tercera sesión		Quinta sesión			
		M	d.s	M	d.s	M	d.s	F	p
Tareas	GC	5,62	,847	6,41	,847	6,59	,666	16,912	,000
	GE	5,88	,928	6,44	,512	6,6	,507		
Metas	GC	5,86	,884	6,36	,884	6,47	,581	11,350	,000
	GE	5,88	,928	6,19	,655	6,4	,507		
Vínculo	GC	5,81	,912	6,63	,912	6,36	,7174	12,228	,000
	GE	5,71	,752	6,27	,500	6,47	,5499		

* $p<0,05$; GC=Grupo Control; GE=Grupo Experimental;; M= Media; d.s= Desviación Estándar. F=Anova Factorial de Medidas Repetidas

6.9. Descripción y análisis comparativo sobre pacientes que desertan diferenciados por grupo.

Al observar el gráfico 21, se puede apreciar que el grupo control presentó un número de deserciones que alcanzó el 33,3% (9 personas), en tanto los pacientes que se mantuvieron en proceso conformaron el 66,6% (18 personas) de un total de 27 participantes. En el grupo experimental se pudo observar que las deserciones equivalen a un 5,88% (1 persona), mientras que los procesos que continuaron en curso significaron el 94,12 % (16 personas) de un total de 17 personas. Al analizar los resultados obtenidos se observó la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos ($X^2=4,467$; $p=,034$).

Gráfico 21 Pacientes que desertan, diferenciados por grupo.



6.10. Descripción y comparación de pacientes que desertan a lo largo de las sesiones.

A partir de los resultados obtenidos previamente, se realizó un análisis específico del comportamiento de la variable alianza terapéutica y riesgo clínico, durante la primera sesión, lo que no fue considerado inicialmente como objetivo de esta investigación.

Se aprecia que el grupo de pacientes que desertaron se compone por 22,7% de la muestra (10 personas), mientras que el grupo de pacientes que no desertó está compuesto por 77,3% (34 personas). En la variable "OQ1" se puede observar que el grupo de pacientes que

desertaron presentó una media de 87,5 puntos (d.s. = 18,822), mientras que el grupo de pacientes que no desertó obtuvo una media de 78,79 puntos (d.s. = 23,626), la variable OQ-45 obtenida mostró una diferencia no significativa de $p=,344$. En la variable "Tareas" el grupo de pacientes que desertó presentó una media de 5,6 puntos (d.s. = ,843), mientras que el grupo de pacientes que no desertó obtuvo una media de 5,97 puntos (d.s. = ,87). En la variable "Metas" el grupo de pacientes que desertó presentó una media de 5,2 puntos (d.s. = 1,135), mientras que el grupo de pacientes que no desertó obtuvo una media de 5,88 puntos (d.s. = ,769). En la variable "Vínculo" el grupo de pacientes que desertó presentó una media de 5 puntos (d.s. = ,816), mientras que el grupo de pacientes que no desertó obtuvo una media de 5,94 puntos (d.s. = ,736).

En el Inventario de Alianza Terapéutica en, las subescalas de "Tareas"1 y "Metas1" no se presentó una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos según su deserción ($p=,241$ y $p=,101$ respectivamente) En la subescala de "Vínculo" por el contrario, se pudo observar la existencia de diferencias estadísticamente significativas ($p=,001$).

Tabla 5 Variables clínicas de la muestra en la primera sesión entre pacientes que desertaron y pacientes que no desertaron.

	Desertores			No-Desertores			EST.	p
	N	M	(d.s.)	N	M	(d.s.)		
OQ1	10	87,5	18,822	34	78,79	23,626	$t=-,959$	0,344
Tareas 1	10	5,6	0,843	34	5,97	0,87	$t=1,192$	0,241
Metas 1	10	5,2	1,135	34	5,88	0,769	$t=1,784$	0,101
Vínculo 1	10	5	0,816	34	5,94	0,736	$t=3,470$	0,001*

* $p<0,05$; GC=Grupo Control; GE=Grupo Experimental; Est.= Análisis estadístico utilizado; N= Número de personas; M= Media; d.s= Desviación Estándar.

7. DISCUSIÓN

Al evaluar la Alianza Terapéutica en la fase inicial del proceso de psicoterapia, ambos grupos presentaron un aumento lineal de ésta a lo largo de las tres evaluaciones realizadas (1° a 5° sesión), donde el grupo experimental mostró mayor desarrollo de Alianza Terapéutica Temprana en la sub escala Vínculo durante la tercera sesión (segunda evaluación). Un estudio realizado por Fernández (2013) indica que la Alianza Terapéutica evoluciona positiva y significativamente de la 1° a la 3° sesión, encontrando a su vez que la Alianza Terapéutica, en su fase inicial, desde la perspectiva de los pacientes, se relaciona consistentemente con la adherencia al tratamiento. Lo que es coincidente con los resultados obtenidos en este estudio y el realizado por O'Malley, Suh, y Strupp (1983), donde se muestra que la relación entre la puntuación de alianza terapéutica evaluada por el paciente y los resultados de la terapia aumentó en las sesiones iniciales del proceso, pero se volvía significativa en la tercera sesión.

La Alianza terapéutica Temprana tal como se esperaba, aumentó a medida que avanzaba la terapia, comportándose de forma similar y mostrando un aumento en los distintos momentos en que se evaluó en ambos grupos, la diferencia que pudo observarse y que resultó significativa fue el comportamiento poco usual de la sub escala vínculo del grupo intervenido en el momento 2, la cual mostró mayor incremento en relación al grupo control. Se ha visto en otros estudios (Santibáñez, Román & Vinet, 2009; Griffin, 2014; Méndez, Maluenda, Loo, Isla & Anza, 2007; Navias & Arias, 2010); realizados con el Inventario de Alianza Terapéutica, en su versión para pacientes (IAT-p), que la sub escala vínculo medida en etapas tempranas presenta puntuaciones mayores que las sub escalas de Metas y Tareas, evidenciando que el vínculo parece ser el factor más influyente en las primeras etapas del proceso. El vínculo, muy sensible en un inicio, pareció afianzarse más rápidamente en el grupo experimental, pues este grupo estaba enfocado en establecerlo y reparar cualquier impasse que apareciera en el proceso, el hecho de que este grupo tuviera procesos de retroalimentación periódicamente, sumado a la instrucción sobre el Sistema de Codificación de Reparación de Rupturas (3RS) de Eubanks, Safran y Muran (2015) y la focalización constante por identificar y clasificar rupturas y tensiones al momento de revisar los videos de sesiones realizadas, pudo producir una ventaja por sobre el grupo control, el cual no recibió ningún tipo de retroalimentación, tomando en cuenta esto se podría hipotetizar que el

grupo experimental al estar consciente de la importancia de vincularse desde un inicio con el paciente, de una u otra forma estaba predispuesto al vínculo, pudiendo tener el efecto de agilizar la vinculación, reflejándose en el pick obtenido en el momento 2 (tercera sesión), en contraste con el grupo control que tuvo un alza de vínculo en momentos posteriores, momento 3 (quinta sesión). En palabras de Luborsky (1976), el grupo experimental podría haber transitado más rápidamente desde la Alianza Tipo 1, relacionada con la sensación de apoyo, contención y cercanía, a la Alianza Tipo 2 que se relaciona con la capacidad de trabajo en conjunto explicando los pick de puntaje de vínculo desfasadas en los grupos.

La importancia de monitorear las respuestas de los pacientes resulta fundamental según concluye Lambert (2001) y más recientemente Norcross y Lambert (2010), ya que el monitoreo de las respuestas frente a la relación construida y el tratamiento que se lleva a cabo, brindaría la posibilidad para percibir y por ende reparar posibles rupturas e impasses surgido en las sesiones, afianzar la relación, adecuar estrategias y rumbo de la terapia al paciente y evitar una finalización prematura de ella, agregan además, que las prácticas terapéuticas que no incluyen la relación, son incompletas y posiblemente equívocas.

Con respecto a las rupturas y resolución de la alianza terapéutica, Safran, Crocker, McMMain y Murray (1990) afirman que la resolución adecuada de una ruptura permite no sólo reestablecer una buena alianza terapéutica entre paciente y terapeuta, sino que además ofrece una oportunidad de cambio para el paciente, encontrando también que el éxito psicoterapéutico estaría más asociado a las reparaciones exitosas de rupturas de alianza que con un desarrollo lineal a lo largo de la terapia, llegando a afirmar incluso que detectar rupturas de alianza, por parte del terapeuta, sería crítico para sostener una terapia exitosa.

Horvath y Luborsky (1993) en base a un metaanálisis establecen dos fases de alianza, una inicial en donde se constituye la alianza teniendo un pick en la tercera sesión para luego decaer y una segunda fase crítica en donde la fluctuación de la alianza radica en la capacidad del terapeuta de poder identificar las rupturas de ésta y poder repararlas. Esto ocurre debido a que una vez establecido el vínculo, el terapeuta estaría más enfocado al trabajo de disminuir la sintomatología del consultante. Lo anterior soporta teóricamente lo observado en el presente estudio en relación al comportamiento de la alianza terapéutica del grupo

experimental, lo que hace preguntarnos sobre el comportamiento de alianza terapéutica temprana observada en el grupo control.

Algunos autores han concluido que las rupturas de alianza incrementan el riesgo de que se produzca un término prematuro del tratamiento terapéutico (Saketopoulou, 1999; Aspland, Llewelyn, Hardy, Barkham, Stiles, 2008), por lo que suponemos que la entrega de feedback sobre alianza y la identificación de rupturas por parte del grupo experimental efectivamente podría ser el factor que explica una menor deserción en este grupo.

Un estudio sobre adherencia realizados por Altamura y Malhi (2000), mostró que las tasas de abandono fluctúan entre el 20% y el 60% de los pacientes que acuden a recibir un tratamiento, lo que se condice con el estudio realizado por López, Kuhne, Pérez, Gallero y Matus (2010) en el que se indagó acerca de las características de los consultantes y del proceso terapéutico en una muestra de 431 personas que recibieron atención en el Departamento de Promoción de la Salud del Instituto de Educación Superior de la Región Metropolitana, donde hallaron que el 67,46%, es decir, aproximadamente 255 pacientes, desertaron su proceso antes de resolver su motivo de consulta. Estos rangos igualmente consistentes con los resultados obtenidos en el presente estudio, donde el 33,3% (9 consultantes) del grupo control desertó, y al considerar el número total de pacientes que participaron (44 consultantes), 10 de ellos abandonaron el proceso terapéutico, alcanzando un 22,7%.

Estudios poblacionales por su parte estiman que en contextos clínicos entre un 30% y un 50% de los ingresados para ser tratados o bien no comienzan el tratamiento o lo abandonan (Bados, Balaguer & Saldaña, 2007; Killaspy et al., 2000; Macharia, Leon, Rowe, Stephenson & Haynes, 1992). Otros, mencionan que entre un 30 y un 60% de los pacientes termina anticipadamente sus procesos terapéuticos (Berghofer, Schmidl, Rudas, Steiner & Schmitz, 2002; Lambert, 2004), con un promedio de abandono de 46,8% (Wierzbicki & Pekarik, 1993) y un número promedio aproximado de seis sesiones (Lambert, 2004).

En relación a la adherencia, se observó que el grupo experimental, presentó menos deserciones que el grupo control, comportándose según lo esperado y dentro de los rangos que se barajan en psicoterapia a nivel nacional e internacional. Esto no ocurrió con el grupo

experimental que mostró mayor adherencia al tratamiento que el grupo que no recibió ningún tipo de retroalimentación, obteniendo un porcentaje significativamente menor (5,88%) en deserción, lo que además es inferior a lo esperado en intervenciones psicoterapéuticas en general. Un estudio realizado por Lambert, Wipple, Smart, Vermeersch, Nielsen y Hawkings (2001) acerca de los efectos de poseer feedback sobre los procesos terapéuticos de un grupo de 609 pacientes, atendidos en el centro de la Universidad de Brigham Young, muestra que la adherencia sufría un incremento en los procesos donde el terapeuta tenía acceso a feedback, resultados que podría ser una forma de explicar lo encontrado. En el meta análisis realizado por Shimokawa, Lambert y Smart (2010) que unió seis estudios principales (N = 6.151) se llegó a conclusiones similares, afirmando que la retroalimentación era eficaz para prevenir el fracaso del tratamiento.

Más aún, estudios llevados a cabo previamente, tal como los realizados por DeRubeis y Feeley (1990), Horvath y Luborsky (1993) Horvath y Symonds(1991), Piper, Azim, Joyce y McCallum (1991) y Saunders, Howard y Orlinsky (1989) reportaron que la alianza medida en la fase inicial del proceso (2° a 6° sesión) era también un buen predictor del resultado de la psicoterapia.

Parece ser, tal como señalan Mohl, Martinez, Ticknor, Huang y Cordell (1991), que las primeras sesiones son esenciales al momento de establecer una buena relación con el paciente y si esto no se logra se ha visto que el paciente hace abandono del proceso terapéutico de forma prematura.

Corbella y Botella (2011), evaluaron la alianza terapéutica en las primeras sesiones y los síntomas que reportaban un grupo de 239 participantes, encontrando al analizar las deserciones de los pacientes, que la Alianza terapéutica en la tercera sesión era significativamente menor en los casos de abandono que en el resto. Otros autores que encontraron resultados similares fueron Tryon y Kane (1995), quienes estudiaron la relación existente entre alianza terapéutica evaluada en la fase inicial (3° sesión) y el tipo de resolución de la terapia. Ellos hallaron que los términos prematuros efectuados unilateralmente por el paciente, se encontraban relacionados con bajas puntuaciones en la evaluación de la alianza terapéutica, resultados que se replicaron en el presente estudio donde

observamos que el grupo de pacientes desertores tuvo puntajes en alianza significativamente más bajos que los demás participantes que se mantuvieron en tratamiento. Estos resultados nos dan luces para creer, al igual que autores anteriormente mencionados, que la alianza terapéutica temprana sí posee relación en los abandonos prematuros, por lo que el foco que debiese tener el terapeuta en sus primeros encuentros, incluso desde la primera sesión, requeriría un foco especialmente vincular, enfocarse en establecer un nexo adecuado que tenga relación con el respeto, empatía, comprensión y sintonía como plantean Altamir, Horvath & Krause (2011), para luego de ello comenzar a trabajar en los objetivos y metas de la terapia. Las deserciones observadas en el presente estudio se presentaron desde las primeras sesiones, momento que autores tales como Howard, Lueger, Maling & Martinovich (1993), Hill (2005) y Krause (2005), han identificado como esencial a la hora de establecer la relación paciente-terapeuta y que afecta el desarrollo y curso del proceso. Esta fase y el impacto que posee sobre la adherencia, cantidad y/o calidad de los avances de la terapia, acarrea un interés especial entre los expertos del tema.

Mohl, Martinez, Ticknor, Huang y Cordell (1991) siguieron los procesos de 65 pacientes en un estudio, donde encontraron que la forma en que los pacientes percibieron a sus terapeutas, afectaba la decisión de abandonar o no el proceso. Observaron que aproximadamente el 74% (48 pacientes) se quedaron en terapia por más de cinco sesiones, y que quienes continuaron asistiendo a terapia, percibían a sus terapeutas como más comprensivos y respetuosos, sentían mayor agrado por su terapeuta y creían que esto era mutuo, estaban más satisfechos con el proceso y consideraron a los terapeutas como más activos, al contrario del 26%, (17 pacientes), que abandonaron el proceso, lo que se condice con los resultados obtenidos en el presente estudio, pues se observa que hay una relación entre la mayor puntuación de vínculo y la menor tasa de deserción del grupo experimental.

Otro estudio que coincide con lo afirmado por los autores antes señalados sobre la relevancia de la opinión que posee el paciente hacia su terapeuta, es el realizado por Alcázar (2007), quien indagó sobre el rol que cumple la variable de expectativas en la adherencia al proceso. Aquí se estudió esta variable con una muestra de 39 sujetos a los cuales les preguntó acerca de lo que esperaban de la primera entrevista, previo a la sesión, para luego preguntarles sobre lo vivido en ésta. Encontrando que la mayoría de las expectativas (51%) antes de la primera

sesión guardaban relación con el terapeuta. Otro resultado interesante observado fue que 60% (9 personas) que no asistieron a una segunda sesión, atribuían ese hecho a variables de la relación paciente-terapeuta, como por ejemplo, no le agradó, no inspiró confianza, fue autoritario, no fue amigable o se dedicó a establecer un diagnóstico; quienes no asistieron a 3 o más sesiones, 72% (20 personas), no regresaron producto de las expectativas no cumplidas sobre la relación paciente-terapeuta, como por ejemplo, no ser escuchado, no inspirar confianza, no ayudar, culpar, juzgar, agredir. Alcázar (2007) encontró que la relación entre el cumplimiento de expectativas y asistencia a la segunda sesión fue estadísticamente significativa con un $p < .05$. Esto coincide con diversas investigaciones realizadas a lo largo de los años (Overall & Aronso, 1963; Borghi, 1968; Hynan, 1990; Pekarik, 1983) en las cuales la insatisfacción, el desagrado hacia el terapeuta o su ineficacia fueron motivos para dejar de asistir. La mirada sobre las expectativas de Alcázar, nos hace mucho sentido, ya que en una relación, más en una de índole terapéutica donde se exponen temas personales y delicados, la persona necesita saber a quién se los está contando, si será capaz de entenderle y guiarle, sentir que sus problemas son valorados y escuchados con respeto.

Otra posible explicación a este fenómeno es lo encontrado por autores como Bryant, Sackville, Dang, Moulds & Guthrie, 1999; Marks, Lovell, Noshirvani, Livanou & Thrasher (1998) quienes indican que habría una relación entre el abandono del tratamiento y el nivel de sintomatología general de los pacientes o bien, relacionan más sintomatología, gravedad y cronicidad con mayores tasas de abandono (Porcel, 2005), resultado que no se observó en este estudio, pues ambos grupos no presentaron diferencias respecto a la gravedad, lo que vuelve a avalar la hipótesis de que el feedback y capacidad de identificar rupturas y repararlas, podría explicar las diferencias entre los grupos que participaron de este estudio.

La evidencia actual, también indica que los terapeutas más experimentados tendrían menores tasas de abandono prematuro de parte de sus pacientes (Swift & Greenberg, 2012), lo cual contradice los resultados obtenidos en esta investigación, ya que los terapeutas son estudiantes de pregrado y se encontraban en sus primeras experiencias prácticas, obteniendo puntajes similares a lo esperado (grupo control), o incluso más bajos (grupo experimental).

8. CONCLUSIÓN

El propósito de este estudio fue evaluar la influencia de feedback sobre alianza terapéutica en terapeutas de pregrado, y si esto generaba efectos en los resultados de los procesos en curso. En particular, se buscó determinar el efecto del proceso de retroalimentación sobre la alianza terapéutica evaluada por los pacientes.

Referente a los resultados, éstos mostraron que no existen diferencias significativas entre el grupo control y experimental en la subescala de "Metas" a lo largo del proceso. Es decir, tanto el grupo de terapeutas que recibieron feedback como los que no, obtuvieron resultados similares en los distintos momentos que fue evaluada, desconfirmando así la primera hipótesis de este estudio.

Con respecto a la subescala "Tareas" no se encontraron diferencias significativas al comparar grupo control con grupo experimental, desconfirmando así la segunda hipótesis de este estudio.

Al analizar los resultados de la subescala "Vínculo" se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo control y grupo experimental en la segunda aplicación del Inventario de Alianza Terapéutica, mostrando un aumento en la media obtenida por el grupo experimental mayor que el grupo control, confirmando así la tercera hipótesis de este estudio. Pudimos observar que el estar pendiente y trabajar activamente sobre la alianza provoca la sensación de un mejor vínculo a ojos del paciente y genera cambios en la cualidad de ésta.

Otro hallazgo que llamó la atención, fue la alta deserción o no adherencia al tratamiento que se presentó en el grupo control, versus la baja deserción de los consultantes pertenecientes al grupo experimental, confirmando así la cuarta hipótesis de nuestro estudio. Podemos concluir que el tener un proceso de retroalimentación sobre alianza produce efectivamente un cambio, que para efectos de esta investigación generó mayor adherencia en casi todos los tratamientos psicoterapéuticos del grupo experimental, aún más teniendo en cuenta que sólo existió una deserción en este grupo en donde un buen porcentaje terminó sus procesos, en tanto los otros se encuentran ad portas de hacerlo.

A la luz de la amplia revisión bibliográfica realizada y los resultados de este estudio, somos convencidos de la importancia de enfocarse desde un inicio en la relación vincular entre terapeuta y paciente, lo fundamental de establecer un nexo adecuado desde las primeras sesiones que tenga relación con el respeto, empatía, comprensión y sintonía, para luego redirigir los recursos hacia el cumplimiento de las metas y tareas propuestas.

Podemos concluir, gracias a la experiencia que nos brindó realizar este estudio, lo beneficioso que sería establecer procesos de retroalimentación para los terapeutas, ya sea a través de sesiones videadas, la incorporación al ejercicio terapéutico de la utilización del sistema decodificación y resolución de rupturas de Eubanks, Safran & Muran (20015) o bien, de la implementación de instrumentos de medición de alianza terapéutica (IAT), con el fin de entregarles la oportunidad de conocer los modos en que están enfocando sus trabajos terapéuticos y la recepción que están teniendo desde sus pacientes, pudiendo visualizar direcciones alternativas que beneficien y potencien sus intervenciones. Particularmente en CAPSI, las implicancias que puede acarrear intervenciones de esta índole podrían tener relación con el trabajo terapéutico que se realiza, mejorando la calidad de los procesos y resultados obtenidos, además de enriquecer la formación de los terapeutas en sus primeras experiencias prácticas.

Algunas de las limitaciones encontradas en este estudio tienen relación con las múltiples variables que se encuentran en juego en terapia, y que inciden en la relación terapéutica, por lo que las explicaciones a los resultados obtenidos pueden ser innumerables, varían según la mirada del autor siendo posible sólo hipotetizar sin tener certezas. Por ejemplo, las deserciones observadas en el grupo control, además de las propuestas aquí, pueden deberse a muchos otros factores no tomados en cuenta en este estudio, lo que nos lleva a aceptar que es muy difícil tener una única explicación ante estos hechos.

Otra limitante identificada fue la recepción por parte de los consultantes del inventario de alianza terapéutica, en su versión validada y estandarizada para la población chilena, dado que el instrumento original es canadiense y en inglés. Su traducción dificultó la comprensión y lectura de algunos consultantes sobre todo en aquellos ítems con doble negación.

La metodología diseñada inicialmente, pretendía evaluar la sintomatología a través del cuestionario OQ-45 sólo en el momento previo y posterior al proceso, y no durante el transcurso de él, lo que no nos permitió determinar si existiría alguna relación entre alianza terapéutica y sintomatología y en caso de existir esta relación, observar la cualidad de ella, para así contrastarlo con la literatura existente.

La muestra utilizada aunque para efectos estadísticos poseía un tamaño adecuado, es reducida, lo cual nos limitó a la hora de hallar resultados más representativos.

Los procesos de retroalimentación que se establecieron para los terapeutas del grupo experimental, fueron variados, pero guardaban relación con el compromiso individual de cada terapeuta para revisar sus sesiones, trabajar sus rupturas y repararlas, es decir, se les entregó las herramientas, pero el uso que les dieron a ellas fue un punto ciego, pudiendo interferir en los resultados.

La duración de los procesos es muy relativa, lo cual entorpeció y enlenteció el desarrollo del estudio, provocando un replanteamiento de algunos elementos de la investigación.

Por último se sugiere realizar una revisión de las dobles negaciones de los ítems del cuestionario IAT-p en su versión Chilena, con el fin de evitar confusiones y potenciales errores en las respuestas.

Una de las proyecciones que parece interesante realizar es la estandarización de otros cuestionarios de Alianza Terapéutica para la población chilena, para así contar con más alternativas a la hora de realizar estudios sobre Alianza, ad hoc a la muestra que se utilice.

Los resultados obtenidos en esta investigación invitan a continuar con ella hasta el término de los procesos terapéuticos, con el objeto de determinar si efectivamente el proceso de Feedback influye en los resultados del proceso terapéutico.

Los resultados obtenidos sobre deserción, nos sugieren extender el estudio, indagando las causas que llevaron a los consultantes a dejar la terapia prematuramente, y contrastar los resultados con otros estudios realizados, tales como el realizado por Friedlander (2005) quien señala una serie de aspectos que serían básicos y que intervienen en la relación terapéutica.

Realizar un estudio sobre expectativas del paciente hacia la terapia y su relación con los resultados de ésta y adherencia al tratamiento y analizarlo con los realizados por Meyer, Pilkonis, Krupnick, Egan, Smmens y Sotsky (2002).

Se sugiere, producto de los beneficios obtenidos en este estudio, integrar estos procesos de retroalimentación al protocolo oficial de trabajo en el Centro de Atención Psicológica (CAPSI) de la Universidad de Valparaíso.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Acosta, F., Hernández, L. & Miraglia, J. (2009) La Adherencia en psicoterapia. Revista Cuaderno de Psiquiatría Comunitaria. 9(1). pp. 67-78. Extraído el 11 de diciembre del 2015 desde: <http://www.aen.es/docs/cuadernos9-1.pdf>

Ackerman, S. y Hilsenroth, M. (2001). A review of therapist characteristics and techniques negatively impacting the therapeutic alliance. *Psychotherapy* Volume 38 Number 2, 171-185.

Alcazar, R. (2007), Expectativas, percepción del paciente hacia su terapeuta y razones para asistir a dos o más sesiones, "Revista de Salud mental", 30(5), pp. 55-62. Extraído el 13 de diciembre del 2015 desde: <http://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2007/sam075i.pdf>

Altamir, C., Horvath, A. & Krause, M. (2011). Una deconstrucción de la alianza terapéutica: Reflexiones sobre la dimensión subyacente al concepto. *Revista Ciencia y Salud*, 22(3), pp. 267-283. Extraído el 15 de diciembre del 2015 desde: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-52742011000300007&script=sci_arttext

Anderson, E.M., & Lambert, M.J. (1995). Short-term dynamically oriented psychotherapy: A review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 15, 503-514. DOI: 10.1016/0272-7358(95)00027-M

Arango, A. & Moreno, M. (2009). MÁS ALLÁ DE LA RELACIÓN TERAPÉUTICA: UN RECORRIDO HISTÓRICO Y TEÓRICO. *Acta Colombiana de Psicología*, 12(2), 135-145. Revisado Mayo 28, 2015, de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-91552009000200013&lng=en&tlng=es.

Asay, T., & Lambert, M., (1999). The empirical case for the common factors in therapy: quantitative findings. En Hubble, M., Duncan, B., & Miller, S., (Eds). *The heart and soul of change. What works in therapy*, (pp. 23-55) Washington, D.C.: American Psychological Association.

Aspland H.; Llewelyn S.; Ardí G.E.; Barkham M.; Stiles W. (2008). Alliance ruptures and rupture resolution in cognitive-behavior therapy: A pre-liminary task analysis. *Psychotherapy Research*, 18, 6, 699-710.

Beretta, V., De Rolen, Y., Despland, J., Drapeau, M., Favre, M., Fisher, M. & Kramer, V. (2004). Is one assesment enough? Patterns of helping alliance development an outcome. *Revista Clinical Psychology an Psychotherapy*, 11(5), pp. 324.331.

Bergin, A. (1964). Some Implications of Psychotherapy Research for Therapeutic Practice. En: G. Stollak, B. Guerny y M. Rothberg (Eds.), *Psychotherapy Research Selected Readings*, USA: Rand Mc Nally y Co.

Bergin, A. (1966) Some implication of psychotherapy research for therapeutic practice, *Journal of Abnormal and Social Psychology*, (71), pp 235-246; in Lawrence,S. & Nelson, R. (1973) Readings in abnormal psychology. Mss Editorial, New York, pp 64-72.

Beutler, L. (1983). *Eclectic Psychotherapy: A Systematic Approach*. New York, Pergamon Press Inc.

Beutler, L.E. (2009). Making science matter in clinical practice: Redefining psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 16, 301-317. DOI: 10.1111/j.1468-2850.2009.01168.

Beutler, L.E. & Malik, M.L. (2002a) (Eds.), *Rethinking the DSM (3-16)*. Washington, D.C.: American Psychological Association.

Beutler, L.E. & Malik, M.L. (2002b). *Diagnosis and Treatment Guidelines: The Example of Depression*. In L.E. Beutler & M.L. Malik (Eds), *Rethinking the DSM (251-278)*. Washington, D.C.: American Psychological Association

Binder, J. y Strupp, H. (1997). "Negative process": A recurrently discovered and underestimated facet of therapeutic process and outcome in the individual psychotherapy of adults. *Clinical Psychology Science and Practice*, 4, 121-139.

Bion, W. (1962) *Learning from experience*. Roman & Littlefield Publishers, INC. Edition 2004. New York.

Blanco, N. (2015). *Valoración multimétodo de la alianza terapéutica. Indicadores fisiológicos*. Tesis de Pregrado. Da Curaña. Universidad de Curaña. Facultad de Enfermería y Podología. Extraído el 14 de diciembre del 2015 desde: http://ruc.udc.es/dspace/bitstream/2183/15607/2/BlancoBesteiro_Noelia_TFG_2015.pdf

Bordin, E.S. (1979): The generalization of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16, 252-260.

Borghi, J. (1986). Premature termination of psychotherapy and patient-therapist expectations. *Am J Psychother*, 22, pp. 460-473.

Botella, L. & Corbella, S. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de Psicología*. vol, 19, nº2, 205-221. Recuperado el 28 de mayo de 2015 desde:

http://www.um.es/analesps/v19/v19_2/04-19_2.pdf

Botella, L. & Corbella, S. (2004) Investigación en psicoterapia: proceso, resultado y factores comunes. Editorial Vison Net. España. p. 17

Brammer, L. (1979). *The Helping Relationship: Process and Skillis*. New Jersey, Prentice-Hall Inc.

Cáceres, C. Fernández, I. Sanhueza, J. Winkler, M. (1989) Factores inespecíficos de la psicoterapia y efectividad del proceso terapéutico: una sistematización. *Revista Terapia Psicológica*, Año VIII, N° 11 (32 a 40) Recuperado en 15 de mayo de 2015, de [http://www.trustplacement.cl/publicaciones/tecnicos/1989_Winkleret al Factores inesp ecif de la psictpia.pdf](http://www.trustplacement.cl/publicaciones/tecnicos/1989_Winkleret_al_Factores_inesp ecif_de_la_psictpia.pdf)

Cáceres, C., Fernández, I., y Sanhueza, J (1990) Evaluación del cambio en psicoterapia: un estudio de resultados. *Revista Terapia Psicológica*, Año IX, N°14. Recuperado en 15 de mayo de 2015 de <http://es.slideshare.net/ignacioinspirado/cceres-fer1990-cac-fdez-sanh-eval-del-cbio-en-psictpia>

Cruzat, C., Aspillaga, C., Behar, R., Espejo, C., Gana, C. (2013). Facilitadores de la alianza terapéutica en la anorexia nerviosa: Una mirada desde la diada terapeuta-paciente. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 51(3), pp. 175-183. Recuperado el 02 de junio de 2015, desde: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272013000300003&lng=es&tlng=es. 10.4067/S0717-92272013000300003.

González, L., Herrera, P., Krebs, M., Melis, F. & Rivera, A. (2012) Adherencia a psicoterapia en pacientes con trastornos de ansiedad. *Revista Psykhe*, 21(2). Pp 133-147. Extraído el 10 de diciembre del 2015 desde: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-22282012000200011

Gómez, B. (n.d.) La relación terapéutica en terapia cognitiva. Recuperado el 2 de junio 2015 http://apra.org.ar/revistadeapra/pdf/_Gomez.pdf

Escudero, V. (2009) La Creacion de la Alianza Terapeutica en la Terapia Familiar. Apuntes de Psicología Vol. 27 Numero 2-3, pp 247-259. Recuperado el 30 de mayo de 2015 desde: http://www.researchgate.net/profile/Valentin_Escuderp/41207312_La_creacin_de_la_alianza_terapeutica_en_la_Terapia_Familiar/links/09e41509a2e804a1df000000.pdf

Etchegoyen H. (1986). Los Fundamentos de la Técnica Psicoanalítica. Amorrortu Ed. Buenos Aires (en APA).

Etchevers, M., González, M., & Simkin, H. (2012) Principales desarrollos y enfoques sobre alianza y relación terapéutica. Facultad de Psicología - uba / Secretaría de investigaciones / Anuario de investigaciones / Vol XIX pp. 225-232. Recuperado el 05 de junio de 2015 desde: http://psicologiasocial.sociales.uba.ar/files/2013/06/Etchevers_Gonzalez_Simkin_-_2012_-_Principales_Desarrollos_y_Enfoques_sobre_Alianza_y_Relacion_Terapeutica-libre.pdf

Etchevers, M., González, M., Sacchetta, L., Lacoconi, C., Muzzio, G. & Miceli, C. (2010). Relación terapéutica: su importancia en la psicoterapia. II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVII Jornadas de Investigación Sexto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Eubanks, C., Muran, C., & Safran., J. (2015). Rupture Resolution Rating System (3RS): MANUAL. Brief Psychotherapy Research Program Mount Sinai-Beth Israel Medical Center [http://www.researchgate.net/profile/Catherine_Eubanks/publication/270581021_RUPTURE_RESOLUTION_RATING_SYSTEM_\(3RS\)_MANUAL/links/54aecb390cf29661a3d3ad4c.pdf](http://www.researchgate.net/profile/Catherine_Eubanks/publication/270581021_RUPTURE_RESOLUTION_RATING_SYSTEM_(3RS)_MANUAL/links/54aecb390cf29661a3d3ad4c.pdf)

Eysenck, H. (1952). The effects of psychotherapy research: An evaluation. *J. of Consulting and Clinical Psychology*, 16, 319-324.

Fernández, O. (2013) Alianza terapéutica, accesos comunicacionales e indicadores de cambio generico en la fase inicial de la psicoterapia con adolescentes, y superación con resultados y adherencia al tratamiento. Tesis Dr. Inv. Psico. Santiago. Pontificia Universidad Católica de Chile. Extraído el 11 de diciembre del 2015 desde: http://dspace2.conicyt.cl/bitstream/handle/10533/91417/FERNANDEZ_OLGA_2205D.pdf?sequence=1

Francés, A., Sweeney J. & Clarkin, J. (1985). Do Psychotherapies have Specific Effects?. *American Journal of Psychotherapy*, 39 (2)

Freud, S (1912). Sobre la dinamica de la trasferencia. Obras completas Volumen. 12, editorial Amorrortu editores. 1991. Buenos Aires

Freud, A. (1936). El yo y los mecanismos de defensa. Buenos Aires: Paidós, 1965. (1951). Obituary of August Aichorn. *International Journal of Psychoanalysis*, vol. 32

Fossa, P. (2012). Obstáculos del proceso terapéutico: Una revisión del concepto de vínculo y sus alteraciones. *Revista de Psicología GEPU*, 3 (1), 101 - 126. Recuperado el 8 de mayo del 2015 desde: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3982367>

Garfield, S. (1978). Research on Client on Variables in Psychotherapy. En: A. Garfield y A. Bergin (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York: Wiley and Sons.

Gómez, B. (n.d.) La relación terapéutica en terapia cognitiva. Recuperado el 2 de junio 2015 http://apra.org.ar/revistadeapra/pdf/_Gomez.pdf

Greenberg, L., Rice, L., Elliot, R. (1993) *Facilitating Emotional Change: the moment by moment process*, The Guilford Press . United States of America.

Greenson, R (1971) *The real relationship between the patient and the psychoanalist*. En M. Kanzer (ed), *The unconscious today*, pp. 213-232. New York: International Universities Press.

Griffin, M. (2014). *Alianza terapéutica entre pacientes y terapeutas practicantes en tres tipos de corrientes psicológicas: Terapia Cognitivo Conductual, Terapia Humanista y Terapia Psicodinámica*. Tesis de pregrado, Quito. Universidad San Francisco De Quito. Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades. Extraído el 13 de diciembre del 2015 desde: <http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/3407/1/110969.pdf>

Hardin, S., Subich, L., Holvey, J. (1988). *Expectancies for counseling in relation to premature termination*. *J Couns Psychol*, 35, pp. 37-40.

Hartley, D. (1985). *Research on the therapeutic alliance in psychotherapy*. En R. Hales y A. Frances (Eds.), *Psy- chiatry update annual review* (pp. 532-549). Washington, DC: American Psychiatric Press

Hartmann, H. (1958), *Ego Psychology and the problem of adaptation*. Nueva York: International Universities Press.

Hill, C., (2010) *Qualitative studies of negative experience in psychotherapy*, En Muran, J., Barber, J., (2010) *The Therapeutic Alliance: an evidence- based guide to practice*, ed. The guilford press. United States of America.

Hollon, S.D., Stewart, M.O., & Strunk, D. (2006). *Enduring effects for cognitive behavior therapy in the treatment of depression and a nxiety*. *Annual Review of Psychology*, 57, 285-315. DOI: 10.1146/annurev.psych.57.102904.190044

Horvath, A. O. (1981). An exploratory study of the working alliance: Its measurement and relationship to outcome. Unpublished doctoral dissertation, University of British Columbia

Horvath, A.O. (2001) The Alliance. *Revista Psychotherapy*, 38(4), pp. 365-372. Extraído el 13 de diciembre del 2015 desde: <http://psycnet.apa.org/journals/pst/38/4/365/>

Horvath, A. & Luborsky, L. (1993). The Role of the Therapeutic Alliance in Psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(4),pp. 561-573. Recuperado el 29 de mayo del 2015 desde: http://www.researchgate.net/profile/Adam_Horvath7/publication/14828157_The_role_of_the_therapeutic_alliance

Hynand, J.(1990) Client reasons and experiences in treatment that influence termination of psychotherapy. *J Clin Psychol*, 46. pp 891- 895.

Joseph, B. (1989). *Psychic equilibrium and psychic change* (ed. M. Feldman & E.B. Spillius). London and New York: Delta.

Krause, M. (2005). *Psicoterapia y Cambio. Una mirada desde la subjetividad*. Ediciones Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile.

Krause, M., De la Parra, G., Arístegui, R., Dagnino, P., Tomacic, A., Valdés, N., Vilches, O., Echávarri, O., Ben Dov, P., Reyes, L., Altimir, C., Ramírez, I. (2006) Indicadores genéricos en el proceso psicoterapéutico. *Revista Latinoamericana de psicología*, años/vol. 38, número 002, Fundación Universitaria Konrad Lorenz, Bogota, Colombia pp. 299-325 recuperado el 04 de junio de 2015 en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80538206>

Lambert, M., & Bergin, A. (1994). Therapist characteristics and their contribution to psychotherapy outcome. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.). *Handbook of psychotherapy and behavior change* (6th ed.).

Lambert J., Wipple J., Smart D., Vermeersch D., Nielsen S. & Hawkins E. (2001). The effects of Providing Therapists with Feedback on Patient Progress During Psychotherapy: Are Outcomes Enhanced? *Psychotherapy Research* 11 (1), pp 49-68. Extraído el 12 de diciembre del 2015 desde: https://www.researchgate.net/publication/247575707_The_Effects_of_Providing_Therapists_With_Feedback_on_Patient_Progress_During_Psychotherapy_Are_Outcomes_Enhanced

Leichsenring, F., & Rabung, S. (2008). Effectiveness of short-term psychodynamic psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of the American Medical Association*, 200, 1551-1565. DOI: 10.1001/jama.300.13.1551

Lerner, M. (1974). *Introducción a la Psicoterapia de Rogers*. Buenos Aires: Nueva Visión.

López, A., Grau, E., Fusté, A. (2012) Eficacia y utilidad clínica de la terapia psicológica", *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*", 2(3), pp. 447-502. Recuperado el 23 de mayo del 2015 desde: http://www.researchgate.net/publication/26420209_Eficacia_y_utilidad_clinica_de_la_terapiapsicologica

Luborsky, L. (1954). A note on Eysenck's article. "The effects of psychotherapy: an evaluation", *British journal of psychology*. 45. 129-31

Luborsky, L. (1976). Helping alliances in psychotherapy. En J. L. Cleghorn (Ed.), *Successful psychotherapy* (pp. 92-116). New York: Brunner/Mazel.

Luborsky, L., McLellan, T., Woody, G.E., O'Brian, C.P. & Auerbarch, A.H. (1985). Therapist success and its determinants. *Archives of General Psychiatry*, 42, 602-611.

Malik, M.L. & Beutler, L.E. (2002). The emergence of dissatisfaction with the DSM. In L.E. Beutler & M.L. Malik (Eds.), *Rethinking the DSM* (3-16). Washington, D.C.: American Psychological Association.

Margulies, L. (2009) El giro relacional, la alianza terapéutica y la investigación en psicoterapia. ¿Extraño compañeros de compañeros de cama o matrimonio postmoderno? [Safran, J.D., 2003]. *Revista Internacional de Psicoanálisis, Aperturas Psicoanalíticas*, 33. Recuperado el 6 de junio del 2015 desde:

<http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000619&a=El-giro-relacional-la-alianza-terapeutica-y-la-investigacion-en-psicoterapia-Extranos-companeros-de-cama-o-matrimonio-postmoderno>

Marmar, C. (1990). Psychotherapy Process Research: Progress, Dilemmas, and Future Directions. *J. of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 265-272.

Maione, P.V. & Chenail, R.J. (1999). Qualitative inquiry in psychotherapy: Research on the common factors. En: M. Hubble, B. Duncan & S. Miller (Eds.), *The heart and soul of change* (pp. 57- 88). Washington, D.C: APA Press.

Mcneill, B., May, R., Lee, V. (1987) Perceptions of counselor source characteristics by premature and successful terminators. *Revista J Couns Psychol*, 34, pp. 86-89.

Mitchell, S. A. (1997). *Influence and autonomy in psychoanalysis*. Hillsdale, NJ, US: The Analytic Press, Inc.

Mohl, P., Martinez, D., Ticknor, CH., Huang, M., Cordell, L. (1991). Early dropouts from psychotherapy. *J Nerv Ment Dis*, 179, pp.478-481.

Muran J (2002). A Relational Approach to Understanding Change: Plurality and Contextualism in Psychotherapy Research Program. *Society for Psychotherapy Research*, 12, 113-138. Recuperado el día 06 de junio de 2015 desde http://www.researchgate.net/profile/John_Muran/publication/235978106_A_relational_approach_to_understanding_change_pluralism_and_contextualism_in_a_psychotherapy_research_program/links/02e7e5151ceae91530000000.pdf

Navarro, A., Schindler, L., Silva, F., (1987) Evaluación de la conducta del psicoterapeuta: preferencias del cliente. *Evaluación psicológica*, Vol 3 (1) 101-123

Ogden, T. (1994) *Objects of analysis*. H. Karnac (books) Ltd. London

Ojeda, M. (2010). Origen y evolución de la alianza terapéutica, *Revista GPU*, 6 (3), PP 284-295. Extraído el 23 de mayo del 2015 desde: [http://revistagpu.cl/2010/Septiembre/GPU%202010-3%20\(PDF\)/REV%20Origen%20y%20evo.pdf](http://revistagpu.cl/2010/Septiembre/GPU%202010-3%20(PDF)/REV%20Origen%20y%20evo.pdf)

Opazo, R. (2001). *Psicoterapia integrativa. Delimitación clínica*. Santiago, Chile: Ediciones ICPSI.

Overallb, A. (1963). Expectations of psychotherapy in patients of lower socio-economic class. *Am J Orthopsychiatry*, 33, pp. 421-430.

Peaking, G (1993). Improvement in clients who gave different reasons for dropping out of treatment. *J Clin Psychol*, 39, pp.909- 913.

Pereira, R. (2009). La devolución terapia familiar. *Revista norte de Salud Mental*, 7(35). Recuperado el 6 de junio del 2015 desde: http://www.robertopereiratercero.es/articulos/La_Devolución_en_TF.pdf

Pipper, W., Ogrudniczuk, J., Joyce, A., McCallum, M., Rosie, J., O'Kelly, J., Steinberg, P. (1999) Prediction of dropping out in time-limited, interpretive individual psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, vol. 36, 114-122.

Rice, L. & Greenberg, L. (1984). *Patterns of change*. New York: Guilford.

Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95-103.

Rosenzweig, S. (1954) A tranvaluation of psychotherapy: a replay to Hans Eysenck. *Journal of Abnormal and social Psychotherapy*, 49, pp298-304; D.

J. Keisler (1966)

"Some miths of pyscotherapy research and the search for a paradigm, *Psychological Bulletin*, 65, pp. 110-36.

Ruiz, M.A. (1998). Habilidades terapéuticas. En: M.A. Vallejo, *Manual de Terapia de Conducta*, vol. I, Madrid: Dykinson.

Safran, J. & Medea, M. (2010) Tratamiento psicoanalítico relacional breve

Safran, J.D.; Crocker, P.; McCain, S.; Murray, P. (1990). Therapeutic alliance rupture as a therapy event for empirical investigation. *Psychotherapy*, 27(2), pp. 154-165.

Safran, J. & Muran, J. (1996). The resolution of ruptures in the therapeutic alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 447-458.

Safran, J. & Muran, J. (2005). La alianza terapéutica. Una guía para el tratamiento relacional. España. Editorial Desclée de Brouwer.

Safran, J. D. y Muran, J. C. (2000). Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide. New York, NY, US: The Guilford Press. <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000258>

Safran, J.; Muran, J.; Samstag, L. y Stevens, C. (2002). Repair- ing alliance ruptures. En J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapists contributions and responsiveness to patients* (pp. 235-254). New York: Oxford University Press.

Saketopoulo, A. (1999). The therapeutic alliance in psychodynamic psychotherapy: Theoretical conceptualizations and research findings. *Psychotherapy Research*, 36, 4, pp. 329-342. Extraído el 12 de diciembre del 2015 desde: https://www.researchgate.net/publication/232517869_The_therapeutic_alliance_in_psychodynamic_psychotherapy_Theoretical_conceptualizations_and_research_findings

Santibáñez, P. (2002). La Alianza en Psicoterapia: Una sistematización. *Terapia Psicológica*, 20(1), 9-21

Santibáñez, P. Román., M., Lucero, C., Espinoza, A., Iribarra, D., & Müller, P. (2008). Variables inespecíficas en psicoterapia. *Terapia psicológica*, 26(1), 89-98. Recuperado en 15 de mayo de 2015, de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082008000100008&lng=es&tlng=en. 10.4067/S0718-48082008000100008

Santibáñez, P., Roman, M., y Vinet, E. (2009) Efectividad de la psicoterapia y su relación con la alianza terapéutica. *Revista Interdisciplinaria*, 26(2), pp. 267-287. Recuperado el 11 del 2015, disponible en:

<http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1668-0272009000200006&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1668-7027

Salgado, M. (2014) Resolución de ruptura en la alianza terapéutica. Una revisión bibliográfica. XXI Jornadas de residentes de la salud del área metropolitana, realizado en Buenos Aires, Argentina. Extraído el 10 de diciembre del 2015 desde: https://www.researchgate.net/publication/280742180_Resolucion_de_Rupturas_en_la_Alianza_Terapeutica_Una_revision_Bibliografica

Shedler, J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American Psychologist*, 65, 98-109. DOI: 10.1037/a0018378

Smith M., Glass, G. & Miller, T. (1980). *The Benefits of Psychotherapy*. Baltimore, MD: John Hopkins University Press

Sterba, R. (1934). The fate of the ego in analytic therapy. *International Journal of Psychoanalysis*, 115, 117-126.

Sterba, R. (1940). The dynamics of the dissolution of the transference resistance. *Psychoanalytic Quarterly*, 9 1940, Inc.

Storolow, R., Brandchaft, B., & Atwood, G. (1994). *Psychoanalytic treatment: An intersubjective approach*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.

Strupp, A. (1978). Psychotherapy research and practice: an overview. En: S. Garfield y A. Bergin (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and behavior change*. New York: Wiley y Sons.

Trull, T. & Jerry, P. (2003). *Psicología clínica: Conceptos, métodos y aspectos prácticos de la profesión*. México: International Thomson Editores, S.A.

Tryon, G.S. y Kane, A.S. (1995): Client involvement, working alliance, and type of therapy termination. *Psychotherapy Research*, 5(3), 189-198.

Waizmann, V., Espíndola, I., y Roussos, A., (2009) ACERCA DE LAS RUPTURAS DE ALIANZA TERAPÉUTICA. I Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVI Jornadas de Investigación Quinto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, <http://www.aacademica.com/000-020/199.pdf>

Watson, J. C. y Greenberg, L. S. (1995). Alliance ruptures and repairs in experiential therapy. In *Session Psychotherapy in Practice*, 1(1), 19-31

Winkler, M., Avendaño, C, Krause, M. & Soto, A. (1993). El cambio desde la perspectiva de los consultantes. *Terapia Psicológica*, 20, 7-19.

Zetzel, E. R. (1956). Current concepts of transference. *International Journal of Psycho-Analysis*, 37, 369-375.

10. ANEXOS

Anexo 1.

Cuestionario de resultados OQ-45.2

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: M F
 N° Ficha: _____ Sesión N° _____ Fono: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Para ayudarnos a entender como se ha estado sintiendo, basese en los **ÚLTIMOS SIETE DIAS**, incluyendo el día de hoy. Lea cuidadosamente las frases y seleccione la categoría que mejor describa como se siente esta semana. En el cuestionario el término "**TRABAJO**" se refiere al empleo, la escuela, el trabajo voluntario, ser dueña de casa, cuidar los niños, etc. Por favor no escriba en las áreas oscuras. Marque con una "X" en el cuadro que corresponda.

	Nunca	Casi nunca	A veces	Con frecuencia	Casi siempre				
1. Me llevo bien con otros	4	3	2	1	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Me canso rápidamente.	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Nada me interesa	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Me siento presionado (estresado) en el trabajo/escuela.	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Me siento culpable.	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Me siento irritado, molesto.	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Me siento contento con mi matrimonio/pareja.	4	3	2	1	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Pienso en quitarme la vida.	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Me siento débil.	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Me siento atemorizado.	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Necesito tomar bebidas alcohólicas en la mañana, después de haber tomado el día anterior. (Si esto no le ocurre marque nunca).	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Encuentro satisfacción en mi trabajo/ escuela.	4	3	2	1	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Soy una persona feliz.	4	3	2	1	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Trabajo/estudio excesivamente (mas de la cuenta).	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Me siento inútil.	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Me abruma (angustia) los problemas de mi familia.	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Mi vida sexual me llena.	4	3	2	1	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Me siento solo.	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Discuto frecuentemente.	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Me siento querido y que me necesitan.	4	3	2	1	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Disfruto mi tiempo libre.	4	3	2	1	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Tengo dificultades para concentrarme.	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Nunca	Casi nunca	A veces	Con frecuencia	Casi siempre	SD	IR	SR
23. Me siento sin esperanza en el futuro.	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Estoy contento conmigo mismo.	4	3	2	1	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Me perturban o molestan pensamientos de los que no me puedo deshacer.	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Me molesta que me critiquen porque tomo o me drogo. (No se refiere a medicamentos recetados). (Si esto no le ocurre marque nunca)	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Tengo malestares estomacales.	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Trabajo/estudio tan bien como lo hacía antes.	4	3	2	1	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Mi corazón palpita demasiado.	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Tengo dificultades para llevarme bien con mis amigos y conocidos.	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Estoy satisfecho con mi vida.	4	3	2	1	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Tengo problemas en el trabajo/escuela debido a las drogas o el alcohol. (Si esto no le ocurre marque nunca).	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Siento que algo malo va a ocurrir.	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Tengo los músculos adoloridos.	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Me atemorizan los espacios abiertos, el manejar, el estar dentro de un bus, el metro, ascensores, etcétera.	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Me siento nervioso.	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Me satisfacen mis relaciones con mis seres queridos.	4	3	2	1	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Siento que me va bien en el trabajo/escuela.	4	3	2	1	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Tengo muchas discusiones en el trabajo/escuela.	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Siento que algo anda mal con mi mente.	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Tengo dificultades para dormir, o no me puedo quedar dormido.	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Me siento triste.	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Mis relaciones con otros me satisfacen.	4	3	2	1	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Me enoja tanto en el trabajo/escuela que puedo hacer algo de lo que después me puedo arrepentir.	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Me dan dolores de cabeza.	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						+	-	
						Total:		

Developed by Michael Lambert, Ph.D. and Gary M. Burlingame, Ph.D.
 © Copyright 1996 American Professional Credentialing Services LLC.
 All Rights Reserved. License Required For All Uses.
 Validado en Castellano por Guillermo de la Parra C. y Alejandra von Bergen R.

Para mayor información conta: Guillermo de la Parra C.
 E-MAIL: gdelap@net.vtr
 Alejandra von Bergen R.
 E-MAIL: avonbergen@terra.cl

Inventario de Alianza de Trabajo

Forma P

Instrucciones

En las siguientes páginas se plantean una serie de afirmaciones que describen algunas de las diferentes maneras en que una persona puede pensar o sentir acerca de su psicoterapeuta (psicólogo). A medida que lea las afirmaciones, cuando en el texto aparezca una _____, inserte mentalmente el nombre de su psicoterapeuta (psicólogo).

Bajo cada una de las afirmaciones hay una escala con puntaje de 1 a 7:

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	A veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre

Si la afirmación describe la manera que usted piensa (o siente) siempre, marque el número 7; si esto nunca le sucede marque el número 1. Use los números existentes entremedio para describir las variaciones entre estos extremos.

Este cuestionario es CONFIDENCIAL; ni su terapeuta ni el consultorio verán sus respuestas.

Trabaje rápido; queremos conocer sus primeras impresiones.

(POR FAVOR NO OLVIDE RESPONDER TODOS LOS ITEMES)

Gracias por su cooperación.

© W.A.I.: A. Horvath, 1981, 1984.

I.A.T. : Adaptación a Chile (Santibáñez, 2000)

Puntajes: T: _____ M: _____ V: _____

1.	Me siento incómodo (a) con _____.						
	1	2	3	4	5	6	7
	Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	A veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre
2.	Creo que _____ y yo estamos de acuerdo respecto de las cosas que yo necesitaré hacer en la terapia para cambiar mi situación.						
	1	2	3	4	5	6	7
	Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	A veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre
3.	Siento que me aporlean y me tienen preocupado (a) los resultados de estas sesiones.						
	1	2	3	4	5	6	7
	Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	A veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre
4.	Lo que estoy haciendo en terapia me aporta nuevas perspectivas para mirar mi problema.						
	1	2	3	4	5	6	7
	Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	A veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre
5.	Pienso que _____ y yo nos entendemos.						
	1	2	3	4	5	6	7
	Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	A veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre
6.	Siento que _____ percibe adecuadamente cuáles son mis metas.						
	1	2	3	4	5	6	7
	Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	A veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre
7.	Encuentro confuso lo que estoy haciendo en terapia.						
	1	2	3	4	5	6	7
	Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	A veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre
8.	Creo que _____ me estima.						
	1	2	3	4	5	6	7
	Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	A veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre
9.	Desearía que _____ y yo pudiéramos clarificar el objetivo de nuestras sesiones.						
	1	2	3	4	5	6	7
	Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	A veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre
10.	Estoy en desacuerdo con _____ acerca de lo que yo debería lograr en terapia.						
	1	2	3	4	5	6	7
	Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	A veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre
11.	Creo que el tiempo que _____ y yo estamos juntos en la (s) sesión (es) no es aprovechado de modo eficiente.						
	1	2	3	4	5	6	7
	Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	A veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre
12.	Me da la impresión que _____ no entiende lo que yo estoy tratando de lograr en la terapia.						
	1	2	3	4	5	6	7
	Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	A veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre

13.	Tengo claro cuáles son mis responsabilidades en la terapia.						
	1	2	3	4	5	6	7
	Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	A veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre
14.	Las metas de estas sesiones son importantes para mi.						
	1	2	3	4	5	6	7
	Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	A veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre
15.	Encuentro que lo que _____ y yo hacemos en terapia no se relaciona con mis problemas actuales.						
	1	2	3	4	5	6	7
	Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	A veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre
16.	Siento que las cosas que hago en la terapia me van a ayudar a lograr los cambios que deseo.						
	1	2	3	4	5	6	7
	Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	A veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre
17.	Creo que _____ está genuinamente preocupado (a) por mi bienestar.						
	1	2	3	4	5	6	7
	Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	A veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre
18.	Tengo claridad respecto a lo que _____ quiere que yo haga en estas sesiones.						
	1	2	3	4	5	6	7
	Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	A veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre
19.	Siento que _____ y yo nos respetamos mutuamente.						
	1	2	3	4	5	6	7
	Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	A veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre
20.	Siento que _____ no es completamente sincero (a) en sus sentimientos hacia mi.						
	1	2	3	4	5	6	7
	Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	A veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre
21.	Confío en la capacidad de _____ para ayudarme.						
	1	2	3	4	5	6	7
	Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	A veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre
22.	_____ y yo estamos trabajando para lograr metas terapéuticas establecidas de mutuo acuerdo.						
	1	2	3	4	5	6	7
	Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	A veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre
23.	Siento que _____ me aprecia.						
	1	2	3	4	5	6	7
	Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	A veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre
24.	Creo que _____ y yo estamos de acuerdo sobre lo que para mi es importante trabajar.						
	1	2	3	4	5	6	7
	Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	A veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre

25.	Como resultado de estas sesiones, tengo más claro como podría cambiar.	1 Nunca	2 Casi nunca	3 Ocasionalmente	4 A veces	5 Frecuentemente	6 Casi siempre	7 Siempre
26.	Creo que _____ y yo confiamos uno en el otro.	1 Nunca	2 Casi nunca	3 Ocasionalmente	4 A veces	5 Frecuentemente	6 Casi siempre	7 Siempre
27.	Me da la impresión que _____ y yo tenemos ideas diferentes acerca de cuáles son mis problemas.	1 Nunca	2 Casi nunca	3 Ocasionalmente	4 A veces	5 Frecuentemente	6 Casi siempre	7 Siempre
28.	Mi relación con _____ es muy importante para mí.	1 Nunca	2 Casi nunca	3 Ocasionalmente	4 A veces	5 Frecuentemente	6 Casi siempre	7 Siempre
29.	Tengo la sensación que si yo digo o hago cosas incorrectas, _____ va a dejar de trabajar conmigo.	1 Nunca	2 Casi nunca	3 Ocasionalmente	4 A veces	5 Frecuentemente	6 Casi siempre	7 Siempre
30.	Pienso que _____ y yo trabajamos juntos (as) en establecer metas para mi terapia.	1 Nunca	2 Casi nunca	3 Ocasionalmente	4 A veces	5 Frecuentemente	6 Casi siempre	7 Siempre
31.	Estoy frustrado (a) por las cosas que estoy haciendo en terapia.	1 Nunca	2 Casi nunca	3 Ocasionalmente	4 A veces	5 Frecuentemente	6 Casi siempre	7 Siempre
32.	Creo que hemos establecido un buen acuerdo sobre cuál es el tipo de cambios que serían buenos para mí.	1 Nunca	2 Casi nunca	3 Ocasionalmente	4 A veces	5 Frecuentemente	6 Casi siempre	7 Siempre
33.	Siento que las cosas que _____ me pide que haga no tienen sentido.	1 Nunca	2 Casi nunca	3 Ocasionalmente	4 A veces	5 Frecuentemente	6 Casi siempre	7 Siempre
34.	No sé qué resultados esperar de mi psicoterapia.	1 Nunca	2 Casi nunca	3 Ocasionalmente	4 A veces	5 Frecuentemente	6 Casi siempre	7 Siempre
35.	Creo que la manera en que estamos trabajando con mi problema es correcta.	1 Nunca	2 Casi nunca	3 Ocasionalmente	4 A veces	5 Frecuentemente	6 Casi siempre	7 Siempre
36.	Siento que _____ se preocupa por mí incluso cuando hago cosas que él (ella) no aprueba.	1 Nunca	2 Casi nunca	3 Ocasionalmente	4 A veces	5 Frecuentemente	6 Casi siempre	7 Siempre

Anexo 3.



Consentimiento Informado para Terapeutas Participantes de Investigación

El propósito del presente documento es invitarlo a participar en el estudio "Alianza terapéutica y Feedback: sus efectos y beneficios para el proceso terapéutico en el contexto de la atención de pacientes del Centro de Atención Psicológica (CAPSI) de la Escuela de Psicología de la Universidad de Valparaíso", cuyos investigadores son María Fernanda Santana, María de los Ángeles Soto y Camilo González, bajo la supervisión de Javier Morán Kneer, psicólogo y académico de la Escuela de Psicología de la Universidad de Valparaíso. Para que usted pueda tomar una decisión informada, le explicaremos a continuación cuáles serán los procedimientos involucrados para el desarrollo de esta investigación, así como en qué consistiría su colaboración si accede a participar.

1. La investigación se realizará en el Centro de Atención Psicológica (CAPSI) de la Escuela de Psicología de la Universidad de Valparaíso.
2. El éxito terapéutico depende de la conjugación de ciertas variables y cómo éstas se van modificando a lo largo del proceso terapéutico. Existen muchos estudios que avalan ampliamente la idea que la variable que más influye en el éxito terapéutico es la alianza terapéutica. Barber, Crits-Cristoph y Luborsky (1992, citado en Horvath y Luborsky, 1993) encontraron que la alianza terapéutica explicaba entre un 36% y un 57% de la variancia del resultado final de la terapia. El que se formen potentes alianzas beneficia el proceso terapéutico en sí y posee efectos positivos en los consultantes.
3. El estudiar esta variable y determinar las alianzas generadas entre terapeuta y consultante, nos entrega información valiosa que permite realizar procesos de retroalimentación. Esta instancia es particularmente relevante para los estudiantes de pre-grado que realizan sus prácticas profesionales en CAPSI, ya que acceden a la posibilidad de aprender cómo potenciar su quehacer profesional, fortalecer la alianza en las sesiones que realicen y así lograr mayor adherencia y mejores procesos terapéuticos y un aprendizaje más acabado.
4. El objetivo de la investigación es evaluar los efectos sobre el tratamiento de la implementación de una estrategia que busca fortalecer la alianza terapéutica entre pacientes y terapeutas en formación.
5. Su participación y compromiso en el estudio es voluntaria. Usted es invitado en calidad de Terapeuta en los procesos psicológicos de CAPSI.
6. Al comienzo sus colaboraciones completará algunos cuestionarios sobre monitoreo de proceso terapéutico (OQ-45.2) y Alianza terapéutica (IATp) además de una encuesta de antecedentes demográficos. Durante el proceso terapéutico se volverá a aplicar el cuestionario de alianza en 3 oportunidades más, tarea que no será realizada por Ud., sino por un colaborador designado para ello. Al término de la última sesión Ud. deberá aplicar el OQ.45 a su paciente.
7. Existirán dos grupos de terapeutas para este estudio: control y experimental. En caso de que usted pertenezca al grupo experimental, se le solicitará que grabe y revise las grabaciones de las sesiones realizadas a partir del "Sistema de Codificación de Rupturas y Resoluciones", la que será realizada por el profesor Javier Morán Kneer. Además se le solicitará que revise los resultados del instrumento IATp tras cada aplicación de éste.
8. Como terapeuta del grupo control no tendrá que realizar ninguna actividad distinta a las que normalmente realiza al momento de atender a sus pacientes.
9. La presente investigación no presenta ningún riesgo para los participantes ni para el proceso terapéutico en curso.
10. Tampoco tendrá costos de ningún tipo para el participante, ni recompensa monetaria.
11. El participante tiene derecho a manifestar cualquier duda o inquietud que surja a los investigadores en cualquier momento del estudio y a retirarse de la investigación si así lo estima necesario, comunicándose al investigador principal. Su retiro no generará perjuicios de ningún tipo. Las terapias que se lleven a cabo fuera de la investigación no serán interrumpidas ni se verán afectadas.



12. El nombre del terapeuta participante se mantendrá en estricta confidencialidad, identificándose con un código numérico. El registro de los datos será reservado. Sólo tendrán acceso a ellos responsables de la investigación y serán resguardados por el investigador principal en archivos ubicados en su oficina en la Escuela de Psicología de la Universidad de Valparaíso, con carácter confidencial.
13. Las grabaciones de sesiones serán de exclusivo uso del terapeuta tratante, quien las utilizará para las tareas descritas para esta investigación y durante el tiempo que dure este estudio. Éstas no serán divulgadas ni publicadas en ningún momento.
14. Los resultados de la investigación podrán ser divulgados o no, según lo estime el investigador, en publicaciones de tipo científico y/o académico siempre preservando la identidad de los participantes.
15. Esta investigación ha sido evaluada y aprobada por el Comité de Bioética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso. Si usted lo requiriera, puede contactar a alguno de sus integrantes con su secretaria administrativa, Sra. Ana María Carreño, en el teléfono 2507370.



Acta de Consentimiento Informado

Yo,, RUT....., DECLARO que los testistas María Fernanda Santana, María de los Ángeles Soto y Camilo Javier González, supervisados por Javier Morán Kneer, psicólogo y académico de la Escuela de Psicología de la Universidad de Valparaíso ubicada en Avda. Brasil 2140, Valparaíso, me han informado en detalle en qué consiste la investigación "Alianza terapéutica y Feedback: sus efectos y beneficios para el proceso terapéutico en el contexto de la atención de pacientes del Centro de Atención Psicológica (CAPSI) de la Escuela de Psicología de la Universidad" que se llevará a cabo en el Centro de Atención Psicológica de la Escuela de Psicología de la Universidad de Valparaíso, cuáles son los procedimientos a los que seré sometido/a y en qué consistirá mi participación. De acuerdo a lo explicado en el Consentimiento Informado entiendo que:

1. El objetivo del estudio es evaluar los efectos sobre el tratamiento de la implementación de una estrategia que busca fortalecer la alianza terapéutica entre pacientes y terapeutas en formación.
2. Mi participación es totalmente voluntaria y consistirá en ser terapeuta a cargo de una psicoterapia, una vez a la semana. Antes de iniciar el proceso, mi consultante completará unos cuestionarios (encuesta antecedentes demográficos y OQ-45.2). Durante el desarrollo de la terapia, en caso de pertenecer al grupo experimental, deberé revisar y analizar tanto los resultados brutos de un cuestionario de alianza terapéutica que completará mi paciente tras la sesión 1, 3 y 5 y me entregará un colaborador de la investigación, como también, las grabaciones de las sesiones basándome en el Sistema de Codificación de Rupturas y Resoluciones. Al término de la última sesión deberé aplicar a mi consultante el instrumento OQ-45.2.
3. La investigación no ofrece riesgo alguno para mí; si en algún momento mi participación me trae algún problema, podré comunicarme al investigador para ver posibles soluciones. También sé que podré retirarme del estudio si lo estimo conveniente, sin que ello implique perjuicio alguno para mí.
4. Los datos obtenidos serán confidenciales y mi nombre no será dado a conocer, en su lugar, se utilizará un código numérico. Los resultados sólo podrán ser usados en alguna otra investigación cuyo objetivo no se aleje de los propósitos de este estudio.
5. Los resultados podrán ser divulgados en publicaciones de tipo académico-científico, resguardando mi identidad. Además, podré acceder a los resultados, si yo lo requiriera.
6. No recibiré remuneración alguna por participar en este estudio.
7. Si me surgiera alguna duda, podré consultar al supervisor de la investigación en cualquier momento de la investigación, a quien puedo contactar por teléfono (32) 2508603 e E-mail: javier.moran@uv.cl.
8. El Comité de Bioética de la Facultad de Medicina ha evaluado esta investigación y podré contactar a alguno de sus integrantes a través de su secretaria administrativa, Sra. Ana María Carreño, en el teléfono 2507370.

De acuerdo a lo declarado por mí en este documento, del que recibo una copia, firmo aceptando mi participación en esta investigación.

Nombre y Firma Director Establecimiento o su Delegado
RUT:
Fecha:

Nombre y Firma Participante
RUT:
Fecha:

Nombre y Firma Investigador
RUT:
Fecha:

Valparaíso, ... de de 2015



Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

El propósito del presente documento es invitarlo a participar en el estudio “Alianza terapéutica y Feedback: sus efectos y beneficios para el proceso terapéutico en el contexto de la atención de pacientes del Centro de Atención Psicológica (CAPSI) de la Escuela de Psicología de la Universidad de Valparaíso”, cuyos investigadores son María Fernanda Santana, María de los Ángeles Soto y Camilo González, bajo la supervisión de Javier Morán Kneer, psicólogo y académico de la Escuela de Psicología de la Universidad de Valparaíso. Para que usted pueda tomar una decisión informada, le explicaremos a continuación cuáles serán los procedimientos involucrados para el desarrollo de esta investigación, así como en qué consistiría su colaboración si accede a participar.

1. La investigación se realizará en el Centro de Atención Psicológica (CAPSI) de la Escuela de Psicología de la Universidad de Valparaíso.
2. El estudio busca conocer de qué manera el fortalecimiento de la relación entre terapeuta y paciente influye en el éxito de la terapia. Esto se basa en evidencia que ha demostrado que lo que los psicólogos llaman “alianza terapéutica” estaría fuertemente asociado a los resultados de una psicoterapia (Horvath y Luborsky, 1993). De esta manera, el que se formen fuertes alianzas terapéuticas beneficia el proceso en sí y posee efectos positivos para los consultantes. El estudiar esta variable y determinar las alianzas generadas entre terapeuta-consultante nos entrega información valiosa, especialmente para los estudiantes de pre-grado que realizan sus prácticas profesionales en CAPSI, ya que se encuentran en un proceso de aprendizaje que busca prepararlos para su quehacer profesional y entregarles herramientas para generar procesos terapéuticos positivos y un aprendizaje adecuado sobre su profesión.
3. El objetivo de la investigación es evaluar los efectos sobre el tratamiento de la implementación de una estrategia que busca fortalecer la alianza terapéutica entre pacientes y terapeutas en formación.
4. Su participación y permanencia en el estudio es voluntaria. Al comienzo se le solicitará completar algunos cuestionarios sobre monitores del proceso terapéutico (OQ-45.2) y alianza terapéutica (IATp), además de una encuesta de antecedentes demográficos. Durante el proceso terapéutico se le volverá a aplicar el cuestionario de alianza en 3 oportunidades más. En la última sesión Ud. deberá completar nuevamente el instrumento OQ-45.2.
5. La presente investigación no presenta ningún riesgo para sus participantes ni para el proceso terapéutico en curso.
6. Tampoco tendrá costos de ningún tipo para el participante, ni recompensa monetaria.
7. El participante tiene derecho a manifestar cualquier duda o inquietud que surja a los investigadores o a su terapeuta en cualquier momento del estudio. Así también, el participante tiene derecho a retirarse de la investigación si así lo estima necesario, comunicándose directamente a su terapeuta. Su retiro no generará perjuicios de ningún tipo. Las terapias que se lleven a cabo fuera de la investigación no serán interrumpidas ni se verán afectadas.
8. El nombre del participante se mantendrá en estricta confidencialidad, identificándose con un código numérico. El registro de los datos será reservado. Sólo tendrán acceso a ellos responsables de la investigación y serán resguardados por el investigador principal en archivos ubicados en su oficina en la Escuela de Psicología de la Universidad de Valparaíso, con carácter confidencial. Durante la terapia, en caso de que se realicen grabaciones en video, éstas serán de exclusivo uso del terapeuta tratante, quien las utilizará exclusivamente para su formación y aprendizaje profesional durante el tiempo que dure la investigación. Estas no serán divulgadas ni publicadas en ningún momento.
9. Los resultados de la investigación podrán ser divulgados o no, según lo estime el investigador, en publicaciones de tipo científico y/o académico siempre preservando la identidad de los participantes.
10. Esta investigación ha sido evaluada y aprobada por el Comité de Bioética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso. Si usted lo requiriera, puede contactar a alguno de sus integrantes con su secretaria administrativa, Sra. Ana María Carreño, en el teléfono 2507370.



Acta de Consentimiento Informado

Yo,, RUT....., DECLARO que los testistas María Fernanda Santana, María de los Ángeles Soto y Camilo Javier González, supervisados por Javier Morán Kneer, psicólogo y académico de la Escuela de Psicología de la Universidad de Valparaíso ubicada en Avda. Brasil 2140, Valparaíso, me han informado en detalle en qué consiste la investigación "Alianza terapéutica y Feedback: sus efectos y beneficios para el proceso terapéutico en el contexto de la atención de pacientes del Centro de Atención Psicológica (CAPSI) de la Escuela de Psicología de la Universidad de Valparaíso" que se llevará a cabo en el Centro de Atención Psicológica de la Escuela de Psicología de la Universidad de Valparaíso, cuáles son los procedimientos a los que será sometido/a y en qué consistirá mi participación. De acuerdo a lo explicado en el Consentimiento Informado entiendo que:

1. El objetivo del estudio es evaluar los efectos sobre el tratamiento de la implementación de una estrategia que busca fortalecer la alianza terapéutica entre pacientes y terapeutas en formación.
2. Mi participación es totalmente voluntaria y consistirá en someterme a psicoterapia una vez a la semana. Al término de las sesiones 1, 3, 5 y final completaré un cuestionario que aplicará un investigador, al término de la sesión que habla sobre la relación con mi terapeuta. Además, al concluir el proceso terapéutico, completaré un cuestionario que permite evaluar los resultados de la terapia.
3. Estoy de acuerdo con la posibilidad que para fines de esta investigación se graben las sesiones de psicoterapia, las que serán vistas exclusivamente por mi terapeuta y su supervisor/a.
4. La investigación no ofrece riesgo alguno para mí; si en algún momento mi participación me trae algún problema, podré comunicárselo al investigador para ver posibles soluciones. También sé que podré retirarme del estudio si lo estimo conveniente sin que ello implique perjuicio alguno para mí.
5. Los datos obtenidos serán confidenciales es decir, mi nombre no será dado a conocer, en su lugar, se utilizará un código numérico. Los resultados no podrán ser usados en alguna otra investigación cuyo objetivo no se aleje de los propósitos de este estudio.
6. Los resultados podrán ser divulgados en publicaciones de tipo académico-científico, resguardando mi identidad. Además entiendo que tendré acceso a los resultados, si yo lo requiriera.
7. No recibiré remuneración alguna por participar en este estudio.
8. Si me surgiera alguna duda, podré consultarla al supervisor de la investigación en cualquier momento de la investigación, a quien podrá contactar al teléfono (32) 2508603 e E-mail: javier.moran@uv.cl.
9. El Comité de Bioética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso ha evaluado esta investigación y podré contactar a alguno de sus integrantes a través de su oficina administrativa, Sra. Ana María Carreño, en el teléfono 2507370.

De acuerdo a lo declarado por mí en este documento, del que recibo una copia, firmo aceptando mi participación en esta investigación.

Nombre y Firma Director Establecimiento o su Delegado

RUT:

Fecha:

Nombre y Firma Participante

RUT:

Fecha:

Nombre y Firma Investigador

RUT:

Fecha:

Valparaíso, ... de de 2015



MEMORANDUM N° 2

ANT: SOLICITUD AUTORIZACIÓN APOYO DESARROLLO DE SEMINARIO DE TÍTULO DEPARTAMENTO CLÍNICO.

MAT: RESPONDE LO SOLICITADO

VALPARAISO, Mayo 12 de 2015.

DE : GONZALO LIRA MENDIGUREN
A : SR. JAVIER MORÁN - COORDINADOR CENTRO PSICOLOGÍA APLICADA (CAPSI)

Estimado Profesor Morán:

De acuerdo a lo solicitado mediante correo electrónico de fecha 30 de abril del presente año, y luego de analizados los antecedentes acompañados, me permito informar a Ud. de la autorización para el desarrollo del Seminario de Título del Departamento de Psicología Clínica denominado: "Feedback y alianza terapéutica: Efectos y beneficios en el proceso psicoterapéutico", de los estudiantes María Fernanda Santana, María de los Ángeles Soto y Camilo González, en las dependencias del Centro de Psicología Aplicada (CAPSI).

En su condición de profesor guía de dicho seminario, agradeceré a Ud. cautelar y adoptar todas las medidas necesarias a fin de garantizar el carácter voluntario del estudio, así como el estricto cumplimiento de las normas y directrices éticas para la investigación con personas.

Atentamente,



Ps. GONZALO LIRA MENDIGUREN
DIRECTOR
ESCUELA DE PSICOLOGÍA

ACTA DE EVALUACIÓN BIOÉTICA No. 26/2015

I. El Comité de Bioética de la Facultad de Medicina, de la Universidad de Valparaíso constituido por Jimena Le Roy, tecnólogo médico, Presidenta; Eva Sotelo, profesora de Castellano, Vice-presidenta; Ivanny Marchant, médico – cirujano, Secretaria; María Alejandra Muñoz, matrona; Daniel Ciudad, kinesiólogo; Patricia Herrera, educadora de párvulos y Carlos Varas, psicólogo, en su sesión del día 30 de julio de 2015, declara haber evaluado el protocolo experimental del proyecto “**Alianza terapéutica y Feedback: sus efectos y beneficios para el proceso terapéutico en el contexto de la atención de pacientes del Centro de Atención Psicológica (CAPSI) de la Escuela de Psicología de la Universidad de Valparaíso**”, presentado por el investigador responsable Javier Morán Kneer, adscrito a esta Facultad.

II. Para su evaluación el Comité de Bioética revisó los siguientes antecedentes:

1. Protocolo n° 20/2015 versión en español
2. Hoja Informativa de Consentimiento Informado y Acta de Consentimiento Informado, versión en español, cuyos destinatarios son participantes de investigación.
3. *Curriculum Vitae* del investigador responsable.
4. Carta autorización Director Escuela de psicología.

III. En la valoración bioética del proyecto, el Comité consideró que dicha propuesta cumple con los principios éticos necesarios para su realización, entre otros, los de beneficencia y autonomía, pese a los riesgos; se concluyó que su pertinencia fundamental radica en:

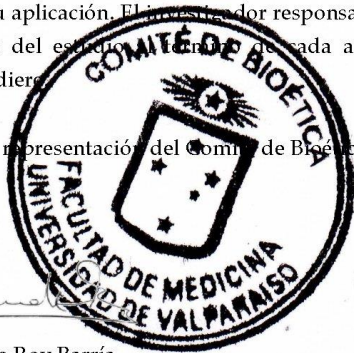
1. El diseño se ajusta a las Normas de Investigación en Seres Humanos.
2. El estudio propuesto podrá aportar al conocimiento de los efectos y beneficios de la relación entre terapeuta y paciente (alianza terapéutica) de quienes se atienden en el Centro de Atención Psicológica (CAPSI) de la Escuela de Psicología de la Universidad de Valparaíso. El potencial beneficio de esta investigación supera a los riesgos, estimados en una cuantía no mayor a la habitual exposición de los sujetos de investigación.
3. El Consentimiento Informado da cuenta de la finalidad de la investigación en forma clara; explícita y respeta la voluntariedad del posible participante, además de ofrecerle la oportunidad de retirarse en cualquier momento sin que ello le revista algún perjuicio; asegura la confidencialidad de los datos y de la identidad del sujeto; se precisa que no existen riesgos, ni costos involucrados

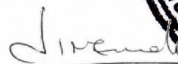
como tampoco remuneración por participar; especifica en qué consistirá la colaboración del sujeto, señalando tiempo que involucrará la aplicación de los instrumentos, y explicitando el compromiso de activar un protocolo de contención y posterior derivación si se detectara alguna sintomatología que así lo requiriese en los participantes; así también, el investigador da a conocer su teléfono e E-mail de contacto para ubicarlo en caso de cualquier consulta o duda.

4. Los antecedentes curriculares del Investigador Principal garantizan la ejecución del estudio dentro de los marcos éticos y técnicos aceptables.
5. Los miembros del Comité declararon no tener conflicto de interés.

IV. Por lo anterior, el Comité de Bioética de la Facultad de Medicina aprueba el presente protocolo de investigación, que se llevará a cabo en la Universidad de Valparaíso durante el año 2015, bajo la supervisión del investigador responsable, Javier Morán Kneer. Las eventuales modificaciones que pudiera sufrir el protocolo al que serán sometidos los participantes deberán ser evaluadas por este Comité y aprobadas previo a su aplicación. El investigador responsable deberá transmitir informe de estado de avance del estudio en forma anual, a cada año de ejecución o el informe final, si correspondiere.

Firman en representación del Comité de Bioética de la Facultad de Medicina




Jimena Le Roy Barría
Presidenta


Ivanny Marchant Ramírez
Secretaria

Valparaíso, 13 de agosto de 2015

C/C.

- Secretaría CBI-FAMED
- Comisión de Investigación Facultad de Medicina