

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA PERCEPCIÓN DE LA RELACIÓN PSICOTERAPÉUTICA EN PACIENTES DE LA CIUDAD DE SAN LUIS

DESCRIPTIVE STUDY OF THE PERCEPTION OF THE PSYCHOTHERAPEUTIC RELATIONSHIP IN PATIENTS FROM THE CITY OF SAN LUIS

Horacio Daniel García*, Marina Beatriz Fantin** y Anahí Isgró***
Universidad Nacional de San Luis, Argentina

Recibido: 15 de octubre de 2014

Aceptado: 26 de marzo de 2015

RESUMEN

Para indagar la percepción del paciente de la relación terapéutica y las valoraciones acerca del terapeuta que podrían ser facilitadoras, se diseñó un estudio recurriendo a una muestra no probabilística compuesta por 108 pacientes ($M = 31.90$, $DE = 11.54$), residentes en San Luis, Argentina. Se utilizó el *Helping Alliance Questionnaire* - HAQ-II (Luborsky et al., 1996) y un cuestionario construido *ad hoc*. En los resultados se observa, en general, una adecuada relación terapéutica y una alta valoración en los terapeutas de aspectos como calidez, seriedad, comprensión, confianza, respeto, interés y compromiso. Las terapeutas mujeres obtuvieron puntuaciones mayores en calidez y seriedad, clima de confianza, compromiso de trabajo, entre otros. Los pacientes sin conocimiento de los diferentes enfoques de psicoterapia tienden a valorar más positivamente aspectos vinculares de la relación terapéutica; en tanto quienes tienen conocimiento poseen expectativas más altas respecto a los resultados que pretenden alcanzar.

Palabras clave: Alianza terapéutica, psicoterapia, relación terapéutica.

ABSTRACT

To investigate the patient's perception of the therapeutic relationship and assessments about the therapist which could be facilitating, we designed a study using a non-probabilistic sample composed by 108 patients ($M = 31.90$, $SD = 11.54$), residents in San Luis, Argentina. The *Helping Alliance Questionnaire* - HAQ-II was used (Luborsky et al., 1996) and a questionnaire built *ad hoc*, too. In general, the results show an appropriate therapeutic relationship and a high rating of therapist aspects such as warmth, seriousness, understanding, trust, respect, interest and commitment. Women therapists obtained higher scores in warmth and seriousness, trust, commitment to work, among others. Patients without knowledge of the different psychotherapy approaches tend to assess more positively relational aspects of the therapeutic relationship; meanwhile those who have knowledge have higher expectations about the results that are intended to be achieved.

Keywords: Therapeutic alliance, psychotherapy, therapeutic relationship

* hdgarcia69@gmail.com

** marinafantin78@gmail.com

*** anahi.isgro@gmail.com

Fundamentación

A partir de los estudios de Lambert, Shapiro y Bergin (1986), quienes demostraron que la menor incidencia del cambio en psicoterapia se debía a los procedimientos específicos de cada enfoque terapéutico, ha cobrado un mayor impulso la investigación de los factores inespecíficos de la psicoterapia obteniendo un especial interés la relación entre paciente y terapeuta. Esto se ve reflejado en el hecho de que a partir de la década de 1980 se proponen diferentes instrumentos con el objetivo de evaluarla, los que reflejan la diversidad teórica de las conceptualizaciones (Wiseman, Tishby y Barber, 2012).

De un modo contundente Fridlander, Heatherington y Myna (2009) expresaron que: «La relación con el terapeuta es de importancia crucial para que la terapia tenga éxito» (pp. 19-20), en tanto que Corbella y Botella (2003) resaltaron que el éxito del proceso psicoterapéutico depende en gran medida de la calidad emocional y relacional del vínculo entre el paciente y el terapeuta. Estudios metaanalíticos han resaltado que la capacidad del terapeuta para desarrollar una adecuada relación terapéutica está asociada con los resultados alcanzados con sus pacientes (Del Re, Flückiger, Horvath, Symonds y Wampold, 2012).

Claramente, la relación terapéutica es un tipo particular de relación, muy diferente a cualquier otro vínculo que las personas pueden entablar en su vida cotidiana, siendo justamente aquellas características diferenciales las que le confieren el carácter de terapéutica: asimetría en la demanda, retribución económica, encuadre, intervenciones basadas en principios teóricos o empíricos claramente fundamentados y labor basada en las necesidades y/o objetivos que demanda el paciente.

Las particularidades del paciente y terapeuta, así como las percepciones individuales respecto del otro y de la relación misma serán los aspectos que caractericen el vínculo que entre ellos se establece (Corbella y Botella, 2003). En este sentido, la alianza terapéutica sería entendida como el resultado de los sentimientos y actitudes de los participantes en torno al proceso psicoterapéutico, y tal como lo señala Santibáñez (2002):

En ella, la especificación de los propósitos por parte del consultante y su motivación a trabajar favorecerían el establecimiento de la alianza, y consecuentemente, implementarían la posibilidad de resultados positivos en el proceso. (p. 93)

Recientemente, la Asociación Americana de Psicología, a través de las Divisiones de Psicoterapia y Psicología Clínica ha dado relevancia al estudio de la relación terapéutica estableciendo los grupos de trabajo orientados a identificar cuales son los factores involucrados (Norcross, 2011), de manera similar a lo realizado anteriormente por la División de Psicología Clínica con los tratamientos psicológicos empíricamente validados en la década de 1990. Según Norcross (2011), los estudios metaanalíticos coinciden al señalar una serie de apreciaciones vinculadas con el resultado terapéutico: la alianza terapéutica, la empatía, la aceptación, la congruencia y el feedback del cliente.

Objetivos

- Indagar la percepción del paciente acerca de la relación terapéutica durante el proceso psicoterapéutico.
- Explorar diferencias de media según sexo del terapeuta; si conoce la existencia de otros enfoques de psicoterapia; si escogió a su terapeuta por el enfoque teórico y si asiste a psicoterapia por motivación propia o por sugerencia de terceros.
- Verificar la existencia de posibles correlaciones significativas a nivel estadístico entre las variables en estudio.

Método

Diseño

Se asume un nivel de investigación descriptivo, adoptándose para el análisis de los resultados un diseño descriptivo y correlacional.

Muestra

Se trabajó con una muestra de carácter intencional, no probabilística, compuesta por 108 pacientes que asisten a psicoterapia en el ámbito privado (72 mujeres y 36 varones), con edades comprendidas entre 16 y 69 años ($M = 31.90$,

* hdgarcia69@gmail.com

** marinafantin78@gmail.com

*** anahi.isgro@gmail.com

$DE = 11.54$), que residen en la provincia de San Luis, Argentina. La población diana, si bien presenta una mayor prevalencia de mujeres, resulta heterogénea respecto al resto de las variables sociodemográficas así como del motivo de consulta y del diagnóstico. Para determinar el muestreo se consideraron dos criterios de inclusión con la finalidad de garantizar la comprensión de las consignas y del contenido de los ítems de los instrumentos de evaluación: (a) edad (se fijó un rango entre los 15 años y 70 años) y (b) nivel de severidad del trastorno (en función del criterio de los terapeutas).

Instrumentos

- *Helping Alliance Questionnaire* - HAq-II (Luborsky et al., 1996); revisado y adaptado al idioma español por Conn, Medrano y Moretti (2013). Es un autoinforme que evalúa la fuerza de la alianza terapéutica. Permite identificar dos factores:
 - Alianza terapéutica positiva: Describe la valoración del paciente acerca del terapeuta, señalando un vínculo de confianza, entendimiento y respeto, siendo el principal objetivo alcanzar las metas terapéuticas en un trabajo mancomunado con el terapeuta; donde ambos comparten una visión acerca de la naturaleza del problema y se produce intercambios significativos que facilitan el cambio. Asimismo, el paciente se siente aceptado como persona y siente que su terapeuta es idóneo para ayudarlo.
 - Alianza terapéutica negativa: Este factor describe una relación característicamente más distante y fría, donde el paciente se siente ocasionalmente juzgado por el terapeuta, considera que los procedimientos terapéuticos no se ajustan a las necesidades que él expresa, y/o valora que los encuentros no son lo suficientemente productivos. Además, el instrumento ofrece una puntuación global que considera como puntaje de corte orientativo los 86 puntos. La consistencia interna del HAq-II (alfa de Cronbach) es de 0.87 (Santa Cruz y Sepúlveda, 2010).

- *Cuestionario elaborado ad hoc*. Ítems que evalúan datos del entrevistado y de su terapeuta (sexo y edad), de la duración del tratamiento (meses), del enfoque terapéutico utilizado y distintos aspectos de la relación terapéutica (por ejemplo, clima de confianza, seguridad, calidez y seriedad, motivación dentro y fuera de la sesión, expectativas positivas, compromiso, respeto, implicancia del terapeuta) que son evaluados mediante una escala Lickert de 6 puntos.

Procedimiento

Con la finalidad de evitar interferencias en el desarrollo del tratamiento de los pacientes que constituirían la muestra de estudio, se informó y solicitó autorización a un conjunto de psicoterapeutas con personas bajo tratamiento. Habiendo verificado previamente si cumplían con los criterios de inclusión establecidos, se entrevistó individualmente a los participantes que conformaron la muestra, con el objetivo de brindar una breve explicación del alcance de la investigación y del compromiso de confidencialidad de los datos obtenidos, solicitándoles su acuerdo y la firma de un consentimiento informado previo a la administración de los instrumentos.

Los instrumentos fueron administrados de manera personal e individual al finalizar la sesión programada con cada psicoterapeuta y en ausencia del mismo. Luego de ser completados, los participantes los introducían en un sobre cerrado (sin identificación alguna) que era depositado inmediatamente en un buzón con la finalidad de reforzar la noción de anonimato de la contribución.

Procedimiento estadístico

Los instrumentos recogidos fueron evaluados y luego se volcaron sus valores en una matriz de datos que fue sometida a tratamiento mediante el programa estadístico SPSS. En primera instancia se analizaron valores de media, frecuencias y porcentajes de las variables en estudio; posteriormente se determinó mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov que la distribución de la mayoría de las variables en estudio no se ajustaban a la normal, por lo que finalmente fueron aplicados estadísticos no paramétricos para establecer correlaciones y diferencias de media.

* hdgarcia69@gmail.com

** marinafantin78@gmail.com

*** anahi.isgro@gmail.com

Resultados

Tabla 1

Valores de media, desviación estándar, mínimo y máximo de las variables demográficas y del cuestionario elaborado ad hoc

	Mínimo	Máximo	Media	Desv. estándar	
Edad estimada del terapeuta	26	65	43.74	9.95	
Tiempo en terapia (meses)	1	89	16.64	19.21	
Cuestionario elaborado ad hoc	Tuve una impresión de confianza y seguridad cuando solicité mi primera consulta.	1	6	4.23	1.58
	Al conocer a mi terapeuta él/ella me transmitió calidez y seriedad.	3	6	5.30	.80
	Me sentí cómodo y comprendido desde el primer momento de mi terapia.	1	6	5.14	1.03
	Me siento en un clima de confianza durante la sesión.	2	6	5.36	.83
	Mis expectativas de obtener buenos resultados fueron aumentando paulatinamente.	2	6	5.17	.95
	Me siento motivado durante las sesiones.	1	6	5.08	1.09
	Me encuentro motivado fuera de las sesiones.	1	6	4.69	1.09
	Una vez que resuelva mis conflictos actuales, tal vez siga tratando otras problemáticas.	1	6	4.43	1.54
	No me quedaron dudas de la metodología de trabajo y el proceso terapéutico luego de la sesión inicial.	1	6	4.33	1.40
	Me siento comprometido con el trabajo que implica la terapia.	2	6	5.30	.85
	Me siento respetado por mi terapeuta.	1	6	5.53	1.01
	Pienso que la terapia es un trabajo en equipo entre el terapeuta y yo.	1	6	5.50	.81
	Siento que al terapeuta realmente le interesa lo que me sucede.	1	6	5.34	1.02
Siento que el terapeuta se compromete junto a mi en el trabajo que realizamos.	1	6	5.38	.90	

La Tabla 1 permite observar que la *Edad estimada del terapeuta* presenta un rango de 39 años, un valor de media de 43.74 años y una desviación estándar de 9.95. La duración promedio de asistencia a terapia fue de 16.64 meses con una desviación estándar de 18.59, observándose en ambas variables una significativa dispersión de los valores.

Considerando los ítems del cuestionario elaborado *ad hoc* y analizando la relación entre los valores de media, desviación estándar y el puntaje máximo posible para estas variables se puede deducir que la valoración de los pacientes respecto a la relación terapéutica es evidentemente positiva en todos los aspectos indagados.

* hdgarcia69@gmail.com

** marinafantin78@gmail.com

*** anahi.isgro@gmail.com

Tabla 2

Valores de media, desviación estándar, mínimo, máximo y media de referencia de los factores que componen el *Helping Alliance Questionnaire*

	Mínimo	Máximo	Media (DE)	Media de referencia
C.A.T. Alianza negativa	12	30	22.82 (5.13)	–
Alianza positiva	36	84	71.16 (8.54)	–
Puntaje total alianza	54	114	93.98 (11.79)	86 *

* Luborsky et al. (1996)

Comparando el valor del total de Alianza terapéutica obtenidos en la muestra ($M = 93.98$ y $DE = 11.79$) con los propuestos por Luborsky et al. (1996), quienes propusieron un valor de 86 como puntaje de corte, se puede afirmar que la percepción en la muestra en estudio al respecto es buena (ver Tabla 2).

Un 59 % de la muestra refirió el marco teórico de adhesión de su psicoterapeuta, de ellos en la Figura 1 se observa que cerca de un 36 % de los pacientes son asistidos por terapeutas con formación psicoanalítica, un 13 % con formación gestáltica, un 13 % con formación integrativa y un 8 % con terapeutas conductuales.

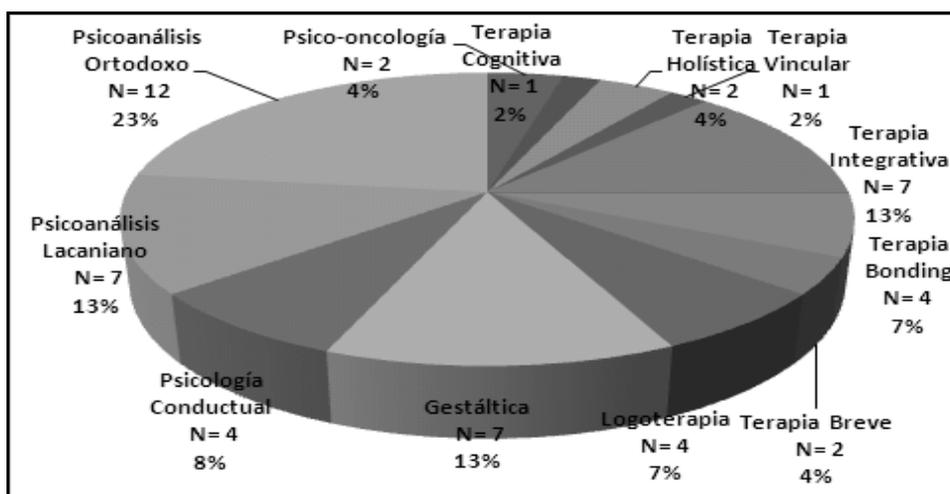


Figura 1. Frecuencias y porcentajes de los enfoques terapéuticos utilizados por los terapeutas.

* hdgarcia69@gmail.com

** marinafantin78@gmail.com

*** anahi.isgro@gmail.com

Tabla 3

Valores de media, diferencia de media y nivel de significación encontrados en las variables estudiadas según Sexo del terapeuta

	Mujeres (N = 77)		Hombres (N = 31)		Prueba de Mann-Whitney		d de Cohen
	Media	Desv. Est.	Media	Desv. Est.	Dif. media	Sig. Bilat.	
Al conocer a mi terapeuta él/ella me transmitió calidez y seriedad.	5.44	.66	4.96	.99	.476	.035	0.57
Me sentí cómodo y comprendido desde el primer momento de mi terapia.	5.34	.84	4.65	1.29	.690	.009	0.63
Me siento en un clima de confianza durante la sesión.	5.52	.66	4.96	1.07	.554	.015	0.63
Siento que el terapeuta se compromete junto a mi en el trabajo que realizamos.	5.53	.68	5.00	1.23	.531	.045	0.53

Se observa una mayor valoración en las psicoterapeutas (mujeres) de algunos aspectos relacionados con la relación terapéutica como: calidez y seriedad, clima de confianza, compromiso de trabajo, así como en el hecho de transmitirle la comodidad necesaria al paciente (Tabla 3). Observando el coeficiente *d* de

Cohen de cada unas de las variables señaladas se puede advertir un tamaño del efecto medio y señalar que los valores de media del grupo de psicoterapeutas mujeres se ubican, aproximadamente, en el percentil 70 del grupo de psicoterapeutas varones, siguiendo a Cohen (1988).

Tabla 4

Valores de media, diferencia de media y nivel de significación encontrados en las variables estudiadas según Conoce o no la existencia de otros enfoques de psicoterapia

	No conoce (N = 49)		Sí conoce (N = 59)		Prueba de Mann-Whitney		d de Cohen
	Media	Desv. Est.	Media	Desv. Est.	Dif. media	Sig. Bilat.	
Al conocer a mi terapeuta él/ella me transmitió calidez y seriedad.	5.53	.60	5.15	.88	.375	.047	0.50
Me sentí cómodo y comprendido desde el primer momento de mi terapia.	5.42	.79	4.96	1.14	.459	.046	0.47
Me siento en un clima de confianza durante la sesión.	5.58	.59	5.19	.94	.390	.046	0.50
Una vez que resuelva mis conflictos actuales, tal vez siga tratando otras problemáticas.	4.03	1.70	4.75	1.35	-.728	.042	0.47

En la Tabla 4 es posible apreciar que quienes conocen la existencia de otros enfoques teóricos, distintos al de su terapeuta, tienden a evaluar más favorablemente, que quienes no, la posibilidad *seguir tratando otras problemáticas una vez resueltos los problemas actuales* (diferencia de media -.728 y significación bilateral .042). Por

otra parte, los pacientes que desconocen la existencia de diversos enfoques teóricos en psicoterapia expresan, en general, haberse sentido más *cómodos y comprendidos* por su psicoterapeuta (diferencia de media .459 y significación bilateral .046), poseer un mejor *clima de confianza durante la sesión* (diferencia de media .390 y

* hdgarcia69@gmail.com

** marinafantin78@gmail.com

*** anahi.isgro@gmail.com

significación bilateral .046) y sentir una mayor *calidez* y *seriedad por parte de su terapeuta* (diferencia de media .375 y significación bilateral .047). Los valores

correspondientes a *d* de Cohen indican un tamaño del efecto moderado.

Tabla 5

Valores de media, diferencia de media y nivel de significación encontrados en las variables estudiadas según Escogió o no a su terapeuta por el enfoque teórico

	No (N = 71)		Sí (N = 37)		Prueba de Mann-Whitney		<i>d</i> de Cohen
	Media	Desv. Est.	Media	Desv. Est.	Dif. media	Sig. Bilat.	
Me siento en un clima de confianza durante la sesión.	5.48	.73	5.04	.98	.447	.019	0.51
Una vez que resuelva mis conflictos actuales, tal vez siga tratando otras problemáticas.	4.20	1.51	5.04	1.48	-.834	.005	- 0.56
Pienso que la terapia es un trabajo en equipo entre el terapeuta y yo.	5.66	.59	5.15	1.09	.508	.006	0.58

En la Tabla 5 se registra que quienes han escogido a su terapeuta por su enfoque teórico estiman más probable seguir *trabajando otras problemáticas* (diferencia de media -.834 y significación bilateral .005), en tanto quienes no condicionaron la elección de su terapeuta por su marco teórico de referencia obtuvieron valores de media significativamente más altos en las variables *Me siento en*

un clima de confianza durante la sesión (diferencia de media .447 y significación bilateral .019) y *Pienso que la terapia es un trabajo en equipo entre el terapeuta y yo* (diferencia de media .508 y significación bilateral .006). Analizando *d* de Cohen se corrobora para estas variables un tamaño del efecto medio.

Tabla 6

Valores de media, diferencia de media y nivel de significación encontrados en las variables estudiadas según Asiste a psicoterapia por motivación propia o por sugerencia de terceros

	Motivación propia (N = 74)		Sugerencia de otros (N = 34)		Prueba de Mann-Whitney		<i>d</i> de Cohen
	Media	Desv. Est.	Media	Desv. Est.	Dif. media	Sig. Bilat.	
Una vez que resuelva mis conflictos actuales, tal vez siga tratando otras problemáticas.	4.68	1.40	3.78	1.75	.89	.029	0.57

En la Tabla 6 se muestra un tamaño de efecto medio en la variable *Una vez que resuelva mis conflictos actuales, tal vez siga tratando otras problemáticas* (diferencia de media .89 y significación bilateral .029), y se

señala que los valores de media más elevados los presentan los pacientes que asisten a terapia por motivación propia en comparación con aquellos que lo hacen por sugerencia de alguien más.

* hdgarcia69@gmail.com

** marinafantin78@gmail.com

*** anahi.isgro@gmail.com

Tabla 7

Coefficientes de correlación Rho de Spearman y significación bilateral hallados entre las variables del Cuestionario ad hoc y Tiempo de terapia y las variables del Helping Alliance Questionnaire y Edad del terapeuta

		Edad estimada del terapeuta	Alianza negativa *	Alianza positiva	Puntaje total alianza
Tiempo en Terapia (meses).	Coef. Corr. Sig. bilat.	.296** .005			
Tuve una impresión de confianza y seguridad cuando solicité mi primera consulta.	Coef. Corr. Sig. bilat.			.350** .001	.280** .007
Al conocer a mi terapeuta él/ella me transmitió calidez y seriedad.	Coef. Corr. Sig. bilat.	-.249* .017	.354** .001	.624** .000	.572** .000
Me sentí cómodo y comprendido desde el primer momento de mi terapia.	Coef. Corr. Sig. bilat.	-.227* .031	.319** .002	.504** .000	.465** .000
Me siento en un clima de confianza durante la sesión.	Coef. Corr. Sig. bilat.		.390** .000	.651** .000	.630** .000
Mis expectativas de obtener buenos resultados fueron aumentando paulatinamente.	Coef. Corr. Sig. bilat.		.257* .014	.534** .000	.467** .000
Me siento motivado durante las sesiones.	Coef. Corr. Sig. bilat.		.424** .000	.605** .000	.605** .000
Me encuentro motivado fuera de las sesiones.	Coef. Corr. Sig. bilat.		.310** .003	.514** .000	.469** .000
Una vez que resuelva mis conflictos actuales, tal vez siga tratando otras problemáticas.	Coef. Corr. Sig. bilat.			.248* .018	.244* .020
No me quedaron dudas de la metodología de trabajo y el proceso terapéutico luego de la sesión inicial.	Coef. Corr. Sig. bilat.			.301** .004	
Me siento comprometido con el trabajo que implica la terapia.	Coef. Corr. Sig. bilat.		.504** .000	.615** .000	.615** .000
Me siento respetado por mi terapeuta.	Coef. Corr. Sig. bilat.	-.213* .043	.391** .000	.519** .000	.524** .000
Pienso que la terapia es un trabajo en equipo entre el terapeuta y yo	Coef. Corr. Sig. bilat.		.209* .047	.412** .000	.352** .001
Siento que al terapeuta realmente le interesa lo que me sucede.	Coef. Corr. Sig. bilat.		.413** .000	.703** .000	.640** .000
Siento que el terapeuta se compromete junto a mi en el trabajo que realizamos.	Coef. Corr. Sig. bilat.		.440** .000	.671** .000	.647** .000

* Para la ponderación del factor Alianza negativa es necesario transformar sus puntuaciones, por lo que puntajes mayores sugieren un menor deterioro de la alianza.

* hdgarcia69@gmail.com

** marinafantin78@gmail.com

*** anahi.isgro@gmail.com

LIBERABIT: Lima (Perú) 21(1): 141-151, 2015

ISSN: 1729-4827 (Impresa)

ISSN: 2233-7666 (Digital)

En la Tabla 7 se señala que la variable *Edad estimada del terapeuta* presenta una asociación positiva de baja intensidad y altamente significativa con la variable *Tiempo en terapia* (lo que sugeriría que a mayor edad del terapeuta los pacientes tenderían a permanecer más tiempo en terapia), así como correlaciones negativas, de baja intensidad y significativas con las variables: *Al conocer a mi terapeuta él/ella me transmitió calidez y seriedad*, *Me sentí cómodo y comprendido desde el primer momento de mi terapia* y *Me siento respetado por mi terapeuta*. Estos resultados nos indican que mientras mayor sea la edad percibida de su psicólogo/a los pacientes tienden a puntuar más bajo en dichos aspectos de la relación terapéutica.

Al analizar la Tabla 7 se puede interpretar que cada dimensión que compone el *Cuestionario de alianza terapéutica* se comporta de manera relativamente homogénea cuando se indagan las posibles correlaciones con los ítems del cuestionario elaborado *ad hoc*. Por ejemplo, *Alianza positiva* presenta correlaciones positivas altamente significativas y de intensidad variable con los 14 ítems del instrumento elaborado para este trabajo. A su vez, el *Puntaje total de la Alianza* presenta correlaciones positivas de variada intensidad y altamente significativas con todos los ítems, excepto con el ítem *No me quedaron dudas sobre la metodología de trabajo y el proceso terapéutico luego de la sesión inicial*. Claramente, estos resultados señalan una fuerte correspondencia entre el diseño de los ítems planteados en el instrumento *ad hoc* y el HAQ-II.

Discusiones y conclusiones

En función de los resultados relacionados con el primer objetivo de este estudio, se puede señalar que en general los ítems construidos con la finalidad de evaluar distintos aspectos de la relación terapéutica, que constituyen el cuestionario *ad hoc*, resultan orientativos de que características de los terapeutas como calidez, seriedad, comprensión, confianza, respeto, interés y compromiso son evaluadas por los pacientes de modo favorable; del mismo modo que las expectativas positivas de resultado, motivación y compromiso por parte del paciente. Asimismo, se puede concluir que la muestra en estudio valora en general de manera positiva la relación con su psicólogo/

a, considerando los resultados obtenidos mediante el HAQ-II. No obstante, al efectuar un seguimiento de diversas publicaciones realizadas en torno a la calidad de Alianza, se observa en general puntuaciones variables en el mismo instrumento, un ejemplo de esto se encuentra en los trabajos realizados por Petry y Bickel (1999); Crits-Christoph et al. (2009), aun cuando las muestras son similares en términos diagnósticos. Estos datos orientan la hipótesis de que la alianza terapéutica probablemente puede ser más sensible al enfoque, a las características del terapeuta y las características de personalidad de los pacientes que al tipo de diagnóstico de los mismos.

En cuanto al segundo objetivo propuesto, al momento de establecer diferencias de media en las variables estudiadas según *Sexo del terapeuta*, se encontró que los pacientes puntuaron más favorablemente a las psicoterapeutas (mujeres) en aspectos tales como: Calidez y seriedad, Clima de confianza, Compromiso de trabajo, así como en el hecho de transmitirle la comodidad necesaria al paciente. Posiblemente este hallazgo encuentre explicación en los estudios realizados por Shields y McDaniel (1992), quienes encontraron que los terapeutas hombres tienden a ser más activos verbalmente, instrumentales y directivos que las terapeutas mujeres. Sin embargo, Nadelson, Notman y McCarthy (2008) han advertido que la elección y percepción de los psicoterapeutas frecuentemente se encuentran ancladas en visiones estereotipadas relacionadas con el sexo de los mismos, así los hombres tienden a ser concebidos como defensores de los valores patriarcales en términos de límites y autoridad, en tanto que a las mujeres se las vincula con aspectos relacionados con la crianza (contención y cuidado).

Si se analizan las diferencias de media, según se conozca o no la existencia de diferentes enfoques de psicoterapia, se refleja en los datos que las personas que no tienen conocimiento al respecto tienden a valorar más positivamente aspectos vinculares de la relación terapéutica (calidez, seriedad, comprensión, comodidad y confianza), en tanto, quienes tienen conocimiento de la diversidad de enfoques psicoterapéuticos poseen expectativas más altas respecto a los resultados que se pretende alcanzar. Quizás un elemento esclarecedor de estos resultados podría ser que el conocimiento acerca de

* hdgarcia69@gmail.com

** marinafantin78@gmail.com

*** anahi.isgro@gmail.com

la oferta en psicoterapia probablemente provenga de experiencias anteriores y no solo de la simple información, así, las personas que han asistido anteriormente a dispositivos terapéuticos tenderían a la vez a una visión más crítica y exigente de la relación terapéutica.

De un modo similar, quienes han elegido a su terapeuta por su enfoque teórico tienden a manifestar puntuaciones más altas cuando se les pregunta si seguirían tratando otras dificultades personales una vez resueltos sus conflictos actuales. Sin embargo, quienes no eligieron a su terapeuta por su enfoque son los que presentan puntuaciones más elevadas en la percepción de un clima de confianza en la relación y en la consideración de que la psicoterapia es un trabajo en equipo entre terapeuta y paciente.

Tradicionalmente la eficacia del proceso terapéutico tendía a ser atribuida a la técnica empleada o más ampliamente al enfoque teórico del terapeuta (Critelli y Neumann, 1984); no obstante, la enorme evidencia científica reciente parece apuntar a las variables relacionadas con el paciente (expectativa de cura, fe en el terapeuta, entre otros), con el terapeuta (por ejemplo, empatía mostrada y capacidad de escucha) y, en especial, con la interacción terapéutica (alianza terapéutica) las que explicarían un mayor porcentaje del cambio terapéutico (Romero, 2008). Por consiguiente, desde el punto de vista del paciente, tanto el conocimiento de la diversidad de enfoques teóricos como la elección del terapeuta en función de esa elección, no resulta inocuo en términos de la valoración de algunos aspectos de la relación terapéutica.

La decisión personal del paciente acerca del inicio y mantenimiento de la psicoterapia ha sido reflejada en la literatura científica como un factor decisivo del pronóstico del tratamiento (Beckman, 1980). En esta investigación se ha encontrado que cerca del 70 % de los pacientes asisten por motivación propia y, además, que este grupo, en comparación con quienes asisten por indicaciones y sugerencias de los demás, presenta mayores deseos de continuar trabajando problemáticas personales una vez resueltos los conflictos actuales.

La motivación en el tratamiento es un tema sensible tanto en el ámbito de la psicoterapia como en el del *counseling*, presumiblemente porque los resultados positivos y duraderos muy probablemente ocurren cuando el paciente se involucra en un rol activo y comprometido en el proceso de cambio (Ryan y Deci, 2008). Ryan, Lynch, Vansteenkiste y Deci (2011) plantearon que la motivación inicial al tratamiento es un aspecto crucial, aunque advierten que una significativa proporción de los pacientes asisten con cierto grado de ambivalencia o son presionados para que inicien su tratamiento.

Siguiendo el tercer objetivo, las asociaciones entre las variables encontradas en este estudio sugieren que los pacientes de terapeutas con mayor edad tienden a permanecer más tiempo en tratamiento; sin embargo, los terapeutas mayores son valorados menos favorablemente que los terapeutas más jóvenes en ciertos aspectos de la relación terapéutica relacionados con la posibilidad de transmitir calidez y seriedad al paciente, favorecer su comodidad y aportarle la sensación de que está siendo comprendido y respetado.

Por otro lado, atentos a las asociaciones más fuertes encontradas entre el HAq-II y el cuestionario *ad hoc* se observa que la Alianza terapéutica se encuentra relacionada de manera positiva con:

- (a) La calidez y seriedad transmitida por el terapeuta al inicio de la terapia.
- (b) La construcción de un clima de confianza durante la sesión.
- (c) La motivación del paciente durante las sesiones.
- (d) El compromiso del paciente en el proceso terapéutico.
- (e) La percepción de que el terapeuta respeta al paciente.
- (f) La valoración de que al terapeuta realmente le interesa lo que le sucede al paciente y que se compromete junto a él en el trabajo a realizar.

Si bien esta investigación contiene algunas limitaciones, entre las cuales se debe señalar principalmente el tipo de muestreo que impide la generalización de los resultados, presenta una serie de datos que posiblemente alentará futuros trabajos.

* hdgarcia69@gmail.com

** marinafantin78@gmail.com

*** anahi.isgro@gmail.com

Referencias

- Beckman, L. J. (1980). An attributional analysis of Alcoholics Anonymous. *Journal of Studies on Alcohol*, 41, 714-726.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, Nueva York: Lawrence Earlbaum Associates.
- Conn, H., Medrano, L. A., & Moretti, L. (2013). Adaptación del cuestionario de alianza de ayuda revisado versión paciente (HAQ-II-P) para la población de cordobeses. *Terapia Psicológica*, 31(2), 165-174.
- Corbella, S. & Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de Psicología*, 19(2), 205-221.
- Critelli, J. W. & Neumann, K. F. (1984). The placebo: conceptual analysis of a construct in transition. *American Psychologist*, 39, 32-39.
- Crits-Christoph, P., Gallop, R., Temes, C. M., Woody, G., Ball, S. A., Martino, S., & Carroll, K. (2009). The Alliance in Motivational Enhancement Therapy and Counseling as Usual for Substance Use Problems. *Consulting and Clinical Psychology*, 77(6), 1125-1135.
- Del Re, A. C., Flückiger, C., Horvath, A., Symonds, D., & Wampold, B. (2012). Therapist effects in the therapeutic alliance–outcome relationship: A restricted-maximum likelihood meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 32(7), 642-649.
- Fridlander, V., Heatherington, L., & Myna, L. (2009). *La Alianza Terapéutica en la terapia familiar y de pareja*. Madrid: Paidós Ibérica.
- Lambert, M. J., Shapiro, D. A., & Bergin, A. E. (1986). The effectiveness of psychotherapy. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 157-212). New York: Wiley.
- Luborsky, L., Barber, J. P., Siqueland, L., Johnson, S., Najavits, L. M., Frank, A., & Daley, D. (1996). The revised Helping Alliance Questionnaire (HAQ-II): Psychometric properties. *Psychotherapy Practice and Research*, 6(3), 260-271.
- Nadelson, C. C., Notman, M. T., & McCarthy, M. K. (2008). Gender issues in psychotherapy. *Paradigm*, 12(2), 14-18.
- Norcross, J. C. (2011). *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness* (2^a ed.). New York: Oxford University Press.
- Petry, N. M. & Bickel, W. K. (1999). Therapeutic Alliance and Psychiatric Severity as Predictors of Completion of Treatment for Opioid Dependence. *Psychiatric Services*, 50(2), 219-227.
- Romero, A. F. (2008). Factores atribucionales de la efectividad psicoterapéutica. *Anales de psicología*, 24(1), 88-99.
- Ryan, R. M. & Deci, E. L. (2008). A self-determination theory approach to psychotherapy: The motivational basis for effective change. *Canadian Psychology*, 49, 186-193.
- Ryan, R. M., Lynch, M. F., Vansteenkiste, M., & Deci, E. L. (2011). Motivation and Autonomy in Counseling, Psychotherapy, and Behavior Change: A Look at Theory and Practice. *The Counseling Psychologist*, 39(2), 193-260.
- Santa Cruz, S. & Sepúlveda, R. (2010). *Alianza terapéutica: traducción, adaptación y validación del Helping Alliance Questionnaire II (HAQ-II) de Lester Luborsky para estándares chilenos* (Tesis de Magíster en Psicología Clínica). Universidad del Desarrollo. Santiago, Chile. Recuperado de <http://biblioteca.udd.cl/pergamo/OPAC/pgopac.cgi?VDOC?2?39002>
- Santibáñez, P. (2002). La Alianza en Psicoterapia: Una sistematización. *Terapia Psicológica*, 20(1), 9-21.
- Shields, C. & McDaniel, S. (1992). Process Differences between male and female therapist in a first family interview. *Marital and Family Therapy*, 18, 143-151.
- Wiseman, H., Tishby, O., & Barber, J. (2012). Collaboration in Psychodynamic Psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology: In session*, 68(2), 136-145.

* Universidad Nacional de San Luis, Argentina (Facultad de Psicología).

** Universidad Nacional de San Luis, Argentina (Facultad de Psicología).

*** Universidad Nacional de San Luis, Argentina (Facultad de Psicología).

* hdgarcia69@gmail.com

** marinafantin78@gmail.com

*** anahi.isgro@gmail.com

LIBERABIT: Lima (Perú) 21(1): 141-151, 2015