

Alianza terapéutica de pacientes con diagnósticos psiquiátricos ¹

Diveana Paola Mayor Barreto

Universidad Rafael Urdaneta, Maracaibo, Venezuela

Correo Electrónico: diveana.28527772@uru.edu

Resumen

La investigación buscó describir la alianza terapéutica entre profesionales de salud mental y sus pacientes mediante un paradigma cuantitativo de nivel descriptivo, con modelo de campo y diseño no experimental transversal. La población fueron marabinos que tuvieron 6 meses o más diagnosticados con deterioro a nivel social y asistieron a 3 sesiones psicoterapéuticas con el mismo interviniente. Mediante un muestreo no probabilístico intencional con error de 10%, se conformó una muestra de 100 sujetos y se les aplicó el Inventario de Alianza Terapéutica traducido y adaptado por Santibáñez (2001) la versión del paciente. Los resultados mostraron una alta alianza terapéutica en sus tres dimensiones (vínculos, tareas y metas). Los pacientes femeninos mostraron puntajes más elevados en la dimensión de metas, esto indica que tuvieron mayor facilidad para negociar con sus terapeutas, adquiriendo mayor compromiso y responsabilidad con el proceso terapéutico, a diferencia de la contraparte masculina.

Palabras clave: Alianza terapéutica, enfermedades psiquiátricas, inventario, relación de ayuda.

Therapeutic alliance in patients with psychiatric diagnoses ¹

Abstract

The research sought to describe the therapeutic alliance between mental health professionals and their patients by means of a descriptive quantitative paradigm, with a field model and a non-experimental cross-sectional design. The population was Marabinos who had been diagnosed with social impairment for 6 months or more and attended 3 psychotherapeutic sessions with the same intervener. By means of a non-probabilistic purposive sampling with 10% error, a sample of 100 subjects was formed and the Therapeutic Alliance Inventory translated and adapted by Santibáñez (2001) was applied to the patient's version. The results showed a high therapeutic alliance in its three dimensions (bonds, tasks and goals). Female patients showed higher scores in the goals dimension, indicating that they had greater ease in negotiating with their therapists, acquiring greater commitment and responsibility for the therapeutic process, unlike their male counterparts.

Key words: Therapeutic alliance, psychiatric illnesses, inventory, helping relationship.

¹ Artículo de investigación derivado del Trabajo Especial de Grado titulado: Alianza terapéutica de pacientes con diagnósticos psiquiátricos presentado en la Universidad Rafael Urdaneta, Maracaibo, Venezuela.

Introducción

En la actualidad, el campo de la psicoterapia está siendo investigado a profundidad según los estudios de Campo Redondo *et al.* (2019) y Campo Redondo (2021), mostrando hallazgos que demuestran que, indiferentemente de las perspectivas teórico- clínicas bajo las cuales se resguarde el profesional de la salud mental, o las características individuales de los pacientes durante el proceso, es necesario el elemento de la alianza terapéutica para poder generar resultados favorables y efectos positivos que garanticen una recuperación por parte del intervenido. Esta alianza es una red compleja de experiencias emocionales, refiriéndose a la confianza y aceptación mutua, así como el significado subjetivo que le atribuye cada una de las partes paciente- profesional a esta relación (Horvath y Greenberg, 1989)

Para Bordin (1979) la alianza terapéutica es una relación bidireccional donde debe existir colaboración y armonía mutua, esta es la que va a permitir que el paciente logre aceptar su realidad y comprometerse a cumplir con los parámetros necesarios para poder recuperarse. Esto involucra también tres componentes, que el autor define como: 1) El vínculo, es ese enmarañado complejo de conexiones entre el paciente y el profesional que incluyen la confianza y aceptación incondicional, este aspecto determina la respuesta emocional, así como la reciprocidad del paciente ante el trabajo terapéutico. 2) Las tareas, se refiere a las herramientas que han de elegir como medios para alcanzar los objetivos del proceso terapéutico, y 3) Las metas, es esa negociación entre las partes para definir los objetivos del proceso, debe haber un alto grado de acuerdo entre las partes.

El curso que ha de tomar este proceso de recuperación es responsabilidad de ambas partes que conforman la relación; sin embargo, en un inicio, cuando la persona está atravesando un malestar significativo, parte de esa responsabilidad recae en hombros del profesional de salud mental, que puede adoptar una posición semi-directiva para acompañar emocionalmente, para dar soporte, así como ofrecer intervenciones guiadas a la mejoría del paciente, posteriormente una vez pasada esta fase puede iniciar la independencia del intervenido, asumiendo un rol más activo y formando parte como gestor de su propia recuperación (Horvath y Luborsky, 1993). Es aún más complicado cuando la persona lleva consigo un diagnóstico de enfermedad mental grave, donde la sintomatología relacionada con la pérdida de la realidad, aislamiento social, depresión crónica genera un deterioro en el funcionamiento social, cognitivo, laboral, entre otros. Por ende, podría generar una barrera en la relación para que se pueda dar un lazo íntimo y significativo, así como también dificulta poder alcanzar esas fases superiores de la alianza terapéutica que mencionan los autores.

Otras de las dificultades que presenta el profesional de la salud mental van orientadas a la actitud que es necesaria adoptar para lograr un resultado con las resistencias que presente el paciente con una enfermedad mental grave durante el proceso psicoterapéutico. Según Guinea (2017) es

necesario tener un alto grado de comprensión, ser tolerante, amable, se debe estar preparado para soportar situaciones de emergencia y recaídas, se necesita flexibilidad y, sobretodo, es vital que sea capaz de trabajar en equipo con otros profesionales, conocer de intervenciones familiares, así como desarrollar un auténtico interés por ayudar.

Lo antes mencionado, no es excluyente de las tareas que el psicólogo debe poner a prueba, sino que otros estudios como los mencionados por Garay *et al.* (2010) demuestran que el éxito del tratamiento, y, por ende, de los resultados del proceso, se basa en estrategias complementarias entre profesionales de la salud mental; es decir, el papel que juega el profesional en psiquiatría es fundamental para garantizar el apego al tratamiento farmacológico, la psicoeducación acerca del funcionamiento de la enfermedad, los efectos terapéuticos de la medicación, planificación de rutinas y otro estilo de vida más adaptativo, así como el seguimiento respectivo de las sesiones psicoterapéuticas va a garantizar la mejoría de los casos con pronósticos menos favorables.

Por otro lado, según Corbella y Botella (2003) la valoración del vínculo tiene mayor peso desde la perspectiva del cliente y esta se basa en la percepción subjetiva que tiene de esa dimensión relacional con su terapeuta, donde factores como la cercanía generacional, los momentos evolutivos en los que se sitúan ambas partes, el género, los valores entre otras experiencias individuales pueden influir para generar el entendimiento, el encaje o compatibilidad entre ambos. Por ende, se puede inferir que a medida que existen mayores similitudes entre estas características anteriormente mencionadas, se crean oportunidades para fortalecer el vínculo terapéutico y garantizar a largo plazo los objetivos del proceso.

Ahora bien, si el diagnóstico es reciente, pueden tener inconvenientes para desarrollar una vinculación terapéutica con el psicólogo o psiquiatra, ya que existe un deterioro cognitivo y de las relaciones interpersonales significativo, pueden presentar signos de aislamiento social, irritabilidad, desconfianza y, por ende, representa un reto para el profesional romper esa tendencia al autoencierro y restablecer el lazo social, la confianza y la intimidad, que son tan vitales para la recuperación (Muñoz y Ruiz, 2007).

Según DeRubeis y Feeley (1990) las primeras sesiones resultan vitales para el establecimiento de la alianza terapéutica, generalmente entre la 2da y la 6ta consulta, ya que de lo contrario el paciente puede abandonar de manera prematura el proceso psicoterapéutico, especialmente, cuando se trabaja con pacientes con diagnósticos psiquiátricos recientes, donde se requiere de tiempo prudente para consolidar la aceptación de la enfermedad, así como la adherencia al tratamiento. A su vez, se menciona que comportamientos hostiles, defensivos, rigidez, desgano, perfeccionismo y otros relacionados con la dominancia del paciente, se pueden ver como dificultades para poder consolidar un buen trabajo terapéutico.

La investigación presentada por la Fundación Rehabilitarte (2023) realizó un análisis del malestar psicológico en una muestra de 1.920 personas residentes del Estado Zulia, Venezuela, en edades comprendidas de 12 a 65 años. Este arrojó resultados que indican que el 46.7% de la población reporta experimentar niveles bajos de malestar psicológico, 14% niveles moderados y un 1.4% reporta experimentar niveles altos. Entre los aspectos tomados en cuenta como síntomas que conforman el malestar psicológico, se encontraban: Somatizaciones, obsesiones y compulsiones, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ideación suicida, paranoia y psicosis.

En otro orden de ideas, se tiene registro de algunos factores de riesgo que se presentan en las características de la población donde el 4.4% de los encuestados posee escasas oportunidades educativas y recreativas, así como, de atención primaria psicológica y sanitaria, lo cual se traduce a una proporción aproximada de 162.994 habitantes, lo anteriormente mencionado representa cifras alarmantes que reflejan la realidad bajo la cual viven una gran cantidad de Zulianos que, a su vez, influyen significativamente en su calidad de vida y, por ende, su salud mental.

Igualmente se realizaron comparaciones entre los grupos etarios, arrojando como resultado que los peores pronósticos en referencia al agravamiento del malestar psicológico se centran a partir de la mayoría de edad en adelante, edad clasificada por Papalia *et al.* (2012) dentro de la etapa de la adultez emergente; cuando algunos aspectos madurativos, a nivel neurológico, así como características de personalidad se han consolidado, tomando en cuenta los pensamientos, emociones y conductas desajustadas que se vienen desarrollando desde edades tempranas, generando así la enfermedad mental (Fundación Rehabilitarte, 2023).

Incluso, puede verse agravado y extendido en el resto de las etapas del desarrollo como la adultez media y la adultez tardía (Papalia *et al.*, 2012) si estas personas no reciben una atención multidisciplinaria adecuada. Por estos motivos se decidió seleccionar el amplio intervalo entre edades, a partir de 18 a 60 años como requisito principal para seleccionar la muestra de participantes de la presente investigación.

Por otro lado, Gutiérrez (2022) realizó un estudio describiendo la adaptación al proceso terapéutico de pacientes con cuadro clínicos graves, arrojando datos correspondientes a la adherencia al tratamiento en pacientes con esquizofrenia, Refiere que entre un 63% y un 74% interrumpen la prescripción farmacológica, asisten con irregularidad a las sesiones psicoterapéuticas o suspenden los medicamentos en su totalidad tras la primera semana de alta hospitalaria. Algunas de las características de los pacientes con este diagnóstico son: falta de conocimiento y aceptación de la enfermedad, deterioro cognitivo, recaídas clínicas constantes, malestar individual, así como familiar, lo cual influye en su calidad de vida y el funcionamiento dentro de la sociedad; por ende, al iniciar el tratamiento, el profesional debe enfocarse en desarrollar una relación cálida, segura y de aceptación que permita al paciente desarrollar compromiso, motivación e interés por su propio proceso.

En el repertorio de investigaciones que anteceden a la actual, se encontró un inventario de la relación de ayuda de Barrett-Lennard, 1962 (citado por Celis, 1999) que mide las distintas dimensiones conformantes del vínculo terapéutico mencionadas al principio. Arrojó como resultados los siguientes aspectos: a) cada parte de la relación, es decir, el tratante y el paciente, son capaces de predecir sus índices de cambio luego de transcurrir cinco sesiones, y que estas predicciones serían más fuertes desde la percepción del cliente, que desde la del terapeuta. b) reveló que los casos con profesionales “expertos” dan puntajes más altos en cada medida de la relación y muestran mayores cambios, a diferencia de los casos con profesionales “no expertos”.

Así mismo, existen otras investigaciones dirigidas a medir esta variable en distintas poblaciones. Mcleod (2020) se enfocó en determinar la Alianza terapéutica en pacientes de psicoterapia online; utilizó el Inventario de Alianza Terapéutica (Horvath y Greenberg, 1986), que fue elaborado sobre la base de la conceptualización teórica de Bordin (1979) acerca de la variable; la muestra utilizada fue de personas que asisten a terapia online como mínimo 3 meses. Durante ese intervalo de tiempo se debe haber trabajado con el mismo profesional de salud mental y se seleccionaron pacientes con diagnósticos de algún trastorno neurocognitivo, trastorno de apego reactivo o trastorno de personalidad antisocial, ya que estas condiciones psicológicas afectan la capacidad de relacionarse con el interventor.

Específicamente, se empleó la versión traducida y adaptada por Santibáñez (2001) dirigida a pacientes. Algunas de sus conclusiones fueron: a) la calidad del vínculo entre paciente-psicólogo es alta, es decir, existe una intimidad emocional y conformidad que permiten crear lazos de confianza y compromiso, b) existe una alta valoración del profesional que cuenta con características como: seriedad, calidez, empatía, compromiso y que ofrece intervenciones individualizadas, así como un acceso flexible al tratamiento, c) mencionan que la alianza terapéutica puede fracturarse cuando no hay acuerdos entre el paciente y el profesional en lo referente a las tareas y las metas (Manubens *et al.*, 2018).

A partir de aquí, se hace la pregunta ¿Cómo es el vínculo terapéutico de los pacientes con diagnóstico psiquiátrico? A nivel científico, los resultados de este estudio constituyen una contribución para el campo de la psicoterapia y la psicología clínica, ya que describir los índices de cambio por los que atraviesa la alianza terapéutica, las ventajas y limitaciones, así como la calidad del vínculo entre el profesional y su paciente, permite a los intervenientes inferir posibles factores que lo modifican, como lo pueden ser: género, edad, el tiempo de haber iniciado la relación, tipo de diagnóstico, el tiempo transcurrido desde que lo diagnosticaron, entre otros. Así como también, los resultados, permiten identificar cuáles son los aspectos que se tienen que atender y motiva a accionar para mejorar las estrategias que sean necesarias para fortalecer la alianza terapéutica, ya que esta es

la que garantiza a largo plazo resultados favorables y efectos positivos que guíen a una recuperación por parte del intervenido (Campo Redondo *et al.*, 2019 y Campo Redondo, 2021).

Igualmente, se considera vital comprender cómo se manifiesta la disposición del paciente ante el terapeuta,

ya que, dependiendo de las características del vínculo, es decir, la calidad o consolidación de esa relación, depende el desarrollo de la confianza y autoestima del paciente, lo que a su vez puede ayudar a mejorar su bienestar emocional. Cuando los pacientes se sienten apoyados y comprendidos, son más propensos a manifestarse de manera auténtica, comprometerse con ellos mismos y con el proceso, que a su vez lleva a seguir con el tratamiento farmacológico y psicoterapéutico a largo plazo. Se busca que ellos puedan hacerse responsables de su propia recuperación, lo cual es la meta final de todo proceso psicoterapéutico.

De esta consideración se deriva el objetivo general de este estudio: Describir la alianza terapéutica de pacientes con diagnósticos psiquiátricos, igualmente se establecieron como objetivos específicos comparaciones según aspectos sociodemográficos, como: a) Edad, b) Género, c) El tiempo de haber iniciado la relación, d) Tipo de diagnóstico del paciente, e) El tiempo transcurrido desde que lo diagnosticaron, entre otras características asociadas a la formación y consolidación de la variable estudiada.

Materiales y métodos

La presente investigación se fundamentó bajo un paradigma cuantitativo, de nivel descriptivo con modelo de campo, tomando en cuenta que los resultados respecto a la alianza terapéutica se recaudaron para describir de qué forma se comporta la variable dentro del contexto natural del proceso terapéutico entre el profesional de salud mental y los pacientes con diagnósticos psiquiátricos. El diseño de investigación empleado fue No experimental transversal descriptivo, ya que no hubo manipulación de la variable y se midió en un tiempo único, para posteriormente interpretar los datos obtenidos.

Se empleó la fórmula para calcular muestras infinitas establecida por Sierra Bravo (2002), utilizando un margen de error del 10% y un nivel de confianza de 95%, la cual arrojó una muestra de 100 pacientes con diagnósticos psiquiátricos; se asume muestra infinita, ya que no se tuvo acceso a la base muestral de la población, lo cual no permitió un muestreo aleatorio. Por ende, se utilizó un muestreo no probabilístico intencional para la selección de los participantes. La muestra estuvo conformada por venezolanos, residentes en la ciudad de Maracaibo, de ambos géneros, que tuvieran

diagnóstico de algún trastorno psicótico, del estado de ánimo, personalidad, trastornos de ansiedad o trastorno obsesivo compulsivo, considerando que los mismos afectan la manera de relacionarse en el medio social.

Además, otros requisitos necesarios para participar eran: 1) remisión parcial de los síntomas de la enfermedad que generan un deterioro cognitivo, 2) asistencia como mínimo a 3 sesiones con el mismo profesional, de manera presencial u online, 4) los participantes tenían edades comprendidas entre los 18 a 60 años. La distribución de la muestra fue de la siguiente manera: 66 personas del género femenino, 34 del género masculino. Tomando en cuenta las edades, la distribución fue: 48 personas entre los 18- 30 años, 18 personas entre 31-40 años, 20 entre los 41-50 años y 14 personas entre los 51-60 años.

Para la recolección de los datos se aplicó el Inventario de Alianza Terapéutica (Horvath y Greenberg, 1986), el cual fue elaborado bajo las bases teóricas de Bordín (1979) acerca de la variable de estudio. De manera específica, se utilizó la versión del instrumento adaptada y traducida por Santibáñez (2001) dirigida a pacientes. Se trata de una Escala tipo Likert con siete opciones de respuesta, que van desde 1= nunca, 2= casi nunca, 3= Ocasionalmente, 4= a veces, 5= frecuentemente, 6= casi siempre, 7= siempre, conformada por 36 ítems que se distribuyen 12 ítems en cada una de las 3 dimensiones: El vínculo, la cual se compone de los ítems: 1, 5, 8, 14, 17, 19, 20, 21, 23, 26, 28, 36; las tareas se conforma de los ítems 2, 7, 9, 11, 13, 16, 18, 24, 27, 31, 33, 35 y las metas se evalúa por medio de los ítems 3, 4, 6, 10, 12, 15, 22, 25, 29, 30, 32, 34.

El método de corrección se basó en una sumatoria de los puntajes por escalas, donde el valor máximo posible por escala es de 84, mientras que el mínimo es 12, por ende, el puntaje total de las 3 dimensiones hace 252, y el mínimo es de 36. Para aplicar el procedimiento de manera correcta, es necesario invertir el valor de los ítems 1, 3, 7, 9, 10, 11, 12, 15, 20, 27, 29, 31, 33 y 34. Una vez obtenidas las puntuaciones, se comparan con el baremo para la interpretación de los resultados propuesto por Mcleod (2020).

El inventario seleccionado posee adecuadas propiedades psicométricas, incluyendo validez de contenido estudiada mediante el método Comité de sujetos bilingües expertos y la validez de constructo convergente con la versión de terapeutas; por otro lado, en relación a la confiabilidad, se utilizó el alpha de Cronbach que arrojaron valores por escala, 0.67 para la escala de Vínculo, 0.80 para la de Tareas y 0.78 para Metas. La confiabilidad total del instrumento es de 0.90, la cual se considera un rango adecuado, por ende, se garantiza que los resultados arrojados son consistentes (Santibáñez, 2001).

En el caso de la presente investigación, se aplicó el inventario bajo dos modalidades, una presencial con copias del documento impreso, para ser llenado de manera manual, y otra online, por medio de un formulario digital, el cual fue distribuido a pacientes que asisten de manera frecuente

a Centros de Atención en salud mental, entre las cuales se encontraban: Hospital psiquiátrico de Maracaibo, Clínica del Sueño, Servicio Autónomo del Hospital Universitario, Servicio Psicológico de la Clínica Zulia, Centro de Orientación Familiar (COFAM) y Centro de atención al Esquizofrénico y Familiares (CATESFAM), todos ubicados en la ciudad de Maracaibo. Así mismo, se planeó otras estrategias de captación ubicando parte de la muestra por medio del contacto de psicólogos y psiquiatras que trabajan de manera independiente, sirviendo como intermediarios para la aplicación del estudio.

Cuadro 1.

Baremo de Interpretación Inventario de Alianza Terapéutica

Dimensión/ Variable	Puntajes		
	Bajo	Medio	Alto
Vínculos	12-35	36-60	61-84
Tareas	12-35	36-60	61-84
Metas	12-35	36-60	61-84
Alianza terapéutica	36-107	108-180	181-252

Nota: Mcleod (2020)

Resultados y discusión

Finalizada la recolección de datos, estos fueron introducidos en un programa estadístico que facilitó la corrección del instrumento y la obtención de la información pertinente para dar respuesta a la pregunta de investigación. Se usaron estadísticas descriptivas para cumplir con la descripción de la variable alianza terapéutica y sus dimensiones, usando la media (\bar{x}) y la desviación estándar (S). Seguidamente, se corrió la prueba de bondad de ajuste Kolmogorov-Smirnov que determinó una distribución no normal de la muestra; por lo cual se utilizaron estadísticos no paramétricos para lo correspondiente a las comparaciones.

Tabla 1

Estadísticos descriptivos para la variable Alianza Terapéutica

Dimensiones / Variable	N	\bar{x}	S
Vínculo	100	74,02	7,433
Tareas	100	68,83	7,506
Metas	100	67,86	6,460

De acuerdo con la Tabla 1, la alianza terapéutica de los pacientes con diagnósticos psiquiátricos que conformaron la muestra del estudio se ubicó en un nivel alto, tanto en la variable general, como en sus dimensiones; por ende, según Bordín (1979) estos sujetos presentaron una adecuada percepción de su terapeuta que le facilita el proceso de relacionarse con confianza, existe un tono emocional que facilita el encaje, la cercanía, comprensión y valoración significativa de las responsabilidades y compromisos de cada una de las partes, así como la seguridad de que obtendrán un beneficio al cumplir con las tareas asignadas y lograr las metas propuestas. Para el autor, una alta alianza terapéutica ayuda a facilitar la adaptación y cambio del paciente dentro del proceso terapéutico, así como también, aporta un mejor pronóstico de mejoría con respecto al cuadro clínico del intervenido.

Los resultados expuestos convergen con hallazgos propuestos por Reese *et al.* (2016) y Mcleod (2020) donde demuestran que la alianza terapéutica, indiferentemente de los aspectos personales o contextuales, así como otras diferencias significativas entre las partes, existe posibilidades de desarrollar una alta sintonía, llegar a acuerdos que satisfagan tanto al paciente, como al interventor, así como un apego y compromiso con los objetivos a corto y largo plazo del proceso psicoterapéutico. Sin embargo, para que exista una alta valoración por parte de los pacientes hacia los terapeutas estuvieron presentes algunos componentes mencionados por García *et al.* (2015) y Guinea (2017) como: seriedad, amabilidad, calidez, tolerancia, autenticidad, comprensión, empatía, confianza, respeto, interés, compromiso y flexibilidad, que ayudaron a fortalecer la alianza y a facilitar el proceso terapéutico.

Por otro lado, en el estudio de Santibáñez (2001) refiere encontrar una interrelación entre las dimensiones de la variable, indiferentemente de las escalas o instrumentos psicométricos utilizados para medirlo, se demostraba que si uno se encontraba significativamente alto, el resto de medidas iban a ser consistentes con el puntaje inicial, debido a que el fenómeno estudiado se compone por una relación integrada y compleja, donde resulta difícil operacionalizar y dividir en partes aisladas, lo cual es congruente con los resultados arrojados en la presente investigación. Por ende, la delimitación realizada por Gastón (1990) donde refiere la existencia de cuatro aspectos independientes de la alianza terapéutica no parece estar acorde con lo encontrado en esta investigación, ni en ninguna de las anteriormente nombradas, debido a la alta interdependencia existente entre los componentes del constructo.

Ya se ha mencionado los tipos de alianza terapéutica que pueden llegar a desarrollarse, según Horvath y Luborsky (1993); en relación con los resultados se pueden atribuir características de independencia y de confianza mutua, donde los pacientes pueden ser gestores de su propia recuperación, tienen control y manejo adecuado de su tratamiento farmacológico, practican lo

aprendido en las sesiones en su vida cotidiana, así como también, tienen un sentido de identificación y admiración consolidado hacia su intervintente. Se infiere que ya han pasado por etapas iniciales donde la labor del terapeuta fue sostener y apoyar al paciente, romper las barreras de desconfianza e inseguridad que generalmente es propio de los pacientes con estas características particulares; por el contrario, actualmente gozan de un trabajo conjunto donde cada uno tienen responsabilidades y compromisos en el trabajo terapéutico.

En otro orden de ideas, Corbella y Botella (2003) argumentan que es posible que los altos niveles en la alianza terapéutica, se deban a las intervenciones y técnicas empleadas por el intervintente y la compatibilidad entre las necesidades del cliente y los recursos del terapeuta. Siguiendo los aportes de Richards y Simpscn (2015) la alianza terapéutica se verá fortalecida cuando exista compromiso con el proceso tanto del paciente como del terapeuta, cuando este último sea percibido como creíble y seguro, así como comprometido en el proceso, la relación se plantea como una colaboración entre iguales; se espera que el intervintente sea empático, exista sintonía entre ambos y, cuando se formen sentimientos positivos y recíprocos, siendo los sentimientos del paciente más discriminativos con relación al resultado, como se mencionó desde un principio.

Tabla 2
Comparación de acuerdo con el género del paciente

Factor de prueba			U de Mann Whitney	
	Femenino (n=66)	Masculino (n=34)	U	Sig.
Vínculo	74,63	72,82	909,500	0,121
Tareas	69,38	67,76	970,000	0,268
Metas	68,58	66,47	806,500	0,021*
Alianza Terapéutica	212,59	207,05	864,500	0,061

Nota: *significativo al nivel $p<0,05$

Al analizar la variable de acuerdo al género, se aplicó el estadístico no paramétrico U de Mann Whitney; según la información presentada en la Tabla 2, el género arrojó diferencias estadísticamente significativas en la dimensión metas, pues si bien se ubicó en nivel alto para ambos, las mujeres obtuvieron un puntaje mayor, aunque es necesario aclarar, que ambos están en categorías altas, lo cual, desde la propuesta de Bordin (1979), indicaría que tuvieron mayor facilidad para negociar con los intervintentes los objetivos que se buscan en las sesiones, adquirir mayor compromiso y responsabilidad con el proceso terapéutico, así como la parte del tratamiento. Es decir, el género femenino tenía una mejor disposición a llegar a acuerdos sobre la terapia, que la contraparte masculina.

Estos datos se relacionan con los establecidos por Conn (2011) y Mcleod (2020) mostrando hallazgos que indican que las mujeres mostraban mayor alianza terapéutica que los hombres, aunque destacaron que, teóricamente, no se espera encontrar una relación entre género-vínculo, ya que esta última, responde más a factores como los aspectos de personalidad y estilos de apego del paciente y no tanto a factores sociodemográficos, como los establecidos en los objetivos específicos. Pese a ello, Paladino *et al.* (2005) señalan que las mujeres, tanto por roles sociales y culturales, como por aspectos neurobiológicos, tienen una tendencia más pronunciada a la empatía y a la vinculación afectiva, a diferencia de los hombres, que muestran mayor resistencia a abrirse a la experiencia emocional.

De igual forma, autores como Corbella y Botella (2003) demuestran que cuando el paciente y el terapeuta son del mismo género, hay mayor alianza terapéutica, debido a que el consultante percibe un mayor clima de confianza, intimidad y considera que hay mayor entendimiento de los problemas y el malestar significativo de su vida. Por ende, se puede inferir como una posibilidad el hecho de que los conformantes de la muestra hayan participado en diáadas paciente- terapeuta conformadas por el mismo género. Sin embargo, no se recaudaron datos relacionados con los intervenientes para comprobar esta hipótesis, por ende, es necesario investigar a mayor profundidad estos aspectos.

Existen otros hallazgos que demuestran que, cuando se forma una relación donde el interveniente es del género femenino, se observa que el paciente le otorga una mayor valoración, ya que se forman con mayor fluidez 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, probablemente por el rol que socialmente se le da al género femenino asociado a la búsqueda de soluciones y a la planificación de actuaciones, lo cual interviene en las dimensiones de tareas y metas, específicamente para obtener puntuaciones más elevadas (García *et al.*, 2015).

Por otro lado, en el análisis de la variable investigada según la edad, se dividió a la muestra en cuatro grupos de 18- 30 años (N=48), de 31-40 años (N= 18), de 41-50 años (N= 21) y de 51-60 años (N=13). Los cuatro grupos de edad reflejaron niveles elevados de alianza terapéutica, en ninguna de las dimensiones se hallaron puntajes estadísticamente significativos como para establecer alguna diferencia. Existen hallazgos como los expuestos por Corbella y Botella (2003) que exponen que indiferentemente de la edad o momento evolutivo por el que esté cursando el paciente, es posible desarrollar niveles altos de alianza terapéutica, cuando existen cercanías relacionadas a las características personales entre pacientes y terapeutas, lo cual va en congruencia con los resultados obtenidos en la presente investigación.

Sin embargo, Pérez (2018) refiere que pacientes de edades menores (18-30 años) tienden a mostrar mayor desinterés, dificultades para la expresión y gestión emocional, así como también a buscar información y resolver problemáticas partiendo como referencia de la experiencia de sus pares,

que a su vez dificulta la formación del vínculo, a diferencia de la edad media (41-50 años), que es cuando suelen interesarse más por las tareas sociales y vínculos significativos; sin embargo esto no apoya los resultados de la presente investigación, donde no se notan diferencias significativas como para diferenciar la formación del vínculo entre jóvenes, adulto medio y adulto tardío (Papalia *et al.*, 2012).

De igual forma, Etchevers *et al.* (2014), así como Corbella y Botella (2003) plantean otro factor influyente en la formación de la alianza terapéutica relacionados con las características del terapeuta, como la edad, la cultura, la religión y la cercanía generacional que existen entre el interviniente y el paciente, los cuales pueden influir para fortalecer el vínculo; es decir, si estos comparten experiencias de vida conjunta alrededor de estos factores, existe mayor tendencia al encaje, la cercanía y la intimidad. Por ende se asume que los conformantes de la muestra de pacientes toman en cuenta estos aspectos al momento de elegir al profesional de salud mental con el cual se formó el vínculo. Por ello, resulta necesario comparar los niveles de alianza terapéutica considerando la edad, así como enfoque teórico del psicólogo, ya que este factor, parece tener incidencia en la motivación de los pacientes hacia la terapia, tomando en cuenta que podría afectar la credibilidad del profesional y la confiabilidad que éste genera en el paciente.

En lo relacionado a los otros objetivos específicos tales como: el tipo de diagnóstico, no hubo diferencias estadísticamente significativas, todas las clasificaciones, entre las cuales están: trastornos del estado de ánimo, trastornos psicóticos, trastornos de ansiedad, trastorno obsesivo compulsivo y trastornos de personalidad, arrojaron puntuaciones elevadas de alianza terapéutica, sin diferencias entre las dimensiones de la variable.

En un principio se esperaba que estos aspectos fueran determinantes en la percepción del paciente acerca del profesional y de su proceso terapéutico, ya que autores como DeRubeis y Feeley (1990), así como Muñoz y Ruiz (2007) refieren que cuando en las características diagnósticas y de personalidad del paciente hay presencia de rasgos como: aislamiento social, irritabilidad, desconfianza, inseguridad, desánimo, hostilidad, perfeccionismo y otros relacionados con la dominancia del paciente, pueden dificultar la consolidación de un buen trabajo terapéutico. Sin embargo, el hecho de avanzar en el proceso terapéutico promueve una remisión de síntomas y una mejoría en relación a las áreas de funcionamiento del individuo, incluyendo la parte social y de vinculación, donde en los participantes de la muestra se denota consolidada (Horvath y Luborsky, 1993).

De igual forma, en lo relacionado con el tiempo en consulta y el tiempo con el diagnóstico, se hipotetizaba que a mayor tiempo, mayor alianza terapéutica, sin embargo, no hubo diferencias estadísticas significativas, todos los participantes de cada una de las categorías arrojaron niveles elevados de alianza terapéutica. Según comenta Orueta (2005), la adherencia terapéutica no sólo se

refiere a una sola conducta, sino a un repertorio de conductas que incluyen aceptar formar parte de un programa de tratamiento, evitar comportamientos de riesgo e incorporar un estilo de vida con conductas saludables; mismas que se desarrollaran a partir de la interacción del enfermo y los agentes de salud.

El adecuado cumplimiento de cualquier prescripción comprende el realizar una serie de tareas que requieren saber qué hacer, cómo hacer y cuándo hacer, requiere de asistencia psicológica y psiquiátrica constante, psicoeducación, cambio de hábitos y de comportamientos desadaptativos, estructurar redes de apoyo significativas, y un entramado complejo de factores que influyen en la mejoría del paciente, no sólo pasar un período determinado con el diagnóstico, sino lo que el paciente hace en ese tiempo por su mejoría. Por ende, se infiere que los pacientes participantes de la muestra han pasado por este proceso inicial cuando se tiene una condición psiquiátrica, que les ha permitido desarrollar una vinculación significativa con su profesional de salud mental, que hará más eficaz el proceso terapéutico a largo plazo.

Conclusiones

En función de los resultados relacionados a describir la alianza terapéutica, se puede señalar que, en general, los pacientes con diagnóstico psiquiátrico reflejan una relación de trabajo consolidada, consistente e íntima con los profesionales de salud mental que los atienden. En otros términos, se halló que el paciente percibe un intercambio bilateral de expectativas, apertura a la experiencia emocional, trabajo conjunto y compromiso, es decir, que la relación establecida entre paciente-profesional, es positiva.

Por un lado, los vínculos se caracterizaron por abarcar una alta calidad afectiva de la relación entre el paciente y el terapeuta, lo que implica que los pacientes reflejaron sentimientos de agrado, cuidado y confianza compartida con los intervenientes. Por otro lado, en cuanto a las tareas, se demostró la existencia de un alto acuerdo existente entre ambos respecto a las actividades específicas que debe realizar para alcanzar los objetivos terapéuticos a corto y largo plazo.

En referencia a la dimensión de las metas, se encontró que la percepción de los pacientes con diagnósticos psiquiátricos se adecúan con altos objetivos del tratamiento, objetivos adaptados a la situación, problemas y posibilidades del intervenido, los cuales son puestos en práctica de forma satisfactoria. Se hallaron diferencias estadísticamente significativas de acuerdo al género, donde las mujeres mostraron niveles más altos en la dimensión de metas, esto indica que tuvieron mayor facilidad para negociar con sus terapeutas los objetivos que se buscan en las sesiones, adquirir mayor compromiso y responsabilidad con el proceso terapéutico, así como la parte del tratamiento, a diferencia de la contraparte masculina. Respecto al resto de objetivos específicos no se encontraron

diferencias estadísticamente significativas, en todas las categorías se percibían niveles elevados de alianza terapéutica de cada grupo en relación a los otros aspectos socio-demográficos.

En relación a algunas limitaciones que se pudo notar dentro de la investigación fue: el tamaño de la muestra, la cual impide la generalización de los resultados a una población amplia. Sin embargo, los aportes de este estudio al campo de la psicología clínica, se consideran de relevancia, tomando en cuenta que esta población en los años actuales ha sido poco investigada con respecto a la variable alianza terapéutica y todos los factores que la envuelven. Los datos que demuestran una alta alianza terapéutica, permiten concluir que la intervención psicológica en pacientes con diagnósticos psiquiátricos es exitosa y forma parte de una metodología y un enfoque teórico actualizado e innovador, pues destacan que tanto paciente como el profesional son capaces de trabajar juntos en armonía sin interferencias de tipo personal que afecten la calidad de la relación entre ambos.

La principal recomendación tanto para los pacientes como para los profesionales de salud mental, es continuar estimulando un ambiente de confianza, armonía, intimidad y bienestar que permita mantener los altos niveles de alianza terapéutica. A otros investigadores, se recomienda replicar el estudio con la participación de los profesionales, lo cual permitirá medir la alianza terapéutica desde la percepción de estos y, posteriormente, comparar los puntajes de la diáda paciente-terapeuta, Igualmente, se aconseja tomar en cuenta factores como el nivel educativo, así como, recolectar información relacionada con el proceso terapéutico y si este es llevado en servicio público o privado, de tal forma, que se verifique si estos influyen significativamente en la percepción que el paciente tenga de la Alianza Terapéutica con el profesional. También se recomienda comparar la alianza terapéutica entre profesionales psicólogos y profesionales psiquiatras, con el objetivo de ampliar la comprensión de los factores asociados al paciente en relación a la metodología de abordaje, la psicoeducación, el trato empático y su incidencia en las dimensiones vínculos, tareas y metas terapéuticas.

Igualmente, se sugiere realizar otros análisis comparativos asociados a las características de los profesionales, tales como el género, la edad, los años de pericia en el área clínica, la corriente psicológica utilizada como método de terapia, entre otras, con la finalidad de extender los datos respecto a la variable en el contexto de la psicoterapia. Finalmente, se sugiere la medición de otras variables como estilos de apego, expectativas de cambio, tipos de comunicación, satisfacción con la relación terapéutica, entre otros, con el propósito de nutrir la literatura relacionada a las experiencias de vida de personas con una enfermedad mental grave.

Referencias Bibliográficas

- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252–260. <https://doi.org/10.1037/h0085885>
- Campo Redondo, M. (2021). Concepción de la Psicoterapia. Aproximación Cualitativa desde la Teoría Fundamentada. *Revista Colombiana de Psicología*, 30(1), 47-61. <https://doi.org/10.15446/rcp.v30n1.78535>
- Campo Redondo, M., García, E.M. y Gamboa, L. (2019). ¿Cómo practican los psicólogos la psicoterapia? Estudio fenomenológico de profesionales venezolanos. *Clinica e Investigación Relacional Revista Electrónica de Psicoterapia*, 13(2), 455-476. DOI: [10.21110/19882939.2019.130209](https://doi.org/10.21110/19882939.2019.130209)
- Celis, A. (1999). Proceso de adaptación del inventario de la relación de ayuda de G.T. Barrett-Lenard. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile* 8(1), 163–171. <https://doi.org/10.5354/0719-0581.1999.17296>
- Conn, H. (2011). *Adaptación del cuestionario de alianza de ayuda revisado versión paciente*. Tesis de grado, Universidad Empresarial Siglo XIX. Córdoba, Argentina. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082013000200003>
- Corbella, S. y Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Revista de psicología de la Universidad de Murcia*, 19(2), 205-221. <https://revistas.um.es/analesps/article/view/27671>
- DeRubeis, R. J., & Feeley, M. (1990). Determinants of change in cognitive therapy for depression. *Cognitive Therapy and Research*, 14(5), 469–482. <https://doi.org/10.1007/BF01172968>
- Etchevers, M; Hugo, P; Giusti, N; Helmich, N. (2014). Relación terapéutica: estudio en población de psicólogos clínicos. *Anuario de investigaciones*, 21(1), pág 23-30. http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862014000100002&lng=es&tlang=es.
- Fundación Rehabilitarte (2023). *Informe anual 2023. ¿Cómo está la salud mental en el Zulia?*. [Archivo PDF]. <https://mediosur.com/wp-content/uploads/2023/>
- Garay, C; Fabrissin, J; Korman, G; Etenberg, M; Hornes, A; D'Alessandro, F; Etchevers, M (2010). *Combinación de tratamientos y complementariedad terapéutica en los trastornos de ansiedad*. [Archivo PDF]. http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862010000100004&lng=es&tlang=es.
- Gaston, L. (1990). The concept of the alliance and its role in psychotherapy: Theoretical and empirical considerations. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 27(2), 143–153. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.27.2.143>

- García, H; Fantin, M. y Isgró, A. (2015). Estudio descriptivo de la percepción de la relación psicoterapéutica en pacientes de la ciudad de San Luis. (21) 1, 1729-4827. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272015000100013&lng=es&tlang=es.
- Guinea Roca, R (2017). La psicoterapia en el proceso de recuperación de personas con enfermedad mental grave. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 37 (131), 207-226. <https://www.redalyc.org/journal/2650/265051151012/html/>
- Gutiérrez, F (2022). *Cumplimiento y adherencia terapéutica en pacientes con Esquizofrenia, Revisión bibliográfica*. Trabajo de Fin de Grado de la Universidad de Zaragoza, España. <https://zaguan.unizar.es/record/125682>
- Horvath, A. O. y Greenberg, L. S. (1989). Elaboración y validación del Inventory de la Alianza de Trabajo. *Revista de Consejería Psicológica*, 36(2), 223-233. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.36.2.223>
- Horvath, A., & Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(4), 561- 573. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.61.4.561>
- Manubens, R., Roussos, A., Olivera, J. & Gómez, J. (2018). Rupturas en la alianza terapéutica y su asociación con cambio y abandonos tempranos en psicoterapia. *Academo (Asunción)*, 5(2), 143-158. <https://doi.org/10.30545/academo.2018.jul-dic.7>
- Mcleod, L (2020). *Alianza terapéutica en pacientes de psicoterapia online*. Trabajo especial de Grado, Universidad Rafael Urdaneta, Venezuela. <https://ojs2.uru.edu/index.php/sh/article/download/60/pdfsauhysierra2021/241>
- Muñoz, M., y Ruiz, S. (2007). Terapia cognitivo-conductual en la esquizofrenia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 36(1), 98-110. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502007000100008
- Paladino, C., Gorostiaga, D., Barrio, A., Chaintiou, M., Camacho, S., y Petroselli, A. (2005). *Diferencias de género en variables emocionales*. XII Jornadas de Investigación y Primer Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Buenos Aires, Argentina <https://www.aacademica.org/000-051/161>
- Orueta, R. (2005). Estrategias para mejorar la adherencia terapéutica en patologías crónicas. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*, 29(2), 40-44. <https://www.researchgate.net/publication/28088347>
- Papalia, D., Feldman, R., & Martorell, G. (2012). *Desarrollo Humano*. (12ma edición) Editorial Mc Graw Hill [Archivo PDF].

<https://psicologoseducativosgeneracion20172021.wordpress.com/wp-content/uploads/2017/08/papalia-feldman-desarrollo-humano-12a-ed2.pdf>

Pérez, C. (2018). *Construcción de la alianza terapéutica con adolescentes víctimas de abuso sexual*. (Tesis de maestría, Universidad de Antioquia). Medellín, Colombia.
<https://www.aacademica.org/000-007/685>

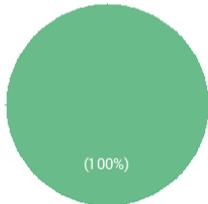
Reese, R., Mecham, M., Vasilj, I., Lengerich, A., Brown, H., y Simpson, N. (2016). The effects of telepsychology format on empathic accuracy and the therapeutic alliance: An analogue counselling session. *Counselling and Psychotherapy Research*, 16(4), 1–10.
<https://doi.org/10.1002/capr.12092>

Richards, P., y Simpson, S. (2015). Beyond the therapeutic hour: an exploratory pilot study of using technology to enhance alliance and engagement within face-to-face psychotherapy. *British Journal of Guidance & Counselling*, 43(1), 57-93.
<https://doi.org/10.1080/03069885.2014.936824>

Santibáñez, P (2001). *La alianza terapéutica en psicoterapia: “El inventario de Alianza de Trabajo” en Chile*. Universidad de la frontera.
<https://www.researchgate.net/publication/301355310>

Sierra Bravo, R. (2002). *Técnicas de investigación social*. (3ra edición). Editorial Paraninfo.

ANTIPLAGIO



PLAGIARISM SCAN REPORT

Date May 13, 2024

Exclude URL: NO

Unique Content	100%
Plagiarized Content	0%
Paraphrased Plagiarism	0
Word Count	701
Records Found	0

CONTENT CHECKED FOR PLAGIARISM:

Introducción

En la actualidad, el campo de la psicoterapia está siendo investigado a profundidad según los estudios de Campo Redondo et al. (2019) y Campo Redondo (2021), mostrando hallazgos que demuestran que indiferentemente de las perspectivas teórico-clínicas bajo las cuales se resguarda el profesional de la salud mental, o las características individuales de los pacientes durante el proceso, es necesario el elemento de la alianza terapéutica para poder generar resultados favorables y efectos positivos que garanticen una recuperación por parte del. Esta alianza es una red compleja de experiencias emocionales, refiriéndose a la confianza y aceptación mutua, así como el significado subjetivo que le atribuye cada una de las partes paciente-profesional a esta relación (Horvath y Luborsky, 1989).

Para Bordin (1976) la alianza terapéutica es una relación bidireccional donde debe existir colaboración y armonía mutua, esta es la que va a permitir que el paciente logre aceptar su realidad y comprometerse a cumplir con los parámetros necesarios para poder recuperarse. Esto involucra también tres componentes, que el autor define como: 1) El vínculo, es ese enmarcado complejo de conexiones entre el paciente y el

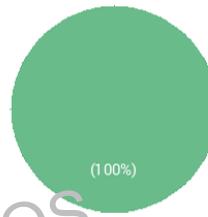
profesional que incluyen la confianza y aceptación incondicional, este aspecto determina la respuesta emocional, así como la reciprocidad del paciente ante el trabajo terapéutico. 2.) Las tareas, se refiere a las herramientas que han de elegir como medios para alcanzar los objetivos del proceso terapéutico. y 3.) Las metas, es esa negociación entre las partes para definir los objetivos del proceso, debe haber un alto grado de acuerdo entre las partes.

El curso que ha de tomar este proceso de recuperación es responsabilidad de ambas partes que conforman la relación; sin embargo, en un inicio, cuando la persona está atravesando un malestar significativo, parte de esa responsabilidad recae en hombros del profesional de salud mental, que puede adoptar una posición semi-directiva para acompañar emocionalmente, así como ofrecer intervenciones guiadas a la mejoría del. Es aún más complicado cuando la persona lleva consigo un diagnóstico de enfermedad mental grave o psicosis, donde la sintomatología relacionada con la pérdida de la realidad genera un deterioro en el funcionamiento social, cognitivo, laboral, entre otros. Por ende, podría generar una barrera en la relación para que se pueda dar un lazo íntimo y significativo, (Muñoz y Ruiz, 2007).

Otras de las dificultades que presenta el profesional de la salud mental van orientadas a la actitud que es necesaria adoptar para lograr un resultado con las resistencias que presente el paciente con una enfermedad mental grave durante el proceso psicoterapéutico. Según Guineo (2017) es necesario tener un alto grado de comprensión, ser tolerante, amable, se debe estar preparado para soportar situaciones de emergencia y recaídas, se necesita flexibilidad y, sobre todo, es vital que sea capaz de trabajar en equipo con otros profesionales, conocer de intervenciones familiares, así como desarrollar un auténtico interés por ayudar.

Lo antes mencionado, no es excluyente de las tareas que el psicólogo debe poner a prueba, sino que otros estudios como los mencionados por Garay et al. (2011) demuestran que el éxito del tratamiento, y, por ende, de los resultados del proceso, se basa en estrategias complementarias entre profesionales de la salud mental; es decir, el papel que juega el profesional en psiquiatría es fundamental para garantizar el apego al tratamiento farmacológico, la psicoeducación acerca del funcionamiento de la enfermedad, los efectos terapéuticos de la medicación, planificación de rutinas y otro estilo de vida más adaptativo, así como el seguimiento respectivo de las sesiones psicoterapéuticas va a garantizar la mejoría de los casos con pronósticos menos favorables.

Por otro lado, según Corbella y Botella (2003) la valoración del vínculo tiene mayor peso desde la



PLAGIARISM SCAN REPORT

Date May 13, 2024

Exclude URL: NO

Unique Content	100%
Plagiarized Content	0%
Paraphrased Plagiarism	0
Word Count	521
Records Found	0

CONTENT CHECKED FOR PLAGIARISM:

Materiales y métodos

La presente investigación se fundamentó bajo un paradigma cuantitativo, de nivel descriptivo con modelo de campo, tomando en cuenta que los resultados respecto a la alianza terapéutica se recaudaron para describir de qué forma se comporta la variable dentro del contexto natural del proceso terapéutico entre el profesional de salud mental y los pacientes con diagnósticos psiquiátricos. El diseño de investigación empleado fue No experimental transversal descriptivo, ya que no hubo manipulación de la variable y se midió en un tiempo único, para posteriormente interpretar los datos obtenidos.

La población estuvo conformada por venezolanos, residentes en la ciudad de Maracaibo, de ambos géneros, que tengan diagnóstico de algún trastorno psicótico, estado de ánimo, personalidad o trastornos de ansiedad, considerado que los mismos afectan la manera de relacionarse en el medio social. Además, otros requisitos necesarios para poder participar eran: 1) que presenten remisión parcial de los síntomas de la enfermedad que generan un deterioro cognitivo, 2) que asistieran como mínimo a 3 sesiones con el mismo profesional, de manera presencial u online, 4) los participantes tuvieran edades comprendidas entre

los 18 a 60

Se empleó la fórmula para calcular muestras infinitas, utilizando un margen de error del 10% y un nivel de confianza de 90%, la cual arrojó una muestra de 100 pacientes con diagnósticos psiquiátricos; se asume muestra infinita, ya que no se tuvo acceso a la base muestral, lo cual no permitió un muestreo. Por ende, se utilizó un muestreo no probabilístico intencional para la selección de los participantes, de acuerdo a los criterios antes expuestos.

Para la recolección de los datos se aplicó el Inventario de Alianza Terapéutica (Horvath y Greenberg, 1986), el cual fue elaborado bajo las bases teóricas de Bordin (1976) acerca de la variable de estudio. De manera específica, se utilizó la versión del instrumento adaptada y traducida por Santibáñez (2001) dirigida a pacientes. Se trata de una Escala tipo Likert con siete opciones de respuesta, que van desde 1= nunca, 2= casi nunca, 3= Ocasionalmente, 4= a veces, 5= frecuentemente, 6= casi siempre, 7= siempre, conformada por 36 ítems que se distribuyen 12 ítems en cada una de las 3 dimensiones: El vínculo, la cual se compone de los ítems: 1, 5, 8, 14, 17, 19, 20, 21, 23, 26, 28, 36; las tareas se conforma de los ítems 2, 7, 9, 11, 13, 16, 18, 24, 27, 31, 33, 35 y las metas se evalúa por medio de los ítems 3, 4, 6, 10, 12, 15, 22, 25, 29, 30, 32, 34.

El método de corrección se basó en una sumatoria de los puntajes por escalas, donde el valor máximo posible por escala es de 84, mientras que el mínimo es 12, por ende el puntaje total de las 3 dimensiones hacen 252, y el mínimo es de 36. Para aplicar el procedimiento de manera correcta, es necesario invertir el valor de los ítems 1, 3, 7, 9, 10, 11, 12, 15, 20, 27, 29, 31, 33 y 34. Una vez obtenidas las puntuaciones, se comparan con el baremo para la interpretación de los resultados propuesto por Mcleod (2020).

MATCHED SOURCES:

DERECHOS RESERVADOS

 Jun 28, 2024

Plagiarism Scan Report

3% Plagiarized **97% Unique**

Characters: 6283	Words: 932
Sentences: 35	Speak Time: 8 Min

Excluded URL None

Content Checked for Plagiarism

En un principio se esperaba que estos aspectos fueran determinantes en la percepción del paciente del profesional y de su proceso terapéutico, ya que autores como DeRubeis y Feeley (1990), así como Muñoz y Ruiz (2007) refieren que cuando en las características diagnósticas y de personalidad del paciente hay presencia de rasgos como: aislamiento social, irritabilidad, desconfianza, inseguridad, desánimo, hostilidad, perfeccionismo y otros relacionados con la dominancia del paciente, pueden dificultar la consolidación de un buen trabajo terapéutico. Sin embargo, el hecho de avanzar en el proceso terapéutico promueve una remisión de síntomas y una mejoría en relación a



Universidad Rafael Urdaneta

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El proyecto de investigación que se presenta a continuación tiene como objetivo obtener el título de Psicólogo en la República Bolivariana de Venezuela de la estudiante e investigadora Diveana Mayor, quien se encuentra en calidad de alumna en la Universidad Rafael Urdaneta y está bajo la supervisión de la Psic. Leticia Prieto. Se tiene como objetivo: Describir la alianza terapéutica en pacientes con diagnósticos psiquiátricos y para la recolección de los datos necesarios para medir la variable de investigación, se aplicará el Inventario de Alianza Terapéutica, la versión del paciente.

Usted ha sido seleccionado, ya que reúne los requisitos necesarios para la investigación, lo invitamos cordialmente a participar en calidad de sujeto, se le pedirá que siga las instrucciones y llene el inventario a continuación, el mismo tendrá una duración aproximada de 8 minutos. Es necesario que su participación sea de manera voluntaria, esta misma no será remunerada y no tiene fines lucrativos. La información será exclusivamente utilizada para efectos académicos, así mismo, la investigadora se compromete a no revelar la identidad del participante, y resguardar la información bajo anonimato.

La información recolectada será analizada de manera grupal y se espera poder aportar datos relevantes a la investigación científica y clínica de la psicología contemporánea. Esta investigación no causará daños que atenten en contra de la salud o la integridad de los participantes, así mismo, si el participante lo considera necesario, puede retirarse del proceso cuando lo considere conveniente. Si desea mayor información puede contactar a la investigadora por medio del siguiente correo: diveana.2527772@uru.edu, o a través del siguiente número 0412-3850637.

YO, _____, cédula de identidad _____, en pleno uso de mis facultades mentales, libre y voluntariamente declaro que he leído la información proporcionada sobre la investigación denominada Alianza terapéutica en pacientes con diagnósticos psiquiátricos. Entiendo el procedimiento de estudio y se me han explicado los beneficios y riesgos de la participación en ella. Consiento voluntariamente participar en la investigación como sujeto, sabiendo que tengo pleno derecho a retirarme cuando lo desee.

Firma

REFLEXIÓN DEL CÓDIGO DE ÉTICA

Resulta relevante a nivel académico que la investigación en el área de la psicología sea supervisada y realizada por personas técnicamente entrenadas y científicamente calificadas, como refiere el **artículo 55**, por ende, la labor como estudiantes es cursar alrededor de 7 materias de investigación que permitan facilitarnos conocimientos y procedimientos del área de investigación, así mismo, durante la ejecución del trabajo de grado se recibe asesoría constante de profesionales con años de preparación en el área que facilitan guías y orientación para la adecuada realización y aplicación del artículo científico, garantizando que éste siga las normativas operativas, legales y éticas.

Así mismo, en el caso de la presente investigación se planea trabajar con personas con alguna enfermedad mental que en algunos sujetos se puede comprometer la toma de decisiones, pueden presentar anomalías conductuales o se ve afectadas las funciones cognitivas, según lo mencionado en el **artículo 56**, para que estos puedan participar, es necesario obtener aprobación previa, por escrito, del representante. Por ende, se planea solicitar permiso para el acceso de la población de cada centro de atención en Salud mental, a su vez, solicitando opinión del profesional tratante y su familiar inmediato, que nos garantice que los sujetos referidos para la aplicación de la investigación, tengan la capacidad de participar y tomar la decisión por sí mismos.

Por otro lado, es de prioridad acotar que para proteger la integridad física y mental de los sujetos que participen, vamos a garantizar que las personas tengan libertad de aceptar o rechazar de manera voluntaria si desean participar o no, así como también en caso de que participen, también tienen el derecho de retirarse cuando lo consideren necesario, se les facilitará la información relevante y verdadera con respecto al alcance, fin, consecuencias y riesgos que tienen para ellos al participar en la investigación, y de igual forma, en caso de ser necesario se remitirá a asistencia psicológica, todo esto se especifica en el consentimiento informado que se entregará antes de la aplicación del inventario y que debe ser leído con exhaustividad por el sujeto y su representante, lo anteriormente reflejado se ve mencionado y explicado en el **artículo 57 y 59**.

Aunado a lo anterior, como lo especifica el **artículo 60**, se va a asegurar que las respuestas de cada sujeto, exclusivamente serán utilizadas para los resultados de la investigación, estas mismas no serán revisadas por su tratante y tampoco por el centro de atención en salud mental. La investigadora se compromete a no revelar la identidad del participante, y resguardar la información bajo anonimato, en casos de culminar con su participación y posteriormente retractarse, nos vemos en la obligación ética de eliminar las respuestas. Así la investigadora no esté de acuerdo con los resultados de la investigación, está en el deber ético de socializar y revelar las conclusiones, se considera antiético si por el contrario, se silencian, esto según lo mencionado en el **artículo 62**. En este caso como estudiante, se considera un requisito defender el trabajo especial de grado, es decir, socializar estos

resultados, para poder obtener el título como Psicólogo, por ende, nos encontramos en la obligación de hacerlo.

De igual forma, según el **artículo 63** es necesario que estos resultados se comuniquen a otros investigadores que estén en preparación y capacidad de poder discernir los resultados de la misma, para ello al momento de defender el trabajo especial de grado, los jurados elegidos para el podio de oyentes, son profesionales especializados en el área. Otra posibilidad que surge en la experiencia de la presentación de resultados es que puedan ofrecer mención publicación para la divulgación por la revista científica de la universidad, sin embargo, como autora cabe derecho, decidir si se quiere autorizar a la publicación, o no, lo anteriormente mencionado se refleja claro en el **artículo 64**.

En otro orden de ideas, se va a reconocer el esfuerzo y labor implicada de todos los participantes y colaboradores, así como todos los que formaron parte del proyecto, de tal forma que se valore un justo reconocimiento, así como lo expresa el **artículo 70** del Código de ética de psicología en Venezuela. Por último, es necesario pedir previa autorización a los centros de atención en salud mental si se desea revelar algún dato perteneciente a sus estadísticas o labores internas, ya que sino se incurría en una falta de ética, para ello, se entrega una carta dirigida al supervisor (a) donde refleje los datos que se requieren añadir a la investigación, la relevancia y el motivo del mismo, esto lo expresa claramente el **artículo 75**.

Datos sociodemográficos del paciente.

- Género

- Masculino
- Femenino
- **Edad:** _____

- **Diagnóstico correspondiente a su caso:**

- Trastorno Bipolar tipo 1
- Trastorno Bipolar tipo 2
- Trastorno Ciclotímico
- Trastorno Esquizoafectivo
- Esquizofrenia
- Trastorno de personalidad paranoide
- Trastorno de personalidad esquizoide

otro _____

- **¿Qué tiempo ha transcurrido desde que le diagnosticaron?:**

- 6 meses
- 1 año
- 2 años
- 3 años
- 5 años
- 10 años

Marcar tiempo correspondiente en caso de superar las opciones mencionadas anteriormente: _____

- **¿Qué tiempo tiene asistiendo a consulta con el mismo profesional de salud mental?**

- 3 meses
- 6 meses
- 1 año
- 2 años
- 3 años
- 5 años

Marcar tiempo correspondiente en caso de superar las opciones mencionadas anteriormente: _____

INVENTARIO DE ALIANZA TERAPÉUTICA

A continuación, se presenta una serie de afirmaciones que describen diferentes maneras en que una persona puede pensar o sentir acerca de su profesional de salud mental. **A medida que lea las**

afirmaciones, cuando en el texto aparezca una _____ inserte mentalmente el nombre de su terapeuta (psicólogo o psiquiatra).

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

1 Nunca	2 Casi nunca	3 Ocasional- mente	4 A veces	5 Frecuente- mente	6 Casi siempre	7 Siempre
------------	-----------------	--------------------------	--------------	--------------------------	----------------------	--------------

Si la afirmación describe la manera en que usted piensa (o siente) siempre, marque el número 7; si 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 ITEMS).

Gracias por su cooperación.

1. Me siento incómodo (a) con _____

1 Nunca	2 Casi nunca	3 Ocasional- mente	4 A veces	5 Frecuente- mente	6 Casi siempre	7 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 Nunca	2 Casi nunca	3 Ocasional- mente	4 A veces	5 Frecuente- mente	6 Casi siempre	7 Siempre
------------	-----------------	--------------------------	--------------	--------------------------	----------------------	--------------

3. Siento que me generan problemas y me tienen preocupado (a) los resultados de estas sesiones.

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

6. Siento que _____ percibe adecuadamente cuáles son mis metas.

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

7. Encuentro confuso lo que estoy haciendo en terapia.

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

8. Creo que _____ me estima.

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

9. Desearía que _____ y yo pudiéramos clarificar el objeto de nuestras sesiones.

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

10. Estoy en desacuerdo con _____ acerca de lo que yo debería lograr en terapia.

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

11. Creo que el tiempo que _____ y yo estamos juntos en la(s) sesión(es) no es aprovechado de modo eficiente.

1 Nunca	2 Casi nunca	3 Ocasional- mente	4 A veces	5 Frecuente- mente	6 Casi siempre	7 Siempre
------------	-----------------	--------------------------	--------------	--------------------------	----------------------	--------------

12. Me da la impresión que _____ no entiende lo que yo estoy tratando de lograr en la terapia.

1 Nunca	2 Casi nunca	3 Ocasional- mente	4 A veces	5 Frecuente- mente	6 Casi siempre	7 Siempre
------------	-----------------	--------------------------	--------------	--------------------------	----------------------	--------------

13. Tengo claro cuáles son mis responsabilidades en la terapia.

1 Nunca	2 Casi nunca	3 Ocasional- mente	4 A veces	5 Frecuente- mente	6 Casi siempre	7 Siempre
------------	-----------------	--------------------------	--------------	--------------------------	----------------------	--------------

14. Las metas de estas sesiones son importantes para mi.

1 Nunca	2 Casi nunca	3 Ocasional- mente	4 A veces	5 Frecuente- mente	6 Casi siempre	7 Siempre
------------	-----------------	--------------------------	--------------	--------------------------	----------------------	--------------

15. Encuentro que lo que _____ y yo hacemos en terapia no se relaciona con mis problemas actuales.

1 Nunca	2 Casi nunca	3 Ocasional- mente	4 A veces	5 Frecuente- mente	6 Casi siempre	7 Siempre
------------	-----------------	--------------------------	--------------	--------------------------	----------------------	--------------

16. Siento que las cosas que hago en la terapia me van a ayudar a lograr los cambios que deseo.

1 Nunca	2 Casi nunca	3 Ocasional- mente	4 A veces	5 Frecuente- mente	6 Casi siempre	7 Siempre
------------	-----------------	--------------------------	--------------	--------------------------	----------------------	--------------

17. Creo que _____ está genuinamente preocupado (a) por mi bienestar.

1 Nunca	2 Casi nunca	3 Ocasional- mente	4 A veces	5 Frecuente- mente	6 Casi siempre	7 Siempre
------------	-----------------	--------------------------	--------------	--------------------------	----------------------	--------------

18. Tengo claridad respecto a lo que _____ quiere que yo haga en las sesiones.

1 Nunca	2 Casi nunca	3 Ocasional- mente	4 A veces	5 Frecuente- mente	6 Casi siempre	7 Siempre
------------	-----------------	--------------------------	--------------	--------------------------	----------------------	--------------

19. Siento que _____ y yo nos respetamos mutuamente.

1 Nunca	2 Casi nunca	3 Ocasional- mente	4 A veces	5 Frecuente- mente	6 Casi siempre	7 Siempre
------------	-----------------	--------------------------	--------------	--------------------------	----------------------	--------------

20. Siento que _____ no es completamente sincero/a en sus sentimientos hacia mí.

1 Nunca	2 Casi nunca	3 Ocasional- mente	4 A veces	5 Frecuente- mente	6 Casi siempre	7 Siempre
------------	-----------------	--------------------------	--------------	--------------------------	----------------------	--------------

21. Confío en la capacidad de _____ para ayudarme.

1 Nunca	2 Casi nunca	3 Ocasional- mente	4 A veces	5 Frecuente- mente	6 Casi siempre	7 Siempre
------------	-----------------	--------------------------	--------------	--------------------------	----------------------	--------------

22. _____ y yo estamos trabajando para lograr metas terapéuticas establecidas de mutuo acuerdo.

1 Nunca	2 Casi nunca	3 Ocasional- mente	4 A veces	5 Frecuente- mente	6 Casi siempre	7 Siempre
------------	-----------------	--------------------------	--------------	--------------------------	----------------------	--------------

23. Siento que _____ me aprecia.

1 Nunca	2 Casi nunca	3 Ocasional- mente	4 A veces	5 Frecuente- mente	6 Casi siempre	7 Siempre
------------	-----------------	--------------------------	--------------	--------------------------	----------------------	--------------

24. Creo que _____ y yo estamos de acuerdo sobre lo que para mí es importante trabajar.

1 Nunca	2 Casi nunca	3 Ocasional- mente	4 A veces	5 Frecuente- mente	6 Casi siempre	7 Siempre
------------	-----------------	--------------------------	--------------	--------------------------	----------------------	--------------

25. Como resultado de estas sesiones, tengo más claro cómo podría cambiar.

1 Nunca	2 Casi nunca	3 Ocasional- mente	4 A veces	5 Frecuente- mente	6 Casi siempre	7 Siempre
------------	-----------------	--------------------------	--------------	--------------------------	----------------------	--------------

26. Creo que _____ y yo confiamos uno en el otro.

1 Nunca	2 Casi nunca	3 Ocasional- mente	4 A veces	5 Frecuente- mente	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 Ocasional- mente	4 A veces	5 Frecuente- mente	6 Casi siempre	7 Siempre
------------	-----------------	--------------------------	--------------	--------------------------	----------------------	--------------

28. Mi relación con _____ es muy importante para mí.

1 Nunca	2 Casi nunca	3 Ocasional- mente	4 A veces	5 Frecuente- mente	6 Casi siempre	7 Siempre
------------	-----------------	--------------------------	--------------	--------------------------	----------------------	--------------

29. Tengo la sensación que si yo hago o digo cosas incorrectas _____ va a dejar de trabajar conmigo.

1 Nunca	2 Casi nunca	3 Ocasional- mente	4 A veces	5 Frecuente- mente	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 Ocasional- mente	4 A veces	5 Frecuente- mente	6 Casi siempre	7 Siempre
------------	-----------------	--------------------------	--------------	--------------------------	----------------------	--------------

31. Estoy frustrado (a) por las cosas que estoy haciendo en terapia.

1 Nunca	2 Casi nunca	3 Ocasional- mente	4 A veces	5 Frecuente- mente	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 Ocasional- mente	4 A veces	5 Frecuente- mente	6 Casi siempre	7 Siempre
------------	-----------------	--------------------------	--------------	--------------------------	----------------------	--------------

33. Siento que las cosas que _____ me pide que haga no tienen sentido.

1 Nunca	2 Casi nunca	3 Ocasional- mente	4 A veces	5 Frecuente- mente	6 Casi siempre	7 Siempre
------------	-----------------	--------------------------	--------------	--------------------------	----------------------	--------------

34. No sé qué resultados esperar de mi psicoterapia

1 Nunca	2 Casi nunca	3 Ocasional- mente	4 A veces	5 Frecuente- mente	6 Casi siempre	7 Siempre
------------	-----------------	--------------------------	--------------	--------------------------	----------------------	--------------

35. Creo que la manera en que estamos trabajando por mi problema es correcta.

1 Nunca	2 Casi nunca	3 Ocasional- mente	4 A veces	5 Frecuente- mente	6 Casi siempre	7 Siempre
------------	-----------------	--------------------------	--------------	--------------------------	----------------------	--------------

36. Siento que _____ se preocupa por mí, incluso cuando hago las cosas que él (ella) no aprueba.

1 Nunca	2 Casi nunca	3 Ocasional- mente	4 A veces	5 Frecuente- mente	6 Casi siempre	7 Siempre
------------	-----------------	--------------------------	--------------	--------------------------	----------------------	--------------