



Universidad Abierta Interamericana

Facultad de Psicología y Relaciones Humanas

TIF

Efectividad y Alianza Terapéutica en adultos que realizan Terapia

Cognitivo-Conductual y Psicoanálisis en AMBA.

Alumno: Sofia Zilli

Título a obtener: Licenciatura en Psicología

Carrera: Psicología

Mail de contacto: sofizilli2@gmail.com

Fecha de entrega: 21 de noviembre del 2022

Tutor: Lucila Arruabarrena

Co-tutor: Rocio Luana Gruppi

Índice

Índice	2
Resumen	3
Abstract	4
Introducción	5
Terapia Cognitivo-Conductual	6
Terapia Psicoanalítica	8
Método	11
Diseño	11
Muestra	11
Instrumentos	12
Cuestionario sociodemográfico ad-hoc	12
Versión adaptada a Chile del Outcome Questionnaire [OQ-45.2] De la Parra y Von Bergen (2002)	12
Inventario de Alianza Trabajo breve- versión paciente (WAI- SR- A)	12
Procedimiento	13
Análisis de los datos	13
Resultados	13
Conclusiones	13
Referencias bibliográficas	14
Anexos	18

Resumen

Esta investigación tiene como objetivo comparar la Efectividad y Alianza Terapéutica en adultos que realizan Terapia Cognitivo-Conductual y Psicoanálisis, y asimismo evaluar cómo es la relación entre dichas variables. La investigación es de tipo no experimental, de carácter cuantitativo y alcance correlacional, descriptiva y tipo transversal. La muestra estuvo compuesta por 136 adultos de ambos sexos, que se encuentran realizando un proceso terapéutico de orientación cognitivo-conductual o Psicoanálisis, en AMBA. Se utilizó un cuestionario sociodemográfico ad-hoc, el Outcome Questionnaire [OQ-45] de De la Parra y Von Bergen (2002) para medir la efectividad y, por último, el Inventario de Alianza de Trabajo breve-versión paciente [WAI-SR-A] de Gómez Penedo et al. (2015), para evaluar la alianza terapéutica desde la perspectiva del paciente. Se encontró una correlación significativa inversa entre: Tareas y Objetivos con Relaciones Interpersonales. A su vez, respecto a las variables sociodemográficas se encontró una correlación significativa inversa entre Nivel Educativo con Sintomatología; correlación positiva entre Tiempo de terapia con Efectividad y Vínculo; una diferencia significativa en la dimensión Vínculo, donde quienes no realizaron terapia previamente tienen mayores niveles que quienes sí realizaron. Con respecto al sexo, se encontraron diferencias significativas en Sintomatología, donde las participantes femeninas tienen niveles más elevados que los masculinos; y una diferencia significativa en Tareas, donde las mujeres poseen mayores niveles en comparación con los hombres.

Palabras claves

Efectividad, Alianza Terapéutica, Terapia Cognitivo-Conductual, Psicoanálisis, Adultos

Abstract

This research aims to compare the Effectiveness and Therapeutic Alliance in adults who perform Cognitive-Behavioral Therapy and Psychoanalysis, and also to evaluate the relationship between these variables. The research is of a non-experimental type, of a quantitative nature and correlational, descriptive and cross-sectional scope. The sample consisted of 136 adults of both sexes, who are undergoing a therapeutic process of cognitive-behavioral orientation or Psychoanalysis, in AMBA. An ad-hoc sociodemographic questionnaire was used, the Outcome Questionnaire [OQ-45] by De la Parra and Von Bergen (2002) to measure effectiveness and, finally, the brief Work Alliance Inventory-patient version [WAI-SR -A] by Gómez Penedo et al. (2015), to evaluate the therapeutic alliance from the patient's perspective. A significant inverse correlation was found between: Tasks and Objectives with Interpersonal Relations. In turn, regarding the sociodemographic variables, a significant inverse correlation was found between Educational Level with Symptoms; positive correlation between therapy time with Effectiveness and Link; a significant difference in the Link dimension, where those who did not previously undergo therapy have higher levels than those who did. Regarding sex, significant differences were found in Symptomatology, where female participants have higher levels than male participants; and a significant difference in Tasks, where women have higher levels compared to men.

Key words

Effectiveness, Therapeutic Alliance, Cognitive-Behavioral Therapy, Psychoanalysis, Adults.

Introducción

Pasaron varios años desde que Eysenck (1952) diera inicio al polémico cuestionamiento sobre la efectividad en psicoterapia. Si bien su trabajo fue criticado, fue el que dio inicio a las posteriores investigaciones realizadas, las cuales requieren, incluso en la actualidad, pruebas científicas que demuestren la efectividad de la psicoterapia.

Por otra parte, hoy en día, se sostiene que para el éxito final de la terapia, es indispensable la calidad del vínculo entre el paciente y el terapeuta, ya que esta impacta directamente en la efectividad de la misma (Elliott, 2002). En relación a esto, en Temuco, Chile, Fernández et al. (2009) realizaron una investigación en la que estudiaron la efectividad psicoterapéutica y su relación con la alianza terapéutica. La población de este estudio estuvo constituida por 23 consultantes de la Clínica Psicológica de la Universidad de La Frontera, de 18 a 54 años de los cuales 16 fueron mujeres y 7 hombres. Se determinó que existe evidencia de una asociación significativa entre alianza terapéutica percibida por el paciente y el resultado de la psicoterapia.

Si bien no existe una única definición que sea universal para el concepto de alianza terapéutica, existe un acuerdo en que hace referencia a la calidad y fuerza de una relación colaborativa entre el paciente y el terapeuta. Por otro lado, Bordin (1976; 1979) define a la alianza terapéutica mediante tres componentes: en primer lugar, debe existir un acuerdo entre paciente y terapeuta en relación a los objetivos del tratamiento; en segundo lugar, debe haber un acuerdo entre paciente y terapeuta en las tareas que se deban realizar; y, en tercer lugar, se encuentra la calidad emocional del vínculo entre ambos (Horvath & Bedi, 2002). Sin embargo, Corbella et al. (2011) plantean en su investigación más reciente que la alianza terapéutica podría presentarse conceptualmente como una versión más unificada, debido al alto grado de superposición entre las subescalas Tareas y Objetivos. Como también podría dividirse en dos factores: uno de naturaleza técnica conformado por

Tareas y Objetivos, y otro de naturaleza relacional conformado por el vínculo.

El concepto de alianza terapéutica es necesario en todos los modelos psicoterapéuticos, ya que influye en la efectividad de las intervenciones terapéuticas.

La efectividad es definida como la relación con el logro de los objetivos del tratamiento que el terapeuta logra en la práctica clínica habitual. Asimismo, este concepto se encuentra estrechamente vinculado con el de eficiencia, el cual hace referencia a los efectos de un determinado tratamiento relacionado con el logro de los objetivos terapéuticos (Sanchez, 2014).

Teniendo en cuenta esto, es necesario describir y explicar la importancia y el impacto que tiene la efectividad y la alianza terapéutica, en adultos que realizan tratamiento psicoterapéutico, desde la Terapia Cognitivo-Conductual [TCC] y el Psicoanálisis [PSA], debido a que, tanto la alianza terapéutica como la efectividad son dos polos esenciales a la hora de obtener buenos resultados en un proceso psicoterapéutico.

Terapia Cognitivo-Conductual

La Terapia Cognitivo-Conductual surge en la década de los años setenta, mediante la influencia de la Psicología Conductual y de la Terapia Cognitiva. En el primer caso, la Psicología Conductual, parte como oposición radical a las psicoterapias dominantes de la época, en especial al Psicoanálisis. Este enfoque, que nació con John B. Watson, propuso que toda conducta es aprendida y que puede modificarse mediante los principios de aprendizaje clásico u operante, por lo que los psicólogos conductistas comenzaron a centrarse en la conducta observable y el ambiente en donde se produce, evitando términos o relaciones mentalistas (Ruiz Fernández et al., 2012).

Posteriormente, Skinner (1938) fue el primer conductista en tomar a los pensamientos y emociones, denominados eventos privados, como conducta, ya que para él podían

analizarse con las mismas herramientas utilizadas para analizar la conducta observable. Por otro lado, la Terapia Cognitiva se desarrolla a comienzos de los años sesenta, a partir de la investigación sobre la depresión realizada por Beck (1995). Este enfoque propone que toda perturbación psicológica tiene en común la distorsión de los pensamientos los cuales influyen en el estado de ánimo y en la conducta del paciente (Beck, 1995). Por lo tanto, la psicología cognitiva basada en el procesamiento de la información, crea un nuevo modelo de investigación diferente al modelo conductista focalizándose en cómo las personas procesan la información (Núñez Rojas y Tobón, 2005).

Desde el enfoque cognitivo-conductual se entiende que las cogniciones son la causa de los problemas emocionales y conductuales. Es un tratamiento denominado breve, que está centrado en problemas y dificultades del aquí y ahora, por lo que trabaja con lo irracional y distorsionado en el padecimiento mental, como factores de mantenimiento de este (Lodoño Salazar, 2017). Actualmente, se define a la Terapia Cognitivo-Conductual como la aplicación clínica de la psicología científica, es la terapia que ha recibido mayor evidencia empírica y experimental acerca de su efectividad en gran variedad de problemáticas y trastornos psicológicos (Ruiz Fernández et al., 2012). Es un tratamiento denominado breve, que está centrado en problemas y dificultades del aquí y ahora, por lo que trabaja con lo irracional y distorsionado en el padecimiento mental, como factores de mantenimiento de este (Lodoño Salazar, 2017).

Fullana et al. (2011) plantean en su investigación una comparación entre distintos modelos de tratamientos, en los siguientes trastornos mentales en adultos: Trastorno depresivo mayor, Trastorno obsesivo-compulsivo [TOC], Fobia específica [FS], Fobia social [FS], Trastorno de angustia (con y sin agorafobia), Trastorno de ansiedad generalizada [TAG], Trastorno de estrés post traumático, Hipocondría, Anorexia nerviosa y Bulimia nerviosa. Como también, en niños y adolescentes: Trastorno depresivo mayor, TOC, FS,

TAG, Trastorno de ansiedad por separación [TAS], Trastorno por déficit de atención con hiperactividad [TDAH], Trastorno negativista desafiante [TND], Trastorno disocial [TD], Enuresis y Encopresis. Como resultado se obtuvo que la Terapia cognitivo-conductual es el tratamiento de primera línea en la mayoría de los trastornos mentales no psicóticos en niños, adolescentes y adultos. Además, la TCC ha demostrado ser superior en el tratamiento farmacológico, lista de espera y tratamiento habitual de los trastornos mencionados, lo que indica que los resultados obtenidos de la Terapia cognitivo-conductual no se explican únicamente por variables inespecíficas como la alianza terapéutica o expectativas positivas de cambio.

Dentro de una terapia se encuentran determinados factores específicos son aquellos relacionados con la parte técnica del enfoque teórico de la psicoterapia, mientras que, los factores inespecíficos hacen referencia a aspectos propios del consultante, del terapeuta y de la relación entre ambos y son aquellos que producen mayor cambio. Luborsky et al. (1979), plantean dentro de los factores inespecíficos a las variables del paciente, las cuales son preexistentes del paciente y son aquellas que dan cuenta de los resultados de la psicoterapia, en especial de los cambios sintomatológicos y globales.

En concordancia, dentro de las variables del paciente se encuentran las variables demográficas, comprendidas por el género, la edad y el nivel socioeconómico. Mac Nair & Corazzini (1994), plantean que dentro de estas variables aquellos pacientes que tengan mayor nivel educativo y socioeconómico tendrán una mayor permanencia y adherencia al tratamiento.

En España, Quismondo (2020), realizó una investigación que tuvo como objetivo analizar el efecto de diferentes variables potencialmente predictoras y moderadoras de la efectividad en la terapia cognitivo-conductual y de la terapia de aceptación y compromiso en formato grupal de pacientes con trastorno de pánico. La muestra estuvo compuesta por

91 pacientes, de 18 a 65 años. Se determinó que ambas terapias fueron más efectivas en personas mayores, mujeres, con tiempo prolongado de evolución del trastorno, en etapa de contemplación y con elevada evitación experiencial.

Por otro lado, las terapias cognitivo-conductuales reconocen la importancia de la alianza terapéutica, ya que tiene una gran relevancia para obtener buenos resultados en psicoterapia. El brindarles a los pacientes una razón acerca de los objetivos del tratamiento y de las tareas para lograr dichas metas, se encuentra dentro de los protocolos de la terapia cognitivo-conductual. Una alianza sólida es la base para posibilitar que las técnicas de intervención de las TCC se puedan aplicar de forma que beneficien al paciente (Goldfried, 1982, citado en Friedlander et al., 2016).

En Quito, Ecuador, Griffin Valdivieso (2014) realizó una investigación en la que se tuvo como objetivo realizar un análisis global de la alianza terapéutica en tres tipos de corrientes psicológicas: Terapia Cognitivo Conductual, Terapia Humanista y Terapia Psicodinámica. La muestra consistió en 180 pacientes, 61 hombres y 119 mujeres, atendidos desde el año 2008 hasta el 2014. Como conclusión se determinó que la calidad de alianza terapéutica es similar en las tres corrientes psicoterapéuticas.

Terapia psicoanalítica

El psicoanálisis tuvo como mayor exponente al médico Sigmund Freud, quien define en el año 1922 a este modelo como: un procedimiento para la investigación de procesos mentales que son casi imposibles de acceder por otras metodologías; como un método para el tratamiento de disturbios neuróticos; y, por último, como una diversidad de informaciones psicológicas obtenidas que se acumulan en una nueva disciplina científica (Freud, 1922, citado en Dal Bem Fistarol y Medeiros Kother Macedo, 2017).

El estudio de la histeria y el hipnotismo fueron el inicio del desarrollo de su teoría psicogenética y de las construcciones teóricas posteriores que conforman la teoría psicoanalítica freudiana. Freud estudió minuciosamente a los enfermos aplicando la técnica de asociación libre del pensamiento (que el paciente diga lo que se le cruce por su mente, sin dirigir la atención a lo que piensa) (de la Fuente y Alvarez Leefmans, 2016). Se puede decir entonces que el Psicoanálisis es tanto una técnica exploratoria, con objetivos terapéuticos, como un modelo interpretativo y teórico de la psique humana.

Por otra parte, para hablar de la efectividad de los resultados de la terapia psicoanalítica, se tomará como sinónimo al “efecto terapéutico” o “efecto analítico”. Este término comprende dos perspectivas: la que va por fuera del psicoanálisis, es entendida como el alivio o desaparición de un padecimiento del cuerpo y/o del pensamiento, haciendo foco a la eliminación o reducción del síntoma. Sin embargo, la perspectiva psicoanalítica no toma a la cura como la idea de eliminación del síntoma, sino que propone que la determinación de la participación del sujeto en el origen del síntoma conlleva per se la producción de determinados efectos terapéuticos. A su vez, supone un cambio en la posición del sujeto respecto de su sufrimiento y lo que lo causa, su relación con la realidad, su inconsciente y sus síntomas (Thompson et al., 2005).

En Barcelona, España, Vallvé Leal (2013) realizó una investigación cualitativa en la que estudió la eficacia terapéutica de los procedimientos psicoanalíticos, valorando 69 estudios clínicos publicados desde los inicios de la teoría psicoanalítica hasta diciembre de 2010. Se encontró que la terapia psicoanalítica prolongada puede ser recomendada como intervención para el tratamiento de trastornos alimentarios, trastorno límite de la personalidad, psiconeurosis y esquizofrenia. Como conclusión, se determinó que la terapia psicoanalítica puede recomendarse para ciertos trastornos mentales, pero con limitaciones.

Los 69 estudios clínicos estudiados defienden la eficacia de la terapia psicoanalítica prolongada.

Sin embargo, Fonagy (1999) lleva a cabo un trabajo que se basó en recolectar investigaciones sobre resultados obtenidos en psicoanálisis. El objetivo es el de demostrar su valor y aumentar su credibilidad como disciplina, mediante intentos de medición y evaluación pertenecientes a las ciencias empíricas. Como conclusión, se determinó que el método psicoanalítico freudiano no cumple con los requisitos científicos requeridos, sino que sirve como método de descubrimiento.

En relación a esto, es importante destacar que para obtener buenos resultados en el desarrollo de un proceso terapéutico psicoanalítico, es necesaria la construcción de una relación terapéutica. El paciente debe tener un rol activo y una mutua dependencia por parte de ambos participantes. La noción de Alianza Terapéutica comienza con el planteamiento descrito por Freud entre los años 1912-1913, que describe que el primer objetivo que debe tener el tratamiento es unir al paciente a la cura y a la persona del médico. Además, la identificación positiva del paciente con el terapeuta puede motivarlo a que trabaje hacia el cumplimiento de las tareas terapéuticas (Sterba, 1934, citado en Waizmann y Roussos, 2009).

En la misma línea, Horvath y Symonds (1991), encontraron que la alianza terapéutica es un buen predictor de los resultados obtenidos en psicoterapia. Además, mencionan que se ha estudiado la alianza en tratamientos que van desde cuatro a cincuenta sesiones, y que la duración no modifica la relación entre la alianza terapéutica y el resultado de la terapia. Sin embargo, la relación entre la alianza terapéutica y los cambios sintomatológicos aumentaba con la duración de la terapia.

Desde el psicoanálisis se plantea que el paciente debe tener cierto grado de identificación en la actitud introspectiva y valorativa con el analista, lo que es esencial para el proceso terapéutico y sus resultados. Asimismo, el analista debe tener una actitud receptiva,

empática, manifestada en la modalidad, contenido y frecuencia de sus intervenciones, lo que es considerado como fundamental en el desarrollo de la alianza terapéutica (Fernández Álvarez García et al., 2001).

Por otro lado, sobre esta misma línea Krause (2001), plantea una evaluación positiva hacia el terapeuta, por parte del paciente, independientemente del nivel de formación de este. Sin embargo, para ello propone que debe haber cierto grado de simpatía y confianza hacia el terapeuta. Todos estos factores favorecen el mantenimiento de la relación terapéutica y el proceso de cambio. Por el contrario, la ausencia de dichos sentimientos de dicho ajuste emocional pondría en riesgo el proceso de cambio y llevaría con el tiempo a la ruptura de la relación de ayuda entre paciente y terapeuta.

En cuanto a la justificación podría decirse que desde esta investigación se busca, acercar información certera sobre la Terapia Cognitivo-Conductual y Psicoanálisis; y a su vez, concientizar sobre la importancia de que un tratamiento eficaz es beneficioso para la salud de cada uno de los individuos, ya que produce cambios psicológicos positivos en quienes realizan un proceso terapéutico.

En relación a lo planteado, el objetivo de esta investigación fue comparar la Efectividad y Alianza Terapéutica en adultos que realizan Terapia Cognitivo Conductual y Psicoanálisis en AMBA; y, asimismo, conocer cómo es el grado de relación que existe entre la efectividad y alianza terapéutica en adultos que realizan terapia cognitivo conductual y psicoanálisis en AMBA. Las hipótesis son que cuanto mayor es el grado de Alianza Terapéutica, mayor es la Efectividad de la psicoterapia y, que la Terapia Cognitivo Conductual presenta mayor Efectividad y Alianza Terapéutica que la terapia psicoanalítica.

Método

Diseño

El diseño de esta investigación es de tipo no experimental, de carácter cuantitativo y alcance correlacional, descriptivo y de tipo transversal.

Muestra

La muestra estuvo conformada por 136 adultos de ambos sexos que se encuentran atravesando un proceso terapéutico, TCC o PSA. La muestra se seleccionó adoptando un método no probabilístico de tipo intencional. Los criterios de inclusión fueron: (1) ser mayor de 18 años, (2) residir en la Provincia de Buenos Aires, (3) que se encuentren realizando un proceso terapéutico Cognitivo-Conductual o Psicoanalítico. Quedaron excluidos: (1) aquellos que presenten signos o síntomas de un posible diagnóstico por trastornos de personalidad y/o psicosis, (2) quienes realicen terapias que no sean Cognitivo Conductual y Psicoanálisis.

Instrumentos

Cuestionario sociodemográfico ad-hoc

Con el objetivo de obtener datos personales se preguntó su ciudad de residencia, edad, sexo (femenino, masculino u otro), nivel educativo alcanzado (sin estudios, primario incompleto, primario completo, secundario incompleto, secundario completo, terciario incompleto, terciario completo, universitario incompleto, universitario completo), si realiza terapia (si, no), si responde si: (Terapia psicoanalítica, terapia cognitivo-conductual, no sé, otra), es la primera vez que realiza terapia (si, no) desde cuando realiza terapia (la actual).

Versión adaptada a Chile del Outcome Questionnaire [OQ-45.2] De la Parra y Von Bergen (2002)

Es un instrumento que evalúa los resultados en psicoterapia. Es un cuestionario autoadministrable conformado por 45 ítems que evalúan tres sub-escalas: (1) Subescala de Síntomas, (2) Subescala de Relaciones Interpersonales, (3) Rol Social. Es una escala de respuesta de tipo likert, de nivel ordinal (de 0 a 4 puntos) con cinco opciones de respuesta por ítem: 0 [Nunca], 1 [(Casi) nunca], 2 [A veces], 3 [Con frecuencia] y 4 [(Casi) siempre].

En esta investigación se utilizó la versión adaptada del instrumento por De la Parra y Von Bergen (2002) para Chile. Esta adaptación tiene un Coeficiente Alfa de Cronbach total del .86, mientras que la subescala Síntomas $\alpha = .90$, de la subescala Relaciones Interpersonales $\alpha = .79$ y de la subescala Rol Social $\alpha = .82$ (Von Bergen y De la Parra, 2002).

El [OQ-45.2] evalúa el progreso del paciente que se encuentra atravesando un proceso terapéutico por lo que ha sido diseñado para aplicarse durante la terapia y al final de la misma. Las tres subescalas refieren a cómo se siente el paciente intrapsíquicamente, cómo se relaciona con otros y como funciona en tareas cotidianas. Lambert et al. (1996):

- Subescala síntomas [SD]: hace referencia a sintomatología relacionada con desórdenes mentales, en especial brinda gran evidencia empírica en síntomas relacionados con ansiedad y depresión
- Subescala Relaciones Interpersonales [RI]: hace referencia tanto a la satisfacción como a los problemas en las relaciones interpersonales significativas. Lambert et.al., (1996) en sus investigaciones demuestra que la calidad y satisfacción de vida se encuentra estrechamente vinculada con relaciones interpersonales positivas; como también, que entre los motivos de consulta más frecuentes de las personas que comienzan una terapia son de naturaleza interpersonal.
- Subescala Rol social [SR]: hace referencia a la insatisfacción, conflicto, trastorno o inadecuación del paciente en aquellas tareas que se encuentren

relacionadas con los roles familiares, ocio y empleo.

Inventario de Alianza Trabajo breve- versión paciente (WAI- SR- A)

Es un instrumento que evalúa la Alianza de Trabajo en pacientes definida por Bordin (1979). Se encuentra constituido por 12 ítems divididos en tres subescalas: (1) vínculo, (2) tareas, (3) objetivos. Con una escala de respuesta tipo likert de 7 puntos que va de “nunca” a “siempre”. Se utilizó la adaptación argentina de la versión abreviada del inventario de alianza de trabajo [WAI] (Hatcher y Gillaspy, 2006). Esta adaptación tiene un Coeficiente Alfa de Cronbach total de .90, mientras que las subescalas vínculo $\alpha = .77$, de la subescala tareas $\alpha = .84$ y de la subescala objetivos $\alpha = .67$ (Gomez Penedo et al., 2015)

Procedimiento

La administración de los instrumentos fueron autoadministradas de forma virtual mediante Google Forms. La participación de los individuos fue voluntaria y anónima; se les brindó, además, un consentimiento informado previo a la realización de los cuestionarios, para garantizar la confidencialidad de sus datos personales.

Los participantes debían responder un cuestionario sociodemográfico (edad, sexo, nivel educativo alcanzado, si realiza terapia, qué terapia realiza, si es la primera vez que realiza terapia y desde cuando realiza terapia), un cuestionario sobre la evolución de los resultados en psicoterapia, y por último, un cuestionario sobre alianza terapéutica.

El contacto con la muestra fue mediante la colaboración de psicólogos formados en

Terapia Cognitivo Conductual y Psicoanálisis, cómo también por medio de redes sociales (WhatsApp, Instagram, Facebook y Twitter) para quienes estén por comenzar una terapia con dichas orientaciones.

Análisis de los datos

El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS 25.0. Se calculó la frecuencia absoluta y porcentual de todas las variables sociodemográficas para la caracterización de la muestra. Luego, se calcularon las medidas de tendencia central y dispersión de cada dimensión que componen a las variables.

Teniendo en cuenta que las dimensiones Sintomatología, Relaciones Interpersonales, Efectividad, Vínculo y Objetivos se distribuyeron de modo normal, se realizó una correlación R de Pearson, y con las variables que se distribuyeron de forma no normal se realizó Rho de Spearman. Por último, para contrastar la diferencia de grupos se realizaron los estadísticos T de Student y U de Mann Whitney.

Resultados

Caracterización de la muestra

Tabla 1

<i>Caracterización de la muestra</i>			
Variables		N	Porcentaje
Sexo	Femenino	113	83,1
	Masculino	23	16,9
Nivel Educativo	Secundario completo	22	16,2
	Terciario incompleto	8	5,9
	Terciario completo	6	4,4
	Universitario incompleto	73	53,7
	Universitario completo	27	19,9
Primera vez en terapia	Sí	46	33,8
	No	90	66,2
Tipo de terapia	Cognitivo- conductual	64	47,1
	Psicoanalítica	72	52,9

Caracterización de las variables

Tabla 2*Descripción de Efectividad y Alianza Terapéutica*

	Media	Desvío típico	Mínimo	Máximo
Alianza terapéutica	108,96	18,41	70	152
Sintomatología	63,05	14,52	32	100
Relaciones interpersonales	20,07	4,81	10	31
Rol social	14,86	3,97	5	27
Vinculo	22,93	4,91	5	28
Tareas	24,23	4,08	10	28
Objetivos	22,97	4,54	10	28

Nota: N=138

Cruce de variables**Tabla 3***Correlación entre Efectividad y Alianza terapéutica*

	1	2	3	4	5	6	7
Sintomatología	-						
Relaciones interpersonales	0,608*	-					
Rol social	0,505**	0,523**	-				
Efectividad	0,948**	0,614**	0,610**	-			
Vinculo	-0,124	-0,190	-0,135	0,143	-		
Tareas	-0,156	-0,433**	-0,209	-0,071	0,731**	-	
Objetivos	-0,098	-0,313*	-0,143	0,713	0,605**	0,699**	-

Pruebas utilizadas: Rho de Spearman y R de Pearson.

Se halló una correlación estadísticamente significativa entre Tareas y Objetivos con Relaciones Interpersonales, ambas relaciones fueron inversas lo que indica que, a mayor nivel de Tareas y Objetivos menor nivel de Relaciones Interpersonales.

Tabla 4*Diferencia de grupos en Efectividad y Alianza terapéutica entre Terapia Cognitivo-conductual y Psicoanálisis.*

		Media	Sig.
Sintomatología	TCC	64,80	0,252
	Psicoanálisis	61,43	
Relaciones interpersonales	TCC	20,18	0,878
	Psicoanálisis	19,95	
Efectividad	TCC	104,55	0,109
	Psicoanálisis	115,58	

Vinculo	TCC	22,60	0,470
	Psicoanálisis	23,22	
Objetivo	TCC	23,42	0,284
	Psicoanálisis	22,58	

Nota: TCC= Terapia Cognitivo-Conductual.

Prueba utilizada: T de Student.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 5

Diferencia de grupos en Efectividad y Alianza terapéutica entre Terapia Cognitivo-conductual y Psicoanálisis.

		Rango promedio	Sig.
Rol Social	TCC	36,85	0,878
	Psicoanálisis	36,09	
Tareas	TCC	70,87	0,503
	Psicoanálisis	66,40	

Nota: TCC= Terapia Cognitivo-Conductual.

Prueba utilizada: U de Mann Whitney.

No se hallaron diferencias estadísticamente significativas.

Análisis de las variables sociodemográficas

Tabla 6

Correlación entre Efectividad, Alianza terapéutica, Edad, Nivel Educativo y Tiempo de terapia

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sintomatología	-									
Relaciones interpersonales	0,608*	-								
Rol social	0,505**	0,523**	-							
Efectividad	0,948**	0,614**	0,610**	-						
Vinculo	-0,124	-0,190	-0,135	0,143	-					
Tareas	-0,156	-0,433**	-0,209	-0,071	0,731**	-				
Objetivos	-0,098	-0,313*	-0,143	0,713	0,605**	0,699**	-			
Edad	-0,180	-0,216	0,001	0,023	0,062	0,107	0,060	-		
Nivel Educativo	-0,238*	-0,098	-0,199	0,007	-0,060	0,016	0,067	0,359**	-	
Tiempo de terapia	-0,182	-0,136	-0,006	0,448*	0,268**	0,160	0,097	0,147	-0,008	-

Pruebas utilizadas: Rho de Spearman y R de Pearson.

Se halló una correlación estadísticamente significativa y negativa entre Nivel Educativo con Sintomatología, se entiende que a mayor Nivel Educativo menor Sintomatología y viceversa. Además, Tiempo de terapia correlaciono de forma positiva con Efectividad y Vinculo, esto indicaría que a mayor tiempo transcurrido de terapia mayores niveles de Efectividad y Vinculo.

Tabla 7

<i>Diferencia de grupos en Efectividad y Alianza terapéutica entre quienes realizaron terapia y quienes no</i>			
		Media	Sig.
Sintomatología	Sí	61,25	0,365
	No	64,04	
Relaciones interpersonales	Sí	19,64	0,643
	No	20,36	
Efectividad	Sí	102,33	0,108
	No	113,38	
Vinculo	Sí	21,43	0,011
	No	23,70	
Objetivo	Sí	22,28	0,203
	No	23,33	

Nota: TCC= Terapia Cognitivo-Conductual.

Prueba utilizada: T de Student.

Se encontró una diferencia significativa en la dimensión Vinculo, donde quienes no realizaron terapia previamente tienen mayores niveles que quienes si realizaron.

Tabla 8

<i>Diferencia de grupos en Efectividad y Alianza terapéutica entre quienes realizaron terapia y quienes no</i>			
		Rango promedio	Sig.
Rol Social	Sí	38,11	0,611
	No	35,53	
Tareas	Sí	59,60	0,056
	No	73,05	

*Nota: TCC= Terapia Cognitivo-Conductual.
Prueba utilizada: U de Mann Whitney.*

No se hallaron diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 9

Diferencia de grupos en Efectividad y Alianza terapéutica entre Sexo

		Media	Sig.
Sintomatología	Femenino	64,76	0,035
	Masculino	57,47	
Relaciones interpersonales	Femenino	20,53	0,331
	Masculino	18,91	
Efectividad	Femenino	111,66	0,226
	Masculino	102,66	
Vinculo	Femenino	23,10	0,367
	Masculino	22,08	
Objetivo	Femenino	23,07	0,565
	Masculino	22,47	

*Nota: TCC= Terapia Cognitivo-Conductual.
Prueba utilizada: T de Student.*

Se hallaron diferencias significativas en Sintomatología, donde las participantes femeninas tienen niveles más elevados que los masculinos.

Tabla 10

Diferencia de grupos en Efectividad y Alianza terapéutica entre Sexo

		Rango promedio	Sig.
Rol Social	Femenino	34,76	0,203
	Masculino	42,12	
Tareas	Femenino	71,60	0,039
	Masculino	53,26	

*Nota: TCC= Terapia Cognitivo-Conductual.
Prueba utilizada: U de Mann Whitney.*

Se encontró una diferencia estadísticamente significativa en la dimensión Tareas, siendo las mujeres quienes poseen mayores niveles que los hombres.

Conclusión y discusión

En esta investigación se tuvo como objetivo el comparar la Efectividad y la Alianza Terapéutica en adultos que realizan Terapia Cognitivo Conductual y Psicoanálisis en AMBA; como también, conocer cómo es el grado de relación que existe entre la Efectividad y la Alianza Terapéutica en adultos que realizan Terapia Cognitivo Conductual y Psicoanálisis en AMBA. Asimismo, se plantearon dos hipótesis, la primera plantea que cuanto mayor sea el grado de Alianza Terapéutica, mayor es el grado de Efectividad de la psicoterapia, la cual se confirma parcialmente, debido a que en relación a los resultados encontrados se halló una correlación significativa inversa entre: Tareas y Objetivos con la variable Relaciones Interpersonales (Tabla 3).

Este resultado podría relacionarse con varias investigaciones debido a que las subescalas de Tareas y Objetivos debido a que representan un alto grado de superposición podría considerarse como una sola subescala que represente la naturaleza técnica de la de la alianza terapéutica (Corbella et.al., 2011). Además, Sánchez (2014), plantea que los logros de objetivos propuestos con el terapeuta se encuentran estrechamente vinculados con la efectividad de la terapia. Por otro lado, su relación con la subescala de Relaciones Interpersonales podría guardar relación con lo planteado por Lambert et al. (1996), quien plantea que la escala evalúa tanto la satisfacción como los problemas que se encuentren en esta área; como también, señala, que entre los motivos de consulta más frecuentes de los pacientes que acuden a terapia se encuentran, mayormente, problemas en sus relaciones interpersonales significativas. Por lo tanto, ambos factores podrían vincularse en cuanto a que mayor sea el grado de acuerdo en las Tareas y los Objetivos en psicoterapia menor serán los síntomas problemáticos asociados a las Relaciones Interpersonales.

En relación a la segunda hipótesis se planteó que la Terapia Cognitivo Conductual presenta mayor Efectividad y Alianza Terapéutica que la Terapia Psicoanalítica, la cual es

rechazada debido a que en los resultados no se hallaron diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las dimensiones. Esto podría deberse a una diferencia en el contexto histórico-cultural y social en Argentina, y pueden haber influenciado los instrumentos. Debido a que estos resultados contradicen investigaciones que demuestran que la Terapia Cognitivo-Conductual, en comparación con otros tipos de tratamiento, es efectiva para la mayoría de los trastornos mentales no psicóticos (Fullana et al., 2011).

También, se halló una correlación estadísticamente significativa y negativa entre Nivel Educativo con Sintomatología. Se entiende que a mayor nivel educativo menor sintomatología y viceversa. En concordancia con dichos resultados, se infiere que puede deberse a factores inespecíficos del paciente, en relación a esto Luborsky et al. (1979) plantean que dichas variables inespecíficas son las mejores predictoras de resultado en una psicoterapia, en especial de cambio sintomatológico. Dentro de las variables inespecíficas del paciente, se encuentran las variables demográficas, en donde Mac Nair & Corazzini, (1994) plantean que mientras mayor sea el nivel educativo y socioeconómico del paciente, este tendrá mayor adherencia al tratamiento.

Además, Tiempo de terapia se correlacionó de forma positiva con Efectividad y Vínculo, esto indicaría que a mayor tiempo transcurrido de terapia mayores niveles de Efectividad y Vínculo. En relación a dicho resultado, Horvath y Symonds (1991) plantean que si bien la duración de las sesiones durante un proceso terapéutico no afecta a la relación entre la alianza terapéutica y el resultado final, si se ha encontrado que la duración de la psicoterapia aumentaba la relación de la alianza terapéutica y el cambio sintomatológico. Por lo tanto, se puede inferir que si se incrementa el tiempo de sesiones de una psicoterapia se tendrá, según Bordin (1979), una mejor calidad en el vínculo entre paciente-terapeuta, como también mejores resultados.

Por otra parte, se encontró una relación significativa en la dimensión Vínculo, en donde quienes no realizaron terapia previamente tienen mayores niveles que quienes sí realizaron. Existen variables específicas e inespecíficas que influyen en un proceso terapéutico, se podría inferir que aquellos que han realizado una terapia con antelación pudieron tener malas experiencias en su vínculo con su terapeuta, o bien, lo contrario y que por ello pudiesen tener una menor calidad en su vínculo. Por lo tanto, en aquellos que no hayan realizado ninguna terapia con anterioridad, pueden aparecer también ciertas variables inespecíficas por parte del paciente que favorezcan su vínculo con el terapeuta. Siguiendo esta línea, Krause (2001), plantea que más allá del nivel de formación del terapeuta, los pacientes tienden a evaluar positivamente la alianza con él, y por lo tanto favorece al proceso de cambio y al sostenimiento de la relación.

Por otro lado, en relación a las variables de sexo se hallaron diferencias significativas en Sintomatología, donde las participantes femeninas tienen niveles más elevados que los masculinos. Esto se condice con la investigación realizada por De la Parra et al. (2002) en donde se encontraron los mismos resultados ante la aplicación y evaluación del OQ-45 en la población general de Chile.

Así mismo, se encontró una relación significativa entre la dimensión Tareas, en donde las mujeres son quienes poseen mayores niveles que los hombres. Se puede inferir que dicho resultado puede deberse a variables contextuales, sociales y culturales del país, como también, podría deberse a la heterogeneidad de la muestra, debido a que la mayoría son mujeres, lo que hace que los resultados carezcan de objetividad.

Para concluir, en cuanto a las limitaciones y recomendaciones futuras derivadas de este trabajo, cabe mencionar que el contexto de Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio

fue una de las limitaciones de la presente investigación ya que conllevó a que la administración de los protocolos sea de modo virtual, lo que pudo derivar en efecto fatiga.

Otra limitación fue el tamaño de la muestra y que la misma fue obtenida a través de un muestreo no probabilístico, lo que dificulta la generalización de los resultados. Sería interesante replicar este estudio con una muestra más numerosa y en diferentes zonas geográficas. En la misma línea, respecto a la muestra se puede destacar que la misma estuvo conformada en su mayoría por mujeres (N=132), lo que demuestra la heterogeneidad de la población, pudiendo interferir en los resultados de la investigación. Sería recomendable que futuras investigaciones evalúen muestras parejas para lograr resultados objetivos.

Por último, al ser una investigación transversal no se pudo evaluar el constructo a lo largo del tiempo, lo que limita un tanto los datos obtenidos. Sería enriquecedor contrastar los resultados aquí hallados con otros provenientes de estudios longitudinales, debido a que los cuestionarios aquí utilizados permiten la aplicación test-retest. Además, para futuras investigaciones, sería recomendable que se especifique un periodo de tiempo entre cada aplicación de ambos cuestionarios: que la primera sea a partir de un mínimo de 5 sesiones de terapia y la segunda aplicación a los 5 meses, para obtener resultados objetivos con un mismo tiempo de terapia entre la Terapia Cognitivo-Conductual y el Psicoanálisis.

Se recomienda a partir de lo investigado, continuar estudiando y replicando la investigación a mayor cantidad de población.

Referencias bibliográficas

- Beck, J. S. (1995). *Terapia Cognitiva. Conceptos básicos y profundización*. The Guilford Press.
<https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=7EHjCgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA6&dq=historia+de+la+terapia+cognitiva&ots=wS2pNPQMkp&sig=y67L11PkMCX4t2vU IPOWFgZVbSQ#v=onepage&q&f=true>
- Corbella, S., Botella, L., Gomez, A. M., Herrero, O., y Pacheco M. (2011). Características psicométricas de la versión española del Working Alliance Inventory-Short (WAI-S). *Anales de psicología*, 7(2), 298-301.
<https://revistas.um.es/analesps/article/view/122881/115521>
- Dal Bem Fistarol, R., y Medeiros Kother Macedo, M. (2017). Psicoanálisis - especificidad de su teoría, método y técnica. *Clínica & Cultura*, 6(1), 31-40.
 file:///C:/Users/sofiz/Downloads/7620-Texto%20do%20 artigo-27010-1-10-20180702.pdf
- De la Fuente, R., y Alvarez Leefmans, J. A. (2016). *Psicologia medica*. Fondo de Cultura Económica.
https://books.google.com.ar/books?hl=es&lr=&id=_992DQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT5&dq=libro+psicologia+medica+zaragoza&ots=1PDxoKY5ho&sig=-ZddvjZKxvQUcXOzlf8XGOw3tzM#v=onepage&q=libro%20psicologia%20medica%20zaragoza&f=false
- Elliott, R. (2002). The Effectiveness of Humanistic Therapies: A Meta-Analysis. En D. Cain (Ed.), *Humanistic psychotherapies: Handbook of research and practice* (pp. 57- 81). American Psychological Association. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/10439-002>
- Fernández Álvarez García, D., Hirsch Huerin Lardini, H., Roussos Rutzstein, L.V. y Zukerfeld, T. (2001). Vertex, Revista argentina de psiquiatría. *Revista de Experiencias Clínicas y Neurociencia*, 12(45).
<http://www.editorialpolemos.com.ar/docs/vertex/vertex45.pdf#page=29>

Fonagy, P. (Ed.). (1999). Una Revisión de Puertas Abiertas de los Estudios de Resultados en Psicoanálisis: Informe Preparado por el Comité de Investigación de la API a pedido de su Presidente. API.

Friedlander, M. L. (2016). La Alianza Terapéutica en la Psicoterapia.

<https://www.avntf-evntf.com/wp-content/uploads/2016/06/La-Alianza-Terap%C3%A9utica-en-la-Psicoterapia.-Friedlander-y-otros.pdf>

Fullana, M.A., Fernández de la Cruz, L., Bulbena, A., y Toro, J. (2011). Eficacia de la terapia cognitivo-conductual para los trastornos mentales. *Med Clin*.

<http://www.acmcb.es/files/425-5425-DOCUMENT/2011%20Med%20Cli%20Eficacia%20TCC-2.pdf>

Gomez Penedo, J.M., Waizmann, V. y Roussos, A.J. (2015). Propiedades psicométricas de la adaptación argentina del Inventario de Alianza de Trabajo breve - versión paciente (WAI-SR-A): un análisis factorial confirmatorio. *Investigaciones en Psicología*, 20(1), 49-62.

https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/51752/CONICET_Digital_Nro.c079a545-78ce-4af5-980e-876ba04c618b_A.pdf?sequence=2&isAllowed=y

Griffin Valdivieso, M.I. (2014). *Alianza terapeutica entre pacientes y terapeutas practicantes en tres tipos de corrientes psicológicas terapia cognitiva conductual, terapia humanista y terapia psicodinámica* [Tesis de Grado, Universidad San Francisco de Quito]. Repositorio Institucional USFQ.

<https://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/3407/1/110969.pdf>

Horvath, A. O. & Bedi, R.P. (2002). The alliance. En J. C. Nockross (Ed.), *Psychotherapy relationship that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 37-69). Oxford University Press.

- Horvath, A.O. y Symonds, B.D. (1991): Relation between alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 139- 149.
- Krause, M. (2001). ¿Subjetividad del cambio o cambio subjetivo? [Subjectivity of the change or subjective change?]. Trabajo presentado en Coloquio realizado en la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile.
- Núñez Rojas, A. C., y Tobón, S. (2005). *Terapia Cognitivo Conductual. El modelo procesual de la salud mental como camino para la integración, la investigación y la clínica*. ResearchGate https://www.researchgate.net/profile/Cesar-Nunez-3/publication/293654257_Nunez_Tobon_2005_Terapia_cognitivo-ctual_y_MPSM/links/56ba636408ae0a6bc9556b28/Nunez-To_bon-2005-Terapia-cognitivo-ctual-y-MPSM.pdf
- Lambert, M. J., Hansen, N. B., Umphress, V., Lunnen, K., Okiishi, J., Burlingame, G. M., & Reisinger, C. W. (1996). Administration and scoring manual for the OQ-45.2. Stevenson, MD: American Professional Credentialing Services, 50-80.
- León Quismondo, L. (2020). *Predictores y moderadores de la efectividad de la terapia cognitivo-conductual y de la terapia de aceptación y compromiso en formato grupal para pacientes con trastornos de pánico*. [Tesis doctoral, Universidad de Alcalá]. Repositorio Institucional UAH.
- Londoño Salazar, M. (2017). Reflexiones sobre la ética del psicólogo. *Poiésis*, (33), 139-145. DOI: <https://doi.org/10.21501/16920945.2504>
- Luborsky, L., Mintz, J. & Chirstoph, P. (1979). Are Psychotherapeutic Changes Predictable?. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47,(3), 469-473.
file:///C:/Users/Sofi/Downloads/luborsky1979.pdf
- Mac Nair, R. & Corazzini, J. (1994). Client factors influencing group therapy dropout. *Psychotherapy*, 31(2), 352-362.

- Ruiz Fernandez, M. A., Diaz Garcia, M. I., y Villalobos Crespo, A. (2012). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivos Conductuales*. Desclée De Brouwer.
[https://ebg.ec/wp-content/uploads/2020/05/Manual de Tecnicas de Intervencion Cognitiva.pdf](https://ebg.ec/wp-content/uploads/2020/05/Manual_de_Tecnicas_de_Intervencion_Cognitiva.pdf)
- Sanchez, N. C. (2014). *Evaluación de Resultados en Psicoterapia Breve Ericksoniana: Aplicación del OQ-45.2 en una muestra de pacientes ambulatorios de la Ciudad de Mendoza* [Tesis de Grado, Universidad del Aconcagua]. Repositorio Institucional UDA.
http://bibliotecadigital.uda.edu.ar/objetos_digitales/467/tesis-3799-evaluacion.pdf
- Santibañez Fernandez, P. M., Roman Mella, M. F., y Vinet, E. (2009). Efectividad de la terapia y su relación con la alianza terapéutica. *Interdisciplinaria*, 26(2), 267-287.
<https://www.redalyc.org/pdf/180/18011827006.pdf>
- Thompson, S., Mattera, S., Mordoh, E., Gurevicz, M., & Lombardi, G. (2005). La preocupación por los efectos Terapéuticos en psicoanálisis. *Anuario de Investigaciones*, 12, 265-269.
<https://www.redalyc.org/pdf/3691/369139941028.pdf>
- Vallvé Leal, C. (2013). *Estudios sobre la eficacia terapéutica de los procedimientos psicoanalíticos*. [Tesis Doctoral, Universidad Autónoma de Barcelona]. Repositorio Institucional UAB.
<https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/126030/cv11de1.pdf;sequence=1#page=36>
- Von Bergen, A., y De la Parra, G. (2002). OQ-45.2, Cuestionario para la evolución en psicoterapia: adaptación, validación e indicaciones para su aplicación e interpretación. *Revista Terapia Psicológica*, 20(2), 160-176.
- Waizmann, V., y Roussos, A.J. (2009). Acerca de la dificultad en la conceptualización de la alianza terapéutica. *Intersubjetivo*, 10(1), 122-133.

https://www.researchgate.net/profile/Andres-Roussos/publication/215678005_Acerca_de_la_dificultad_en_la_conceptualizacion_de_la_alianza_terapeutica/links/0f317536560a7d7a8d000000/Acerca-de-la-dificultad-en-la-conceptualizacion-de-la-alianza-terapeutica.pdf

Anexos

Cuestionario

Universidad Abierta Interamericana

Facultad de Psicología y Relaciones Humanas

¡Hola! Mi nombre es Sofía Zilli, soy estudiante de la carrera de la Licenciatura en Psicología de la Universidad Abierta Interamericana [UAI] y me encuentro cursando el último año de la misma. Actualmente estoy realizando mi tesis de grado para la obtención del título. Por lo tanto, me gustaría invitarle a colaborar de forma anónima de esta investigación cuyo objetivo es evaluar la Efectividad y Alianza Terapéutica en adultos que realizan Terapia Cognitivo-Conductual y Psicoanálisis en AMBA.

Se presentará a continuación un consentimiento informado, un breve cuestionario de datos personales y otros dos que tienen como finalidad evaluar el objetivo de la investigación. Para poder participar deberás: (1) ser mayor de 18 años, (2) residir en AMBA y, (3) realizar Terapia Cognitivo-Conductual o Terapia Psicoanalítica actualmente. El tiempo estimado para responder esta encuesta es de 15 minutos, tenga en cuenta que no hay respuestas correctas o incorrectas, y que su participación es anónima, confidencial y con fines meramente académicos.

Tu participación es de mucha ayuda y es esencial para mi tesis de grado. ¡Muchas gracias por tu colaboración!

Cualquier duda que tenga, por favor no dude en contactarse al siguiente mail:

sofizilli2@gmail.com

Consentimiento informado

Certifico que al leer este consentimiento acepto participar de forma voluntaria en los cuestionarios de este proyecto de investigación para la obtención del título de grado de la

Licenciatura en Psicología. Se me ha informado que se garantiza la confidencialidad de los datos y el anonimato de acuerdo a la Ley N° 25.326 de "Protección de los datos personales".

Acepto que no se realizará una devolución de los datos obtenidos en esta encuesta.

Leí el consentimiento informado y acepto participar	Si No
---	----------

Cuestionario sociodemográfico

Edad	
Sexo	Masculino Femenino Otro
Ciudad donde vive	
Nivel educativo	Sin estudios Primario incompleto Primario completo Secundario incompleto Secundario completo Terciario incompleto Terciario completo Universitario incompleto Universitario completo
¿Realiza terapia?	Si No
¿Qué tipo de terapia realiza?	Terapia Cognitivo-Conductual Terapia Psicoanalítica No sé Otro
¿Es la primera vez que realiza terapia?	Si No
¿Desde cuándo realiza terapia? (Responda en función del tiempo que lleva realizando la terapia actual, con el profesional actual. Responder "Desde hace.. ("x" días/semanas/meses/años)).	

Cuestionario de resultados

A continuación se le presentará un cuestionario de 45 ítems que nos ayudarán a entender como se ha estado sintiendo los últimos siete días, incluyendo el día de hoy. Lea cuidadosamente las frases y seleccione la categoría que mejor describa cómo se sintió esta

semana. En el cuestionario el término "trabajo" hace referencia al empleo, la escuela, el trabajo voluntario, ser ama de casa, cuidar niños, etc. La selección de respuestas por cada ítem son "nunca", "casi nunca", "a veces", "con frecuencia", "casi siempre".

	Nunca	Casi nunca	A veces	Con frecuencia	Casi siempre
Me llevo bien con otros					
Me canso rápidamente					
Nada me interesa					
Me siento presionado (estresado) en el trabajo/escuela					
Me siento culpable					
Me siento irritado, molesto					
Me siento contento con mi matrimonio/pareja					
Pienso en quitarme la vida					
Me siento débil					
Me siento atemorizado					
Necesito tomar bebidas alcohólicas en la mañana, después de haber tomado el día anterior. (Si esto no le ocurre marque nunca)					
Encuentro satisfacción en mi trabajo/escuela					
Soy una persona feliz					
Trabajo/estudio excesivamente (más de la cuenta)					
Me siento inútil					
Me abruma (angustia) los problemas de mi familia					
Mi vida sexual me llena					

Me siento solo					
Discuto frecuentemente					
Me siento querido y que me necesitan					
Disfruto mi tiempo libre					
Tengo dificultades para concentrarme					
Me siento sin esperanza en el futuro					
Estoy contento conmigo mismo					
Me perturban o molestan pensamientos de los que no me puedo deshacer					
Me molesta que me critiquen porque tomo o me drogo. (No se refiere a medicamentos recetados). (Si esto no le ocurre marque nunca)					
Tengo malestares estomacales					
Trabajo/estudio tan bien como lo hacía antes					
Mi corazón palpita demasiado					
Tengo dificultades para llevarme bien con mis amigos y conocidos					
Estoy satisfecho con mi vida					
Tengo problemas en el trabajo/escuela debido a las drogas o el alcohol. (Si esto no le ocurre marque nunca)					
Siento que algo malo va a ocurrir					
Tengo los músculos adoloridos					
Me atemorizan los espacios abiertos, el manejar, el estar dentro de un bus, el metro, ascensores, etc.					
Me siento nervioso					
Me satisfacen mis relaciones con mis seres queridos					

Siento que me va bien en el trabajo/escuela					
Tengo muchas discusiones en el trabajo/escuela					
Siento que algo anda mal con mi mente					
Tengo dificultades para dormir, o no me puedo quedar dormido					
Me siento triste					
Mis relaciones con otros me satisfacen					
Me enoja tanto en el trabajo/escuela que puedo hacer algo de lo que después me puedo arrepentir					
Me dan dolores de cabeza					

Inventario de Alianza Trabajo breve- versión paciente (WAI- SR- A)

A continuación, se presenta un cuestionario que cuenta con 12 ítems que se encuentran relacionados con el vínculo que tiene con su terapeuta en terapia. Indique y seleccione su grado de acuerdo con cada una de las siguientes afirmaciones, teniendo en cuenta que 1 indica "nunca" y 7 "siempre".

	Nunca	Rara vez	Ocasionalmente	A veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre
Siento que mi terapeuta me aprecia							
Estamos de acuerdo acerca de lo que es importante que yo trabaje en terapia							
Lo que hacemos en terapia me brinda nuevas maneras de mirar mi problema							
Creo que le agrado a mi terapeuta							
Mi terapeuta no entiende lo que estoy tratando de lograr en la terapia							
Confío en la habilidad de mi terapeuta para ayudarme							

Mi terapeuta y yo estamos trabajando para lograr objetivos mutuamente acordados							
Mi terapeuta y yo estamos de acuerdo sobre las cosas que necesito hacer en terapia para ayudarme a mejorar mi situación							
Mi terapeuta y yo confiamos uno en el otro							
Hemos llegado a un buen entendimiento del tipo de cambios que serían buenos para mí							
Mi terapeuta y yo parecemos tener ideas diferentes acerca de cuáles son mis problemas							
Creo que la manera en que estamos trabajando mi problema es correcta							