

UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA

Facultad de Psicología y Relaciones Humanas



TESIS DE GRADO

**“Alianza terapéutica percibida por pacientes y los valores personales
que contribuyen al vínculo en psicoterapia”**

Autora: Florencia Belén González

Legajo: 75747

Tutora: Lic. Paula Agustina Caccia

Sede: Centro

Turno: Mañana

Título a obtener: Licenciada en Psicología

Abril 2022

Resumen

La alianza terapéutica es un constructo relevante en todas las relaciones paciente-terapeuta referente a cualquier modelo psicoterapéutico que contribuyen al progreso psicoterapéutico (Piedrabuena, 2011). Los valores personales, por su parte, son considerados como guías que dan sentido a la vida y fijan una dirección progresiva siendo el resultado de las demandas sociales y psicológicas propias del sujeto (Castro Solano & Nader, 2006). El presente trabajo tuvo como objetivo principal evaluar si los valores personales se asocian con una mejor alianza terapéutica percibida por el paciente. Se llevó a cabo mediante un enfoque cuantitativo con alcance descriptivo correlacional, a través de un diseño no experimental y de corte transversal (Hernández Sampieri et al. 2014). La muestra estuvo compuesta por adultos de entre 18 a 50 años ($M=31.27$ años, $Ds=9.29$) de ambos sexos, residentes de CABA y GBA. Se contestó un cuestionario sociodemográfico, se utilizó la adaptación española del Inventario de Alianza Terapéutica en su formato corto (WAI-S) para pacientes (Andrade González, 2007) y el cuestionario de valores contextualizados (VAL) (Casullo & Castro Solano, 2004). Según los resultados obtenidos, se halló que a mayor prevalencia de los valores universalismo y benevolencia, y de la meta trascendencia, se vincula una mejor percepción de alianza terapéutica por parte de los pacientes. A su vez, que los pacientes dan más prioridad al valor autodirección permitiéndoles percibir una mejor alianza terapéutica. Por otro lado, que el tiempo y la frecuencia que hace que los entrevistados están en tratamiento se asocian de manera positiva con el vínculo. Por último, que depende el género del terapeuta, el paciente puede desplegar mejor sus potencialidades y/o dificultades. Es importante establecer una empática y respetuosa alianza terapéutica desde el comienzo del proceso terapéutico y tener en cuenta los valores que priorizan los pacientes para predecir una mejor o peor percepción de la misma.

Palabras clave: Alianza terapéutica - valores personales - vínculo positivo - progreso psicoterapéutico

Abstract

The therapeutic alliance is a relevant construct in all patient-therapist relationships of reference to any psychotherapeutic model that contribute to psychotherapeutic progress (Piedrabuena, 2011). Personal values, on the other hand, are considered as guides that give meaning to life and set a progressive direction, being the result of the social and psychological demands of the subject (Castro Solano & Nader, 2006). The main objective of this study was to assess whether personal values were associated with a better therapeutic alliance perceived by the patient. It was carried out using a quantitative approach with a descriptive correlational scope, through a non-experimental and cross-sectional design (Hernández Sampieri et al. 2014). The sample was composed of adults between 18 and 50 years old ($M=31.27$ years, $SD=9.29$) of both sexes, residents of CABA and GBA. A sociodemographic questionnaire was answered, the Spanish adaptation of the Therapeutic Alliance Inventory in its short format (WAI-S) for patients (Andrade González, 2007) and the Contextualized Values Questionnaire (VAL) (Casullo & Castro Solano, 2004). . According to the results obtained, it was found that a higher prevalence of the values universalism and benevolence, and of meta-transcendence, is associated with a better perception of therapeutic alliance by patients. In turn, that patients give more priority to the value of self-direction, allowing them to perceive a better therapeutic alliance. On the other hand, that the time and frequency that the interviewees are in treatment are positively associated with the bond. Finally, depending on the gender of the therapist's patient, he can better display his potentialities and/or difficulties. It is important to establish an empathetic and respectful therapeutic alliance from the beginning of the

therapeutic process and take into account the values prioritized by patients to predict a better or worse perception of it.

Keywords: Therapeutic alliance - personal values - positive bond - psychotherapeutic progress.

Introducción

Alianza terapéutica

La Alianza Terapéutica es un concepto fundamental al hablar del encuentro entre el paciente y el terapeuta, establecer una efectiva relación de ayuda y avanzar hacia la mejoría de quien consulta (Piedrabuena, 2011). Waizmann y Roussos (2009) hacen hincapié en el vínculo positivo entre el terapeuta y el paciente en la terapia y coinciden en que es un factor fundamental de las prácticas psicoterapéuticas. Sin embargo, mencionan que no hay una definición única de dicho concepto y que además el mismo no ha sido utilizado bajo el mismo nombre desde las diferentes escuelas y enfoques psicoterapéuticos. No obstante es un elemento crucial y común a todas las psicoterapias para la buena continuidad de la misma y lograr mejores resultados (Corbella & Botella, 2003).

Para acercarnos al concepto de Alianza Terapéutica, acudiremos a lo que Bordin (1979) añade acerca de la definición de alianza terapéutica como elemento crucial de cualquier psicoterapia que implica un proceso activo configurado por tres componentes fundamentales, a saber, (a) el acuerdo en los objetivos de trabajo aceptados y compartidos por el paciente, (b) el acuerdo en las tareas de forma que sean racionales y alcanzables consonante a los objetivos y (c) la construcción de un vínculo positivo y confortable entre ambas partes que se expresa a través del aprecio, el agrado y el respeto. Si bien se necesita el compromiso de ambas partes, la intención del presente proyecto es resaltar el papel del

paciente en el vínculo, ya que en este sentido como menciona Lambert (1992), es quien más hace al éxito de la terapia (Corbella & Botella, 2003). Ya anteriormente, Zetzel (1956) utiliza el término para referirse a la capacidad del paciente de relacionarse sanamente con el terapeuta para lograr los cometidos psicoterapéuticos.

Cuando se acude a sesiones psicoterapéuticas, Rossetti y Botella (2017) mencionan que los pacientes consultan por una necesidad o por un problema que los atraviesa y les dificulta su vida personal y sus relaciones interpersonales y es por ello que, con el fin de mejorar y de encontrar los medios para resolverlos, deben negociar y trabajar conjuntamente con el terapeuta las diferencias entre ambos. Esta negociación o trabajo conjunto, es lo que Muran y Barber (2010) mencionan como Alianza Terapéutica, que debe comenzar al iniciar la terapia y debe continuar en etapas posteriores, tratando de mantener la calidad de la misma, aunque como cita Horvath (2000) la calidad no es constante a lo largo del tiempo.

En este sentido, Luborsky (1976) afirma que una alianza terapéutica positiva es el componente que hace posible la aceptación y el seguimiento del trabajo terapéutico. Presentó una conceptualización a partir de dos tipos de alianza: la alianza de tipo 1, entendida como aquella que se da al inicio de la terapia en el cual se ponen en juego sentimientos, por parte de los pacientes, de comprensión, apoyo, ayuda y sensación de comodidad. Y por otro lado, la alianza de tipo 2, aquella que se da en las sesiones posteriores y que se refiere a la sensación de trabajo común hacia la superación.

En la revisión de la literatura, se halló en un estudio realizado en Argentina por Hogan et al. (2016), quienes investigaron el impacto de las diferencias de los valores percibidos por pacientes y las diferencias reales entre paciente-terapeutas sobre la alianza terapéutica y los resultados del tratamiento. Si bien no hubo correlación significativa entre

diferencias reales con alianza ni resultados, sí se observó que existen diferencias de valores entre, en este caso, paciente-terapeuta. Los pacientes que percibieron mayor similitud entre sus valores y los de sus terapeutas reportaron mayores puntuaciones en Objetivos de la alianza del trabajo. Sin embargo, la diferencia real de los valores entre terapeuta-paciente no produjo una correlación significativa con la alianza terapéutica ni con resultados del paciente. Por lo tanto, es posible que diferencias percibidas y no diferencias reales de algunos valores del terapeuta sean importantes para el paciente.

No obstante, Botella y Corbella (2011) hallaron que la alianza terapéutica se vincula con la mejora sintomática, afirmando que las primeras sesiones de los tratamientos son las más importantes para conformar un vínculo donde haya comodidad, confianza y donde el paciente se sienta más motivado. Además, en la misma investigación, se llevó a cabo un análisis diferencial de la fuerza de la Alianza Terapéutica en los casos en que se produjo abandono de la terapia producido unilateralmente y de forma prematura por parte del paciente. En cuanto al impacto de la alianza terapéutica en el resultado del tratamiento para pacientes con trastornos disociativos, Cronin et al. (2014) halló que los pacientes con una alianza autoevaluada más alta está fuertemente asociada con los resultados que la alianza calificada por el terapeuta.

Sin embargo, Bachelor (2011) halló que los pacientes, ven la alianza en términos de seis componentes básicos (Relación de trabajo colaborativo, Trabajo productivo, Compromiso activo, Vínculo, No desacuerdo en las metas / tareas y Progreso seguro), cinco de los cuales se encontraron para predecir el Resultado posterior a la terapia calificado y/o calificado por el terapeuta hallándose que las opiniones de quienes acuden a terapia sobre la alianza difieren de manera importante. Comparado con los terapeutas, los

pacientes parecen poner mayor énfasis en la ayuda, la participación conjunta en el trabajo de la terapia y los signos negativos de la alianza.

A su vez, Paiva Nunes et al. (2019) hallaron que el establecimiento de la AT se evidencia como un requisito para realizar psicoterapia y lograr los cambios deseados teniendo en cuenta que, los factores del paciente que inciden en la construcción de la AT son la responsabilidad, el compromiso, el sentimiento de libertad por poder expresarse y la posibilidad de ser comprendidos, la disposición de apertura al cambio, la motivación, la fuerza de voluntad y el deseo genuino de ser ayudado. Además, la personalidad del paciente es un factor significativo para poder comprender cómo se relaciona y crea lazos, y cómo esto podrá repercutir en el vínculo terapéutico.

Por otra parte, Valdivieso (2014) halló que la calidad de la alianza terapéutica no difiere según la corriente psicológica del terapeuta ni se vincula con la cantidad de sesiones. Sin embargo, sí se hallaron asociaciones entre los valores del terapeuta y los valores del paciente. Además, se encontró que existe una alta correlación entre los puntajes del WAI versión terapeuta y el WAI versión paciente.

Además, García y Del Cid (2011) realizaron un estudio sobre los aspectos diferenciales del proceso psicoterapéutico y el resultado en dos grupos de pacientes que solicitaron terapia para problema de ansiedad o depresión y hallaron que no hay diferencias entre los grupos. Sin embargo, en el caso de la ansiedad, la correlación entre la alianza terapéutica y los síntomas fueron altamente significativos en todas las sesiones de la 3 a la 12, mostrando una actitud más colaboradora del cliente. La calidad del vínculo terapéutico es más predictora de la mejora sintomática con los pacientes ansiosos.

También, Solari (2020) realizó una investigación exploratoria sobre la Alianza Terapéutica en psicoterapia por Videoconferencia en el contexto de pandemia por COVID, teniendo en cuenta consideraciones clínicas para el tratamiento de pacientes ansiosos. Las conclusiones arribadas, respaldan el uso de la atención por videoconferencia en los pacientes ansiosos, y el hecho de que sea posible establecer una correcta Alianza Terapéutica por esta vía, teniendo que ser los terapeutas cuidadosos tanto con su optimismo como en su pesimismo con respecto a esta modalidad, mantenerse informado para tomar decisiones clínicas basadas en la evidencia y ofrecer así fundamentalmente la mejor modalidad de tratamiento.

En cuanto a examinar los efectos del género y la identificación del rol de género en las experiencias de autorrevelación de pacientes en psicoterapia, Pattee y Farber (2008) observaron que las pacientes mujeres que trabajaban con terapeutas mujeres experimentaron mayor angustia a la hora de sincerarse que los pacientes hombres que trabajaban con terapeutas mujeres; sin embargo, los pacientes con identificaciones de roles de género más flexibles, experimentaron una mayor apertura que aquellos con identificaciones de género más tradicionales. En el mismo sentido, Bhati (2014) menciona que los y las pacientes mujeres emparejadas con terapeutas femininas perciben una mayor A.T que las díadas con terapeutas masculinos ya que debido a la socialización cultural y factores biológicos las hace más habilidosas para formar vínculos relacionales.

Valores personales

Por su parte, debemos considerar la importancia que tienen los valores personales al incidir en la construcción de la alianza terapéutica ya que, como mencionan Castro Solano y Nader (2006), los valores pueden ser un medio para poder lograr objetivos. Aunque debemos considerar que, si bien los valores personales han comenzado a ser

estudiados a mediados del siglo XX por científicos sociales, posteriormente, hasta hoy día, se han realizado teorías más integradas y específicas, que consideran las modificaciones producidas en los valores debido a los diversos cambios y avances mundiales a lo largo de los años.

En principio, Rokeach (1973) menciona que los valores personales son las convicciones preferibles básicas que siguen las personas y que sirven como guías, que dan sentido a la vida y fijan una dirección progresiva, siendo el resultado de las demandas sociales y de las necesidades psicológicas propias del sujeto. Son indicadores de aquello que es adecuado y no es adecuado realizar ante circunstancias de la vida y además conforman la manera en que la persona se auto percibe en todas las esferas de su vida. De este modo, debemos considerar a los valores como aquellos comportamientos, actitudes e intereses de las personas que sirven como guías que motivan a las personas a desarrollarse en la vida.

Es pertinente evaluar la relación con los valores personales del paciente, a manera de determinar si los mismos se asocian con una mejor o peor alianza terapéutica. Según Barylko (2002), el tema de los valores ha sido abordado desde una perspectiva filosófica y menciona la importancia del estudio de los valores vistos como las virtudes o los aspectos positivos que conllevan a la obtención de los valores más destacados propia y socialmente, ya que consisten en poder manifestar efectivamente las preferencias de los mismos al comportamiento humano concreto. Se debe tomar como punto de partida el supuesto que menciona Rokeach (1973), donde afirma que existen diferencias en el sistema de valores en cada persona, ya que los mismos sirven como guías del comportamiento de las personas y son la base para juzgar las conductas de los otros. Fernández Liporace et al. (2005), por su parte, menciona que cada sujeto actúa o piensa en determinadas situaciones de acuerdo

a sus perfiles valorativos, dando lugar a la satisfacción de sus necesidades individuales y sociales.

En lo referido a los valores personales es imprescindible mencionar a Schwartz (1994, 2001) que intenta explicitar el contenido de los valores humanos como principios que orientan la vida de las personas. Menciona que la elección de un valor tiene diferentes consecuencias y que pueden entrar en conflicto con otros valores adyacentes. Propone una teoría universal del contenido de los valores humanos y define los valores como metas deseables, que varían en importancia y que sirven como principios en la vida de una persona o de una entidad social. Las metas pueden ser diversas ya que motivan a la acción de las personas, dándoles dirección e intensidad emocional.

El modelo teórico planteado por Schwartz (1994) es una extensión del modelo propuesto por Rokeach (1973) que plantea diferentes características de los valores, en tanto representan la forma de las respuestas que personas y grupos sociales deben dar a tres requisitos universales: las necesidades de los individuos en su condición de seres biológicos, la coordinación de las acciones sociales y el funcionamiento correcto y la supervivencia de los grupos. Estos tres requisitos o necesidades humanas universales anteceden a la existencia de los individuos y éstos, para manejarse en la realidad, deben reconocerlos, reflexionar y elaborar respuestas para cada uno de ellos.

En relación a los valores personales, se halló un artículo llevado a cabo por Páez Blarrina et al. (2006) en España, basado en la Terapia de Aceptación y Compromiso propuesta por Hayes et al. (1999), considerada una terapia incluida en la Tercera Generación de Terapias de Conducta (Hayes, 2004), centrada explícitamente en los valores personales del cliente, que expone la relevancia que tienen los valores personales como

componente necesario del tratamiento psicológico. La misma, está basada en una teoría que recoge aspectos filosóficos y conocimientos empíricamente especificados.

De la revisión de esta investigación, encontraron que todos los modelos psicológicos abordan en mayor o menor medida el tema de los valores y que los mismos son entendidos la mayor parte de las veces, en términos de sentimientos o de razones propios de la vida de cada persona, y consideran que la valoración personal es un aspecto central de las personas, que siempre están presentes mientras que en otros casos particulares la persona logra clarificar sus propios valores con diferentes métodos utilizados a través de intervenciones terapéuticas mínimas. Asimismo, es importante tener en cuenta que los valores están presentes como un marco de referencia que guiarán la psicoterapia, produciendo avances o retrocesos en la misma.

En un estudio realizado en Argentina, Góngora (2008) investigó acerca de la asociación entre los valores personales y la autoestima en población general y en población clínica. Los resultados demostraron que en el grupo de población general, la autoestima se asoció con el valor Autodirección, mientras que en el grupo clínico la autoestima se asoció principalmente con Autodirección, pero también con Hedonismo, Poder y Seguridad. Además, con el eje de Autopromoción y Apertura al cambio. En ambas muestras, se observó una asociación significativa de la valoración del interés por poder pensar de manera independiente, tener libertad de acción y exploración con mayores niveles de autoestima.

Al revisar la literatura, además, Saiz Galdós y Martínez Sánchez (2010) hallaron que los sujetos que se encuentran en tratamiento por consumo de sustancias en un tiempo de más de tres meses tienden a puntuar menos en los valores de Apertura al cambio que aquellos sujetos que no están bajo tratamiento, aunque no aparecieron diferencias

significativas en estos valores entre los sujetos que no estaban bajo tratamiento y los que hacía menos de tres meses que lo habían iniciado. Además, se observó que los sujetos bajo tratamiento, independientemente de que éste fuese inferior o superior a tres meses, puntuaron más alto en los valores de Conservación que los sujetos que no estaban bajo tratamiento.

Por su parte, Bobowik et al. (2011) analizaron en España, la relación entre los valores personales y el bienestar. Los datos arrojaron una asociación positiva del bienestar hedónico y psicológico con la apertura a la experiencia y los valores individualistas, y una asociación negativa con el poder y la conservación o los valores colectivistas. Los resultados apoyan una asociación universal de valores saludables con el bienestar.

Por consiguiente, Ostermann et al. (2017) halló que tanto la importancia como la realización de los valores tienen una organización jerárquica correspondiente a los requisitos básicos para el funcionamiento social exitoso, indicando que los valores que representan la conservación se realizan de manera más consistente que los valores que representan la auto trascendencia, la superación personal y la apertura al cambio. Además, se ve que la realización de valores predice significativamente la salud mental y la satisfacción con la vida. Los valores que indican apertura al cambio (por ejemplo, estimulación, hedonismo) se asocian con una mejor salud mental y una mayor satisfacción con la vida.

El presente estudio

A partir de la revisión de la literatura, se hallaron escasos estudios en Argentina referido a la temática, por eso se considera relevante a nivel teórico en el presente trabajo, evaluar la alianza terapéutica percibida por los pacientes y su relación con los valores personales en adultos mayores de 18 años que realizan psicoterapia, pertenecientes a

CABA y el Gran Buenos Aires con el fin de contribuir al estado de conocimiento actual sobre la temática y la posibilidad de ahondar en la posible importancia que tienen los valores personales a la hora de establecer la alianza terapéutica en la población.

En base a lo anteriormente expuesto, la presente investigación tuvo como objetivo a) Evaluar si los valores personales se asocian con una mejor alianza terapéutica percibida por el paciente, b) Describir los valores personales de los pacientes evaluados, c) Describir los valores personales asociados a un buen vínculo terapéutico del paciente, d) Asociar la alianza terapéutica y los valores personales con el tiempo transcurrido en terapia y la frecuencia de las sesiones. e) Comparar la alianza terapéutica y los valores personales según el motivo de iniciación del tratamiento psicoterapéutico y género del terapeuta.

Se espera hallar que los valores hedonismo, autodirección y benevolencia se asocien con una mejor percepción de alianza terapéutica por parte de los pacientes. Además, que el tiempo y la frecuencia con la que asisten a terapia se asocian de manera positiva con la alianza terapéutica percibida. Asimismo, se espera hallar que quienes iniciaron el tratamiento por ansiedad, presentan una mejor percepción de alianza terapéutica que quienes iniciaron por otros motivos. Además, que aquellos pacientes cuyos terapeutas tienen una orientación cognitiva/cognitiva conductual evidencian una mejor alianza terapéutica que aquellos pacientes cuyos terapeutas tienen una orientación psicoanalítica. Finalmente, que aquellos pacientes que tienen un psicoterapeuta de género femenino, se identifican más que aquellos que tienen un psicoterapeuta de género masculino.

Metodología

Diseño

La presente investigación posee un diseño cuantitativo no experimental, con alcance descriptivo y correlacional, de corte transversal (Hernández Sampieri et al. 2014).

Participantes

El tipo de muestreo fue no probabilístico e intencional. Los criterios de inclusión fueron ser mayor de 18 años, ser residentes del GBA y CABA y haber completado la totalidad de los cuestionarios. Se excluyeron a aquellas personas que no estaban bajo tratamiento psicoterapéutico al momento de contestar los cuestionarios.

La muestra quedó constituida por 150 personas que acudían a psicoterapia, con una edad media de 31.27 años ($DS=9.29$, $Min=18$, $Max=67$), de las cuales el 80.7% ($n=121$) eran de género femenino y el 19.3% ($n=29$) hombres. En cuanto al lugar de residencia el 22% ($n=33$) eran de CABA y el 78% ($n=117$) eran de GBA. En cuanto al nivel de estudios el 8.7% (13) tenía secundario completo, el 7.3% (11) terciario, y el 48% (72) universitario. Asimismo, el 36% (54) trabajaba, el 12% (18), estudiaba, el 45.3% (68) estudiaba y trabajaba y el 6.7% (10) se encontraba desempleado.

Instrumentos:

Sociodemográfico ad-hoc: Se indagó su edad, lugar de residencia, nivel educativo y género, si realiza psicoterapia, hace cuánto tiempo, cuál fue el motivo de iniciación de la misma, si la realiza de manera presencial o virtual y si sabe que orientación teórica tiene el terapeuta.

Versión adaptada al español del Working Alliance Inventory-Short (WAI-S) (Andrade González, 2007). La versión original en inglés del inventario de Alianza Terapéutica en su formato corto (WAI-S) para pacientes fue diseñado por Tracey y Kokotovic (1989) por medio de análisis factorial confirmatorio. La versión adaptada en España, por Andrade

González, está compuesta por 12 ítems que miden la alianza terapéutica en general y además tres componentes específicos: Tareas (acuerdo en las tareas), Vínculo (calidad del vínculo paciente-terapeuta), y Objetivos (acuerdo en los objetivos o metas de la terapia). Estas subescalas miden la percepción de acuerdo entre las metas y tareas en terapia así como la formación del vínculo entre paciente y terapeuta. La consistencia interna de la adaptación española 0,98. La fiabilidad fue de .90; .84 y .88 para las subescalas de tareas, vínculo y objetivos respectivamente. En este instrumento, el cliente puntúa según la escala Likert de 7 intervalos original, que oscila desde 1 “nada” hasta 7 “totalmente”. Así, la puntuación final del WAI-S puede oscilar entre 12 y 84 puntos.

Cuestionario de valores contextualizados (VAL) Casullo & Castro Solano, (2004). Es un instrumento autoadministrable, basado en los 10 valores de Schwartz (2001) con el propósito de evaluar los valores en contextos específicos (Recreación y vida social, Relaciones familiares y Trabajo). Se formuló un ítem para cada valor en cada una de las áreas consignadas (30 ítems). Cada frase describe una preferencia en función de un comportamiento específico en cada área particular. La persona tiene que autoevaluarse en relación con el comportamiento descrito por la frase. Se puede calcular una puntuación total para las tres dimensiones como indicador de la orientación motivacional del sujeto, o se pueden tomar los ítems de forma separada para revisar la orientación de los valores de cada persona en cada contexto. Presenta 10 tipos de valores motivacionales: *Poder*. Interés por lograr poder social, autoridad, riqueza, *Logro*. Buscar el éxito personal poniendo en juego competencias que son socialmente aceptables, *Hedonismo*. Importan el placer y la gratificación personal, poder disfrutar de la vida, *Estimulación*. Importan la novedad y los desafíos, *Autodirección*. Interés por poder pensar de manera independiente, tener libertad de acción y exploración, poder ser creativo, *Universalismo*. Importan la tolerancia y la justicia social, la protección del medio ambiente, *Benevolencia*. Son importantes preservar

e intensificar el bienestar de las personas, la honestidad y la ausencia de rencor, *Tradición*. Interesa el respeto y el compromiso con las costumbres y la cultura tradicional así como la religiosa, *Conformidad*. Se valoran las normas sociales y se evitan los comportamientos que puedan herir o molestar a los demás, se respeta a los mayores y *Seguridad*. Interesan la armonía y estabilidad sociales y personales.

El sujeto debe decidir, en cada caso, cuán parecido es a esa descripción, según seis opciones. La respuesta es en formato Likert, que varía desde (1 = No se parece nada a mí; 2 = No se parece a mí; 3 = Se parece poco a mí; 4 = Se parece algo a mí; 5 = Se parece a mí; 6 = Se parece mucho a mí).

La fiabilidad del cuestionario se calculó mediante el coeficiente Alpha de Cronbach (consistencia interna) para cada tipo motivacional y para cada una de las polaridades, presenta niveles de fiabilidad adecuados, en un rango que va desde .60 hasta .89 (Casullo y Castro Solano, 2004).

Procedimiento

La selección de los participantes se realizó a partir de la edad y de su concurrencia a psicoterapia. Para ello, se accedió a mayores de 18 años, residentes de CABA Y GBA contactados mediante redes sociales y se les entregó los protocolos que deberán completar con una previa introducción a los propósitos de la investigación. En primer lugar, se contestaron los cuestionarios ad-hoc para recabar información acerca de su concurrencia a psicoterapia, tiempo en el cual acudió, motivo de iniciación de la misma, si realiza de manera presencial o virtual y si sabe que orientación teórica tiene el terapeuta, luego el Inventario de Alianza Terapéutica en su formato corto (WAI-S) para pacientes (Andrade González, 2007) y la adaptación argentina del cuestionario de valores contextualizados (VAL) (Casullo y Castro Solano, 2004).. Habiendo recolectado los protocolos, se

verificaron los criterios de inclusión y exclusión, luego se analizaron los protocolos y llevaron a cabo las operaciones estadísticas correspondientes.

4.5 Análisis de datos

Para evaluar la relación existente entre ambas variables se utilizó el programa estadístico informático IBM - SPSS (Statistical Package for the Social Sciences). Al realizar la prueba Kolmogorv Smirnov, los datos de la variable Alianza Terapéutica y sus diferentes componentes, al igual que los valores y sus metas evidenciaron una distribución anormal ($p < .05$). Por tal motivo, se utilizó el estadístico Rho de Spearman para las correlaciones, U de Mann Whitney para la comparación de grupos bicategoriales y H de Kruskal Wallis para la comparación de grupos policategoriales. El nivel de significación se estableció para todos los análisis en $\alpha=.05$

Resultados

5.1 Caracterización de la muestra

A partir de lo observado en la *Tabla 1*, se puede afirmar que la mayoría de los encuestados ya había realizado en otro momento tratamiento psicológico. Además, la mayoría actualmente realiza tratamiento de forma virtual ya que cuentan con privacidad para hacerlo. Previo a la pandemia por COVID 19, un gran porcentaje menciona que realizaba los encuentros de forma presencial. Es importante considerar que un gran número de participantes asisten al menos 1 vez a la semana a los encuentros y sólo un participante mencionó asistir sólo cuando lo necesita. La mayoría realiza psicoterapia hace más de dos años. Se observó, que el motivo de tratamiento predominante fue angustia seguido de ansiedad y el menos frecuente fue duelo. En cuanto a si padecen un diagnóstico de salud mental, la mayoría menciona no tenerlo. Por otro lado, es pertinente considerar que en

cuanto a la orientación teórica del terapeuta, la mayoría menciona Psicoanálisis seguido por Cognitivo/cognitivo conductual aunque hay un porcentaje que menciona no saberlo. Además, se puede afirmar que la mayoría de los terapeutas son de género femenino.

Tabla 1

Variables sociodemográficas

		N	%
Primera vez en tratamiento psicológico	Sí	41	27,3
	No	109	72,7
Frecuencia de asistencia	1 vez por semana	108	72
	2 veces o más por semana	5	3,3
	1 vez cada 15 días	31	20,7
	1 vez por mes	5	3,3
	Cuando lo necesito	1	0,7
Hace cuánto realiza psicoterapia	Menos de 6 meses	25	16,7
	Entre 6 meses y 1 año	33	22
	Entre 1 año y 1 año y medio	19	12,7
	Entre 1 año y medio y 2 años	8	5,3
	Más de 2 años	65	43,3
Diagnóstico de salud mental	Sin diagnóstico	127	84,7
	Ansiedad	12	8
	Depresión	6	4
	Neurosis	2	1,3
	Otros	2	1,3
Motivo de iniciación	Angustia	35	23,3
	Ansiedad	24	16
	Conflicto con vínculos cercanos	17	11,3
	Crisis vital	6	4
	Depresión	8	5,3
	Desarrollo personal	16	10,7
	Estrés	5	5
	Duelo	4	2,7
	Otro	35	23,3
Sesiones antes de la	Presencial	84	56

pandemia	Virtual	24	16
	Ambas	5	3,3
	No hacía terapia	37	24,7
Sesiones actuales	Presencial	27	18
	Virtual	108	72
	Ambas	15	10
Privacidad para llevar adelante las sesiones	Sí	122	81,3
	No	11	7,3
Orientación teórica del terapeuta	Psicoanálisis	73	48,7
	Cognitivo/cognitivo conductual	40	26,7
	Sistémico	4	2,7
	Otro	6	4
	No lo sé	27	18
Género del terapeuta	Femenino	124	82,7
	Masculino	26	17,3

Nota: N=150

5.2 Estadística descriptiva

En promedio, los participantes del presente estudio perciben una muy buena alianza terapéutica. Asimismo, se evidencia un nivel alto de vínculo terapéutico, acuerdo en las tareas y los objetivos acordados. En cuanto a los valores personales, en promedio, la muestra evaluada evidencia una alta prioridad en cuanto al valor Autodirección. Sin embargo, sí se evidencia una prioridad media del valor Logro, el valor Hedonismo, como también de los valores Estimulación, Universalismo, Benevolencia y Seguridad. Se observó una baja a media prioridad del valor Conformidad pero una baja prioridad del valor Tradición y Poder. Por otro lado, se evidencia una prioridad baja de las metas Autopromoción y Conservación, mientras que se observa una prioridad alta para la meta Apertura al cambio y media para Trascendencia. Respecto a la frecuencia de asistencia a las sesiones, la muestra asiste en promedio una vez por semana y se encuentran bajo

tratamiento psicológico desde hace un año y medio aproximadamente. Los datos se resumen en la *tabla 2*.

Tabla 2
Estadística descriptiva de las variables

Variables	<i>M(DS)</i>	<i>95% IC</i>	<i>Range</i>	<i>n</i>
AT percibida por los pacientes	72.48(8.88)	[71.05, 73.9]	30-84	150
Tareas	24.61(3.5)	[24.03, 25.18]	10-28	150
Vínculo	24.68(3.42)	[24.13, 25.23]	10-28	150
Objetivos	23.19(3.38)	[22.65, 23.74]	10-28	150
*Poder	2.14(0.8)	[2, 2.27]	1-4.33	150
*Logro	3.30(0.69)	[3.19, 3.41]	1.33-5	150
*Hedonismo	4.08(0.65)	[3.98, 4.19]	2,33-5	150
*Estimulación	3.73(0.71)	[3.62, 3.84]	1.67-5	150
*Autodirección	3.87(0.79)	[3.75, 4]	1.33-5	150
*Universalismo	3.47(0.91)	[3.33, 3.62]	1.67-5	150
*Benevolencia	3.62(0.89)	[3.47, 3.76]	1.33-5	150
*Tradición	1.93(5.20)	[1.80, 2.07]	1-4.33	150
*Conformidad	3.50(0.79)	[3.37, 3.63]	1-5	150
*Seguridad	3,99(0.73)	[3.87, 4.11]	1.33-5	150
Autopromoción Total	16.32(3.93)	[15.68, 16.95]	7-28	150
Apertura al cambio Total	35.07(4.65)	[34.32, 35.82]	18-44	150
Trascendencia Total	21.28(4.69)	[20.52, 22.04]	10-30	150
Conservación Total	28.29(5.20)	[27.45, 29.13]	10-32	150
Frecuencia en que asiste a las sesiones	1.57(0.98)	[1.42, 1.73]	1-5	150
Hace cuánto realiza psicoterapia	3.37(1.60)	[3.11, 3.62]	1-5	150

Nota: IC: Intervalo de confianza. La *media* de los valores se trata de puntajes transformados. Los asteriscos (*) corresponden a puntajes transformados.

5.3 Análisis de correlación

Al realizar la prueba estadística Rho de Spearman y como se observa en la *Tabla 3*, se halló una asociación positiva de la alianza terapéutica con la meta Trascendencia y los valores Universalismo y Benevolencia. El objetivo se asoció de manera positiva y directa con la meta Trascendencia y el valor Universalismo. Las Tareas también se asociaron de manera positiva directa con la Meta Trascendencia y el valor Universalismo.

Por otra parte, se observó que el tiempo que hace que está en tratamiento se asocia de manera positiva con el vínculo pero se asoció negativamente con la meta Autopromoción y el valor Poder.

Tabla 3*Asociación entre las variables*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1. AT total	.	,835**	,827**	,804**	,271**	-,123	,093	,067	-,139	-,055	,098	,101	-,010	,267**	,181*	-,005	,024	,157	,128	,155
2. Tareas		.	,607**	,570**	,235**	-,027	,084	,067	-,049	,007	,158	,095	-,075	,240**	,160	,058	-,011	,129	,024	,089
3. Vínculo			.	,446**	,312**	-,150	,089	,022	-,151	-,104	,042	,093	,042	,275**	,237**	-,036	,003	,129	,218**	,127
4. Objetivo				.	,157	-,113	,024	,075	-,147	-,014	,055	,010	-,031	,166*	,093	,012	,028	,117	,077	,148
5. Trascendencia Meta					.	-,051	,128	,183*	-,082	,014	,210**	-,009	,083	,876**	,846**	,141	,036	,217**	,028	,063
6. Autopromoción Meta						.	,391**	,384**	,892**	,807**	,266**	,553**	,077	-,034	-,021	,271**	,391**	,192*	-,202*	-,124
7. Apertura al cambio Meta							.	,135	,390**	,262**	,733**	,682**	,701**	,171*	,056	,003	,148	,139	,035	-,093
8. Conservación Meta								.	,377**	,275**	,101	,253**	-,062	,099	,245**	,682**	,784**	,715**	-,037	,021
9. Poder (A)									.	,471**	,238**	,528**	,112	-,080	-,031	,256**	,397**	,181*	-,197*	-,107
10. Logro (A)										.	,193*	,403**	,027	,027	,029	,212**	,261**	,144	-,137	-,123
11. Hedonismo (A.C)											.	,386**	,262**	,239**	,118	,021	,115	,103	-,055	-,091
12. Estimulación (A.C)												.	,167*	-,014	,024	,093	,276**	,193*	-,049	-,020
13. Autodirección (A.C)													.	,142	-,005	-,105	-,060	,005	,154	-,086
14. Universalismo (T)														.	,496**	,056	,032	,135	-,007	,043
15. Benevolencia (T)															.	,228**	,033	,254**	,064	,058
16. Tradición (C)																.	,249**	,217**	-,077	,105
17. Conformidad (C)																	.	,503**	-,050	-,077
18. Seguridad(C)																		.	,027	-,064
19. Tiempo de tratamiento																			.	,160
20. Frecuencia en que asiste																				.

Nota: AT: Alianza Terapéutica. A: Autopromoción. A.C: Apertura al cambio. T: Trascendencia. C: Conservación.

5.4 Análisis de comparación

Al realizar la comparación de las variables en función del tiempo en terapia, orientación del terapeuta, primera vez en psicoterapia, género del encuestado y modalidad de tratamiento (virtual o presencial), no se hallaron diferencias estadísticamente significativas ($p > .05$).

Al comparar los grupos según el motivo de iniciación se hallaron diferencias significativas con el valor Conformidad y con la Meta Conservación ($p < .05$) puntuando más alto los participantes cuyo motivo de iniciación es la Angustia. Los resultados de las comparaciones de grupos se resumen en la *tabla 4*.

Tabla 4
Comparaciones de las variables según motivo de iniciación

	Rango prom			<i>p</i>	<i>H</i>
	Angustia (n=35)	Ansiedad (n=24)	Conflictos con VC (n=17)		
AT total	38.15	36.00	42.40	0.54	1.20
Tareas	39.68	35.57	41.94	0.52	1.27
Vínculo	38.47	36.69	41.17	0.73	0.60
Objetivos	35.97	38.41	40.42	0.81	0.40
Poder	40.65	39.54	35.46	0.70	0.70
Logro	35.82	34.49	46.25	0.10	4.48
Hedonismo	41.12	34.53	42.44	0.33	2.18
Estimulación	50.21	33.61	37.33	0.34	6.76
Autodirección	32.50	35.57	47.02	0.62	5.56
Universalismo	34.26	39.26	40.40	0.65	0.85
Benevolencia	32.00	44.17	34.83	0.10	4.50
Tradición	39.15	42.99	31.50	0.13	3.94
Conformidad	44.66	37.03	30.56	0.05	6.00
Seguridad	32.79	42.50	36.71	0.28	2.50
Autopromoción Meta	39.56	37.14	39.73	0.88	0.24
A.C. Meta	42.62	32.39	44.50	0.07	5.08
Trascendencia Meta	31.35	42.27	38.06	0.24	2.83
Conservación Meta	45.20	35.18	31.08	0.04	6.34

Nota: Prueba de Kruskal Wallis. V.C: Vínculos cercanos. A.C: Apertura al cambio.

Por último, al comparar los grupos según el género del terapeuta se encontraron diferencias estadísticamente significativas con el Vínculo y con el valor Conformidad ($p < .05$) puntuando más alto quienes mencionaron tener un terapeuta de género femenino. Los resultados de las comparaciones de grupos se resumen en la *tabla 5*.

Tabla 5
Comparaciones de las variables según el género del terapeuta

	Rango prom		<i>p</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>
	Femenino (n=124)	Masculino (n=26)			
AT total	78.54	60.98	0.06	1234.5	-1.87
Tareas	76.10	72.62	0.70	1537.0	-0.37
Vínculo	79.54	56.25	0.01	1111.5	-2.52
Objetivos	77.16	67.60	0.30	1406.5	-1.02
Poder	77.14	67.69	0.30	1409.0	-1.01
Logro	75.50	75.50	1.00	1612.0	0.00
Hedonismo	76.81	69.27	0.41	1450.0	-0.81
Estimulación	76.81	69.25	0.41	1449.5	-0.81
Autodirección	75.73	74.38	0.88	1583.0	-0.14
Universalismo	78.52	61.12	0.06	1238.0	-1.86
Benevolencia	75.50	75.50	1.00	1612.0	0.00
Tradición	73.77	83.77	0.27	1397.0	-1.08
Conformidad	78.98	58.92	0.03	1181.0	-2.16
Seguridad	77.63	65.35	0.18	1348.0	-1.32
Autopromoción Meta	76.58	70.35	0.50	1478.0	-0.66
A.C. Meta	76.75	69.56	0.44	1457.5	-0.76
Trascendencia Meta	77.56	65.65	0.20	1356.0	-1.27
Conservación Meta	77.36	66.63	0.25	1381.5	-1.14

Nota: U de Mann-Whitney. A.C: Apertura al cambio.

Discusión

Teniendo como objetivo principal de estudio determinar si los valores personales se asocian con una mejor alianza terapéutica percibida por el paciente se halló que a mayor prevalencia de los valores universalismo y benevolencia, y de la meta trascendencia, se vincula una mejor percepción de alianza terapéutica por parte de los pacientes, ya que

como menciona Hayes, (2004) los valores personales son considerados un componente necesario del tratamiento psicológico ya que están presentes como un marco de referencia que permitirá guiar la psicoterapia, produciendo avances o retrocesos en la misma.

Asimismo, como menciona Ostermann et al. (2017) los valores que indican apertura al cambio (por ejemplo, estimulación, hedonismo) se asocian con una mejor salud mental y una mayor satisfacción con la vida lo cual permite que se desenvuelvan de una manera más favorable en la vida social y cotidiana. Esto permite confirmar parcialmente la hipótesis 1 de trabajo.

Dicho resultado coincide con una serie de investigaciones que se abordaron sobre cuáles son los requisitos que tiene en cuenta el paciente para realizar psicoterapia y lograr los cambios deseados. En este sentido, Paiva Nunes et al. (2019) encontraron que el establecimiento de la AT se evidencia como un requisito para realizar psicoterapia y lograr los cambios deseados teniendo en cuenta que, los factores del paciente que inciden en la construcción de la AT son la responsabilidad, el compromiso, el sentimiento de libertad por poder expresarse y la posibilidad de ser comprendidos, la disposición de apertura al cambio, la motivación, la fuerza de voluntad y el deseo genuino de ser ayudado. Los valores Universalismo y Benevolencia, los cuales puntuaron alto, dan cuenta de la importancia de la tolerancia, la honestidad y el bienestar de las personas ya que establecen y/o perciben una mejor alianza con el terapeuta, en tanto la honestidad y la empatía en las sesiones fortalece el vínculo, generando un vínculo más positivo y facilitando el acuerdo en las tareas y los objetivos de la terapia. En tanto, como mencionan Helmich & Etchevers (2020) cuando las personas perciben que tienen metas que le dan sentido a su vida y que el entorno les permite desplegar sus potencialidades, se sienten más útiles y pueden establecer una forma más efectiva en la relación de ayuda, construir un ambiente más seguro de trabajo y avanzar hacia la mejoría.

Asimismo, se halló que cuanto más prioridad le da una persona al valor autodirección, mejor alianza terapéutica percibe. Este valor corresponde con lo que menciona Góngora (2008) el cual alude al interés por poder pensar de manera independiente, tener libertad de acción, exploración y pueden ser creativos lo que permite que las personas tengan mayor iniciativa para tomar sus propias decisiones y comenzar un tratamiento psicoterapéutico basándose en sus propias capacidades de elección tales como la modalidad del tratamiento o el género del terapeuta.

Otro resultado hallado es que el tiempo que hace que los entrevistados están en tratamiento se asocia de manera positiva con el vínculo, es decir que a mayor tiempo en terapia las personas logran establecer un mayor acuerdo en las tareas de forma que sean racionales y alcanzables consonante a los objetivos (Bordin, 1979). En este punto, la segunda hipótesis propuesta está confirmada. En este sentido, como menciona Bachelor (2011) los pacientes ven la alianza en términos de seis componentes básicos (Relación de trabajo colaborativo, Trabajo productivo, Compromiso activo, Vínculo, No desacuerdo en las metas / tareas y Progreso seguro), cinco de los cuales se encontraron para predecir el Resultado posterior a la terapia. Los pacientes parecen poner mayor énfasis en la ayuda, la participación conjunta en el trabajo de la terapia y los signos negativos de la alianza. Sin embargo, no tienen una valoración de los intereses personales tales como intentar lograr poder social, autoridad y riqueza o buscar el éxito personal poniendo en juego competencias que son socialmente aceptables. Esto se corresponde con lo mencionado por Bobowik et al. (2011) donde demuestra que los valores personales y el bienestar se apoyan en una asociación universal de valores saludables vinculados con el bienestar, apertura a la experiencia y al cambio y los valores que privilegian a las personas como únicas y autónomas, que toman en cuenta solo sus propias decisiones.

Asimismo, como mencionan Botella & Corbella (2011), la frecuencia con la que asisten a las sesiones se vincula con una mejor percepción de alianza terapéutica y con la mejora sintomática ya que las primeras sesiones de los tratamientos son las más importantes para conformar un vínculo donde haya comodidad, confianza y donde el paciente se sienta más motivado ya que a medida que pasa el tiempo, esa confianza y comodidad se vuelve más sólida, contribuyendo positivamente al vínculo entre el terapeuta y el paciente.

Otro resultado hallado es que aquellos sujetos que iniciaron un tratamiento psicoterapéutico y cuyo motivo de iniciación fue ansiedad no tienen una mayor percepción de alianza terapéutica que aquellos que iniciaron por angustia. Esto refuta la tercera hipótesis de trabajo. Esto puede explicarse ya que la ansiedad también conlleva angustia y podría considerárselos dos motivos de consulta que no son mutuamente excluyentes por eso no explicaría la diferencia significativa entre ambos motivos de iniciación. Los pacientes que presentan angustia, presentan mayor prioridad de las normas sociales y evitan comportamientos que pueden herir o molestar a los demás, y por ello tienden a limitar las acciones que podrían o dañar a otros y violar expectativas o normas sociales, generalmente en las interacciones cotidianas con los otros, puntuando más alto en los valores vinculados a la Conservación. Es importante mencionar que no hay antecedentes que contrasten dicho resultado, con lo cual se puede inferir a modo de una posible explicación exploratoria que el hecho de no querer herir a los demás o confrontarlos les permite percibir una mejor alianza terapéutica más allá de si realmente es mejor que los que presentan ansiedad.

Se demostró además que, no hay diferencia en la percepción de los pacientes sobre la alianza terapéutica entre aquellos sujetos cuyos terapeutas tienen una orientación cognitiva conductual y aquellos que tienen una orientación psicoanalítica. Esto refuta la

cuarta hipótesis propuesta. En este sentido, como menciona Valdivieso (2014) la calidad de la alianza terapéutica no difiere según la corriente psicológica del terapeuta ni se vincula con la cantidad de sesiones. A pesar de que las diferentes corrientes psicoterapéuticas se enfocan en distintos aspectos de la alianza terapéutica y existen diferencias teóricas de la concepción de la alianza terapéutica entre las distintas corrientes, no afecta la alianza terapéutica en los pacientes que consultan a tratamientos psicoterapéuticos.

Finalmente, se pudo observar que aquellas personas que poseen un psicoterapeuta de género femenino logran establecer un mejor vínculo que les permite desplegar más sus problemáticas y dificultades. Se sienten más conformes y adhieren más a la figura femenina. Esto confirma la hipótesis de trabajo número 5. Como menciona Bhati (2014), en todas las etapas de la terapia, los y las pacientes mujeres emparejadas con terapeutas femeninas perciben una mayor A.T y un mayor sentimiento de empatía que las díadas con terapeutas masculinos. En este sentido, las mujeres son más hábiles debido a la socialización cultural y factores biológicos que las hace más habilidosas para formar vínculos relacionales. Esta tendencia podría reflejar un sesgo de deseabilidad social ya que se cree que las mujeres son socializadas para creer que los vínculos relacionales y su capacidad para formarlos son un componente fundamental que conforma su propio valor e identidad.

Es importante mencionar que la presente investigación tiene una serie de limitaciones como la naturaleza no probabilística de los datos, lo que dificulta la generalización de los resultados. Asimismo, se contó con una muestra muy despareja con lo cual no se pudieron hacer análisis de diferencias de grupo entre los géneros, por ejemplo, por el bajo número muestral del género masculino. Por otro lado, hay que ser cautos respecto a los resultados recabados en la presente investigación teniendo en

consideración el contexto en el cuál fue llevada a cabo. Esto quiere decir que las implicancias que la enfermedad Covid-19 genera a nivel mundial tienen alcances inherentes no solo a la salud de la población sino también a cómo esto puede variar respecto a si el vínculo terapéutico es conformado de manera virtual o de manera presencial ya que periodos de cuarentena y de cambio constante de las condiciones de vida de los sujetos pueden alterar la percepción de la alianza terapéutica, sobre todo si nunca antes llevaron adelante un proceso psicoterapéutico. Es por esto que, para futuras investigaciones, se sugiere tener en cuenta todo lo presentado en este estudio, ampliar dicho número muestral e indagar otras variables que puedan incidir en la percepción que tienen los pacientes de la alianza terapéutica.

En conclusión, el presente estudio respaldó la importancia de establecer una amable, cordial y respetuosa alianza terapéutica desde el comienzo del proceso terapéutico para lograr mejores resultados, considerando los valores que tienen en cuenta los pacientes a la hora de tomar la decisión de comenzar un tratamiento ya que eso predecirá una mejor o peor percepción de la misma. Si bien los valores difieren de una persona a otra, todas consideran como punto central en un deseo genuino de cambio, en el valor de vivir en sincronía respecto a lo que piensan, sienten y hacen y sentirse bien consigo mismos. Cuando las personas se sienten cómodas y escuchadas y sus valores concuerdan con lo que esperan de una relación terapéutica los resultados probablemente sean más positivos y perciban una mejor alianza terapéutica.

Referencias bibliográficas

ACT y la Importancia de los Valores Personales en el Contexto de la Terapia Psicológica

Martínez, O. G., Blarrina, M. B. P., Soriano, M. C. L., & Salas, S. V. (2006). ACT y la importancia de los valores personales en el contexto de la terapia psicológica. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 6(1), 1-20.

Andrade-González, N., & Fernández-Liria, A. (2015). Adaptación española del Working Alliance Inventory (WAI). Propiedades psicométricas de las versiones del paciente y del terapeuta (WAI-P y WAI-T). *Anales De Psicología / Annals of Psychology*, 31(2), 524-533. <https://doi.org/10.6018/analesps.31.2.177961>

Arias Gallegos, W. L. (2017). Psicología clínica y psicoterapia: Revisión epistemológica y aportes de la psicología positiva. *Revista peruana de psicología y trabajo social*, 2(1), 137-153. Disponible en:
<http://revistas.uigv.edu.pe/index.php/psicologia/article/view/82>
<https://doi.org/10.5354/0719-0581.2018.50754>

Barylko, J. (2000). Los valores y las virtudes. Buenos Aires: Emecé

Bobowik, M., Basabe, N., Páez, D. *et al.* Valores personales y bienestar de europeos, españoles e inmigrantes en España: ¿Importa la cultura ?. *J Happiness Stud* 12, 401–419 (2011). <https://doi.org/10.1007/s10902-010-9202-1>

Bordin, ES (1979). La generalización del concepto psicoanalítico de alianza de trabajo. *Psicoterapia: teoría, investigación y práctica*, 16 (3), 252-260.
<https://doi.org/10.1037/h0085885>

- Brañez Cochachi, M. A. (2020). Valores personales en estudiantes de Psicología de la Universidad Continental, Huancayo, 2019.
<https://hdl.handle.net/20.500.12394/8415>
- Botella, L., & Corbella, S. (2011). Alianza terapéutica evaluada por el paciente y mejora sintomática a lo largo del proceso terapéutico. *Boletín de psicología*, 101, 21-33.
- Casari, L. M., & Stefanini, F. D. (2020). Alianza Terapéutica en tiempos de COVID-19: Perspectiva de Pacientes de Argentina. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 24(2), 198-211. <http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/handle/123456789/5713>
- Castro Solano, A. (2005). Técnicas de evaluación psicológica en ámbitos militares [Assessment techniques in military settings]. Buenos Aires: Paidós.
- Casullo, M. M., & Castro Solano, A. (2003). La estructura de los valores humanos en la población adulta argentina civil y militar. Una propuesta para su evaluación. *Revista Digital Universitaria*, 1(2), 1-16.
- Corbella, S., Botella, L., Gómez, A. M., Herrero, O., & Pacheco, M. (2011). Características psicométricas de la versión española del Working Alliance Inventory-Short (WAI-S). *Anales De Psicología / Annals of Psychology*, 27(2), 298-301. Recuperado a partir de <https://revistas.um.es/analesps/article/view/122881>
- Cortés, L. (2015). Influencia de estilo personal del terapeuta en la calidad de alianza terapeutica. [Tesis de grado, Universidad Pontificia Comillas].
<https://repositorio.comillas.edu/rest/bitstreams/2529/retrieve>

Cronin, E., Brand, BL y Mattanah, JF (2014). *El impacto de la alianza terapéutica en el resultado del tratamiento en pacientes con trastornos disociativos*. *Revista europea de psicotraumatología*, 5 (1), 22676. doi: 10.3402 / ejpt.v5.22676

Delfino, G. I.; Muratori, M. (2011) Análisis factorial confirmatorio de la escala de valores de Schwartz [En línea]. 3er Congreso Internacional de Investigación, 15 al 17 de noviembre de 2011, La Plata. Disponible en Memoria Académica:
http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.1460/ev.1460.pdf

Fernandez Liporace, Ongarato, P., Saavedra, E., & Casullo, M. M. (2005). Los valores en estudiantes adolescentes: Una adaptacion de la escala de Perfiles Valorativos de Schwartz. *Revista Iberoamericana de Diagnostico y Evaluacion Psicologica*, 20 (2), 9-33.

García, Y., & del Cid, L. B. G. (2011). Análisis diferencial del proceso y resultado psicoterapéutico en función del motivo de demanda en pacientes con ansiedad y depresión. *International journal of psychology and psychological therapy*, 11(3), 347-358.

Griffin Valdivieso, M. I. (2014). *Alianza terapéutica 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).
<http://repositorio.usfq.edu.ec/handle/23000/3407>

Galdós, J. S., & Sánchez, I. M. (2010). Relación del tratamiento por dependencia de la cocaína con los valores personales de apertura al cambio y conservación. *Adicciones*, 22(1), 51-58.

- Góngora, V. C. (2008). Valores personales y autoestima en población general y clínica. *Psicodebate. Psicología, Cultura y Sociedad*, (8), 37-46.
<https://doi.org/10.18682/pd.v8i0.415>
- González, N. A. (2005). La alianza terapéutica. *Clínica y salud*, 16(1), 9-29.
- Helmich, N., & Etchevers, M. (2020). Alianza terapéutica y resultados del tratamiento psicológico realizado en el Hospital de Clínicas. In *XII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVII Jornadas de Investigación. XVI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. II Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. II Encuentro de Musicoterapia*. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires. <https://www.aacademica.org/000-007/660>
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, P. (2006). Metodología de la investigación. México: McGraw-Hill.
- Hogan, L. R., Callahan, J. L., & Shelton, A. J. (2016). Una cuestión de percepción: impacto de diferencias de valores entre paciente y terapeuta sobre alianza y resultados. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 25(1), 5-16. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281946989002>
- Horvath, A. O. (2000). The therapeutic relationship: from transference to alliance. *Journal of Clinical Psychology/In session: Psychotherapy in Practice*, 56 (2), 163-173.
- Lambert, M, Bergin, A., & Garfield, S. L. (1994). The effectiveness of psychotherapy. *New York*.

- Lambert, M. (1992). Implications of psychotherapy outcome research for eclectic and integrative psychotherapies. En *Handbook of Psychotherapy Integration*. New York: Basic Books.
- Licenciatura, A. (2013). Puntos de vista de los clientes y terapeutas sobre la alianza terapéutica: similitudes, diferencias y relación con el resultado de la terapia. *Psicología clínica y psicoterapia* , 20 (2), 118-135. <https://doi.org/10.1002/cpp.792>
- Luborsky, L. (1976). Helping Alliances in Psychotherapy. En J. L. Cleg
- Muran, J. C., & Barber, J. P. (Eds.). (2010) *The therapeutic alliance: an evidence-based guide to practice*. New York: The Guilford Press.
- Navia, C. E. & Arias, E. M. (2012). Alianza terapéutica y su relación con las variables de apego del terapeuta y del consultante. *Universitas Psychologica*, 11(3), 885-894
- Nader, M. & Castro Solano, A. (2009). Relación entre los estilos de liderazgo, valores y cultura organizacional. Un estudio con líderes civiles y militares. *Anuario de psicología*, 40(2), 237-254
- Nunes, D. P., Di Domenico, A.M., Vivian, A. G., & Souza, F. P. D. (2019). FATORES DO PSICOTERAPEUTA E DO PACIENTE NA CONSTRUÇÃO DA ALIANÇA TERAPÊUTICA NAS PSICOTERAPIAS DE ORIENTAÇÃO ANALÍTICA E COGNITIVO-COMPORTAMENTAL. *Boletim Entre SIS*, 4(2), 25-47.
- Ostermann, M., Huffziger, S., Kleindienst, N., Mata, J., Schmahl, C., Beierlein, C.,...
Lyssenko, L. (2017). *La realización de los valores personales predice la salud mental y la satisfacción con la vida en una población alemana*. *Revista de psicología clínica y social*, 36 (8), 651–674. doi: 10.1521 / jscp.2017.36.8.651

- Pattee, D., & Farber, B. A. (2008). Patients' experiences of self-disclosure in psychotherapy: The effects of gender and gender role identification. *Psychotherapy Research*, 18(3), 306-315. <https://doi.org/10.1080/10503300701874534>
- Piedrabuena, S. (2007). *Cualidades personales del terapeuta En opinión de los pacientes y en relación a la percepción de mejoría - Tomo I* (tesis de doctorado, Universidad de Belgrano). Repositorio <http://repositorio.ub.edu.ar/handle/123456789/762>
- Pozo Villarreal, G. G., & Gutiérrez Fajardo, M. X. (2019). Alianza terapéutica de consultantes en el proceso de psicoterapia. <http://repositorio.uisek.edu.ec/handle/123456789/3516>
- Rokeach, M. (1973). The nature of human values. New York: Free Press.
- Rossetti, M. & Botella, L. (2017). Alianza terapéutica: evolución y relación con el apego en psicoterapia. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XXVI (1), 19-30. [Fecha de Consulta 16 de Marzo de 2021]. ISSN: 0327-6716. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=2819/281950399003>
- Saiz, J., Álvaro, J. L., & Martínez, I. (2011). Relación entre rasgos de personalidad y valores personales en pacientes dependientes de la cocaína. *Adicciones*, 23(2), 125-132. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=289122828002>
- Seligman, S. y Harrison, A. (2012). Infancy research, infant mental health, and adult psychotherapy: Mutual influences. *Infant Mental Health Journal*, 33(4), 339-349. <https://doi.org/10.1002/imhj.21330>.

Tracey, T. J., & Kokotovic, A. M. (1989). Factor structure of the working alliance inventory. *Psychological Assessment: A journal of consulting and clinical psychology*, 1(3), 207.

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* (Bachelor's thesis, Quito: USFQ, 2014).
<http://repositorio.usfq.edu.ec/handle/23000/3407>

Waizmann, V. & Roussos, A. (2009). Acerca de la dificultad en la conceptualización de la alianza terapéutica. *Intersubjetivo: Revista de psicoterapia psicoanalítica y salud*, 10(1), 14.

Zetzel, E. (1956) Una aproximación a la relación entre concepto y contenido en la teoría psicoanalítica, *El estudio psicoanalítico del niño*, 11: 1, 99-121. doi: [10.1080 / 00797308.1956.11822784](https://doi.org/10.1080/00797308.1956.11822784)

Anexos

Consentimiento informado

La realización de este estudio se lleva a cabo para la realización de mi tesis de grado con la finalidad de obtener el título de Licenciatura en Psicología, de la Universidad Abierta Interamericana. Por eso, los invito a colaborar en la investigación, en la que se estudia la Alianza Terapéutica percibida por los pacientes y su relación con los valores personales en adultos. Su colaboración en este estudio es totalmente voluntaria y es de suma importancia. La información brindada por usted es anónima y sus datos no serán difundidos, serán utilizados sólo para fines académicos-científicos.

Tenga en cuenta que no hay respuestas correctas o incorrectas, por favor intente no omitir ninguna pregunta y responder todo el cuestionario.

ACEPTO: SI ☐ NO ☐

Cuestionario sociodemográfico ad-hoc

Realiza psicoterapia: SI ☐ NO ☐

Género: F ☐ M ☐ Otro ☐

Edad:

Lugar de residencia: CABA ☐ Buenos Aires ☐ Otro ☐

Nivel educativo:

Situación laboral:

¿Hace cuánto realiza psicoterapia (aproximadamente)?

¿Es la primera vez que realiza psicoterapia?

¿Con qué frecuencia asiste a las sesiones?

Motivo de iniciación:

Del 1 al 10, donde 1 es nada y 10 es mucho ¿Cuánta mejoría percibe, en relación a su motivo de consulta, desde que arrancó terapia?

En caso de tener un diagnóstico de salud mental, por favor especifique cuál. Si no lo tiene, continúe en la próxima pregunta.

¿Cómo se realiza el encuentro? Presencial SI ☐ NO ☐

Virtual SI ☐ NO ☐

Ambas SI ☐ NO ☐

¿Sabe que orientación teórica tiene su terapeuta?

Género del terapeuta

WORKING ALLIANCE INVENTORY (WAI Short)
Versión del paciente

Código:

Fecha:

Instrucciones

En esta página hay frases que describen las distintas opiniones o emociones que un paciente puede tener en relación con su terapeuta. Si la frase describe lo que usted opina o siente **siempre** acerca de su terapeuta, rodee con un círculo el número 7; si por el contrario **nunca** opina o siente así acerca de él, marque el número 1. Emplee los números intermedios para expresar su opinión entre estos dos extremos.

Este cuestionario es CONFIDENCIAL. Su terapeuta no verá sus respuestas. No se detenga mucho en las preguntas; lo que nos interesa es su primera impresión. POR FAVOR, ASEGÚRESE DE CONTESTAR A **TODAS** LAS PREGUNTAS. Gracias por su colaboración.

1. Mi terapeuta y yo estamos de acuerdo sobre lo que tengo que hacer en la terapia para mejorar mi situación.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Rara vez	De vez en cuando	A veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre

2. Lo que estoy haciendo en la terapia me proporciona nuevos puntos de vista sobre mi problema.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Rara vez	De vez en cuando	A veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre

3. Creo que a mi terapeuta le caigo bien.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Rara vez	De vez en cuando	A veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre

4. Mi terapeuta no entiende lo que estoy intentando conseguir en la terapia.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Rara vez	De vez en cuando	A veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre

5. Confío en la capacidad de mi terapeuta para ayudarme.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Rara vez	De vez en cuando	A veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre

6. Mi terapeuta y yo estamos trabajando para conseguir los objetivos que hemos acordado.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Rara vez	De vez en cuando	A veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre

7. Creo que mi terapeuta me aprecia.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Rara vez	De vez en cuando	A veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre

8. Estamos de acuerdo sobre lo que es importante que yo trabaje.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Rara vez	De vez en cuando	A veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre

9. Mi terapeuta y yo confiamos el uno en el otro.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Rara vez	De vez en cuando	A veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre

10. Mi terapeuta y yo tenemos distintas ideas sobre cuáles son mis verdaderos problemas.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Rara vez	De vez en cuando	A veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre

11. Mi terapeuta y yo entendemos qué tipo de cambios me vendrían bien.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Rara vez	De vez en cuando	A veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre

12. Creo que estamos trabajando en mi problema de forma adecuada.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Rara vez	De vez en cuando	A veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre

WORKING ALLIANCE INVENTORY (WAI Short)

Normas de corrección

Para obtener la puntuación total de alianza o de alguno de sus componentes (vínculo, objetivos o tareas), anote las puntuaciones de todos los ítems de la prueba o de la correspondiente subescala en la Hoja de corrección y súmelas correctamente.

La puntuación de los ítems que tienen un signo positivo (+) se obtiene directamente a partir de los valores proporcionados por el usuario.

La puntuación de los ítems que tienen un signo negativo (-) se obtiene después de una sencilla transformación. Por ejemplo, si un usuario en el ítem 4 ha respondido con un 1, este valor se debe invertir y se debe asignar un 7; si ha marcado un 2 se debe adjudicar un 6, etc. (ver Tabla).

Transformación de las puntuaciones de los ítems negativos (-)						
1	2	3	4	5	6	7
↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓
7	6	5	4	3	2	1

Hoja de corrección del Working Alliance Inventory (WAI Short)

Código:

Fecha:

Subescala	N.º de ítem	Tipo de ítem	Puntuación	
Vínculo	3	(+)		Total Vínculo: <i>puntos</i>
	5	(+)		
	7	(+)		
	9	(+)		
Objetivos	4	(-)		Total Objetivos: <i>puntos</i>
	6	(+)		
	10	(-)		
	11	(+)		
Tareas	1	(+)		Total Tareas: <i>puntos</i>
	2	(+)		
	8	(+)		
	12	(+)		
Total Alianza: <i>puntos</i>				

Cuestionario de valores contextualizados (VAL) Casullo & Castro Solano, (2004).

Técnicas de evaluación psicológica en los ámbitos militares. Buenos Aires: Paidós.

A continuación se describen brevemente a algunas personas. Se pide por favor, lea cada descripción y piense **en qué medida se parece o no se parece a usted cada una de esas personas**. No hay respuestas buenas o malas: todas sirven. No deje frases sin responder. Marque la respuesta que indique cuánto se parece a usted la persona descrita.

Marque la respuesta que indique cuánto se parece a usted la persona descrita.

Parte 1. Recreación y vida social					
	Mínima. pref.				Máxima pref.
Siento inclinación por...	1	2	3	4	5
1. Participar en grupos que se preocupen por el cuidado del medio ambiente y el logro de la paz mundial.					
2. Colaborar como voluntario /a, ayudando en escuelas, hogares de ancianos, hospitales.					
3. Asistir a instituciones religiosas o culturales donde se respeten las tradiciones nacionales y se fomenta el amor a lo nuestro					
4. Salir con amigos que no provoquen desordenes y con quienes me sienta protegido/a.					
5. Ir con amigos a lugares seguros, limpios, ordenados, donde haya paz y armonía.					
6. Concurrir a lugares prestigiosos que estén de moda.					
7. Realizar actividades en las que me destaco porque soy mejor que otros (bailar, practicar un deporte, pintar, etc).					
8. Organizar salidas que me den placer y me permitan disfrutar de la vida.					
9. Ir a lugares diferentes, novedosos, evitando caer en la rutina.					
10. Hacer algo que me guste y me haga sentir bien, aunque tenga que estar solo/a.					

Parte 2. Relaciones familiares					
	Mínima. pref.				Máxima pref.
Siento inclinación por...	1	2	3	4	5
1. Tratar de vivir a mi manera, sin depender de lo que haga o piense mi familia.					
2. Proponer reuniones o salidas, por lo menos una vez al mes, para hacer algo diferente de lo acostumbrado.					
3. Estar con mi familia en la medida en que tenga ganas y me haga sentir bien.					
4. Esforzarme en hacer cosas para que mi familia se sienta orgulloso/a de mí.					
5. Tratar de que mi familia tenga bien en claro que alguien manda y otros tienen que obedecer.					
6. Intentar evitar que se produzcan situaciones de conflicto o discusiones perturbadoras.					
7. Tratar de que todos respeten las buenas costumbres y no hagan cosas fuera de lugar.					
8. Tratar de que todos cumplan con las tradiciones y honren la memoria de nuestros antepasados.					
9. Prestar atención a los problemas familiares, considerando que siempre es bueno olvidar y perdonar.					
10. Esforzarme para que tengamos un clima de paz y tomemos decisiones justas y sabias.					

Parte 3. Trabajo					
	Mínima. pref.				Máxima pref.
Siento inclinación por...	1	2	3	4	5
1. Trabajar en mi casa, en forma independiente.					
2. Hacer algo que me interese y sea para mí un desafío.					
3. Hacer algo que me resulte grato y placentero, sin exigirme demasiado.					
4. Realizar un trabajo original para lograr que me feliciten o premien.					
5. Destacarme y conseguir un puesto con un buen sueldo, con cierto poder sobre los demás.					
6. Hacer un trabajo que deje conforme a mi jefe y me asegure la continuidad laboral.					
7. Esforzarme por cumplir con las normas y exigencias del lugar donde trabajo, a fin de evitar problemas.					
8. Ocuparme de la religión, las tradiciones y las costumbres regionales del país.					
9. Realizar tareas de importancia social para ayudar, aunque sea un poco, a quienes sufren o tienen problemas serios.					
10. Hacer tareas relacionadas con la protección de la naturaleza, el mejoramiento de la calidad de vida, el uso de los residuos nucleares.					

Claves de corrección

Cuestionario de valores contextualizados (VAL) Casullo & Castro Solano, (2004).

Técnicas de evaluación psicológica en los ámbitos militares.

El cuestionario permite obtener 4 puntuaciones correspondientes a las metas generales: **Trascendencia** (compuesta por los valores Universalismo y Benevolencia), **Autopromoción** (compuesta por Poder y Logro), **Conservación** (compuesto por Tradición, Conformidad y Seguridad) y **Apertura al cambio** (compuesta por Hedonismo, Estimulación y Autodirección). La puntuación de cada uno de los diez valores se obtendrá sumando los valores que el sujeto marcó en los tres contextos. La suma obtenida se dividirá por el número de contextos (tres) en todos los casos. La puntuación bruta se transformará en percentiles utilizando el baremo correspondiente.

En caso de haber respuestas en blanco, es conveniente devolverle el protocolo al evaluado y solicitarle que conteste el ítem. En caso contrario, se deben asignar tres puntos al ítem (puntuación neutral) para que no afecte la sumatoria total.

La obtención de la puntuación de cada meta, se consigue sumando los valores que el individuo obtuvo en cada valor que compone la meta en los tres contextos y luego dividir esa suma por la cantidad de ítems contestados.

Las puntuaciones transformadas (percentiles) se interpretan tomando como corte los percentiles 25 y 75. Las puntuaciones inferiores al percentil 25 indican que el valor o meta en cuestión no resultan prioritarios para el evaluado. Las puntuaciones superiores al percentil 75 refieren una alta prioridad en su vida sobre el valor o meta en cuestión.