

Universidad Internacional de La Rioja

Facultad de Salud

Máster Universitario en Psicología General Sanitaria

La percepción de la alianza terapéutica en terapia sistémica

Trabajo fin de estudio presentado por:	Carlos Castro Vilches
Tipo de trabajo:	Proyecto de investigación
Línea de investigación:	Diagnóstico e intervención en adultos.
Formato de trabajo:	Individual
Modalidad de TFE:	Investigación
Director/a:	Elena Valero Belle
Fecha:	29/01/2025

Resumen

Los terapeutas se enfrentan en su práctica a las diferencias individuales de sus pacientes, siendo la alianza terapéutica un elemento clave y dinámico en este proceso. Este estudio revisa los orígenes y la evolución del concepto de AT, desde las ideas iniciales de Freud hasta su consolidación como un pilar central de la psicoterapia moderna, reconocido como un fuerte predictor de resultados positivos independientemente del enfoque terapéutico empleado. Utilizando instrumentos como el Working Alliance Inventory y el Sistema de Observación de la Alianza Terapéutica, se analizó una muestra de 25 participantes en terapia sistémica, comparando sus percepciones con la de su terapeuta. Los hallazgos indican que los pacientes suelen valorar más positivamente la alianza, destacando diferencias en la percepción de acuerdo sobre las tareas. Estos resultados subrayan la importancia de fortalecer las habilidades relacionales de los terapeutas, dado su impacto significativo en la calidad y los resultados de la intervención terapéutica.

Palabras clave: Alianza Terapéutica, Terapia Sistémica, Alianza percibida, Working Alliance Inventory (WAI), Sistema de Observación de la Alianza Terapéutica (SOATIF)

Abstract

Therapists face individual differences in their patients in their practice, with the therapeutic alliance being a key and dynamic element in this process. This study reviews the origins and evolution of the therapeutic alliance concept, from Freud's initial ideas to its consolidation as a central pillar of modern psychotherapy, recognized as a strong predictor of positive outcomes regardless of the therapeutic approach used. Using instruments such as the Working Alliance Inventory and the Therapeutic Alliance Observation System, a sample of 25 participants in systemic therapy was analyzed, comparing their perceptions with those of the therapists. The findings indicate that patients tend to value the alliance more positively, highlighting differences in the perception of agreement on tasks. These results underscore the importance of strengthening therapists' relational skills, given their significant impact on the quality and outcomes of therapeutic intervention.

Keywords: Therapeutic Alliance, Systemic Therapy, Perceived alliance, Working Alliance Inventory (WAI), Therapeutic Alliance Observation System (SOATIF)

Índice de contenidos

1. Introducción	7
2. Marco teórico	9
2.1. El concepto de alianza terapéutica	9
2.2. La alianza terapéutica dentro de la terapia sistémica.....	11
2.3. Rol y cultura en la alianza terapéutica	13
2.4. La alianza terapéutica en distintos tipos de terapia.....	14
2.5. La percepción terapeuta-paciente	15
2.6. Estudios de caso	16
2.7. La alianza terapéutica y la neuropsicología.....	17
2.8. Nuevas formas de hacer terapia	17
2.9. Barreras y desafíos de la alianza terapéutica	19
2.10. Los instrumentos de medición	21
3. Justificación	23
4. Objetivos	26
5. Hipótesis.....	27
6. Marco metodológico	29
6.1. Diseño	29
6.2. Participantes	29
6.3. Instrumentos	30
6.4. Procedimiento	32
6.5. Análisis de datos.....	33
7. Resultados	35
8. Discusión	41
8.1. Limitaciones.....	43
8.1.1. Influencia del género en la percepción de la alianza terapéutica.....	43
8.1.2. Evolución temporal de la alianza terapéutica	44

8.2. Prospectiva	44
Referencias bibliográficas.....	46
ANEXOS.....	52
Anexo A. Valoración del TFM por parte del comité de ética.....	52
Anexo B. Autorización del centro para realizar la investigación	53
Anexo C. Consentimiento informado al cliente.....	54
Anexo D. Inventario de alianza de trabajo (WAI)	56
Anexo E. Sistema de Observación de la Alianza Terapéutica versión autoinforme (SOATIF-s)	58
Anexo F. Resultados	60

Índice de tablas

Tabla 1. Criterios de selección	29
Tabla 2. ANOVA	36
Tabla 3. Matriz de Correlaciones - WAI	37
Tabla 4. Prueba T para Muestras Independientes - WAI	37
Tabla 5. Resultados WAI	60

1. INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la salud mental es un componente fundamental del bienestar humano, influyendo profundamente en la calidad de vida, las relaciones interpersonales y la productividad de los individuos. En las últimas décadas, la creciente conciencia sobre la importancia de la salud mental ha llevado a un aumento significativo en la demanda de servicios psicológicos y psiquiátricos en todo el mundo (OMS, 2021). Este incremento ha puesto de manifiesto la necesidad de comprender mejor los factores que contribuyen a la eficacia de las intervenciones terapéuticas. Según un estudio realizado por Rehm y Shield (2019), la prevalencia global de trastornos mentales comunes, como la depresión y la ansiedad, ha aumentado en un 13% en la última década, lo que subraya la urgencia de mejorar y expandir los servicios de salud mental.

La psicoterapia, como una de las principales modalidades de tratamiento en salud mental, ha evolucionado considerablemente desde sus inicios. Desde las primeras teorías psicoanalíticas hasta los enfoques contemporáneos basados en la evidencia, el campo ha experimentado una transformación continua en busca de métodos más efectivos para abordar una amplia gama de trastornos psicológicos (Norcross y Lambert, 2018). En este contexto, la investigación sobre los procesos y resultados terapéuticos ha ganado una importancia crucial. Por ejemplo, un meta-análisis de Cuijpers et al. (2020) demostró que la psicoterapia es altamente efectiva para el tratamiento de la depresión.

Uno de los aspectos más relevantes en el estudio de la psicoterapia es la interacción entre el terapeuta y el paciente. Esta relación, que va más allá de la mera aplicación de técnicas, ha sido reconocida como un factor determinante en el éxito del tratamiento (Norcross y Lambert, 2018). La complejidad de esta interacción ha llevado a los investigadores a examinar diversos aspectos de la relación terapéutica, buscando identificar los elementos clave que contribuyen a resultados positivos. La alianza terapéutica (AT) ha emergido como un constructo central en la investigación sobre la eficacia de la psicoterapia. Definida inicialmente por Bordin (1979) como la colaboración entre el paciente y el terapeuta, la AT se compone de tres elementos esenciales: el acuerdo sobre los objetivos del tratamiento, el consenso sobre las tareas que se llevarán a cabo y el desarrollo de un vínculo emocional positivo entre el terapeuta y el paciente.

La importancia de la AT ha sido respaldada por numerosos estudios empíricos. Un meta-análisis realizado por Flückiger et al. (2012) confirmó que la AT es un elemento de gran importancia para lograr resultados terapéuticos positivos, explicando aproximadamente el 7.5% de la varianza en los resultados de la psicoterapia. Este hallazgo es particularmente significativo considerando la diversidad de enfoques terapéuticos y condiciones clínicas estudiadas.

Además, la investigación ha demostrado que la AT no solo predice los resultados del tratamiento, sino que también actúa como un mecanismo de cambio en sí mismo. Un estudio longitudinal de Zilcha-Mano (2017) encontró que las fluctuaciones en la AT a lo largo del tratamiento estaban asociadas con cambios en los síntomas del paciente, sugiriendo un papel causal de la alianza en la mejora clínica.

La relevancia de la AT se extiende más allá de los resultados inmediatos del tratamiento. Investigaciones recientes han explorado cómo la calidad de la alianza puede influir en la adherencia al tratamiento y en la prevención de recaídas. Por ejemplo, un estudio de Arnow et al. (2013) encontró que una fuerte AT estaba asociada con una menor probabilidad de abandono del tratamiento en pacientes con depresión crónica.

En el contexto de la pandemia de COVID-19, la importancia de la relación terapéutica ha cobrado aún mayor relevancia. La transición repentina a la terapia online planteó preguntas sobre cómo se podría mantener y fortalecer la AT en un entorno virtual. Un estudio de Aafjes-van Doorn et al. (2024) examinó cómo esta transición afectó la AT, encontrando que, aunque los terapeutas inicialmente temían una disminución en la calidad de la alianza, la mayoría de los pacientes reportaron niveles similares o incluso mejorados de conexión terapéutica en el formato en línea.

La investigación sobre la AT también ha llevado a desarrollos en la formación de terapeutas y en la supervisión clínica. Eubanks et al. (2018) han destacado la importancia de capacitar a los terapeutas en la identificación y reparación de rupturas en la AT, un proceso que se ha asociado con mejores resultados del tratamiento. Estos hallazgos subrayan la necesidad de integrar el desarrollo de habilidades para formar y mantener una fuerte AT en los programas de formación de psicoterapeutas.

2. MARCO TEÓRICO

La alianza terapéutica es un concepto fundamental en el campo de la psicoterapia, cuya importancia ha sido reconocida y estudiada a lo largo de décadas. Desde sus raíces en el trabajo de Sigmund Freud, quien destacó la relevancia de la transferencia positiva en el proceso terapéutico, hasta su evolución como un constructo independiente y mensurable.

2.1. EL CONCEPTO DE ALIANZA TERAPÉUTICA

Desde sus inicios en el campo de la psicoterapia este concepto ha evolucionado significativamente y se pueden encontrar las raíces de este término en el trabajo pionero de Sigmund Freud, quien inicialmente destacó la importancia de la transferencia como un elemento central en la relación terapéutica e identificó la transferencia positiva, «donde los pacientes proyectan sentimientos positivos hacia el terapeuta», como una fuerza motriz clave en el proceso terapéutico (Freud, 1912). Sin embargo, Freud no utilizó el concepto de «alianza» como tal, sino que consideraba esta dinámica dentro de su teoría psicoanalítica como parte del manejo de la transferencia. Fue su discípulo, Zetzel (1956), quien introdujo por primera vez la noción de «alianza terapéutica», al diferenciar entre transferencia neurótica y una relación más colaborativa, marcando el inicio de un enfoque más participativo en la relación entre terapeuta y paciente. Desde entonces, la alianza ha sido reconocida como una estructura crucial dentro de la psicoterapia moderna, y su rol ha sido evaluado y validado a lo largo de diferentes enfoques terapéuticos (Horvath y Greenberg, 1989).

Durante las décadas de 1970 y 1980, la AT adquirió mayor relevancia con la creciente necesidad de un marco conceptual integrador que permitiera a los terapeutas evaluar la calidad de la relación con sus pacientes de manera más objetiva. En este contexto, el trabajo de Edward Bordin (1979) fue decisivo, ya que desarrolló un modelo integrador conocido como la «alianza de trabajo», que abarcaba tres componentes fundamentales: el acuerdo sobre las tareas terapéuticas, el acuerdo sobre los objetivos y el vínculo afectivo entre terapeuta y paciente. Este modelo ofreció una perspectiva más estructurada y mensurable sobre la alianza, estableciendo una base para la investigación empírica. Las investigaciones de Bordin fueron seguidas por estudios que desarrollaron herramientas para medir la alianza, como el Working Alliance Inventory (WAI), que ha sido validado y adaptado en múltiples países, incluyendo España, y ha sido ampliamente utilizado para investigar cómo la calidad de la

alianza se relaciona con los resultados terapéuticos (Bordin, 1979; Horvath y Greenberg, 1989).

La AT en la psicoterapia moderna ha sido ampliamente reconocida como uno de los principales factores de éxito en diversos enfoques terapéuticos, independientemente de la técnica utilizada. Estudios han demostrado que la calidad de la relación entre terapeuta y paciente predice consistentemente los resultados del tratamiento, superando incluso la influencia de las técnicas específicas aplicadas en la terapia (Norcross y Lambert, 2019). A lo largo de las últimas décadas, se ha observado un cambio desde una visión técnica centrada en el tratamiento hacia una más relacional, donde la alianza se considera un componente fundamental del proceso terapéutico, integrando no solo las tareas y objetivos del tratamiento, sino también el vínculo emocional que se establece entre ambos, lo que otorga una especial importancia a esta relación en terapias de largo plazo y en aquellas que implican abordar conflictos emocionales profundos (Flückiger et al., 2020).

La investigación empírica ha documentado que la AT tiene una relación directa y positiva con los resultados en una variedad de trastornos psicológicos como en el tratamiento de la depresión y los trastornos de ansiedad, donde se ha encontrado que los pacientes que reportan una mejor alianza con su terapeuta experimentan una reducción más significativa de los síntomas y una mejoría general en su bienestar psicológico (Zilcha-Mano, 2021). Esta correlación se mantiene constante independientemente del enfoque terapéutico utilizado, lo que ha llevado a que se la considere un factor común en la psicoterapia. Investigaciones también han explorado cómo la calidad de la alianza puede compensar, en parte, las deficiencias en el dominio técnico del terapeuta, demostrando que una relación de confianza y colaboración puede ser un predictor más robusto del éxito terapéutico que la habilidad técnica en sí misma (Safran y Muran, 2000).

Otro aspecto clave de la AT es su carácter dinámico, demostrado mediante estudios longitudinales que observaron que la calidad de la alianza puede variar a lo largo del proceso terapéutico, siendo común la aparición de rupturas, ya sea debido a desacuerdos sobre los objetivos de la terapia o a dificultades en el vínculo personal, no necesariamente negativas si se manejan adecuadamente. La capacidad del terapeuta para reparar estas rupturas se ha convertido en un indicador clave de la competencia profesional, y la resolución exitosa de conflictos en la relación terapéutica puede fortalecer aún más la alianza (Eubanks et al., 2018), la habilidad para detectar y abordar estas rupturas de manera efectiva ha sido estudiada como

una variable significativa que afecta los resultados de la terapia, destacando la importancia del manejo relacional continuo.

2.2. LA ALIANZA TERAPÉUTICA DENTRO DE LA TERAPIA SISTÉMICA

La terapia sistémica surge en las décadas de 1950 y 1960 como una aproximación innovadora que aborda los problemas psicológicos desde una perspectiva relacional y contextual. En lugar de centrarse únicamente en el individuo, este enfoque considera que los síntomas o dificultades personales son reflejo de dinámicas familiares o grupales más amplias. En este sentido, el comportamiento problemático de una persona no es visto de manera aislada, sino como parte de un sistema de interacción entre los miembros de la familia o grupo (Villarreal-Zegarra y Paz-Jesús, 2015).

Una de las características principales de la terapia sistémica es su enfoque holístico, que se basa en el concepto de circularidad. Esto implica que los problemas dentro de una familia o sistema no pueden atribuirse a una causa lineal, sino que son el resultado de interacciones circulares en las que todos los miembros participan. Este enfoque relacional permite al terapeuta identificar patrones repetitivos de conducta y comunicación que perpetúan los problemas, y trabajar para cambiar esos patrones en lugar de centrarse exclusivamente en un individuo. En el contexto español, la terapia sistémica ha sido aplicada con éxito en contextos como la mediación familiar, la intervención en casos de violencia doméstica y la atención a familias con hijos con problemas conductuales.

La AT en terapia sistémica no se establece sólo con un paciente individual, sino con todos los miembros del sistema, sea este una persona individual, una familia, una pareja o un grupo, de forma que el enfoque del terapeuta requiere que desarrolle múltiples alianzas simultáneamente, cada una ajustada a las necesidades y la dinámica de los diferentes miembros (Friedlander et al., 2006).

El primer componente de esta alianza es el acuerdo sobre los objetivos terapéuticos que, en el contexto sistémico, debe ser cocreado y compartido por el o los pacientes y el terapeuta. Los objetivos pueden variar ampliamente, desde mejorar la comunicación hasta resolver conflictos específicos o cambiar patrones de comportamiento disfuncionales. Esto requiere la habilidad para facilitar discusiones que permitan llegar a un consenso grupal, manteniendo al mismo tiempo un entorno seguro y respetuoso para todos (Sprenkle y Davis, 2012). La AT

requiere una continua evaluación y recalibración. Dado que los sistemas familiares son dinámicos y sus interacciones pueden ser altamente variables, se necesita comprobar regularmente la eficacia de la alianza y hacer ajustes según sea necesario. Esto a menudo implica revisar las metas terapéuticas con los pacientes y reestructurar las tareas para reflejar mejor los cambios en las relaciones del sistema o en las circunstancias de vida de sus miembros.

Hay fenómenos que son característicos únicamente de la terapia de familia como la alianza dividida (Muñiz de la Peña et al., 2009) consistente en un patrón en la relación terapéutica que se da cuando uno de los miembros de la familia siente que tiene un vínculo emocional mucho más fuerte con el terapeuta en comparación con otros miembros, pudiendo tener una relevancia severa si esta conexión encuentra un antagonista, convirtiéndose este fenómeno en un predictor del abandono terapéutico. Este tipo de fenómenos nos remarcaban lo que Pinsof ya comentaba en 1995, como que el vínculo ha de ser fuerte con todos los miembros de la familia, no únicamente con los que acuden a las sesiones, sino también con miembros de la familia que cumplen un rol más indirecto, ya que la influencia en la toma de decisiones de nuestro paciente puede ser por parte de cualquier familiar.

Las alianzas deben sustentarse en aspectos tanto técnicos como teóricos (Carpenter et al., 2008), teniendo que, desde el plano técnico, prestar atención simultánea a las necesidades del sistema, entrelazándolas de una forma que tenga sentido para todos reencuadrando el problema y enfatizando valores comunes y fortalezas del conjunto. Podemos añadir que Pinsof, «autor clave en la conceptualización sistémica y en la investigación de la alianza terapéutica», ya describió en 1994 y 1995 que las alianzas de cada miembro de la familia con el terapeuta y las del terapeuta con cada subsistema familiar, sumado a la alianza global del terapeuta con todo el grupo familiar, afectan a todos entre sí y generan un complejo sistema de influencias recíprocas. Este entramado de influencias lo conocemos como la alianza intra-sistema, incluyendo tanto las alianzas en el seno de la familia como las alianzas dentro del entorno profesional del terapeuta y otros colaboradores del caso.

2.3. ROL Y CULTURA EN LA ALIANZA TERAPÉUTICA

La cultura y el contexto social de un paciente juegan un papel crítico en cómo se forma y se percibe la AT. La comprensión de las normas culturales, las expectativas sobre las relaciones y el manejo de la autoridad son esenciales para establecer una conexión significativa entre el terapeuta y el paciente. Investigaciones indican que las diferencias culturales en la comunicación, el manejo del conflicto y la expresión emocional pueden influir en la eficacia de la AT y, por ende, en los resultados de la terapia (Sue y Sue, 2016). Por ejemplo, en culturas donde predomina una estructura de poder jerárquica, los pacientes pueden esperar una dinámica más directiva por parte del terapeuta, mientras que, en culturas con una visión más igualitaria, puede ser preferible un enfoque colaborativo.

Smith y Trimble (2016) destacan que las intervenciones culturalmente adaptadas producen mejores resultados entre los pacientes de minorías étnicas que las intervenciones no adaptadas. Este hallazgo subraya la importancia de considerar el contexto cultural en la formación de una AT efectiva. La integración de consideraciones culturales en la práctica clínica puede fortalecer esta alianza al demostrar respeto y comprensión por el contexto cultural del paciente. Smith y Trimble (2016) argumentan que los terapeutas que son capaces de adaptar su enfoque para incorporar elementos culturales relevantes tienden a formar alianzas más fuertes y efectivas. Fernández-Álvarez et al. (2020) señalan que la práctica basada en la evidencia en psicoterapia ha evolucionado para incluir no solo la mejor investigación disponible, sino también la experiencia clínica y las características del paciente, incluyendo su cultura y preferencias. Esta evolución se alinea con los hallazgos de Smith y Trimble (2016), quienes enfatizan la necesidad de adaptar las intervenciones psicológicas a las características culturales específicas de los pacientes para mejorar la eficacia del tratamiento. La personalización de los tratamientos psicológicos, teniendo en cuenta las características individuales del paciente y su contexto vital, incluyendo su cultura, se ha convertido en una práctica ética y clínicamente recomendada (Fernández-Álvarez et al., 2020). Esta personalización puede fortalecer la AT al demostrar sensibilidad cultural y adaptabilidad por parte del terapeuta. Smith y Trimble (2016) sugieren que esta adaptación cultural puede incluir ajustes en el lenguaje utilizado, la incorporación de normas culturales en el proceso terapéutico, o incluso la modificación de las metas terapéuticas para que resuenen mejor con los valores del paciente y su familia.

2.4. LA ALIANZA TERAPÉUTICA EN DISTINTOS TIPOS DE TERAPIA

En la terapia sistémica, la alianza se enfoca en la colaboración con todos los miembros del sistema o familia, no solo con el individuo. La alianza busca mejorar las relaciones y la comunicación dentro del grupo, lo que a menudo implica trabajar con dinámicas y patrones relacionales más que con síntomas individuales. En contraste, la terapia cognitivo-conductual (TCC) se centra más en la relación entre el terapeuta y el individuo, con un énfasis en establecer metas claras y específicas relacionadas con el cambio de pensamientos y comportamientos disruptivos (Karver et al., 2006). La alianza en TCC a menudo implica un acuerdo sobre tareas y objetivos específicos y es más estructurada en comparación con la terapia sistémica (Karver et al., 2006).

La terapia humanista, incluyendo enfoques como la terapia centrada en la persona de Carl Rogers, pone un gran énfasis en la alianza como un vehículo para facilitar el crecimiento y la autoexploración del paciente. En este enfoque, la alianza se caracteriza por la empatía, la congruencia y la aceptación incondicional del terapeuta hacia el paciente (Rogers, 1980).

Además, la alianza en la terapia sistémica necesita ser lo suficientemente flexible para adaptarse a las cambiantes dinámicas del grupo. Dado que cada miembro puede tener diferentes objetivos y percepciones del problema, el terapeuta debe ser capaz de navegar estas diferencias, a veces contradictorias, para mantener una alianza efectiva con el sistema en su conjunto. Esta capacidad de adaptarse y manejar la complejidad de las relaciones dentro del sistema es lo que en gran medida define la efectividad de la terapia sistémica en comparación con enfoques más individualizados (Escudero et al., 2008).

Papastylianou (2021) profundiza en su estudio en la importancia de la AT en la terapia sistémica, mencionando como la alianza ha evolucionado desde perspectivas más despersonalizadas hasta relaciones más emocionalmente involucradas en el constructivismo. Además, subraya la relevancia del apego seguro en la relación terapéutica. Un apego que puede facilitar un entorno de confianza y seguridad, remarcando la autora la importancia de los terapeutas a la hora de ser conscientes del desequilibrio de poder en la relación terapéutica, señalando la importancia de minimizarlo promoviendo así una relación más equitativa y colaborativa. La trascendencia del estudio de Papastylianou también reside en la consideración que da a la evaluación de la relación terapéutica destacando las evaluaciones cuantitativas y cualitativas, además de resaltar la importancia de considerar las percepciones

y experiencias del paciente a través de entrevistas y métodos de observación y grabación de sesiones, para posteriormente poder analizar e identificar patrones de interacción y mejorar en la relación terapéutica. Así subraya la necesidad de una evaluación continua y multifacética de la relación terapéutica para garantizar su efectividad y adaptabilidad a las necesidades individuales de los pacientes.

2.5. LA PERCEPCIÓN TERAPEUTA-PACIENTE

Aunque la mayoría de las investigaciones han demostrado que una alianza fuerte predice resultados positivos en terapia, la percepción de esta alianza puede variar significativamente entre el terapeuta y el paciente. Un estudio realizado por Tryon y Kane (1993) exploró esta dinámica y encontró que los terapeutas a menudo califican la AT más favorablemente que los pacientes, especialmente en las etapas tempranas del tratamiento. Este estudio subraya la importancia de la comunicación y el entendimiento mutuo en la evaluación de la AT.

Existen investigaciones que han indicado que las discrepancias en la percepción de la AT pueden influir en la efectividad del tratamiento. Por ejemplo, un estudio de Safran y Muran (2000) sugiere que las diferencias en cómo los pacientes y terapeutas ven la calidad de su relación pueden afectar los progresos del paciente, lo que implica que una evaluación continua y un ajuste de la AT son cruciales para el éxito de la terapia.

Otro estudio por Horvath y Bedi (2002) examinó más detalladamente los componentes de la AT y concluyó que tanto el acuerdo sobre las metas y tareas de la terapia como el vínculo emocional entre el terapeuta y el paciente son vitales para el desarrollo de una alianza eficaz. Este estudio también destacó que la AT debe ser manejada dinámicamente a lo largo del proceso terapéutico, adaptándose a las necesidades cambiantes del paciente.

Además, estudios como el de Flückiger et al. (2012) han comenzado a utilizar métodos más sofisticados para medir la AT, como la incorporación de evaluaciones por parte de observadores externos y el uso de tecnología para realizar evaluaciones en tiempo real que ayudan a obtener una comprensión más precisa de la AT y su impacto en los resultados de la terapia.

2.6. ESTUDIOS DE CASO

En el tratamiento de trastornos de la personalidad, puede ser especialmente desafiante establecer y mantener una AT debido a la desconfianza y los problemas de apego que suelen presentar estos pacientes.

Por ejemplo, en el tratamiento de trastornos de ansiedad se debe poner el foco en construir seguridad y confianza, dado que estos pacientes a menudo experimentan una gran incertidumbre y temor respecto al proceso terapéutico. Algunas investigaciones indican que una alianza fuerte puede ayudar a mitigar estos miedos, facilitando un mayor compromiso con las intervenciones terapéuticas y, por ende, una mejor respuesta al tratamiento (Castonguay et al., 2006).

En contraste, los pacientes con trastornos del espectro depresivo pueden requerir un enfoque diferente en la construcción de la alianza, ya que estos pacientes a menudo se sienten desvalorizados o desesperanzados, lo cual puede reflejarse en su relación con el terapeuta. En estos casos, fortalecer la AT a través de la validación de sus experiencias y la empatía activa puede ser crucial para fomentar la motivación y el optimismo necesarios para el proceso de cambio, además de las expectativas, una variable que introdujo Meyer et al. en 2002. Así, la alianza no solo sirve como un puente para la aplicación de técnicas terapéuticas, sino también como un medio esencial para restaurar la autoestima del paciente y su agencia personal.

Si buscamos relaciones entre la AT y la regulación emocional en tratamientos online para la depresión adolescente, los resultados indicaron que la alianza, tanto evaluada por el terapeuta como por el paciente, predijo los puntajes de depresión la semana siguiente. Además, la regulación emocional también predijo los puntajes de depresión, apoyando la hipótesis de que la alianza influye en los resultados en parte a través de la regulación emocional (Miguel-Álvaro y Panadero, 2021).

Otro estudio dentro de la terapia sistémica investigó las asociaciones bidireccionales entre la alianza y la adherencia del terapeuta en una muestra de adolescentes y sus familias que participaron en la Terapia Multisistémica. Los resultados sugirieron que la alianza y la adherencia del terapeuta pueden reforzarse mutuamente durante la terapia. Aunque la alianza puede facilitar el desarrollo de la adherencia del terapeuta, la adherencia puede posteriormente profundizar y consolidar la alianza paciente-terapeuta (Lange et al., 2017).

2.7. LA ALIANZA TERAPÉUTICA Y LA NEUROPSICOLOGÍA

La neurociencia ha comenzado a arrojar luz sobre los mecanismos biológicos que subyacen a las relaciones interpersonales efectivas, incluida la AT. Estudios recientes han utilizado técnicas avanzadas de neuroimagen para investigar cómo la interacción entre paciente y terapeuta se refleja en la actividad cerebral de ambos.

Un hallazgo significativo en este campo es la concordancia cerebro a cerebro entre pacientes y clínicos durante las interacciones terapéuticas. Utilizando resonancia magnética funcional de dos personas los investigadores han identificado que las diádas paciente-clínico que han establecido una relación clínica muestran una mayor concordancia dinámica en los circuitos cerebrales involucrados en la teoría de la mente y el espejo social, como la ínsula, la unión temporoparietal y la corteza prefrontal ventrolateral (Ellingsen et al., 2022). Esta concordancia cerebral se ha asociado con la empatía y la AT. Por ejemplo, se ha encontrado que la concordancia dinámica entre la ínsula anterior del clínico y la ínsula media/posterior del paciente está significativamente asociada con puntajes más altos en la escala CARE de alianza terapéutica (Ellingsen et al., 2022). Esto sugiere que las diádas con una mayor AT muestran una concordancia insular dinámica más fuerte durante la anticipación del tratamiento del dolor.

2.8. NUEVAS FORMAS DE HACER TERAPIA

En las últimas décadas, el campo de la psicoterapia ha evolucionado significativamente, dando lugar a enfoques innovadores que buscan optimizar la eficacia y eficiencia del proceso terapéutico. Cada una de estas aproximaciones ofrece una perspectiva única sobre cómo abordar los problemas psicológicos y cómo establecer una relación terapéutica efectiva.

La Terapia Breve Estratégica, desarrollada por Giorgio Nardone en colaboración con Paul Watzlawick en la década de 1980, es un enfoque terapéutico que se centra en la resolución rápida y eficaz de problemas específicos. Esta modalidad se caracteriza por su brevedad, generalmente limitada a 10 sesiones o menos, y por su enfoque estratégico en la identificación y modificación de patrones de comportamiento problemáticos. En el contexto de esta terapia, la AT adquiere características particulares. Nardone enfatiza la importancia de establecer una conexión rápida y efectiva con el paciente, contrastando con enfoques tradicionales que pueden requerir períodos más largos para desarrollar el vínculo terapéutico. Se estructura en

fases bien definidas, comenzando con una evaluación rápida del problema y el establecimiento de objetivos claros. El terapeuta utiliza técnicas de comunicación persuasiva y estrategias paradójicas para desafiar las percepciones del paciente y promover cambios rápidos en su pensamiento y comportamiento. Esta estructura permite una rápida formación de la AT, crucial para el éxito de la intervención en un marco temporal limitado.

En España, el psicólogo Vitor Amat ha desarrollado su propio enfoque basado en la Terapia Breve Estratégica. Amat enfatiza la importancia de establecer una conexión rápida y efectiva con el paciente, contrastando con enfoques tradicionales que pueden requerir períodos más largos para desarrollar el vínculo terapéutico. En su modelo, la primera fase, que puede durar una o dos sesiones, se centra en la «captura» de la esencia del problema y en demostrar al paciente la comprensión y capacidad del terapeuta para ayudar. El enfoque de Amat se estructura en tres fases principales: recopilación de información y establecimiento de la relación terapéutica; implementación de técnicas para desbloquear la percepción del paciente; y la consolidación de los cambios (Amat, 2022). Esta estructura permite una rápida formación de la AT, crucial para el éxito de la intervención en un marco temporal limitado.

Por otro lado, la Terapia Provocativa, desarrollada por Frank Farrelly en la década de 1960, utiliza el humor, la provocación y la exageración como herramientas terapéuticas. Farrelly y Brandsma establecieron el principio fundamental de que «si el paciente es provocado por el psicólogo, con buena comunicación, con humor y conectado a las vivencias del paciente, el paciente se moverá en la dirección opuesta a la definición que el psicólogo ha dado a éste como persona» (1974, p.52). En la Terapia Provocativa, la AT juega un papel crucial. El terapeuta debe establecer una relación de confianza sólida que permita utilizar intervenciones provocativas sin dañar el vínculo terapéutico (Sarink, 2019).

La Terapia de Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares (EMDR) es un enfoque psicoterapéutico innovador que ha ganado reconocimiento en el tratamiento del Trastorno de Estrés Postraumático y otras condiciones. En el contexto de EMDR, la AT adquiere características únicas que merecen especial atención. Aunque Shapiro y Laliotis (2017) mencionó la relación terapéutica en sus textos, no profundizó en cómo establecer una relación terapéutica segura antes del reprocesamiento de la memoria. Sin embargo, la importancia de la AT en EMDR no puede subestimarse, ya que es un componente central de esta modalidad de psicoterapia. La estructura de EMDR, que incluye fases bien definidas, contribuye a la formación de una AT sólida. Las fases 1 y 2 de EMDR, que implican la

recopilación de historia y la preparación del paciente, son cruciales para establecer una base de confianza y colaboración. Durante estas fases, el terapeuta y el paciente trabajan juntos para desarrollar una conceptualización compartida de los problemas y objetivos del tratamiento, lo que se alinea con la definición de AT propuesta por Bordin (1979).

Un estudio realizado por Marich (2010) utilizó análisis cualitativos para explorar la experiencia de pacientes con adicciones que recibieron EMDR. Los resultados destacaron la importancia de la relación terapéutica en el proceso de EMDR, subrayando cómo la confianza y la conexión con el terapeuta facilitaron el proceso de tratamiento. Dworkin y Errebo (2010) sugieren que el riesgo de ruptura en la relación terapéutica durante el tratamiento con EMDR podría ser alto debido a la naturaleza estructurada del enfoque y la imprevisibilidad del reprocesamiento asociativo de la memoria. Sin embargo, otros autores argumentan que la estructura de EMDR en realidad protege contra este riesgo, proporcionando un marco claro dentro del cual se desarrolla la AT.

La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) enfatiza la importancia de la AT de una manera única. Según Fernández et al. (2020), ACT se centra en mejorar la flexibilidad psicológica de los pacientes. En este contexto, la AT se desarrolla a través de la aceptación mutua de experiencias internas difíciles y el compromiso compartido hacia los valores del paciente. El terapeuta y el paciente trabajan juntos para crear una experiencia colaborativa momento a momento, en la que se fortalece a medida que el terapeuta modela la aceptación y la flexibilidad psicológica, creando un espacio seguro para que el paciente explore sus experiencias internas sin juicio. La integración de técnicas de mindfulness en terapias como ACT y EMDR también ha influido en la conceptualización de la AT. En estas modalidades, la alianza se fortalece a través de la práctica compartida de la atención plena, creando una experiencia de presencia mutua entre terapeuta y paciente.

2.9. BARRERAS Y DESAFÍOS DE LA ALIANZA TERAPÉUTICA

Según un estudio cualitativo realizado por Wiesjahn et al. (2023), las barreras para la utilización de la psicoterapia pueden clasificarse en internas y externas. Entre las barreras internas más frecuentes se encuentran la baja alfabetización en salud mental (como no reconocer los síntomas como problemas de salud mental), el estigma, la vergüenza o el

rechazo, la falta de conocimiento relacionado con el tratamiento, la desconfianza y las preocupaciones sobre la confidencialidad. Por otro lado, las barreras externas incluyen la falta de servicios de salud mental disponibles, problemas de acceso debido a barreras lingüísticas o distancia geográfica, limitaciones de tiempo, gastos y experiencias negativas previas con ayuda profesional.

Un desafío significativo para la AT es la ocurrencia de rupturas, definidas por Safran y Muran (2000) como tensiones o desajustes en la relación colaborativa entre el paciente y el terapeuta. Estas rupturas pueden variar en intensidad, desde deterioros menores en la comunicación hasta problemas mayores en la colaboración. La investigación ha demostrado que las rupturas son inevitables y ocurren en todo tipo de terapia, variando en frecuencia, severidad, intensidad y duración del tratamiento, independientemente del nivel de habilidad del terapeuta.

Alberto Gimeno (s.f.) destaca que las rupturas en la AT son fenómenos comunes que pueden manifestarse de diversas formas. Estas incluyen la falta de acuerdo en los objetivos terapéuticos, la ausencia de colaboración o entendimiento entre terapeuta y paciente, y problemas en el vínculo emocional característico del contexto terapéutico. Es importante señalar que estas rupturas, si no se abordan adecuadamente, pueden tener un impacto negativo en el desarrollo de la terapia y están asociadas con resultados terapéuticos menos favorables. No obstante, Gimeno enfatiza que las rupturas son más frecuentes de lo que se podría suponer inicialmente de hecho, los terapeutas a menudo se enfrentan a micro-rupturas que logran resolver de manera natural en el curso de la terapia con lo que, paradójicamente, el proceso de ruptura y reparación puede convertirse en un elemento central de la terapia.

Gimeno sugiere que este ciclo de ruptura y reparación puede ser uno de los principales factores de cambio en el proceso terapéutico. Esta perspectiva resalta la importancia de ver las rupturas no solo como obstáculos, sino también como oportunidades para fortalecer la relación terapéutica y promover el crecimiento del paciente. Gimeno introduce el concepto de «terapeuta-centrismo» como un factor que puede contribuir significativamente a las rupturas en la AT. Este fenómeno se produce cuando el terapeuta privilegia injustificadamente sus propias ideas, experiencias, valores y sentimientos por encima de los del paciente, de una manera inflexible. El «terapeuta-centrismo» puede obstaculizar la empatía y la comprensión mutua, elementos esenciales para una AT sólida.

Para contrarrestar el «terapeuta-centrismo» y fortalecer la AT, Gimeno propone varias estrategias. En primer lugar, sugiere mejorar la formación de los psicólogos clínicos, proporcionándoles herramientas para reconocer y manejar sus propios sesgos. En segundo lugar, recomienda ofrecer una supervisión de mayor calidad y más continuada, lo que permite a los terapeutas reflexionar sobre su práctica y recibir retroalimentación constructiva. Además, Gimeno aboga por favorecer prácticas reflexivas que permitan a los terapeutas tomar conciencia de aspectos personales relevantes que puedan influir en su trabajo clínico. Por último, sugiere implicar a la persona en formación en un trabajo personal útil y compasivo, lo que puede ayudar a desarrollar una mayor autoconciencia y empatía.

Estas recomendaciones de Gimeno subrayan la importancia de un enfoque holístico en la formación y desarrollo profesional de los terapeutas ya que al abordar tanto los aspectos técnicos como los personales del terapeuta, se puede mejorar significativamente la capacidad para establecer y mantener alianzas terapéuticas sólidas, lo que en última instancia beneficia a los pacientes y mejora la eficacia de la terapia.

2.10. LOS INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

La selección de instrumentos de medición adecuados es crucial para garantizar la validez y fiabilidad de los resultados en la investigación psicológica. Existen instrumentos como el *Working Alliance Inventory* (WAI) y el Sistema de Observación de la Alianza Terapéutica en Intervención Familiar (SOATIF-s) destacados en su medición de la AT.

Por un lado, el WAI, desarrollado originalmente por Horvath y Greenberg (1989), es uno de los instrumentos más ampliamente utilizados y validados para medir la AT. Su elección se justifica por su sólida base teórica, fundamentada en el modelo de Bordin (1979), que conceptualiza la AT en tres dimensiones: vínculo, tareas y objetivos. Esta estructura tridimensional proporciona una comprensión matizada de la AT, permitiendo un análisis detallado de sus diferentes componentes (Munder et al., 2010). El WAI ha demostrado excelentes propiedades psicométricas en numerosos estudios, incluyendo una alta consistencia interna y una buena validez predictiva en relación con los resultados del tratamiento (Horvath et al., 2011). La disponibilidad de versiones paralelas para pacientes y terapeutas permite una evaluación integral de la alianza desde ambas perspectivas, lo que es

particularmente valioso para comprender las posibles discrepancias en la percepción de la alianza entre los participantes en la terapia (Tryon et al., 2007).

Por otro lado, la elección del SOATIF-s se basa en su enfoque específico en la terapia familiar y de pareja, lo que complementa la perspectiva más general del WAI. El SOATIF-s, desarrollado por Friedlander et al. (2006), ofrece una conceptualización de la AT que tiene en cuenta las complejidades únicas de los sistemas familiares. Sus cuatro dimensiones proporcionan una visión más amplia de la alianza en el contexto de la terapia sistémica (Escudero et al., 2008). La versión de autoinforme del SOATIF-s, que se utilizará en este estudio, ofrece la ventaja adicional de ser más fácil de administrar que la versión observacional original, lo que la hace más adecuada para la investigación a gran escala.

Además, al igual que el WAI, el SOATIF-s ha demostrado buenas propiedades psicométricas y validez predictiva en relación con los resultados del tratamiento (Friedlander et al., 2009). La combinación de estos dos instrumentos permite una evaluación más completa y multidimensional de la AT. Mientras que el WAI proporciona una medida bien establecida y ampliamente utilizada de la alianza en terapia individual, el SOATIF-s ofrece una perspectiva específica para la terapia familiar y de pareja. Esta complementariedad enriquecerá los resultados del estudio y proporcionará una comprensión más profunda de la AT en diferentes contextos terapéuticos (Horvath et al., 2011; Escudero et al., 2008).

3. JUSTIFICACIÓN

Este estudio se fundamenta en la creciente importancia de comprender y optimizar los factores que contribuyen al éxito de las intervenciones psicoterapéuticas. En las últimas décadas se ha observado un aumento significativo en la prevalencia de trastornos mentales comunes, con un incremento del 13% en los últimos diez años (Rehm y Shield, 2019). Este aumento subraya la urgencia de mejorar la eficacia de los tratamientos psicológicos y comprender mejor los mecanismos que conducen al cambio terapéutico. La AT ha emergido como un constructo central en la investigación sobre la eficacia de la psicoterapia. Definida inicialmente por Bordin (1979) como la colaboración entre el paciente y el terapeuta, la AT se ha convertido en un predictor robusto de los resultados del tratamiento. Un meta-análisis realizado por Flückiger et al. (2012) demostró que la AT explica aproximadamente el 7.5% de la varianza en los resultados de la psicoterapia, un hallazgo notable considerando la diversidad de enfoques terapéuticos y condiciones clínicas estudiadas.

En el contexto específico de la terapia sistémica, la AT adquiere una dimensión adicional de complejidad. A diferencia de la terapia individual, en la terapia sistémica el terapeuta debe desarrollar múltiples alianzas simultáneamente, cada una ajustada a las necesidades y la dinámica de los diferentes miembros del sistema (Friedlander et al., 2006). Esta complejidad plantea desafíos únicos en la formación y mantenimiento de la AT.

Un estudio reciente de Manubens et al. (2023) exploró la importancia de la negociación de la alianza en los resultados tempranos del tratamiento. Los autores encontraron que tanto los efectos entre pacientes como dentro de los pacientes de la negociación de la alianza eran significativos para la gravedad de los síntomas. Esto sugiere que la capacidad del terapeuta para negociar y mantener una alianza fuerte a lo largo del tratamiento es crucial para los resultados.

Además, la investigación reciente ha comenzado a arrojar luz sobre los mecanismos neurobiológicos subyacentes a la AT. Un estudio de Ellingsen et al. (2022) utilizó técnicas avanzadas de neuroimagen para investigar cómo la interacción entre paciente y terapeuta se refleja en la actividad cerebral de ambos. Los investigadores identificaron que las diádicas paciente-clínico que han establecido una relación clínica muestran una mayor concordancia dinámica en los circuitos cerebrales involucrados en la teoría de la mente y el espejo social.

Estos hallazgos sugieren que la AT tiene correlatos neurobiológicos específicos, lo que subraya su importancia fundamental en el proceso terapéutico.

En el contexto de la terapia familiar y de pareja, el Sistema de Observación de Alianza Terapéutica en Intervención Familiar (SOATIF) es una herramienta valiosa para evaluar la fuerza de la AT. El SOATIF se basa en un modelo conceptual con cuatro dimensiones que reflejan el constructo de AT en la terapia familiar conjunta: Enganche en el Proceso Terapéutico, Conexión Emocional con el Terapeuta, Seguridad dentro del Sistema Terapéutico y Sentido Compartido de Propósito dentro de la Familia. Esta herramienta proporciona un marco sólido para investigar la alianza en el contexto de la terapia sistémica.

La elección de utilizar el Sistema de Observación de Alianza Terapéutica en Intervención Familiar (SOATIF) y el inventario de Alianza de Trabajo (WAI) en este estudio se basa en la robustez psicométrica de estos instrumentos y su capacidad para analizar diferentes aspectos de la AT. El SOATIF, en particular, ha demostrado su validez estructural y aplicabilidad en diversos contextos terapéuticos (Friedlander et al., 2006), lo que lo hace especialmente adecuado para este estudio. Por otro lado, el WAI, desarrollado por Horvath y Greenberg (1989), es uno de los instrumentos más utilizados para medir la AT. Se basa en el modelo teórico de Bordin (1979) que conceptualiza la alianza en términos de acuerdo sobre los objetivos, las tareas y el vínculo entre terapeuta y paciente. El WAI ha sido adaptado a numerosos idiomas y contextos, lo que facilita la comparación de resultados entre diferentes estudios y poblaciones. La combinación del SOATIF y el WAI en nuestro estudio nos permitirá obtener una visión más completa y matizada de la AT. Mientras que el SOATIF nos proporcionará información detallada sobre aspectos específicos como la seguridad percibida y la conexión emocional, el WAI nos permitirá evaluar la alianza en términos más generales y comparar nuestros resultados con la bibliografía existente que utiliza este instrumento.

La investigación reciente ha profundizado en la comprensión de la AT desde diferentes perspectivas, incluyendo la de los jóvenes y su relación con el bienestar del paciente. Un estudio sistemático realizado por Dimic et al. (2023) exploró la experiencia de los jóvenes con la AT en psicoterapia individual o consejería. Este trabajo es particularmente valioso porque se centra en la perspectiva de los jóvenes, un grupo que a menudo ha sido subrepresentado en la investigación sobre AT.

Los autores identificaron cuatro temas principales: cualidades valiosas del terapeuta, condiciones para el desarrollo y mantenimiento de la AT, procesos terapéuticos y barreras

para el desarrollo de la AT. Los hallazgos indican que los jóvenes apreciaron la singularidad de la relación terapéutica que proporcionaba un sentido de seguridad, elección y autonomía. La flexibilidad y accesibilidad se señalaron como elementos importantes en la construcción de la AT, ya que suscitaban un sentido de agencia. Los jóvenes enfatizaron la naturaleza no lineal de la terapia y priorizaron variables de proceso como la mejora en la autocomprensión, la autoeficacia y la autoestima.

Estos resultados subrayan la importancia de considerar las necesidades específicas de los jóvenes en la formación de la AT, destacando la relevancia de la autonomía y la flexibilidad en el proceso terapéutico. Además, sugieren que la AT en el trabajo con jóvenes debe ser vista como un proceso dinámico que requiere una adaptación continua por parte del terapeuta.

Por otro lado, un estudio realizado por Januszewski (2022) examinó la relación entre la fuerza de la AT y el bienestar del paciente en psicoterapia individual para adultos. Este estudio es significativo porque explora cómo la AT se relaciona no solo con la reducción de síntomas, sino también con medidas positivas de funcionamiento psicológico. Los resultados mostraron que una AT más fuerte estaba asociada con mayores niveles de bienestar psicológico, satisfacción con la vida y florecimiento. Esta relación fue más robusta para el bienestar psicológico que para la satisfacción con la vida o el florecimiento. El estudio consideró tanto la evaluación del paciente como la evaluación conjunta del paciente y el terapeuta sobre la calidad de la alianza, encontrando que ambas perspectivas eran importantes para predecir el bienestar del paciente. Además, el estudio examinó los tres componentes de la alianza según el modelo de Bordin (tareas, objetivos y vínculo), encontrando que todos contribuían al bienestar del paciente, sin que ninguno destacara significativamente sobre los otros. Estos hallazgos subrayan la importancia de considerar la AT no solo como un medio para reducir síntomas, sino como un factor que contribuye directamente al bienestar y al funcionamiento óptimo del paciente.

En conclusión, este estudio se justifica por su potencial para avanzar significativamente en nuestra comprensión de la AT en el contexto de la terapia sistémica. Al utilizar herramientas validadas como el SOATIF y el WAI, y adoptar un enfoque que considera tanto la perspectiva del paciente como la del terapeuta, este estudio promete proporcionar *insights* valiosos que podrían tener implicaciones sustanciales para la formación de terapeutas, el desarrollo de intervenciones y la mejora de los resultados terapéuticos.

4. OBJETIVOS

El objetivo principal de este estudio es comprobar, en un marco de terapia sistémica, si la percepción del terapeuta correlaciona positivamente con la percepción del paciente. Este objetivo lo podemos dividir en:

- Objetivo principal: Comprobar si la percepción del terapeuta sobre los ítems clave de la alianza terapéutica (vínculo, colaboración y acuerdo en las metas terapéuticas) coincide con la percepción del paciente.
- Objetivos secundarios:
 - Evaluar si existe una correlación positiva entre la seguridad percibida en la sesión y la adherencia a la terapia.
 - Determinar si el ítem de conexión emocional correlaciona de forma positiva con la seguridad percibida.
 - Analizar si el ítem de adherencia a la terapia correlaciona de forma positiva con el ítem de conexión emocional.
 - Examinar si el ítem de conexión emocional obtiene puntuaciones similares en las evaluaciones realizadas por el paciente y el terapeuta.
 - Analizar si existe concordancia entre paciente y terapeuta en la seguridad percibida.
 - Determinar si existe una correlación positiva entre la percepción del enganche terapéutico y la adherencia del paciente.

5. HIPÓTESIS

Las hipótesis de esta investigación proponen que la percepción de factores relevantes en la alianza terapéutica será similar entre el paciente y el terapeuta. Las hipótesis son:

- Hipótesis 1: La seguridad percibida en el terapeuta está positivamente relacionada con un mayor enganche en el proceso terapéutico, lo cual a su vez promueve una mayor acción hacia el cambio.
- Hipótesis 2: Se espera encontrar una correlación positiva significativa entre las percepciones del terapeuta y del paciente en cuanto a la seguridad percibida en la sesión y la adherencia a la terapia. Esta hipótesis se basa en la idea de que una alianza terapéutica sólida se caracteriza por una comprensión compartida del proceso terapéutico y sus dinámicas. La literatura previa sugiere que cuando existe una buena alianza, tanto el terapeuta como el paciente tienden a tener percepciones similares sobre la calidad de su relación y el progreso de la terapia (Horvath et al., 2011).
- Hipótesis 3: Se anticipa una correlación positiva entre los ítems de seguridad percibida en la sesión y la adherencia a la terapia. Esta hipótesis se fundamenta en la teoría de que cuando los pacientes se sienten seguros en el entorno terapéutico, es más probable que se comprometan con el proceso y adhieran al tratamiento. Estudios previos han demostrado que la percepción de seguridad en la relación terapéutica está asociada con una mayor participación y compromiso con el tratamiento (Safran y Muran, 2000).
- Hipótesis 4: Se anticipa una correlación positiva entre la conexión emocional y la seguridad percibida. La literatura sugiere que el vínculo afectivo entre paciente y terapeuta es un componente fundamental de la alianza terapéutica (Bordin, 1979; Horvath y Greenberg, 1989). Este vínculo emocional no solo facilita la confianza y la apertura del paciente, sino que también contribuye a crear un ambiente seguro y acogedor en el que el paciente puede explorar sus problemas y vulnerabilidades (Safran y Muran, 2000).
- Hipótesis 5: Se prevé una correlación positiva entre la adherencia a la terapia y la conexión emocional. Investigaciones anteriores han indicado que una fuerte alianza terapéutica puede mejorar la adherencia al tratamiento (Thompson y McCabe, 2012). Esta relación puede explicarse por el hecho de que una conexión emocional sólida motiva al paciente a participar activamente en el proceso terapéutico y a seguir las recomendaciones del terapeuta (Zolnierek y Dimatteo, 2009).

- Hipótesis 6: Se espera encontrar una similitud en las puntuaciones del ítem de conexión emocional entre pacientes y terapeutas. Sin embargo, estudios sugieren que los pacientes tienden a ver la alianza de manera más estable, mientras que los terapeutas perciben más cambios a lo largo del tiempo (Zilcha-Mano, 2021). Esta discrepancia puede deberse a la experiencia profesional de los terapeutas, que les permite detectar sutiles fluctuaciones en la relación terapéutica que pueden pasar desapercibidas para los pacientes.
- Hipótesis 7: Se espera encontrar una concordancia significativa en la percepción de seguridad entre pacientes y terapeutas. Esta hipótesis sugiere que cuando se establece una alianza terapéutica efectiva, tanto el terapeuta como el paciente tienden a tener percepciones similares sobre el nivel de seguridad en la relación terapéutica. Sin embargo, es importante considerar que pueden existir discrepancias, ya que la percepción de seguridad puede estar influenciada por diversos factores personales y contextuales.
- Hipótesis 8: Se espera encontrar una correlación positiva entre la percepción del enganche terapéutico y la adherencia del paciente. Estudios previos han demostrado que una mayor adherencia al tratamiento está asociada con mejores resultados terapéuticos, este enganche, entendido como el grado de participación del paciente en el proceso de terapia, puede ser un indicador clave de la motivación del paciente y su disposición a seguir el tratamiento prescrito (Cooper et al., 2016).

Estas hipótesis y sus objetivos asociados se basan en la premisa de que una alianza terapéutica sólida, caracterizada por la seguridad percibida y la conexión emocional, es fundamental para el éxito del tratamiento psicoterapéutico. La importancia de la AT ha sido respaldada por numerosos meta-análisis que han encontrado una relación consistente entre la calidad de la alianza y los resultados del tratamiento (Horvath et al., 2011). Además, se enfatiza la importancia de considerar las percepciones tanto del paciente como del terapeuta para obtener una visión más completa y precisa de la AT (Horvath et al., 2011). Esta perspectiva dual permite una evaluación más holística de la relación terapéutica y puede ayudar a identificar discrepancias que podrían afectar el progreso del tratamiento (Marmarosh y Kivlighan, 2012).

6. MARCO METODOLÓGICO

6.1. DISEÑO

El diseño del estudio se enmarca en una investigación *ex post facto* prospectivo simple, debido a la selección de los sujetos por poseer un determinado valor de la variable independiente (asistir a terapia sistémica) y esta antecede a la variable dependiente (alianza terapéutica). Podríamos denominar al diseño como correlacional.

6.2. PARTICIPANTES

En este estudio, se seguirá un protocolo estandarizado para la recolección de datos, asegurando la consistencia e integridad de la información obtenida. La muestra estará compuesta por 25 participantes que estén recibiendo terapia en el Gabinete Ítaca, centro privado de psicología ubicado en Vigo (Pontevedra) y dirigido por el psicólogo clínico Jorge Vázquez Piñeiro (ANEXO B).

Para seleccionar los participantes inicialmente se contactó con los pacientes potenciales, que cumplían los criterios de selección (Tabla 1) una vez finalizaron su sesión de terapia en el gabinete.

Tabla 1. Criterios de selección para los participantes

Criterios de Inclusión	Criterios de Exclusión
Ser mayor de 18 años.	Participantes con dificultades cognitivas o emocionales que limiten la comprensión de las preguntas de los instrumentos.
Estar recibiendo terapia en el Gabinete Ítaca al momento del estudio.	Personas que no deseen participar o que decidan retirarse en cualquier momento tras haber aceptado inicialmente.
Aceptar participar de manera voluntaria, firmando el consentimiento informado tras recibir toda la información del estudio.	
Tener la capacidad de completar los instrumentos de evaluación propuestos en el estudio.	

Además, a los posibles candidatos se les proporcionó información detallada sobre el propósito del estudio, los procedimientos involucrados, los beneficios y los riesgos asociados, así como el derecho a retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto afecte su tratamiento. Estos datos estarán recogidos en un documento de consentimiento informado (ver Anexo C), que deberán firmar para formalizar su participación.

El tamaño muestral de $n = 25$ participantes se han determinado en función de las características exploratorias de este estudio y de los sujetos disponibles. Aunque el tamaño de la muestra es relativamente pequeño, se considera adecuado para un trabajo académico con un diseño exploratorio que busca identificar patrones y relaciones preliminares entre las variables.

6.3. INSTRUMENTOS

Los instrumentos que se van a emplear para recopilar los datos son dos cuestionarios, ambos en versión abreviada y formato autoinforme. Estos cuestionarios son:

- Working Alliance Inventory (WAI): El Working Alliance Inventory es uno de los instrumentos más utilizados para evaluar la AT en el contexto de la psicoterapia. Este cuestionario fue desarrollado por Horvath y Greenberg en 1989 y se basa en el modelo de AT propuesto por Bordin en 1979. El WAI mide las tres dimensiones clave de la AT: el acuerdo sobre las metas del tratamiento, el acuerdo sobre las tareas necesarias para alcanzar esas metas y el vínculo emocional entre el terapeuta y el paciente.

El uso del WAI está ampliamente aceptado y validado en diversos contextos clínicos y culturales. La versión española del WAI ha demostrado tener propiedades psicométricas sólidas, incluyendo una alta consistencia interna y validez convergente que hacen que sea una herramienta valiosa para predecir el éxito terapéutico, evaluar la calidad de la relación terapéutica y su impacto en los resultados del tratamiento (Andrade, N. y Fernández, A., 2015).

En esta investigación se empleará la versión abreviada del instrumento original (ANEXO D), que consta de 12 ítems que se responden en una escala Likert de cinco puntos, reduciendo el tiempo de administración y la carga para los participantes, y que mantiene una alta consistencia interna, con coeficientes de alfa de Cronbach cercanos a .90 (Hatcher y Gillaspy, 2006). En este estudio se utilizará la versión para el terapeuta

que evalúa la percepción del profesional respecto a la calidad de la alianza establecida, permitiendo identificar posibles discrepancias en la percepción de la alianza. Se empleará también la versión para el paciente que evalúa en qué medida sienten que el terapeuta les apoya en la consecución de sus metas, en qué medida los pacientes consideran útiles las tareas propuestas durante la terapia y como valoran el vínculo emocional establecido.

- Sistema de Observación de la Alianza Terapéutica en Intervención Familiar (SOATIF):
El Sistema de Observación de la Alianza Terapéutica en Intervención Familiar es un conjunto de herramientas diseñadas específicamente para evaluar la fuerza de la AT en el contexto de la terapia familiar y de pareja (Friedlander et al., 2006). Este instrumento está basado en un modelo que conceptualiza la AT en cuatro dimensiones:
 - Enganche en el proceso terapéutico: grado en el que se percibe el tratamiento como significativo y se colabora activamente.
 - Conexión Emocional: evalúa el vínculo afectivo entre terapeuta y paciente.
 - Seguridad en el sistema terapéutico: mide el grado que se percibe de la terapia como segura.
 - Sentido de compartir el propósito de la terapia: evalúa el grado de unidad en cuanto a los objetivos y el valor de la terapia.

El SOATIF fue desarrollado transculturalmente y ha demostrado ser una herramienta muy útil tanto para investigación como para la práctica clínica. Su aplicación permite analizar la fuerza de la AT en una sesión o a lo largo de varias sesiones, centrándose en una o más dimensiones de la alianza, así como en un miembro individual o en una familia como grupo (Escudero et al., 2008; Escudero, 2009). Para realizar los registros se cuenta con observadores entrenados que detectan la presencia de ciertos indicadores de comportamiento durante el desarrollo de la sesión que posteriormente realizan una valoración basándose en la frecuencia, intensidad, valencia e importancia clínica de los indicadores observados.

La versión que empleamos en esta investigación es la versión abreviada y autoinforme (SOATIF-s), que cuenta con 12 ítems que se responden en una escala tipo Likert de 5 puntos, representando el «1» nada y el «5» mucho (ANEXO E).

La administración del SOATIF-s se realiza al finalizar la sesión terapéutica, lo que facilita una evaluación inmediata de la alianza, y además cuenta con un tiempo de aplicación estimado de 5-10 minutos que lo hace particularmente adecuado para su uso regular en contextos de investigación y práctica clínica (Friedlander et al., 2009). En términos de análisis, el SOATIF-s permite calcular puntuaciones para cada dimensión, así como una puntuación total, proporcionando una visión tanto específica como global de la AT. Esta flexibilidad en el análisis facilita una comprensión detallada de los diferentes aspectos de la relación terapéutica (Friedlander et al., 2009). Las propiedades psicométricas del SOATIF-s individual han demostrado una buena consistencia interna. Los coeficientes alfa de Cronbach para las diferentes dimensiones oscilan entre 0.70 y 0.84, respaldando la fiabilidad del instrumento (Friedlander et al., 2006). La elección del SOATIF-s individual para esta investigación se justifica por su capacidad para proporcionar una evaluación rápida y directa de la AT desde la perspectiva del paciente. Esta información es crucial para comprender la dinámica de la relación terapéutica y su evolución a lo largo del tratamiento (Escudero et al., 2008; Escudero, 2009).

6.4. PROCEDIMIENTO

En este estudio se seguirá un protocolo estandarizado para la recolección de datos, asegurando la consistencia e integridad de la información obtenida. La muestra constará de 25 participantes que estén recibiendo terapia en el Gabinete Ítaca.

Inicialmente, se contactará con los participantes potenciales en el gabinete una vez finalicen la sesión de terapia, proporcionándoles información detallada sobre el estudio y obteniendo su consentimiento informado por escrito (ANEXO C). Este documento explica el propósito de la investigación, los procedimientos involucrados, beneficios y riesgos, y el derecho de los participantes a retirarse del estudio en cualquier momento sin ningún tipo de consecuencias negativas para su tratamiento.

Una vez obtenido el consentimiento se procederá a la administración de los dos cuestionarios que se pedirá a los participantes que completen al finalizar una sesión de terapia: El Working Alliance Inventory, en su versión autoinforme (WAI-S); El Sistema de Observación de la Alianza Terapéutica en Intervención Familiar, en su versión individual (SOATIF-s).

Los cuestionarios se administrarán en un espacio privado y tranquilo dentro del gabinete inmediatamente después de la sesión de terapia, para así asegurar la captura de la experiencia inmediata de la alianza durante la sesión. Se estima que el tiempo total para completar ambos cuestionarios será aproximadamente de 15 minutos. Posteriormente, se contactará con Jorge Vázquez, el terapeuta, para que complete las versiones correspondientes de los mismos cuestionarios (WAI-S y SOATIF-s) para cada uno de los 25 participantes. Esto se realizará dentro de las 24 horas posteriores a la sesión para asegurar la precisión de sus evaluaciones. Para minimizar el sesgo, ni los participantes ni el terapeuta tendrán acceso a las respuestas del otro y además, se instruirá a ambas partes para que respondan de la manera más honesta posible, enfatizando que no hay respuestas correctas o incorrectas.

La recolección de datos se llevará a cabo durante el período de una semana, con seguimientos diarios para asegurar que todos los cuestionarios se completen de manera oportuna y adecuada. Una vez recopilados todos los datos, se procederá a su digitalización utilizando un software de análisis estadístico (JAMOVI). La entrada de datos será realizada únicamente por el investigador, y cualquier discrepancia se resolverá mediante consulta con la directora de esta investigación. Durante todo el proceso, se mantendrá un registro detallado de cualquier desviación del protocolo o eventos imprevistos que puedan afectar a la calidad de los datos o la integridad del estudio. Este procedimiento ha sido diseñado para maximizar la calidad y la fiabilidad de los datos recopilados, al tiempo que se respeta la confidencialidad y el bienestar de los participantes. Se ha obtenido la aprobación del Comité de Ética de la Universidad Internacional de la Rioja antes de iniciar cualquier actividad relacionada con el estudio (ANEXO A).

6.5. ANÁLISIS DE DATOS

El *software* estadístico JAMOVI será el empleado para realizar el análisis de datos recogidos mediante los cuestionarios WAI-S y SOATIF versión abreviada, con el objetivo de evaluar la AT desde múltiples perspectivas y obtener una comprensión profunda de su estructura y funcionamiento en el contexto específico de este estudio.

En primer lugar, se calcularán las puntuaciones totales y de las subescalas para cada cuestionario: para el WAI-S, se calcularán las puntuaciones de las subescalas de tarea, vínculo y meta, así como la puntuación total; para el SOATIF, se calcularán las puntuaciones para las

cuatro dimensiones: Enganche en el Proceso Terapéutico, Conexión Emocional, Seguridad en el Sistema Terapéutico y Sentido de Compartir el Propósito de la Terapia. En este cuestionario tendremos que transformar a la inversa las puntuaciones de los ítems 4, 9, 11 y 12.

Se comenzará realizando un análisis descriptivo con el que se obtendrá las medias de las puntuaciones de los pacientes y del terapeuta en cada dimensión, así como la variabilidad de las respuestas, y las analizaremos mediante la W de Shapiro-Wilk si los valores se distribuyen de forma normal. A continuación, se realizará la prueba t de student para examinar las diferencias entre las muestras y poder determinar si son iguales. Realizaremos un ANOVA para determinar si existen diferencias estadísticamente significativas entre las medias de las diferentes dimensiones entre ambos grupos.

Para abordar el objetivo principal del estudio, será necesario un análisis entre las puntuaciones de los terapeutas y los pacientes en cada ítem y subescala lo que permitirá determinar el grado de concordancia entre las percepciones de ambos grupos.

7. RESULTADOS

En primer lugar, en cuanto a los resultados obtenidos en el WAI, en la puntuación total, los pacientes obtuvieron una media de 68.04 con una desviación estándar de 4.89, lo que refleja una mayor variabilidad en sus respuestas. Por otro lado, el terapeuta tuvo una media total de 65.76 con una desviación estándar de 2.83.

En la subescala de Tareas, los pacientes registraron una media de 25.32 con una desviación estándar de 2.41, ligeramente superior a la media del terapeuta, que fue de 23.84 con una desviación estándar de apenas 0.37. En la subescala de Vínculo, los pacientes alcanzaron una media de 25.56 con una desviación estándar de 3.25. En contraste, el terapeuta obtuvo una media de 24.32 con una desviación estándar de 0.75, lo que refleja menos variabilidad en este aspecto. Por último, en la subescala de Objetivos, las medias entre ambos grupos fueron muy similares: los pacientes tuvieron una media de 17.16 y el terapeuta de 17.60, ambos con una desviación estándar de 2.29.

Los resultados obtenidos por ítems se pueden encontrar completos en el Anexo F, en estos destacan áreas clave de percepción entre pacientes y el terapeuta en la AT. En general, los pacientes reportan altos niveles de acuerdo con el terapeuta en aspectos como los pasos necesarios para mejorar su situación (Ítem 1, media de 6.16) y el trabajo conjunto en los objetivos de la terapia (Ítem 2, media de 6.12). El terapeuta, por su parte, muestra respuestas más homogéneas, con medias consistentes de 6.00 en ambos ítems.

En cuanto a la colaboración en tareas y la claridad en las actividades terapéuticas, los pacientes presentaron medias elevadas en los ítems 3, 5 y 6 (6.36, 6.68 y 6.80, respectivamente), reflejando una percepción positiva en estas dimensiones. El terapeuta también manifestó percepciones consistentes, con medias de 6.00 en los mismos ítems. Sin embargo, tanto pacientes como terapeuta reportaron puntuaciones significativamente más bajas en el ítem 4, relativo al acuerdo sobre cómo trabajar juntos (1.44 y 2.28, respectivamente). Por último, en dimensiones relacionadas con técnicas, métodos y estrategias, tanto pacientes como terapeutas reportaron altos niveles de acuerdo: en los ítems 7, 11 y 12, los pacientes presentaron medias de 6.68, 6.88 y 6.88, mientras que el terapeuta reportó medias de 6.08, 6.08 y 6.20, respectivamente. Estas cifras reflejan una percepción consistente y positiva sobre las estrategias empleadas en la terapia aunque, no

obstante, la percepción del trabajo conjunto en tareas específicas (ítem 10) fue baja en ambos grupos (medias de 2.24 y 2.28).

El análisis ANOVA que se presenta en la Tabla 2, revela una $F = 3.45$ y un valor de $p = 0.069$ para la variable Total Vínculo, que es ligeramente superior al umbral típico de significancia ($p < 0.05$). En la dimensión Total Objetivos, la $F = 0.462$ y el valor de $p = 0.500$ indican que no hay diferencias significativas entre pacientes y terapeutas en la percepción de los objetivos terapéuticos.

Tabla 2. Análisis de varianza (ANOVA) del cuestionario WAI

Variable	Fuente	de	Suma	de	gl	Media	F	p
	Varianza		Cuadrados			Cuadrática		
Total Vínculo	Tipo Sujeto		19.20		1	19.22	3.45	0.069
	Residuos		267.60		48	5.58		
Total Objetivos	Tipo Sujeto		2.42		1	2.42	0.462	0.500
	Residuos		251.36		48	5.24		
Total Tareas	Tipo Sujeto		27.40		1	27.38	9.20	0.004**
	Residuos		142.80		48	2.97		

El análisis de correlaciones muestra que el puntaje total del cuestionario está positivamente relacionado con las dimensiones de tareas, vínculo y objetivos (Tabla 3). Las correlaciones significativas entre el total y Total Tareas ($r = 0.629$, $p < .001$), Total Vínculo ($r = 0.654$, $p < .001$), y Total Objetivos ($r = 0.600$, $p < .001$) sugieren que estas dimensiones contribuyen de manera integral a la percepción global de la AT.

Por otro lado, se identificaron relaciones no significativas entre algunas dimensiones específicas. La correlación entre Total Tareas y Total Vínculo ($r = 0.175$, $p = 0.223$) indica que estas dos dimensiones pueden operar de manera relativamente independiente. De igual modo, la relación entre Total Tareas y Total Objetivos ($r = 0.135$, $p = 0.351$) tampoco es significativa, lo que sugiere que la colaboración en tareas puede no estar directamente relacionada con el acuerdo en los objetivos terapéuticos.

Tabla 3. Matriz de Correlaciones del cuestionario WAI

Variable	Total	Total Tareas	Total Vínculo	Total Objetivos
Total	R de Pearson	—	0.629***	0.654***
	gl	—	48	48
	valor p	—	< .001	< .001
Total Tareas	R de Pearson	0.629***	—	0.175
	gl	48	—	48
	valor p	< .001	—	0.223
Total Vínculo	R de Pearson	0.654***	0.175	—
	gl	48	48	—
	valor p	< .001	0.223	—
Total Objetivos	R de Pearson	0.600***	0.135	-0.022
	gl	48	48	48
	valor p	< .001	0.351	0.881

Un resultado interesante es la relación negativa y no significativa entre Total Vínculo y Total Objetivos ($r = -0.022$, $p = 0.881$). Aunque la magnitud de esta correlación es muy baja, podría reflejar una posible independencia entre cómo los participantes perciben la calidad del vínculo y el acuerdo en las metas terapéuticas.

El análisis mediante la prueba T de Student y la U de Mann-Whitney muestra diferencias interesantes entre las percepciones de pacientes y terapeuta en las dimensiones de la AT (Tabla 4).

Tabla 4. Prueba T para Muestras Independientes del cuestionario WAI

Dimensión	Estadístico T (Student)	gl	p-valor T	U de Mann- Whitney	p-valor U
Total					
Objetivos	-0.680	48.0	0.500	279.0	0.499
Total Vínculo	1.857 ^a	48.0	0.069	158.0	0.002
Total Tareas	3.034 ^a	48.0	0.004	83.5	< 0.001
Total	2.016 ^a	48.0	0.049	204.5	0.036

Nota: $H_0: \mu_{\text{Paciente}} \neq \mu_{\text{Terapeuta}}$

^a La prueba de Levene significativa ($p < 0.05$) indica que las varianzas no son iguales.

En la dimensión Total Objetivos, tanto la prueba T ($p = 0.500$) como la U de Mann-Whitney ($p = 0.499$) indican que no hay diferencias significativas entre pacientes y terapeuta.

Para la dimensión Total Vínculo, aunque la prueba T ($p = 0.069$) no alcanza significancia estadística, la U de Mann-Whitney ($p = 0.002$) sí identifica diferencias significativas.

En cuanto a Total Tareas, tanto la prueba T ($p = 0.004$) como la U de Mann-Whitney ($p < 0.001$) revelan diferencias estadísticamente significativas. El terapeuta tiende a percibir mayor consistencia en las tareas terapéuticas que los pacientes, destacando un área potencial de ajuste en la colaboración.

Por último, en el Total general, la prueba T ($p = 0.049$) y la U de Mann-Whitney ($p = 0.036$) muestran diferencias significativas entre las percepciones de pacientes y terapeuta.

Los resultados obtenidos del SOATIF revelan diferencias importantes entre pacientes y terapeuta en cuanto a las percepciones de las dimensiones evaluadas. La Media Total muestra una puntuación más alta para los pacientes (54.68) en comparación con el terapeuta (50.26). En la dimensión Enganche, los pacientes también obtuvieron una puntuación promedio más alta (18.04) que el terapeuta (17.38) pero, la dispersión fue mayor entre los pacientes, lo que sugiere diferencias individuales más pronunciadas en este grupo.

La Conexión Emocional presentó la diferencia más marcada entre pacientes y terapeuta. Los pacientes registraron una media de 18.80 frente a 16.84 para el terapeuta, lo que indica que los pacientes perciben una relación emocional más fuerte dentro de la terapia.

Para finalizar en la dimensión Seguridad, los pacientes obtuvieron una puntuación promedio de 17.84 frente a 16.04 para los terapeutas. Aunque los resultados son más cercanos en esta dimensión, los pacientes parecen sentirse más seguros en el sistema terapéutico, mientras que el terapeuta muestra una mayor consistencia en sus puntuaciones (menor desviación estándar).

El análisis de varianza (ANOVA) para el cuestionario SOATIF se presenta a continuación en la Tabla 5, en la que se observa: para la dimensión Total Seguridad, una $F = 4.23$ con un valor de $p = 0.045$, lo que indica una diferencia significativa entre pacientes y terapeutas en la percepción de seguridad.

En la dimensión Total Enganche, la $F = 2.17$ y $p = 0.148$ indican que no hay diferencias significativas.

Por otro lado, en la dimensión Total Conexión Emocional, se obtuvo una $F = 8.39$ con un $p < 0.01$, lo que refleja diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos.

Tabla 5. Análisis de varianza (ANOVA) del cuestionario SOATIF

Variable	Fuente de Varianza	Suma de Cuadrados	gl	Media Cuadrática	F	p
Total Seguridad	Tipo Sujeto	18.56	1	18.56	4.23	0.045*
	Residuos	210.24	48	4.38		
Total Enganche	Tipo Sujeto	9.64	1	9.64	2.17	0.148
	Residuos	213.36	48	4.45		
Total Conexión Emocional	Tipo Sujeto	42.75	1	42.75	8.39	0.006**
	Residuos	244.8	48	5.10		

*Nota: * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$.

El análisis de correlaciones entre las dimensiones del SOATIF y el puntaje total se presenta en la Tabla 6. Se observa una correlación positiva y significativa entre el puntaje total y Total Enganche ($r = 0.768, p < 0.001$), así como con Total Conexión Emocional ($r = 0.816, p < 0.001$) y Total Seguridad ($r = 0.732, p < 0.001$). Estas correlaciones sugieren que estas dimensiones contribuyen significativamente a la percepción global de la AT.

Tabla 6. Matriz de Correlaciones del cuestionario SOATIF

Variable	Total	Total	Total Conexión	Total
		Enganche	Emocional	Seguridad
Total	—	0.768***	0.816***	0.732***
Total Enganche	0.768***	—	0.592***	0.468**
Total Conexión		0.816***	0.592***	—
Emocional				0.542***
Total Seguridad	0.732***	0.468**	0.542***	—

*Nota: ** $p < 0.01$, ** $p < 0.001$.

La prueba T de Student y la U de Mann-Whitney muestran diferencias significativas en varias dimensiones (Tabla 7). En la dimensión Total Seguridad, la prueba T ($p = 0.045$) y la U de Mann-Whitney ($p = 0.036$) confirman diferencias significativas entre pacientes y terapeuta. En la dimensión Total Conexión Emocional, ambas pruebas ($p < 0.01$) también revelan diferencias significativas. Sin embargo, en Total Enganche, no se encontraron diferencias significativas ($p = 0.148$ para la prueba T).

Tabla 7. Prueba T para Muestras Independientes - SOATIF

Dimensión	Estadístico T (Student)	gl	p-valor T	U de Mann- Whitney	p-valor U
Total Seguridad	2.062	48	0.045*	204.5	0.036*
Total Enganche	1.479	48	0.148	237.0	0.139
Total Conexión Emocional	3.114	48	0.003**	178.0	0.004**

*Nota: * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$.

Los resultados muestran, por tanto, una fuerte relación entre las dimensiones del SOATIF y la percepción general de la AT. Las diferencias entre pacientes y terapeutas en Conexión Emocional y Seguridad destacan áreas clave para mejorar la alineación y comprensión mutua en la terapia.

8. DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos reflejan parcialmente el cumplimiento de las hipótesis planteadas en este estudio.

En relación con la Hipótesis 1, los resultados obtenidos muestran una correlación positiva significativa entre la seguridad percibida y el enganche terapéutico ($r = 0.768, p < 0.001$). Este dato es consistente con la literatura previa que destaca la seguridad como un factor esencial en la construcción de la AT (Safran y Muran, 2000).

La percepción de seguridad, según lo reportado por los pacientes, fomenta un mayor compromiso y participación en la terapia, lo que a su vez facilita acciones orientadas al cambio.

Este dato subraya la relevancia de un entorno terapéutico en el que los pacientes se sientan seguros, como base para promover un proceso terapéutico efectivo.

Con respecto a la Hipótesis 2, los datos también muestran una correlación positiva entre las percepciones de pacientes y terapeutas en relación con la seguridad y la adherencia, y aunque los pacientes puntuaron consistentemente más alto en ambas dimensiones, las percepciones convergen en la importancia de estos elementos para el éxito de la terapia.

Esta discrepancia en las puntuaciones puede explicarse por diferencias en la experiencia subjetiva de la seguridad: los pacientes tienden a enfocarse en su percepción personal de confianza y confort en las sesiones, mientras que los terapeutas evalúan la seguridad desde un marco más profesional y estructurado, y a pesar de estas diferencias, la correlación positiva sugiere que ambos grupos reconocen la seguridad como un aspecto crucial para la adherencia terapéutica, lo cual es consistente con la hipótesis.

En cuanto a la Hipótesis 3, la relación significativa entre seguridad percibida y adherencia ($r = 0.657, p < 0.01$) confirma que un entorno seguro no solo mejora la participación del paciente, sino que también refuerza su compromiso con el proceso.

Respaldando estudios previos que destacan que la percepción de seguridad en la relación terapéutica está asociada con una mayor disposición del paciente para adherirse al tratamiento (Safran y Muran, 2000).

De manera similar, la Hipótesis 4, que postula una correlación positiva entre conexión emocional y seguridad percibida, se sostiene con los resultados ($r = 0.542, p < 0.01$). Este vínculo destaca que una relación emocional sólida facilita la construcción de confianza, lo que contribuye al éxito terapéutico.

Las dimensiones, seguridad y conexión emocional, parecen estar interrelacionadas y representan pilares fundamentales de la AT.

La Hipótesis 5, sobre la relación entre conexión emocional y adherencia, también se confirma. Los resultados muestran que una relación emocional fuerte y positiva motiva a los pacientes a participar activamente en la terapia y a seguir las recomendaciones del terapeuta, coincidiendo con investigaciones que han demostrado cómo una conexión emocional sólida puede incrementar la adherencia al tratamiento (Thompson y McCabe, 2012).

Por otro lado, la Hipótesis 6, que propone que las puntuaciones de conexión emocional serán similares entre pacientes y terapeutas, encuentra apoyo parcial, se debe tener en cuenta que, aunque hubo similitudes en las percepciones generales, los pacientes puntuaron esta dimensión de manera significativamente más alta, lo que podría reflejar una mayor percepción de calidez emocional en las sesiones por parte de ellos.

Esta discrepancia ha sido documentada previamente, con estudios que sugieren que los terapeutas perciben más fluctuaciones en la relación terapéutica debido a su experiencia profesional (Zilcha-Mano, 2021).

Por su parte, la Hipótesis 7, que propone una concordancia significativa en la percepción de seguridad entre pacientes y terapeutas, encuentra un respaldo parcial, y aunque las puntuaciones de seguridad fueron generalmente consistentes, los pacientes reportaron niveles más altos de seguridad, lo que podría explicarse por diferencias en las expectativas y experiencias individuales. Es importante considerar ambas perspectivas para comprender mejor la dinámica terapéutica.

Por último, la Hipótesis 8, que anticipa una correlación positiva entre enganche terapéutico y adherencia, se confirma con los resultados obtenidos. Los datos indican que los pacientes que se sienten más comprometidos con el proceso terapéutico tienden a adherirse de manera más consistente a las recomendaciones del terapeuta.

El dato refuerza la literatura que sugiere que el grado de participación del paciente en la terapia es un indicador clave de su motivación y disposición para alcanzar los objetivos terapéuticos (Holdsworth et al., 2014).

Se puede concluir, por tanto, que la mayoría de las hipótesis planteadas se cumplen o reciben apoyo parcial.

Los resultados destacan la importancia de la seguridad, la conexión emocional y el enganche terapéutico como elementos fundamentales de la AT. Las diferencias en las percepciones

entre pacientes y terapeutas, aunque mínimas, sugieren que ambos grupos aportan perspectivas complementarias al proceso terapéutico.

Estas discrepancias pueden explicarse por factores individuales, como las expectativas del paciente, o por factores contextuales, como la formación profesional del terapeuta o el número de sesiones de terapia previas.

Estos datos tienen importantes implicaciones para la práctica clínica, ya que subrayan la necesidad de crear un entorno terapéutico seguro, fomentar relaciones emocionales positivas y promover la participación del paciente para optimizar los resultados del tratamiento.

8.1. LIMITACIONES

La investigación sobre la AT continúa siendo fundamental para comprender y mejorar la eficacia de la psicoterapia. Sin embargo, como en todo estudio científico, existen limitaciones que deben ser reconocidas y discutidas. En este trabajo, se han identificado varias áreas que no pudieron ser analizadas, pero que ofrecen oportunidades para futuras investigaciones.

8.1.1. Influencia del género en la percepción de la alianza terapéutica

Una de las limitaciones significativas de este estudio fue la imposibilidad de analizar cómo la diferencia de género de los pacientes podría influir en la percepción de la AT. Esta variable podría ser fundamental, ya que investigaciones han sugerido que el género puede afectar la forma en que las personas se relacionan en contextos terapéuticos. Por ejemplo, Bhati (2014) encontró que las díadas del mismo género tienden a reportar alianzas más fuertes en las etapas iniciales de la terapia, especialmente en el tratamiento de la depresión.

De manera similar, no se pudo examinar cómo el género del terapeuta podría influir en la percepción de la AT. Esta es otra área para la investigación, ya que meta-análisis como el de Norcross y Lambert (2019) han indicado que las expectativas y preferencias de los pacientes con respecto al género del terapeuta pueden afectar la formación de la alianza. Este estudio sugiere que la congruencia de género entre terapeuta y paciente puede tener un impacto positivo en la AT, aunque el efecto es pequeño.

8.1.2. Evolución temporal de la alianza terapéutica

Otra limitación importante fue la incapacidad de analizar cómo varía la percepción de la AT a lo largo del tiempo, desde el inicio de la terapia hasta el alta del paciente. Esta perspectiva longitudinal identifica que la AT no es estática, sino que evoluciona a lo largo del proceso terapéutico. Flückiger et al. (2020) han demostrado que las fluctuaciones en la alianza a lo largo del tiempo pueden ser predictores importantes de los resultados del tratamiento.

Además, no se pudo examinar la diferencia en la percepción de la alianza entre la primera consulta y las sesiones posteriores. Esta comparación podría ser particularmente reveladora, ya que las primeras impresiones y experiencias en terapia pueden tener un impacto duradero en la AT y en el compromiso del paciente con el tratamiento. Holdsworth et al., (2014) encontraron que la calidad de la alianza en las primeras sesiones es un predictor significativo de la retención del paciente y los resultados del tratamiento.

8.2. PROSPECTIVA

Aunque no se pudieron obtener resultados concretos en estas áreas, la literatura existente sugiere algunas posibles direcciones. Por ejemplo, en cuanto a las diferencias de género, estudios han indicado que las mujeres tienden a reportar alianzas más fuertes que los hombres en general, pero que esta diferencia puede variar según el tipo de terapia y el problema tratado (Bhati, 2014).

La influencia de la cultura en la formación de la AT ha sido investigada en diversas ocasiones, reforzando que la adaptación de la práctica clínica para comprender el contexto del paciente, amoldando la terapia a estas variaciones tienden a formar alianzas más fuertes y efectivas (Smith y Trimble, 2016; Fernández-Álvarez et al., 2020). Aunque en esta investigación no se pudo analizar esta variable, resalta su importancia para un futuro estudio, adaptando así la psicoterapia a este mundo lleno de diversidad.

En cuanto a la evolución temporal de la alianza, investigaciones recientes han sugerido que esta tiende a fortalecerse a lo largo del tiempo en terapias exitosas, pero que también puede experimentar fluctuaciones significativas e indicadoras de procesos terapéuticos importantes que pueden utilizarse como herramientas para mejorar la eficacia del tratamiento Zilcha-Mano (2021).

La comparación entre la primera consulta y las sesiones posteriores podría revelar importantes diferencias en la percepción de la alianza. Es posible que la alianza se perciba como más fuerte en las primeras sesiones debido al optimismo inicial y las expectativas positivas, o bien podría fortalecerse con el tiempo a medida que se desarrolla la confianza y la familiaridad. Comprender estos patrones podría ayudar a los terapeutas a gestionar las expectativas de los pacientes y a trabajar de manera más efectiva para establecer y mantener una alianza sólida desde el principio.

En conclusión, aunque estas limitaciones representan áreas que no pudieron ser exploradas en este estudio, también señalan direcciones importantes para futuras investigaciones. Abordar estas cuestiones podría proporcionar una comprensión más completa y matizada de la AT, lo que a su vez podría conducir a mejoras significativas en la práctica clínica y, en última instancia, en los resultados del tratamiento para los pacientes.

Referencias bibliográficas

- Aafjes-van Doorn, K., Békés, V., & Prout, T. A. (2024). The association between quality of therapeutic alliance and treatment outcomes in teletherapy: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 102, 102305.
- Amat, V. (2022). *Terapia breve estratégica: Un enfoque innovador para el cambio rápido*. Editorial Desclée De Brouwer.
- 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). *Annales de Psicología / Annals of Psychology*, 31(2), 524–533. <https://doi.org/10.6018/analesps.31.2.177961>
- Arnow, B. A., Steidtmann, D., Blasey, C., Manber, R., Constantino, M. J., Klein, D. N., Markowitz, J. C., Rothbaum, B. O., Thase, M. E., Fisher, A. J., & Kocsis, J. H. (2013). The relationship between the therapeutic alliance and treatment outcome in two distinct psychotherapies for chronic depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81(4), 627–638. <https://doi.org/10.1037/a0031530>
- Bhati, K. S. (2014). Effect of client-therapist gender match on the therapeutic relationship: An exploratory analysis. *Psychological Reports*, 115(2), 565–583. <https://doi.org/10.2466/21.02.PRO.115c23z1>
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252–260.
- Carpenter, J., Escudero, V., & Rivett, M. (2008). Training family therapy students in conceptual and observation skills relating to the therapeutic alliance: An evaluation. *Journal of Family Therapy*, 30(4), 411–424. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6427.2008.00442.x>
- Castonguay, L. G., Constantino, M. J., & Holtforth, M. G. (2006). The working alliance: Where are we and where should we go? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43(3), 271–279.
- Cooper, A. A., Strunk, D. R., Ryan, E. T., DeRubeis, R. J., Hollon, S. D., & Gallop, R. (2016). The therapeutic alliance and therapist adherence as predictors of dropout from cognitive therapy for depression when combined with antidepressant medication. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 50, 113–119. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2015.06.005>
- Cuijpers, P., Noma, H., Karyotaki, E., Cipriani, A., & Furukawa, T. A. (2020). Effectiveness and acceptability of cognitive behavior therapy delivery formats in adults with depression: A

- network meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 77(5), 545–555. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.4491>
- Dworkin, M., & Errebo, N. (2010). Rupture and repair in the EMDR client/clinician relationship: Now moments and moments of meeting. *Journal of EMDR Practice and Research*, 4(3), 113–123. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.4.3.113>
- Dimic, S., Wildman, J., Limond, J., & O'Reilly, G. (2023). Young people's experiences of therapeutic alliance in psychotherapy: A systematic review and thematic synthesis. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 28(2), 456–478.
- Ellingsen, D. M., Isenburg, K., Jung, C., Lee, J., Gerber, J., Mawla, I., Sclocco, R., Velez, C. G., Cordero, E., Mathur, V. A., Farrar, J. T., Edwards, R. R., Napadow, V., & Kaptchuk, T. J. (2022). Dynamic brain-to-brain concordance and behavioral mirroring as a mechanism of the patient-clinician interaction. *Science Advances*, 8(15), eabj7460. <https://doi.org/10.1126/sciadv.abj7460>
- Escudero, V., Friedlander, M. L., Varela, N., & Abascal, A. (2008). Observing the therapeutic alliance in family therapy: Associations with participants' perceptions and therapeutic outcomes. *Journal of Family Therapy*, 30(2), 194–214. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6427.2008.00425.x>
- Escudero Carranza, V. (2009). La creación de la alianza terapéutica en la Terapia Familiar. *Apuntes de Psicología*, 27, 247–259.
- Eubanks, C. F., Muran, J. C., & Safran, J. D. (2018). Alliance rupture repair: A meta-analysis. *Psychotherapy*, 55(4), 508–519. <https://doi.org/10.1037/pst0000185>
- Farrelly, F. & Brandsma, J. (1974). *Provocative Therapy*. Capitola: Meta Publications Inc..
- Fernández, C., Pascual, J. C., Soler, J., Elices, M., Portella, M. J., & Fernández-Abascal, E. (2020). Physiological responses induced by emotion-eliciting films. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 45(2), 91–102. <https://doi.org/10.1007/s10484-020-09461-4>
- Fernández-Álvarez, H., Gómez, B., & García, F. (2020). Bridging the gap between research and practice in a clinical and training network: Aigle's program. *Psychotherapy Research*, 30(1), 8–20. <https://doi.org/10.1080/10503307.2018.1544645>
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., Symonds, D., & Horvath, A. O. (2012). How central is the alliance in psychotherapy? A multilevel longitudinal meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 65(1), 6–17.
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., & Horvath, A. O. (2020). The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy*, 57(4), 655–671.
- Flückiger, C., Rubel, J., Del Re, A. C., Horvath, A. O., Wampold, B. E., Crits-Christoph, P., Atzil-Slonim, D., Nations, K. R., Coco, G. L., Wiseman, H., Falkenström, F., Ekeblad, A.,

- Mallinckrodt, B., Baldwin, S. A., & Zimmermann, D. (2020). The reciprocal relationship between alliance and early treatment symptoms: A two-stage individual participant data meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 88(9), 829–843. <https://doi.org/10.1037/ccp0000594>
- Freud, S. (1912). The dynamics of transference. *Collected Papers*, 2, 313–333.
- Friedlander, M. L., Escudero, V., & Heatherington, L. (2006). *Therapeutic alliances in couple and family therapy: An empirically informed guide to practice*. American Psychological Association.
- Friedlander, M. L., Escudero, V., Heatherington, L., & Diamond, G. M. (2009). Alliance in couple and family therapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 46(1), 28–35.
- Gimeno, A. (s. f.). Las rupturas de la alianza terapéutica. Recuperado de <https://albertogimeno.blogspot.com>
- Hatcher, R. L., & Gillaspy, J. A. (2006). Development and validation of a revised short version of the working alliance inventory. *Psychotherapy Research*, 16(1), 12–25. <https://doi.org/10.1080/10503300500352500>
- Holdsworth, E., Bowen, E., Brown, S., & Howat, D. (2014). Client engagement in psychotherapeutic treatment and associations with client characteristics, therapist characteristics, and treatment factors. *Clinical psychology review*, 34(5), 428–450. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.06.004>
- Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36(2), 223–233.
- Horvath, A. O., & Bedi, R. P. (2002). The alliance. En J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 37–69). Oxford University Press.
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 48(1), 9–16. <https://doi.org/10.1037/a0022186>
- Januszewski, A. (2022). The strength of alliance in individual psychotherapy and patient's wellbeing: The relationships of the therapeutic alliance to psychological wellbeing, satisfaction with life, and flourishing in adult patients attending individual psychotherapy. *Frontiers in Psychiatry*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.792345>
- Karver, M., Handelman, J., Fields, S., & Bickman, L. (2006). Meta-analysis of therapeutic relationship variables in youth and family therapy: The evidence for different relationship variables in the child and adolescent treatment outcome literature. *Clinical Psychology Review*, 26(1), 50–65. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.09.001>

- Lange, A. M. C., van der Rijken, R. E. A., Delsing, M. J. M. H., Busschbach, J. J. V., van Horn, J. E., & Scholte, R. H. J. (2017). Alliance and adherence in a systemic therapy. *Child and Adolescent Mental Health*, 22(3), 148–154. <https://doi.org/10.1111/camh.12172>
- Manubens, R. T., Babl, A., Doran, J., Roussos, A., Alalu, N., & Gómez Penedo, J. M. (2023). Alliance negotiation as a predictor of early treatment outcome. *Journal of Clinical Psychology*, 79(4), 1009–1023.
- March, J. (2010). Eye movement desensitization and reprocessing in addiction continuing care: A phenomenological study of women in recovery. *Psychology of Addictive Behaviors*, 24(3), 498–507. <https://doi.org/10.1037/a0018574>
- Marmarosh, C. L., & Kivlighan, D. M., Jr (2012). Relationships among client and counselor agreement about the working alliance, session evaluations, and change in client symptoms using response surface analysis. *Journal of counseling psychology*, 59(3), 352–367. <https://doi.org/10.1037/a0028907>
- Meyer, B., Pilkonis, P. A., Krupnick, J. L., Egan, M. K., Simmens, S. J., & Sotsky, S. M. (2002). Treatment expectancies, patient alliance, and outcome: Further analyses from the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(4), 1051–1055. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.70.4.1051>
- Miguel-Álvaro, A., & Panadero, S. (2021). ¿Existe relación entre la alianza terapéutica y el resultado terapéutico en el tratamiento de la depresión? Análisis y revisión. *Clínica Contemporánea*, 12(2), Artículo e11. <https://doi.org/10.5093/cc2021a13>
- Munder, T., Wilmers, F., Leonhart, R., Linster, H. W., & Barth, J. (2010). Working Alliance Inventory-Short Revised (WAI-SR): Psychometric properties in outpatients and inpatients. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 17(3), 231–239. <https://doi.org/10.1002/cpp.658>
- Muñiz de la Peña, C., Friedlander, M. L., & Escudero, V. (2009). Frequency, severity, and evolution of split family alliances: How observable are they? *Psychotherapy Research*, 19(2), 133–142. <https://doi.org/10.1080/10503300802460050>
- Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2018). Psychotherapy relationships that work III. *Psychotherapy*, 55(4), 303–315.
- Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2019). *Psychotherapy relationships that work: Volume 1: Evidence-based therapist contributions* (3ra ed.). Oxford University Press.
- Papastylianou, A. (2021). The therapeutic relationship in systemic therapy. *The Journal of the Hellenic Psychological Society*, 26(2), 86–109. https://doi.org/10.12681/psy_hps.26874
- Pinsof, W. M. (1994). An overview of Integrative Problem Centered Therapy: A synthesis of family and individual psychotherapies. *Journal of Family Therapy*, 16(1), 103–120. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6427.1994.00781.x>

- Pinsof, W. M. (1995). *Integrative problem-centered therapy: A synthesis of family, individual, and biological therapies*. Basic Books.
- Rehm, J., & Shield, K. D. (2019). Global burden of disease and the impact of mental and addictive disorders. *Current Psychiatry Reports*.
- Rogers, C. R. (1980). *Way of Being*. Houghton Mifflin.
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. Guilford Press.
- Sarink, F. (2019). *La terapia provocativa*. Formación Alcalá.
- Shapiro, F., & Laliotis, D. (2017). EMDR therapy for trauma-related disorders. En S. N. Gold (Ed.), *APA handbook of trauma psychology: Trauma practice* (pp. 193–212). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000019-012>
- Smith, T. B., & Trimble, J. E. (2016). *Foundations of multicultural psychology: Research to inform effective practice*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14733-000>
- Sprenkle, D. H., & Davis, S. D. (2012). Common factors in couple and family therapy: The overlooked foundation for effective practice. Guilford Press.
- Sue, D. W., & Sue, D. (2016). *Counseling the Culturally Diverse: Theory and Practice*. Wiley.
- Thompson, L., & McCabe, R. (2012). The effect of clinician-patient alliance and communication on treatment adherence in mental health care: a systematic review. *BMC psychiatry*, 12, 87. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-87>
- Tryon, G. S., & Kane, A. S. (1993). Relationship of working alliance to mutual and unilateral termination. *Journal of Counseling Psychology*, 40(1), 33–36.
- Tryon, G. S., Blackwell, S. C., & Hammel, E. F. (2007). A meta-analytic examination of client-therapist perspectives of the working alliance. *Psychotherapy Research*, 17(6), 629–642. <https://doi.org/10.1080/10503300701320611>
- Villarreal-Zegarra, D., & Paz-Jesús, A. (2015). Terapia familiar sistémica: Una aproximación a la teoría y la práctica clínica. *Interacciones*, 1(1), 45–55.
- Wiesjahn, M., Hartmann, S., Rief, W., & Lincoln, T. M. (2023). Barriers to psychotherapy utilization in people with mental health problems: A qualitative interview study. *Frontiers in Psychology*, 14, 1116431. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1116431>
- World Health Organization. (2021). *Mental health atlas 2020*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240036703>
- Zetzel, E. R. (1956). Current concepts of transference. *The International Journal of Psychoanalysis*, 37, 369–376.

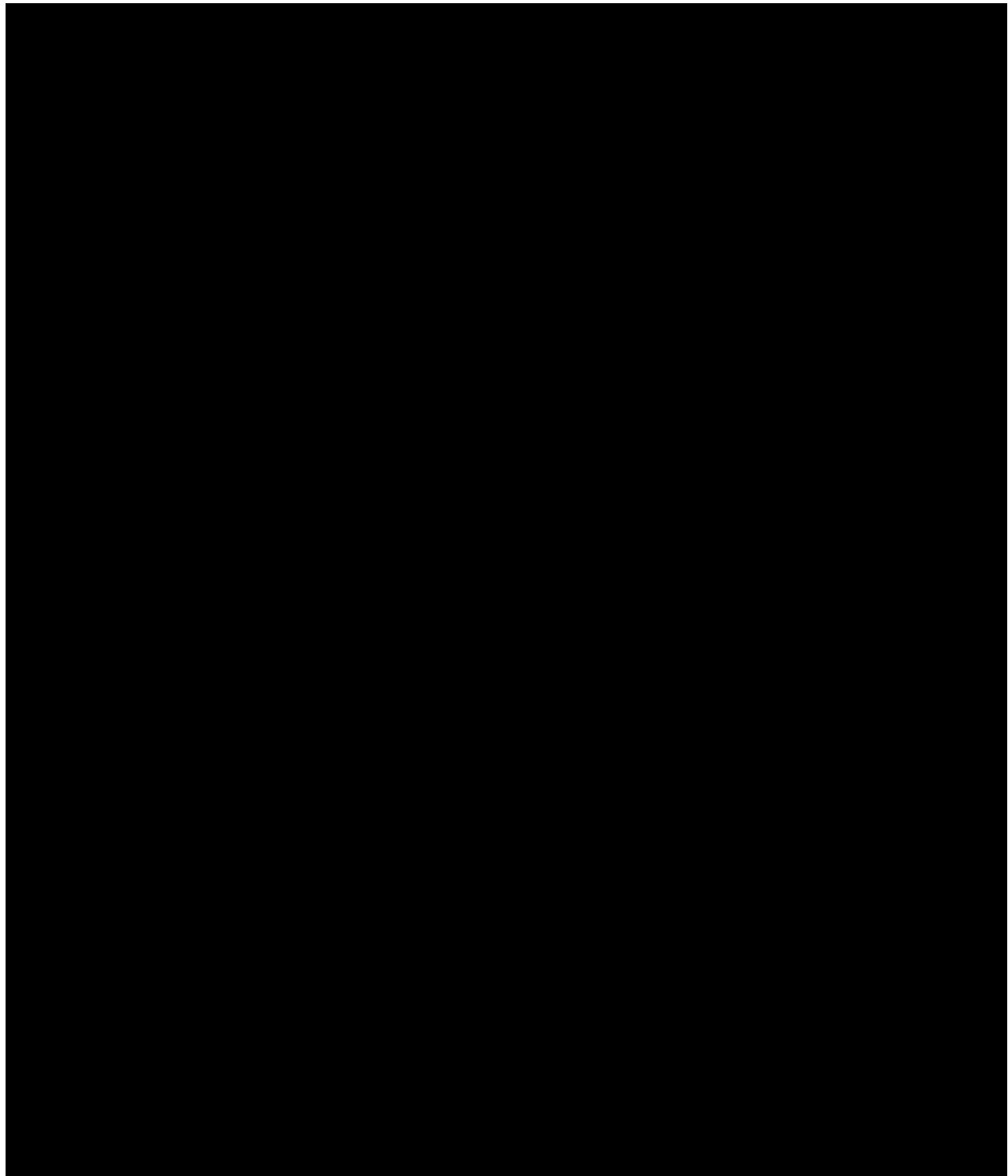
Zilcha-Mano, S. (2017). Is the alliance really therapeutic? Revisiting this question in light of recent methodological advances. *American Psychologist*, 72(4), 311–325. <https://doi.org/10.1037/a0040435>

Zilcha-Mano, S. (2021). Toward personalized psychotherapy: The importance of the trait-like/state-like distinction for understanding therapeutic change. *American Psychologist*, 76(3), 516–528. <https://doi.org/10.1037/amp0000629>

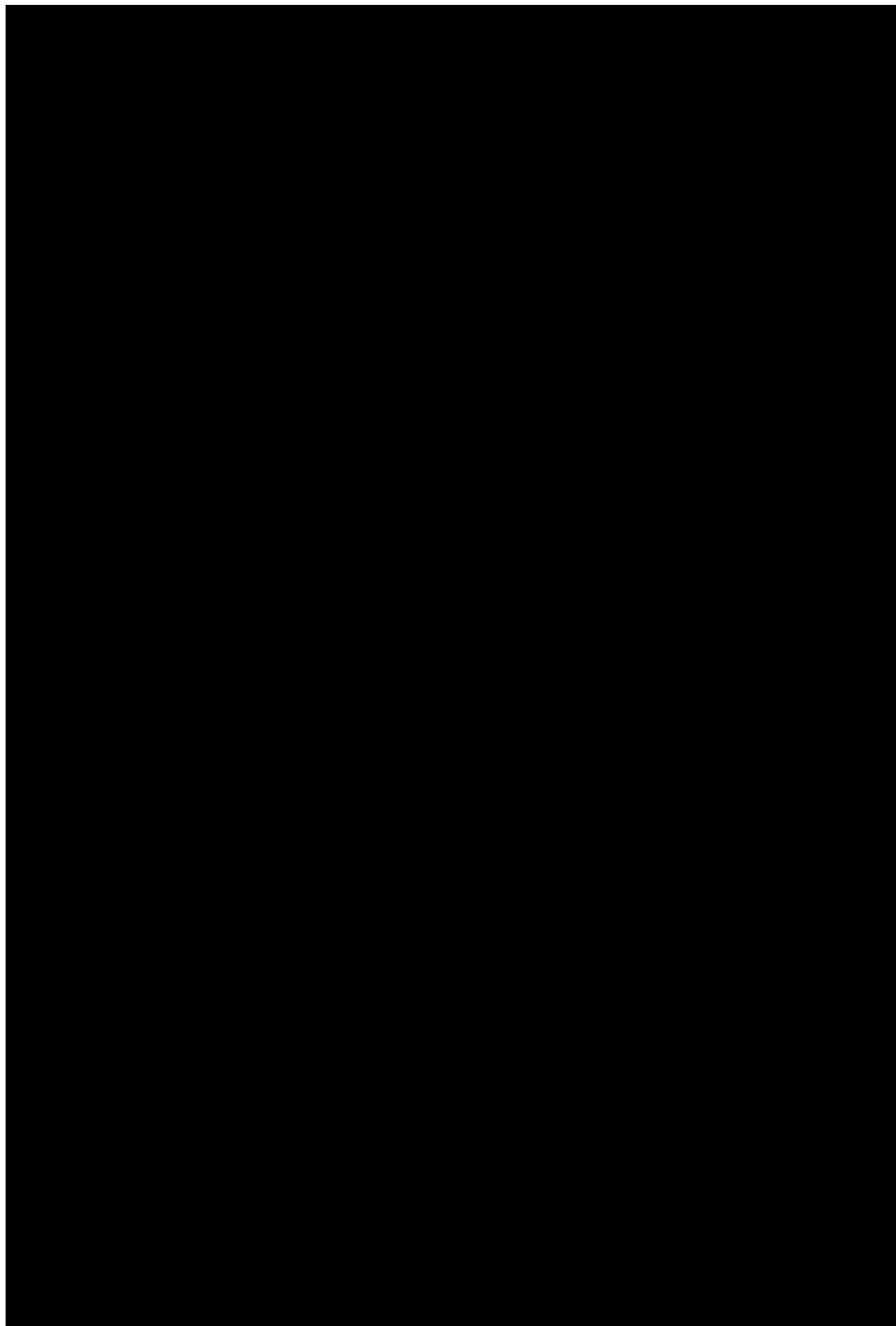
Zolnierew, K. B., & Dimatteo, M. R. (2009). Physician communication and patient adherence to treatment: a meta-analysis. *Medical care*, 47(8), 826–834. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e31819a5acc>

ANEXOS

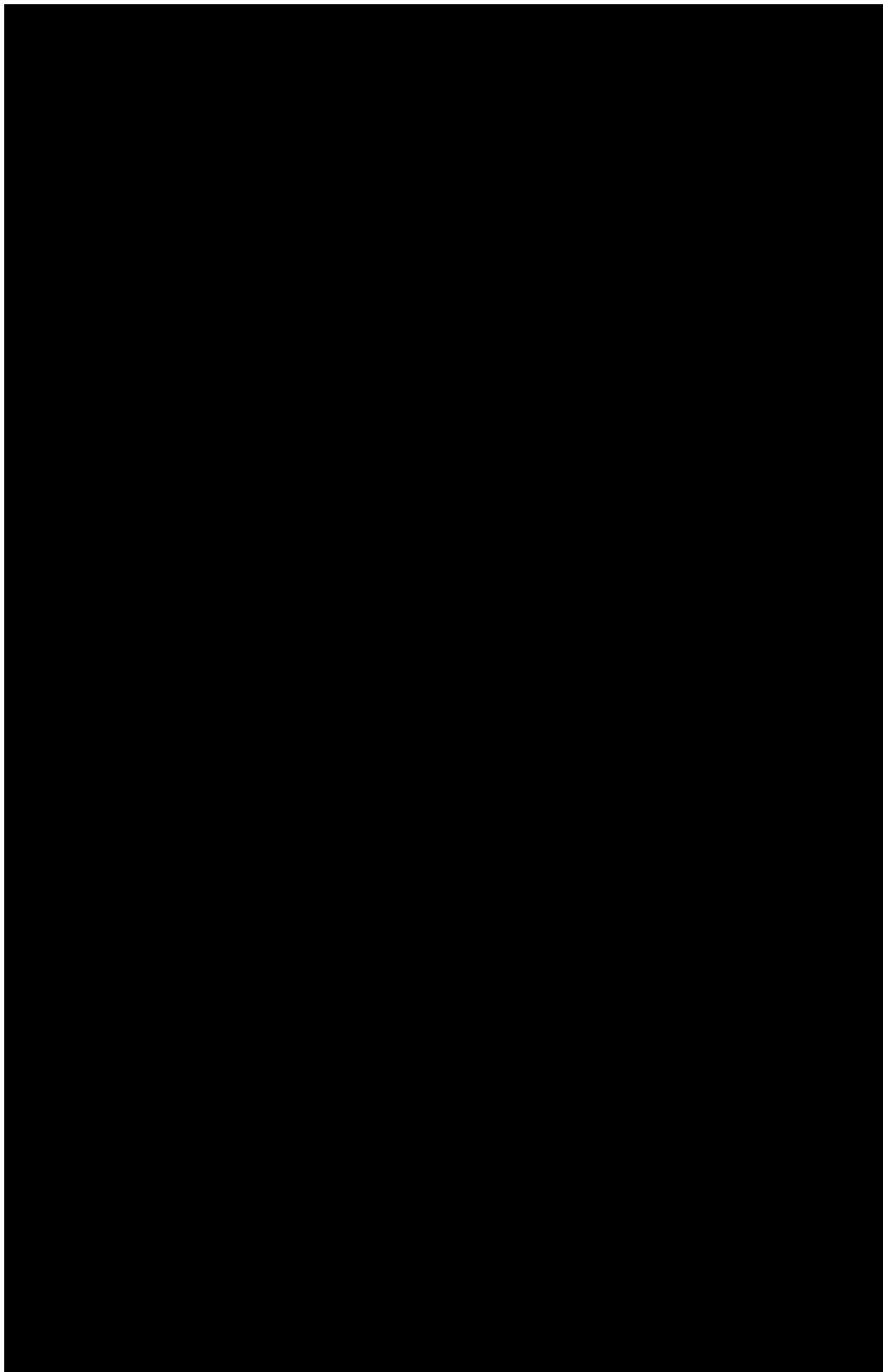
Anexo A. Valoración del TFM por parte del comité de ética

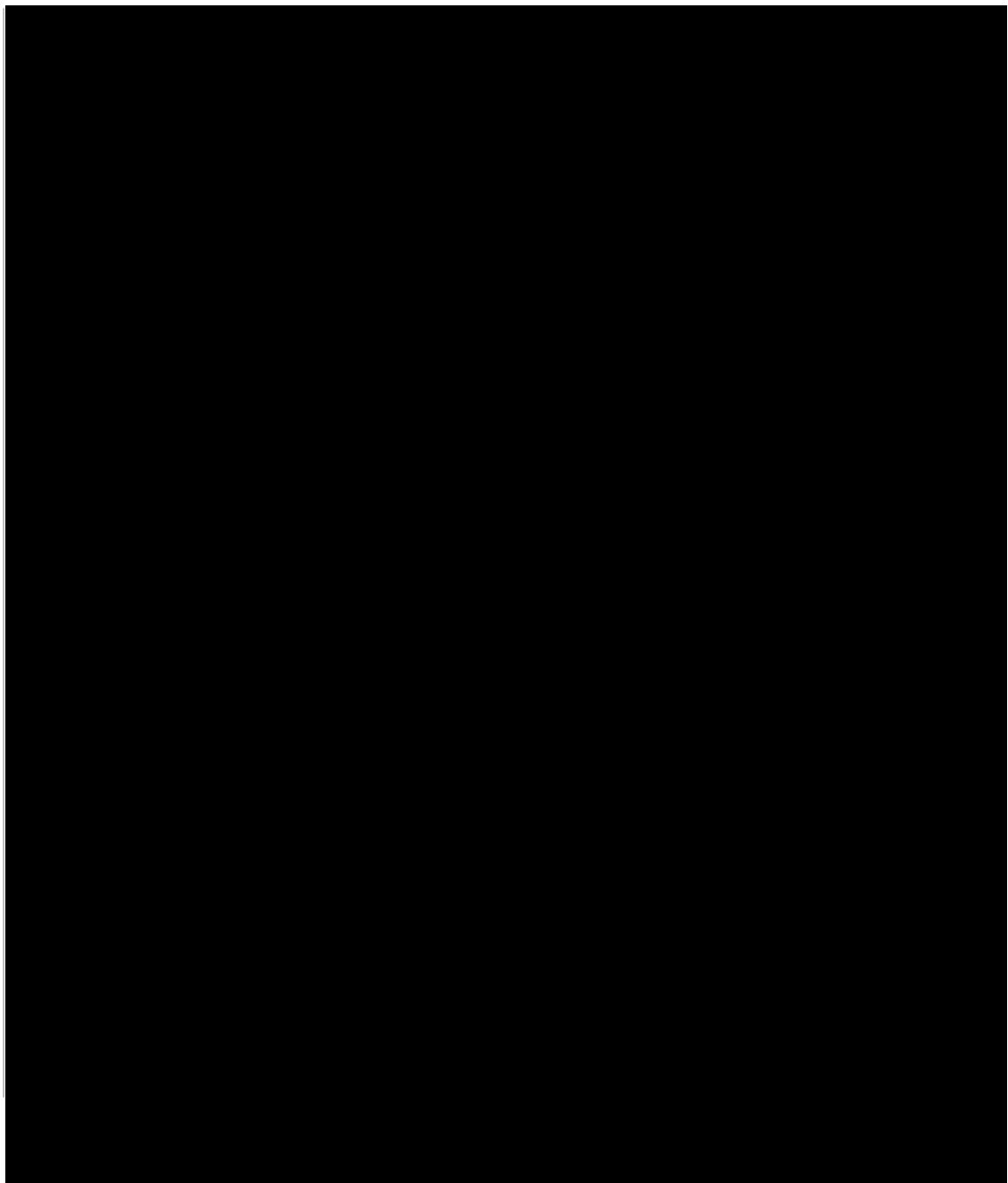


Anexo B. Autorización del centro para realizar la investigación



Anexo C. Consentimiento informado al participante





Anexo D. Inventario de alianza de trabajo (WAI)

INVENTARIO DE ALIANZA DE TRABAJO (WAI) Versión abreviada 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 intentado 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); Adam Horvath, 1981, 1984)
© Adaptación española de Nelson Andrade-González (2008)

INVENTARIO DE ALIANZA DE TRABAJO (WAI)
Versión abreviada del terapeuta

Código:

Fecha:

Instrucciones

En esta página hay frases que describen las distintas opiniones o emociones que un terapeuta puede tener en relación con su paciente. Si la frase describe lo que usted opina o siente siempre acerca de su paciente, 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 paciente 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 paciente y yo estamos de acuerdo sobre qué hacer para mejorar su situación.**

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

2. **Mi paciente y yo estamos seguros de la utilidad de las actividades que realizamos 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

3. **Creo que a mi paciente 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. **Tengo dudas sobre lo que estamos 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 mi capacidad para ayudar a mi paciente.**

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

6. **Mi paciente 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. **Aprecio a mi paciente como persona.**

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 trabaje mi paciente.**

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

9. **Entre mi paciente y yo hemos creado un clima de confianza mutua.**

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

10. **Mi paciente y yo tenemos distintas ideas sobre cuáles son sus 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 paciente y yo entendemos qué tipo de cambios le 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. **Mi paciente cree que estamos trabajando en su 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

Anexo E. Sistema de Observación de la Alianza Terapéutica versión autoinforme (SOATIF-s)

SOATIF (IND)

Nombre:

Fecha:

Valore las siguientes afirmaciones y rodee con un círculo:

	Nada	Poco	Algo	Bastante	Mucho
1. Lo que hacemos en terapia puede solucionar nuestros problemas.	1	2	3	4	5
2. El terapeuta me comprende.	1	2	3	4	5
3. Las sesiones me sirven para abrirme (por ejemplo: expresar sentimientos o probar cosas nuevas).	1	2	3	4	5
4. Resulta difícil comentar con mi terapeuta lo que hay que hacer en terapia.	1	2	3	4	5
5. El terapeuta está haciendo todo lo posible por ayudarme.	1	2	3	4	5
6. Me siento cómodo/a y relajado/a en las sesiones.	1	2	3	4	5
7. Siento que estoy trabajando en equipo con el terapeuta.	1	2	3	4	5
8. Considero que el terapeuta se ha convertido en una persona importante para mí.	1	2	3	4	5
9. Hay algún tema del que no me atrevo a hablar en terapia.	1	2	3	4	5
10. Entiendo el sentido de lo que se hace en terapia.	1	2	3	4	5
11. Al terapeuta le faltan conocimientos y capacidad para ayudarme.	1	2	3	4	5
12. A veces estoy a la defensiva en las sesiones.	1	2	3	4	5

SOATIF-IND (Terapeuta)

Nombre:

Fecha:

Valore las siguientes afirmaciones y rodee con un círculo:

	Nada	Poco	Algo	Bastante	Mucho
1. Lo que hacemos en terapia puede solucionar los problemas de el/los cliente/s.	1	2	3	4	5
2. Comprendo a este cliente	1	2	3	4	5
3 Las sesiones les sirven al cliente para abrirse (por ejemplo: expresar sentimientos o probar cosas nuevas).	1	2	3	4	5
4. Resulta difícil que el cliente y yo comentemos lo que hay que hacer en terapia.	1	2	3	4	5
5. Estoy haciendo todo lo posible por ayudar a este cliente	1	2	3	4	5
6. Creo que los clientes se sienten cómodos y relajados en las sesiones.	1	2	3	4	5
7. Siento que estoy trabajando en equipo con mi cliente.	1	2	3	4	5
8. Creo que me he convertido en una persona importante para mi cliente.	1	2	3	4	5
9. Hay algún tema del que el cliente no se atreve a hablar en terapia.	1	2	3	4	5
10. El cliente entiende el sentido de lo que se hace aquí.	1	2	3	4	5
11. Me faltan conocimientos y capacidad para ayudar a este cliente.	1	2	3	4	5
12. A veces el cliente se muestran a la defensiva en las sesiones.	1	2	3	4	5

Anexo F. Resultados

Tabla 8. Resultados del cuestionario WAI

Ítem	Grupo	Media	Descripción
1. Pasos para mejorar la situación	Pacientes	6.16	Alta percepción de acuerdo con el terapeuta.
	Terapeutas	6.00	Respuestas homogéneas y estables.
2. Trabajo en los objetivos de la terapia	Pacientes	6.12	Percepción positiva del trabajo conjunto en los objetivos.
	Terapeutas	6.00	Consistencia en la percepción de colaboración en objetivos.
3. Colaboración en tareas	Pacientes	6.36	Alta percepción de colaboración con variación en las respuestas.
	Terapeutas	6.00	Uniformidad en la percepción de colaboración.
4. Acuerdo en cómo trabajar juntos	Pacientes	1.44	Baja percepción de acuerdo sobre cómo trabajar juntos.
	Terapeutas	2.28	Percepción algo superior, pero aún baja.
5. Claridad sobre las sesiones	Pacientes	6.68	Alta valoración en la claridad sobre las actividades de las sesiones.
	Terapeutas	6.00	Percepción consistente de claridad en las actividades.
6. Comprensión mutua de tareas	Pacientes	6.80	Alta percepción de comprensión mutua.
	Terapeutas	6.20	Consistente percepción de entendimiento mutuo.
7. Acuerdo en las técnicas utilizadas	Pacientes	6.68	Alto nivel de acuerdo sobre las técnicas.
	Terapeutas	6.08	Percepción de consenso sobre las técnicas utilizadas.

8. Coincidencia en abordar problemas	Pacientes	6.60	Alta percepción de coincidencia en la forma de abordar los problemas.
	Terapeutas	6.12	Consistencia en la percepción de coincidencia.
9. Acuerdo en las actividades realizadas	Pacientes	6.64	Percepción positiva sobre las actividades realizadas.
	Terapeutas	6.08	Consenso homogéneo sobre las actividades.
10. Trabajo conjunto en tareas	Pacientes	2.24	Baja percepción de trabajo conjunto en tareas específicas.
	Terapeutas	2.28	Percepción similarmente baja.
11. Acuerdo en los métodos utilizados	Pacientes	6.88	Alta percepción de acuerdo en los métodos utilizados.
	Terapeutas	6.08	Alto nivel de acuerdo percibido.
12. Colaboración en estrategias para alcanzar objetivos	Pacientes	6.88	Alta percepción de colaboración en la definición de estrategias.
	Terapeutas	6.20	Confirmación de la colaboración en estrategias.