

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

Promoción de la alianza terapéutica en el tratamiento de tabaquistas crónicos

Presenta

Sepúlveda Cuéllar Juan Carlos

Director: Dr. Ariel Vite Sierra  
Revisor: Dr. Samuel Jurado Cárdenas  
Sinodales: Dr. Juan José Sánchez Sosa  
Dr. Jorge Rogelio Pérez Espinosa  
Mtra. Laura Angela Somarriba Rocha

Octubre, 2013



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Dedicatorias:

A mis padres, a quienes les debo mi formación personal y ahora profesional, basada en el apoyo y cariño incondicional en todo momento, quienes con su ejemplo han forjado en mí las herramientas básicas para afrontar cualquier reto y resolver cualquier obstáculo sin importar la apariencia o realidad del mismo.

A mis hermanos que me han enseñado y recordado que el aprendizaje es grato pero es mejor si se comparte. Con cariño y admiración les dedico mi tesis para que se inspiren y sepan que somos los protagonistas de nuestros éxitos, que no basta con desearlos, sino es preciso realizarlos.

Para ti Karen, de quien he aprendido tantas cosas y quien ha inspirado en mí las ganas de compartir la que ahora es nuestra vida. Te amo.

Agradezco el apoyo de mis tíos que aportaron piezas fundamentales para mi formación personal y escolar y son ejemplo de lucha, unión y perseverancia.

Sin duda, somos una generación que refleja las ganas de salir adelante, con fuerza, tenacidad y sobre todo hermandad; con cariño para todos mis primos y primas.

Los primeros en trazar ésta historia: mis abuelos Eulalia, Josefina y José. Con cariño para ustedes.

No tendremos la misma sangre pero son mis hermanos por elección, gracias por sus enseñanzas y actitud incondicional siempre: Ana Lilia, Ana Beatriz, Anayeli, Alejandra, Andrea, Dayanth, Liliana, Mireya, Dany, Gaby, Claudia, Mariana, Paco, Javier, Sergio y Sarabia.

A mis terapeutas porque sin ellas no hubiese sido posible la realización de éste trabajo: Viridiana, Nayeli y Laura. Muchas gracias por su disposición, apertura, constancia, apoyo, preocupación interés, pero sobre todo por ser mis amigas.

Para Angélica Ocampo, Tania Villa y Eduardo Cuevas de la Clínica Contra el Tabaquismo del Hospital General de México, quienes me dieron la oportunidad hace 4 años de formar parte de la Clínica, fueron mis formadores como profesional, y con su ejemplo y amor a la Psicología me enseñaron la labor ética y profesional que se necesita para ejercer con responsabilidad.

Dedico y agradezco la participación de los y las pacientes de este proyecto así como a todos mis pacientes atendidos en estos años de aprendizaje y ejercicio de la Psicología.

Gracias al Dr. Ariel Vite por sus enseñanzas e invaluable asesoría desde el primer día de trabajo en el laboratorio.

A los profesores Dr. Samuel Jurado Cárdenas, Dr. Juan José Sánchez Sosa, Dr. Jorge Rogelio Pérez Espinosa y Mtra. Laura A. Somarriba Rocha, muchas gracias por hacer de mi tesis un trabajo de calidad que refleja la expertis de cada uno de ustedes, gracias.

A la UNAM quien me acogió desde el bachillerato inculcando en mí un espíritu de lucha para aportar y mejorar de algún modo a este país que tanto nos necesita.

## Índice

Tema	Página
Introducción	1
Marco teórico	3
Tabaquismo	3
Daños a la salud	3
Componentes del cigarro	5
Dependencia Psicológica	5
Diagnóstico	7
Tratamiento para la cesación del tabaquismo	10
Alianza Terapéutica	11
Desarrollo histórico del concepto	11
Definición contemporánea de la alianza terapéutica	13
Instrumentos de evaluación de la alianza terapéutica	16
Investigación sobre la alianza terapéutica	17
Alianza terapéutica en adicciones	22
Componentes de una relación terapéutica efectiva	23
Características de un terapeuta efectivo	24
Otros factores que influyen sobre la relación terapéutica	28
Condiciones facilitadoras de Rogers	30
Adhesión Terapéutica en el tratamiento de tabaquismo	34

Método	42
Participantes	42
Escenario	51
Materiales e instrumentos	51
Esquema de comparaciones (Diseño experimental)	59
Variables	60
Procedimiento	60
Resultados	63
Discusión	81
Referencias	90
Anexos	107

## Introducción

Una de las problemáticas que tanto en el mundo como en nuestro país se ha incrementado y ha requerido del diseño e instrumentación de programas de intervención, es el tabaquismo; los reportes nacionales e internacionales arrojan cifras alarmantes (Ocampo, 2006). La ENA 2011 reportó que en México existe una prevalencia de consumo activo de tabaco de de 21.7%, lo que corresponde a 17.3 millones de mexicanos fumadores.

En el tratamiento de este padecimiento es muy importante la participación y un papel muy activo del paciente en la toma de decisiones que afectan a su propia salud pues su tratamiento implica una modificación de hábitos de la vida cotidiana como los alimenticios, seguir un plan de ejercicio y efectuar una abstinencia (Salvador & Ayesta; 2009). Mantener la Adhesión de los fumadores a los tratamientos para dejar de fumar requiere manejo terapéutico especial puesto que si en el proceso de cesación tabáquica no se valoran adecuadamente las situaciones de riesgo o la motivación, se pueden propiciar recaídas posteriores (Salvador & Ayesta; 2009).

Es por ello que la Alianza terapéutica juega un papel muy importante en el tratamiento del tabaquismo puesto que muchos estudios han revelado que la alianza es un elemento que favorece el éxito terapéutico (Horvath & Luborsky, 1993). Además, ésta propicia la Adhesión terapéutica mediante el resultado de una buena colaboración entre el paciente y el terapeuta (Corbella & Botella, 2003). Probablemente el principal autor del concepto de Alianza terapéutica es Bordin (1979)

quien la definió como “el elemento relacional de carácter activo propio de todas aquellas relaciones que pretenden inducir un cambio”. Identificó tres componentes que la configuran: a) acuerdo en tareas, b) vínculo positivo y c) acuerdo en objetivos.

La literatura describe una serie de características de los pacientes que no llevan a cabo las instrucciones del médico o terapeuta, incluso se han propuesto ciertas características que tienen en común aquellos pacientes o usuarios que omiten dichas instrucciones (Puente, 1985). Pero no es el caso de la investigación del perfil idóneo de un terapeuta efectivo, qué debe hacer, qué debe saber, y cómo lo debe hacer, para generar una buena alianza con sus pacientes y así propiciar mejores resultados en diversos aspectos que van desde la salud del paciente hasta el económico (Salvador & Ayesta; 2009). Así, es importante abordar el tema de la relación terapéutica para identificar aquellas características y habilidades que requiere poseer un terapeuta efectivo, en el sentido de generar una *alianza terapéutica* con la finalidad de obtener mejores resultados con sus pacientes. Dichas características son: competencia intelectual, energía, flexibilidad, apoyo, buenos deseos, y conocimiento de sí mismo (Cormier & Cormier, 2000), empatía, congruencia y aceptación incondicional del cliente (Rogers; 1951, 1957) para generar "enganche" terapéutico, conexión con el terapeuta y seguridad (Escudero, 2003).

El presente trabajo tuvo la finalidad de explorar los efectos de la alianza terapéutica en un tratamiento Cognitivo Conductual para la cesación del tabaquismo.



Se impartió un taller, basado en el modelo de la alianza terapéutica y en aquellas habilidades que propician una buena calidad de alianza, para capacitar a tres estudiantes de psicología con formación en el tratamiento cognitivo conductual para la cesación del tabaquismo, a fin de que adoptaran las estrategias fundamentales y propiciaran una relación terapéutica efectiva cuyo resultado fuera la abstinencia de fumar. Se buscó observar y describir cualitativa y cuantitativamente el proceso de instauración de la alianza terapéutica con cada uno de sus pacientes en la Clínica Contra el Tabaquismo del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceága”.

## **Tabaquismo**

El consumo de tabaco o la exposición a él, es la principal causa de muerte prevenible en el mundo. Poco más de mil millones de personas fuman tabaco a nivel mundial y su consumo propicia sufrimiento grave y la muerte prematura a cerca de 6 millones de personas, causando pérdidas económicas de cientos de miles de millones de dólares (WHO., 2011). Se prevé para el 2030, una mortalidad de más de 8 millones de personas al año; el 80% de esas muertes prematuras se registrarán en países de ingresos bajos y medios como México.

### *Daños a la salud*

Por otra parte, el consumo de tabaco es factor de riesgo para seis de las ocho principales causas de muerte (WHO, 2008; ENA, 2011; Mathers & Loncar; 2006). Asimismo es responsable de reducir la esperanza de vida, suele generar cáncer de pulmón, laringe, riñón, vejiga, estómago, colon, cavidad oral y esófago; así como leucemia, enfermedad pulmonar

obstructiva crónica (EPOC), cardiopatía isquémica, aborto y parto prematuro, defectos de nacimiento e infertilidad, enfermedades gastrointestinales, enfermedades bucales y otras como disfunción eréctil (Ocampo, 2006; ENA, 2011).

En México, el tabaquismo es un problema que va en aumento, agravando su carácter de problema de salud pública, donde los adolescentes, adultos jóvenes y las mujeres son un foco importante para las industrias tabacaleras (Reynales, 2009; Reynales 2011). Además, en los reportes nacionales se observa una tendencia al incremento en la frecuencia de consumo y la exposición al humo de cigarro (ENA, 2011)

En nuestro país entre las enfermedades relacionadas con el consumo directo e indirecto de tabaco, sobresalen: infarto agudo al miocardio, enfermedades cerebro vasculares, respiratorias crónicas y el cáncer de pulmón (ENA 2011).

Uno de los grupos de población para el que resulta fundamental analizar la prevalencia de fumadores es el de los adolescentes. Al respecto, la Encuesta de Tabaquismo en Jóvenes (ETJ) realizada en 32 ciudades capitales de México durante 2005, 2006 y 2008, en estudiantes entre 13 y 15 años, reveló una prevalencia de consumo de tabaco entre 10.5% y 27.8% (ENA 2009).

Como se mencionó, la ENA 2011 informa que en México existe una prevalencia de consumo activo de tabaco de de 21.7%, lo que corresponde a 17.3 millones de mexicanos fumadores. El 31.4% de los hombres y el 12.6% de las mujeres son fumadores activos (12 millones de hombres y 5.2 millones de mujeres). El 8.9% de la población en este

grupo de edad reportó ser fumador diario (7.1 millones); el porcentaje por sexo, es de 13.2% de los hombres y 4.8% de las mujeres que fuman diariamente. El 26.4% (21 millones) reportaron ser ex fumadores, 20.1% ser ex fumadores ocasionales y el 51.9% (41.3 millones de mexicanos) de la población reportó nunca haber fumado.

### *Componentes del cigarro*

El tabaco tiene alrededor de 4 870 sustancias químicas, de las cuales más de 400 son tóxicas y 40 de ellas son responsables de producir cáncer y otras enfermedades como el EPOC. Cuatro sustancias presentes en el tabaco son capaces de generar adicción (alcaloides) de las cuales tres son secundarias: *Nicotianina*, *Nicotinina*, *Nicotellina* y la cuarta de ellas y la más importante la nicotina (Ocampo, 2006).

Las principales sustancias presentes en el tabaco, que provocan un daño irreversible en la salud del que lo consume, se dividen en tres subtipos:

- a) Carcinógenos
- b) Irritantes y tóxicos
- c) Adictivos

### **Dependencia psicológica**

Existen diversos factores de inicio y mantenimiento del tabaquismo, para que se instaure como una conducta aprendida. Desde un modelo conductual, el inicio de fumar, representa en sí, una experiencia de constante recompensa. Inicia con actividades y emociones

específicas, que llegan a generalizarse en diversas situaciones y contextos, creando así una compleja cadena de comportamientos (Ocampo, 2006).

El fumar proporciona gran variedad de reforzadores sociales que invitan al individuo a tener los primeros contactos. El adolescente, que se encuentra en un periodo de transición entre la niñez dependiente y la edad madura independiente, en la búsqueda de su identidad; utilizará todo aquello que influya en el cumplimiento de las expectativas del medio y por lo tanto, las ejecutará; como lo es el caso de fumar. Por ello, el fumar constituye una experiencia enriquecedora para la percepción del sujeto que está formando su personalidad, además de las relaciones cotidianas, asociadas al uso del tabaco, que le proveyeron, en gran medida, de un ambiente de aceptación donde se vio valorado y pudo sentirse seguro, fuera de amenazas potenciales de fracaso o de rechazo, confiando en sus propias capacidades (Ocampo, 2002).

Existen una serie de factores de riesgo que favorecen el inicio y mantenimiento del tabaquismo, los cuales pueden dividirse en individuales, familiares y sociales (Ocampo, 2006).

- a) *Factores individuales*: se refiere a características tales como un endurecimiento interpersonal para tratar de actuar como adultos, poseer pocas destrezas para hacerle frente a la vida y el tabaco les alivia el estrés, y mostrar baja autoestima y sintomatología depresiva. Especialmente en las niñas se ha identificado un rendimiento académico pobre; poseer baja percepción de

autoeficacia, tener baja tolerancia a la frustración y necesidad excesiva de autoaceptación.

- b) *Factores familiares*: antecedentes familiares de consumo de tabaco (parientes inmediatos que fuman), permisividad para fumar en los hogares, indiferencia de los padres ante las necesidades emocionales y deficiencias en la comunicación, entre otros. El porcentaje de fumadores aumenta con la edad y el número de progenitores, hermanos o amigos fumadores y la presencia de violencia familiar.
- c) *Factores sociales*: falta de concientización en la sociedad, acceso al tabaco y al alcohol, asistencia frecuente a lugares donde se consume tabaco (antros, salas de juego, cafeterías, bares, etcétera), influencia de las campañas publicitarias, en donde se exhiben valores de poder sofisticación, sexualidad, estatus económico y/o seguridad, incumplimiento de leyes y reglamentos, asociación con fumadores, desigualdad de las oportunidades (pobreza) o poder adquisitivo prácticamente ilimitado (riqueza).

## **Diagnóstico**

Los criterios para diagnosticar tabaquismo según el DSM-IV (2003) son:

### *Dependencia de nicotina F 17.2x*

Implica un patrón desadaptativo de consumo de la nicotina que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado

por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un período continuado de 12 meses:

1. *Tolerancia*, definida por cualquiera de los siguientes ítems:

(a) Una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la nicotina para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.

(b) El efecto de las mismas cantidades de nicotina disminuye claramente con su consumo continuado.

2. *Abstinencia*, definida por cualquiera de los siguientes ítems:

(a) El síndrome de abstinencia característico para la nicotina.

(b) Se toma la misma nicotina (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

3. La nicotina es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía.

4. Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la nicotina.

5. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la nicotina (por ejemplo visitar a varios médicos hasta encontrar alguno que no repruebe su uso, o desplazarse largas distancias), en el consumo de la nicotina (p. ej., fumar un cigarro tras otro) o en la recuperación de los efectos de la nicotina.

6. Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la nicotina.

7. Se continúa tomando la nicotina con otras drogas a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la nicotina (por ejemplo, consumo de cocaína a pesar de saber que provoca depresión, o continuada ingesta de alcohol a pesar de que empeora una úlcera).

*Criterios para el diagnóstico de dependencia a la Nicotina F 17.3*

A. Consumo de nicotina durante al menos algunas semanas.

B. Interrupción brusca o disminución de la cantidad de nicotina consumida, seguida a las 24 horas por cuatro (o más) de los siguientes signos:

1. Estado de ánimo disfórico o depresivo
2. Insomnio
3. Irritabilidad, frustración o ira
4. Ansiedad
5. Dificultades de concentración
6. Inquietud
7. Disminución de la frecuencia cardíaca
8. Aumento del apetito o del peso

C. Los síntomas del Criterio B provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. Los síntomas no se deben a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

### **Tratamiento para la cesación del tabaquismo**

El tratamiento psicológico ha sido el primer tratamiento efectivo disponible para tratar a los fumadores. Surge en la década de los años sesenta, de la mano de las técnicas de modificación de conducta, y se expande en los setenta, hasta llegar al nivel de desarrollo y expansión actual, con técnicas tan conocidas y utilizadas como son las técnicas psicológicas conductuales, cognitivas, motivacionales y de prevención de la recaída (Becoña, 2004). La eficacia de estas técnicas de intervención y tratamiento con los fumadores es tal, que hoy constituye la base del tratamiento psicológico de los fumadores en los distintos tipos y formatos. En muchas ocasiones son un complemento imprescindible del tratamiento farmacológico para que éste funcione eficazmente. La evolución de estos últimos años ha llevado a disponer hoy de varios tratamientos psicológicos de elección, que son los que obtienen los mejores niveles de eficacia (Fiore et al., 1996, 2000).

En 1988 se creó la Clínica Contra el Tabaco del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”, con programas de Cesación tabáquica y con el Programa de Educación para la Salud intra y extramuros que abarcó la prevención del consumo, orientando su quehacer a la población más vulnerable, como los niños y las mujeres jóvenes (Ocampo & Cicero 2012).

Se instrumentó un programa de corte cognitivo conductual en ocho sesiones, cuyo objetivo era que el paciente lograra la abstinencia



mediante el aprendizaje de nuevas estrategias de afrontamiento, y cuyos resultados sugieren un 60% de efectividad (Ocampo, 2011). Los módulos que comprenden el tratamiento son: 1. Encuadre 2. Terapéutico, Dependencia psicológica: Teorías del Aprendizaje, 3. Adicción física a la nicotina: Daños a la salud, 4. Síndrome de Abstinencia: Duelo, Terapia racional emotiva y mecanismos de evitación, 5. Beneficios de dejar de fumar. Repaso de teorías del aprendizaje. Manejo de emociones (relajación muscular progresiva profunda), 6. Habilidades sociales: Comunicación efectiva, manejo del conflicto, asertividad, 7. Manejo de emociones (ansiedad y enojo). Estilos de vida saludable, y 8. Manejo y prevención de recaídas.

## **Alianza Terapéutica**

### **Desarrollo histórico del concepto**

Numerosos estudios se han desarrollado sobre los elementos clave para la efectividad terapéutica en cualquier tipo de tratamiento y ante cualquier motivo de consulta psicológico.

Muchas han sido las variables a estudiar para explicar y predecir el éxito terapéutico, variables del terapeuta, las técnicas empleadas, el enfoque psicológico e incluso variables en el paciente como el diagnóstico clínico, experiencias previas o la motivación. Pero se ha prestado atención especial atención a un tercer tipo de variable, la que une a las dos anteriores (paciente-terapeuta), es decir, la relación terapéutica cuya base es la *Alianza Terapéutica* (Botella & Corbella, 2011).

El concepto de Alianza Terapéutica se desarrolló durante el siglo XX, el primer autor que lo señaló fue Freud en 1913 al plantear la importancia de que el analista mantuviera un interés y una actitud comprensiva hacia el paciente para permitir que la parte más saludable de éste estableciera una relación positiva con el analista. Consideraba al afecto del paciente hacia el terapeuta como una forma benéfica y positiva de transferencia que revestía de una autoridad al analista (Freud, 1913). Lo anterior favorecía la aceptación y la credibilidad de las explicaciones e interpretaciones del terapeuta. El concepto de alianza terapéutica, a pesar de estar incorporado en las escuelas psicodinámicas, se ha diferenciado del concepto de transferencia (Corbella & Botella; 2003).

Inicialmente se consideraba la relevancia de la relación terapéutica a partir de la transferencia del paciente para la relación. Zetzel (1956) diferenció la transferencia de la alianza sugiriendo que la segunda provenía de la parte no neurótica de la relación entre terapeuta y paciente lo cual posibilita el *insight*.

Hartley en 1985, definió que la alianza terapéutica estaba compuesta por la “relación real” y la “alianza de trabajo”. La relación real se refiere al vínculo entre cliente y terapeuta mientras que la alianza de trabajo se refiere a la capacidad de ambos para trabajar conjuntamente hacia los objetivos previstos. Sterba (1934, 1940) fue el primero en destacar la importancia de la identificación positiva del paciente con su terapeuta para trabajar en la consecución de las tareas terapéuticas comunes establecidas.

Desde la modificación conductual clásica, se planteaba que el paciente aprende o modifica ciertas conductas o hábitos, por lo que la calidad técnica de las intervenciones del terapeuta era el elemento esencial de este enfoque (Corbella, Botella; 2003).

La orientación cognitiva considera la alianza terapéutica como un aspecto central del proceso terapéutico (Arnkoff, 1995; Goldfried & Davidson, 1994; Safran, 1998).

Desde el enfoque Humanista Rogeriano, la alianza terapéutica también ha sido objeto clásico de atención. Según Rogers (1951, 1957) para establecer una relación terapéutica efectiva se precisan tres condiciones “facilitadoras” como la empatía, congruencia y aceptación incondicional del cliente. Algunas investigaciones intentaron explorar los efectos de dichas condiciones y los resultados obtenidos apoyan la hipótesis general de que los terapeutas que presentan altos niveles de desarrollo de éstas “condiciones” fueron más exitosos que aquellos que las han desarrollado menos (Luborsky, 2000).

Salvio, Beutler, Wood y Engle (1992) investigaron la relación entre la alianza terapéutica y las condiciones facilitativas, y concluyeron que existe cercanía entre los componentes de la alianza planteados por Bordin (tarea, vínculo y metas) y las dimensiones rogerianas (Luborsky, 2000).

### **Definición contemporánea de la alianza terapéutica**

Bordin (1994) propuso una definición de alianza basada en el trabajo de Greenson (1965, 1967) la cual facilitó el establecimiento de un

concepto que diferenció el papel de la transferencia y el de la alianza de modo que las principales escuelas terapéuticas tuvieran un concepto homogéneo, aunque su conceptualización aún sigue siendo debatida por cada una. Por ejemplo, Orlinsky & Hovard (1986) identificaron tres componentes en el vínculo terapéutico, de los cuales la alianza terapéutica forma parte de ellos. Sin embargo, para Bordin (1994) la alianza terapéutica está constituida por tres componentes, de los cuales uno es el vínculo terapéutico.

Sin embargo, los dos autores con mayor participación e influencia en el concepto de alianza terapéutica son Bordin y Luborsky. El primero describió a la alianza terapéutica como el encaje y colaboración entre el cliente y el terapeuta.

La definición que propuso Bordin (1979) fue: “La alianza terapéutica es un elemento relacional de carácter activo propio de todas aquellas relaciones que pretenden inducir un cambio”. Este concepto permite que los distintos modelos psicoterapéuticos la utilicen, otorgándole, de este modo, un carácter transteórico (Romero, 2008).

Se identifican tres componentes que la configuran: a) acuerdo en tareas, b) vínculo positivo y c) acuerdo en objetivos. Las tareas se refieren a las acciones y pensamientos que forman parte del trabajo en el proceso terapéutico, de modo que la percepción de estas acciones o tareas como relevantes para la mejoría son parte importante para el establecimiento de la alianza. El acuerdo entre terapeuta y paciente respecto a cuáles son los objetivos a alcanzar con la psicoterapia, así

como compartir mutuamente confianza y aceptación son también elementos esenciales para una buena alianza (Bordin, 1994).

Este autor ha propuesto que una alianza positiva no es curativa *per se* pero es un elemento que hace factible la aceptación y el seguimiento del trabajo terapéutico (Horvath & Luborsky, 1993).

Por su parte, Luborsky en 1976 desarrolló una conceptualización de la alianza más cercana a la visión psicodinámica describiéndola como una entidad dinámica que evoluciona con los cambios de las demandas de las diferentes fases de la terapia (Horvath & Luborsky, 1993). Describió dos tipos de alianza en función de la fase o etapa de la terapia. La alianza de tipo 1, que se da sobre todo en el inicio de la terapia y se caracteriza por la sensación que experimenta el paciente “sobre el apoyo y la ayuda que proporciona el terapeuta como contenedor” (Luborsky, 1976). La alianza de tipo 2 se da en fases posteriores del proceso terapéutico y consiste en la sensación de trabajo conjunto hacia la superación de los impedimentos y el malestar del paciente.

Aunque existen diferencias entre los planteamientos de Bordin y Luborsky, ambos se complementan. La alianza de tipo 1 de Luborsky puede entenderse como la sensación de comodidad que experimentan los pacientes al sentirse acogidos y se puede relacionar con el componente de aceptación o vínculo positivo de Bordin. El acuerdo en las tareas y objetivos en el terapeuta y paciente correspondería entonces a lo que Luborsky denominó como alianza de tipo 2 (1976).

Diversos estudios apoyan el elemento de la negociación entre el terapeuta y el paciente sobre las tareas y los objetivos como un punto

importante para establecer la alianza y el proceso de cambio (Pizer, 1992; Safran & Muran, 2000) lo que genera un distanciamiento de posturas tradicionales que asumían que la alianza era responsabilidad única del terapeuta para que el paciente se enganchara con él y así adoptar sus ideas sobre los objetivos y tareas de la terapia.

En este sentido, la alianza terapéutica se crea conjuntamente entre paciente y terapeuta, de modo que las expectativas, opiniones, construcciones que ambos van desarrollando respecto al trabajo que realizan, la relación establecida y la visión del otro, resultan relevantes para el establecimiento de la alianza terapéutica, es decir, la alianza modula la relación (Corbella, Botella; 2003).

Así, en principio, la existencia de un paciente “no motivado” es un mito clínico puesto que investigaciones reflejan que la motivación para el cambio no es un rasgo estable o una característica de personalidad, sino es un proceso dinámico influenciado por el terapeuta u otras personas significativas (Hubble, Duncan, Miller; 1999).

Otras investigaciones también mencionan que, la experiencia subjetiva del paciente del cambio temprano en el proceso de tratamiento es uno de los mejores predictores del resultado del tratamiento (Arratia, 2007).

#### *Instrumentos de evaluación de la alianza terapéutica*

Se han elaborado diversos instrumentos de Alianza terapéutica y la mayoría se han adaptado para que el cliente, el terapeuta y observadores externos los contesten y han mostrado propiedades psicométricas

aceptables (Horvath & Symonds, 1991). El origen y desarrollo diverso de los diferentes instrumentos de evaluación hace que haya algunas diferencias en los componentes de la alianza de uno a otro (Hovarth & Luborsky, 1993), pero parece que hay dos aspectos nucleares y comunes en todos ellos: la colaboración y el acogimiento (sentirse cómodo y bien recibido) (Corbella & Botella, 2003).

### **Investigación sobre alianza terapéutica**

La alianza dentro de la relación terapéutica ha mostrado ser un factor importante en diferentes orientaciones teóricas como la psicodinámica, cognitiva, interpersonal, ecléctica, experiencial y comportamental, así como en modalidades individuales, grupales y familiares (Corbella, Botella; 2003).

Numerosos estudios señalan relaciones significativas entre la alianza y el resultado final de la psicoterapia (Luborsky, 1994; Horvath & Luborsky, 1993; Corbella & Botella; 2003). En otras revisiones realizadas por Luborsky, Barber & Crits-Christoph (1990), Horvath y Symond (1991), Horvath, Luborsky (1993) y Martin (1999) sobre los estudios de la alianza terapéutica coinciden en destacar la significación de la relación entre la alianza terapéutica y el resultado final de la psicoterapia. En este sentido, la alianza terapéutica resulta ser un buen predictor de los resultados de diferentes modalidades terapéuticas (Horvath & Symond, 1991; Luborsky, 1994, 2000). Por otro lado, Orlinsky, Grawe & Parks (1994) realizaron una revisión y encontraron que el 66% de estudios mostraban una correlación significativa entre el vínculo

terapéutico/cohesión y los resultados de los tratamientos. Henry y Strupp (1994) también encontraron una relación significativa entre la alianza y los resultados en distintas terapias (psicodinámicas, eclécticas y cognitivas), con las terapias ecléctica y cognitiva presentando mayor correlación entre alianza y resultado.

Desde el punto de vista de los terapeutas, el factor de colaboración correlaciona con la evaluación de mejoría formulada por paciente y terapeuta (Hatcher, 1999). Dentro de los componentes que constituyen la alianza terapéutica, los factores de colaboración y confianza, son los que presentan mayor correlación con los resultados de la terapia (Hatcher, 1999; Stiles, Agnew-Davies, Hardy, Barkham, Shapiro; 1998).

La terapia familiar durante la década de los ochenta comenzó a interesarse e incluso a desarrollar teorías clínicas donde aparecía la noción de alianza terapéutica (Escudero & Friedlander, 2003). Pinosoff y Catherall (1986) utilizaron la definición de alianza terapéutica de Bordin a la terapia familiar sistémica y desarrollaron la "IPAS", escala de alianza psicoterapéutica interpersonal. La alianza en terapia familiar o de pareja, difiere un poco de la individual puesto que requiere establecer y mantener diversas alianzas (Rait, 2000).

En las terapias de grupo también se ha demostrado la relación entre los puntajes de alianza terapéutica y las evaluaciones de seguimiento durante los meses de psicoterapia o el resultado al finalizarla (Marziali, Munroe-Blum & McCleary, 1999).



Otros estudios señalan que la alianza terapéutica se relaciona con la aceptación de la farmacología y mayor asistencia a sesiones de terapia pacientes con esquizofrenia (Corbella, Botella; 2003).

Raue, Goldfried y Barkham (1997) compararon el establecimiento de la alianza terapéutica en sesiones de terapia cognitiva conductual y psicodinámica interpersonal encontrando que la primera conseguía unas puntuaciones superiores, en general, a las obtenidas en las sesiones psicodinámicas.

Se han planteado matices diferenciales en cuanto al papel de la alianza terapéutica en función de la orientación teórica de la terapia (Gunderson, Najavits, Leonhard, Sullivan, & Sabo, 1997); como considerar que para algunas orientaciones la alianza sirve de condición necesaria de fondo para que los esfuerzos terapéuticos sean exitosos, mientras que para otras la alianza ayuda a los pacientes a realizar cambios en los diseños interpersonales dentro de la relación terapéutica, como aspecto central para conseguir las mejorías terapéuticas (Westerman, Foote & Winston, 1995).

Las aportaciones de Bordin (1976, 1979) y Luborsky (1976, 2000) muestran que los componentes de la alianza son aspectos de comunalidad en todas las orientaciones.

A partir de diferentes estudios de procesos terapéuticos, muchos investigadores llegaron a la conclusión de que el cambio del paciente en el proceso deriva de la acción de *variables inespecíficas* o *factores comunes* compartidos por los diferentes enfoques (Opazo, 2001). Estas *variables* o *factores* serían entendidos como aquellos aspectos del paciente, del

terapeuta y de la relación entre ambos, que son comunes a cualquier psicoterapia, independientemente de las técnicas o marco teórico empleado (Bagladi, Carrasco & Lira, 1992).

Uno de los aspectos cuestionados en los trabajos que asocian la alianza con los resultados ha sido la posibilidad de que los pacientes tengan una buena alianza terapéutica sólo cuando la terapia les está resultando útil. Sin embargo hay datos que sugieren que la alianza es una cualidad intrínseca de la relación que contribuye al éxito de la terapia por encima de las ganancias terapéuticas alcanzadas en el momento; por tanto, la alianza no sería un reflejo de los resultados favorables (Corbella & Botella; 2003). Safran y Muran (2000) comentan que el desarrollo y la resolución de problemas en el establecimiento de la alianza terapéutica no es el prerrequisito del cambio, pero sí que se trata de una parte esencial del proceso de cambio.

Por otro lado, las primeras sesiones son importantes para el establecimiento de una buena relación con el paciente, de lo contrario el paciente puede abandonar prematuramente la terapia (Horvath & Luborsky, 1993). La alianza medida en las primeras sesiones es un mejor predictor del resultado final de la terapia que la evaluada en la fase intermedia o cuando ya se han realizado muchas sesiones (Corbella & Botella; 2003).

Tryon y Kane (1995) estudiaron la relación entre la alianza en la fase inicial (evaluando en la tercera sesión) y el tipo de finalización de la terapia, encontrando que las finalizaciones decididas unilateralmente por el paciente estaban relacionadas con puntuaciones bajas en las evaluaciones de la alianza terapéutica.

En terapias que van desde las 4 a las 50 sesiones se ha estudiado la influencia de la alianza y parece que la duración de la terapia no afecta a la relación entre alianza y resultado final, pero también se ha señalado que la relación entre la alianza terapéutica y el cambio sintomático aumenta con la duración de la terapia (Horvath & Symonds, 1991).

La valoración de la alianza difiere si la evalúa el terapeuta, el cliente o un observador externo (Golden & Robins, 1990; Gurman & Razin, 1977; Horvath & Greenberg, 1989; Horvath). Sin embargo, parece ser que la valoración del cliente sobre la relación terapéutica, tiene más peso para predecir el resultado final de la terapia (Bachelor, 1991; Barber *et al.*, 1999; Henry & Strupp, 1994; Horvath & Symond, 1991).

Autores como Horvath y Symond (1991) sugieren que las evaluaciones hechas por los pacientes y no por los terapeutas u otros observadores, predicen mejor el resultado de la terapia. Otros autores (Arratia, 2007) señalan que los pacientes puntúan alianza estable a través de la sesión, en cambio los terapeutas u observadores puntúan la alianza como más variable.

Horvath y Symonds (1991) también aseguran que la seriedad de los síntomas del paciente, tiene poco impacto en el desarrollo del establecimiento de la alianza terapéutica, pero otros estudios como los de Eaton, Abeles y Gutfreund (1988) señalan que la sintomatología del paciente contribuye negativamente a la alianza y a su vez, las variables diagnósticas del paciente no predicen la calidad de la misma (Hersoug, Monsen, Havik & Hoglend; 2002)

Diversos autores han profundizado en el conocimiento de los motivos y tipos de rupturas de la alianza y en cómo trabajar para resolverlas (Arnkoff, 1995; Safran & Muran, 2000; Watson & Greenberg, 1995). Ante ello Watson y Greenberg (1995), con base en la conceptualización de Bordin, consideran que algunos problemas de la alianza terapéutica están relacionados con las tareas o los objetivos, así como otros están conectados con el aspecto relacional con el vínculo entre terapeuta y paciente. Se ha observado también que pacientes que tienen una disposición negativa a la situación de tratamiento y que se encuentran relativamente intransigentes a los esfuerzos del terapeuta por establecer la alianza terapéutica, obtienen pocos resultados (Winkler, Cáceres, Fernández & Sanhueza; 1989). En términos diagnósticos, los pacientes con perturbaciones afectivas y conductuales leves muestran mayor mejoría que pacientes con otro tipo de patología (Winkler, Cáceres, Fernández & Sanhueza; 1989).

La importancia de la relación terapéutica genera la necesidad de usar la inspiración y la creatividad para facilitar el establecimiento de la alianza terapéutica en las primeras sesiones y mantenerla a lo largo del proceso terapéutico (Anderson, Ogles & Weis, 1999).

### **Alianza terapéutica en adicciones**

En el campo de las adicciones, en diversas terapias para el alcoholismo, la alianza también predijo significativamente el éxito (sobriedad), incluso al año de seguimiento (Arratia, 2007).

El modelo de intervención grupal de Romero (2008) hace énfasis en tres procesos dinámicos esenciales donde el primero de ellos es el

establecimiento de alianza terapéutica entre los terapeutas y las personas con consumo problemático de drogas.

Por su parte, Simpson, Jose & Rowan-Zsal (1997) realizaron un estudio en un tratamiento para el cese de consumo de heroína en el que se evaluó la motivación previa y el rápido compromiso terapéutico en 435 heroinómanos. Los resultados indican que los pacientes que permanecen un año o más en tratamiento tienen cerca de cinco veces más posibilidades de tener mejores resultados post-tratamiento; así como que el mayor tiempo en tratamiento está precedido por una mayor motivación del paciente en la admisión y a un rápido establecimiento de la alianza y/o compromiso terapéutico en el programa.

Para el tratamiento de cocaína también se considera a la alianza terapéutica como un elemento importante para el tratamiento de ésta adicción debido a que se ha demostrado que es un predictor muy importante de recaída, funcionamiento psicológico y eficacia de los abordajes psicoterapéuticos (Galindo, 2000) y se han identificado algunas actitudes o características de los terapeutas y de los pacientes que favorecen el establecimiento de la alianza terapéutica.

### **Componentes de una relación terapéutica efectiva**

Para Brammer, Shostrom y Abrego (1989), la relación es importante no sólo porque “constituye el principal medio para obtener y manejar los sentimientos e ideas significativas que se persiguen para que cambie la conducta del cliente”, también porque con frecuencia determina si el consejo terapéutico tendrá o no efecto (pp. 74-75). No es probable que se produzca un cambio en el paciente si no existe una relación terapéutica

efectiva (Cormier & Cormier, 2000). Una relación efectiva parece proporcionar el ímpetu y la base para que las estrategias de intervención más directas logren los efectos deseados (Goldstein, 1986).

### *Características de un terapeuta efectivo*

Las actitudes y destrezas del terapeuta son indispensables para generar un tipo de calidad en la relación terapéutica, aunque también las conductas y actitudes del paciente modifican la relación puesto que es interactiva y recíproca. El terapeuta más efectivo es aquél capaz de integrar sus aspectos personal y científico, aquél que logra un equilibrio entre sus competencias interpersonales y técnicas (Cormier & Cormier, 2000).

### *Competencia intelectual*

La práctica terapéutica requiere de un conocimiento global y adecuado de diversas áreas, los terapeutas deben conocer y también querer saber, deben ser lo suficientemente curiosos para comprobar y conocer qué sucede en los pacientes. La competencia intelectual también implica la búsqueda de información para tomar decisiones acertadas sobre la elección del tratamiento y el progreso del paciente, por ello, el consejo terapéutico requiere de una exigencia desde el punto de vista intelectual (Cormier & Cormier 2000).

### *Energía*

El consejo y la terapia generan también demandas emocionales, se puede esperar que una multitud de pacientes genere en el terapeuta algún gasto de energía emocional y físico. Probablemente los terapeutas

pasivos y poco energéticos no inspirarán mucha confianza y seguridad a sus clientes. Por el contrario, el dinamismo e intensidad inspiran seguridad y refuerzo suficiente para que los pacientes colaboren y sean activos en las sesiones (Cormier & Cormier 2000).

### *Flexibilidad*

Los terapeutas eficientes también son flexibles, pues no trabajan con un método rígido para todos los clientes, sino que adaptan métodos y tecnologías a cada cliente en vez de que los pacientes se ajusten al trabajo de los terapeutas (Kiesler, 1966).

### *Apoyo*

Los terapeutas eficientes apoyan a sus pacientes. Este tiene una serie de funciones en la relación terapéutica como generar esperanza, reducir la ansiedad del paciente y proporcionar seguridad emocional (Bramer, Shostrom & Abrego, 1989). La relación terapéutica se experimenta como un apoyo pero de ninguna manera como una protección incondicional (Rogers, 1951). El paciente percibe que hay alguien que lo acepta tal como es, y que desea que adopte una postura cual sea. El terapeuta mantiene un equilibrio justo entre el apoyo y la protección para evitar que se genere la dependencia del paciente y para evitar rescatar al paciente, como extraer a los pacientes de su propio sistema de autoapoyo (Cormier & Cormier 2000).

### *Buenos deseos*

Los terapeutas que tienen *buenos deseos* trabajan a favor de sus pacientes y no en beneficio de sí mismos. Su deseo de ayudar no está

mediatizado por sus propias necesidades. También implica que los motivos del terapeuta son positivos y constructivos, implica además un comportamiento ético y responsable con los pacientes (Cormier & Cormier 2000; Sociedad Mexicana de Psicología, 2009).

### *Conocimiento de Sí Mismo*

La habilidad de implicarse en una interacción interpersonal efectiva está influida por los sentimientos y actitudes que los terapeutas tienen de sí mismos. Si existe la falta del autoconocimiento, es probable que no se pueda establecer la relación terapéutica más idónea para el paciente, puesto que los terapeutas que tengan un punto de vista negativo sobre sí mismos se subestimarán, buscarán o evitarán las interacciones con otros que confirmen su autoimagen negativa. Si el terapeuta no se siente competente o válido como persona, puede transmitir esa actitud hacia el paciente, o si no se siente seguro de su capacidad para llevar a cabo una intervención, puede estructurar el proceso terapéutico para localizar los problemas de su propia imagen o para confirmar su autoimagen negativa (Cormier & Cormier 2000).

Se recopilan tres áreas personales propuestas por varios autores y que la mayoría de los terapeutas deberían examinar atentamente porque pueden tener un impacto significativo sobre la calidad de la relación y la eficacia del servicio que se ofrece a los pacientes: competencia, poder e intimidad.

*Competencia.* Los sentimientos de competencia profesional del terapeuta pueden influir sobre su conducta observable encubierta en las interacciones terapéuticas. Los sentimientos de incompetencia pueden



describirse como temor al fracaso o temor al éxito. Un terapeuta que tema el fracaso puede enfocar el consejo con una actitud excesivamente positiva o *Pollyanna*. El temor al fracaso puede intervenir para evitar conflictos cuando el terapeuta está estructurando el consejo generando además que la interacción terapéutica sea superficial porque las dificultades y los temas conflictivos no se sacan en la terapia (Cormier & Cormier, 2000).

*Poder.* Los sentimientos no resueltos sobre sí mismo en relación al poder y al control pueden incluir la impotencia, pasividad y dependencia. Un terapeuta que teme tener poco poder, ser débil o que teme perder el control puede intentar ser omnipotente. Para esta persona el consejo sólo es manejable cuando es controlable. Tal terapeuta puede utilizar diversas maniobras para mantener el control como son: persuadir al paciente para que éste haga lo que él desea, desanimarse o colocarse a la defensiva si un paciente se resiste o duda, o puede dominar el contenido y la dirección de la entrevista. El terapeuta que necesite controlar la entrevista puede mostrar mayor tendencia a entablar un conflicto con el paciente (Cormier & Cormier, 2000).

*Intimidación.* Las necesidades íntimas no resueltas del terapeuta también pueden alterar el curso del consejo. Generalmente, un terapeuta que tiene problemas en su intimidad puede temer al rechazo o puede sentirse amenazado por la cercanía o el afecto. Un terapeuta que teme al rechazo puede comportarse de tal modo que encuentre la necesidad de ser aceptado y querido por el paciente. Por ejemplo, el terapeuta puede evitar retar o enfrentarse al paciente por temor a decepcionar al cliente.

Un terapeuta que teme la intimidad y afecto puede generar una relación demasiado distante. El terapeuta puede evitar la intimidad emocional en la relación ignorando las expresiones de afecto positivo que le muestra el paciente o comportándose de manera brusca y distante y tratando al paciente sólo a través del *rol profesional* (Cormier & Cormier, 2000).

### **Otros factores que influyen sobre la relación terapéutica**

Diversos factores, tales como los valores, influyen sobre la relación terapéutica, se refieren a los sentimientos o actitudes sobre algo, así como las conductas preferidas. Los valores se intercalan en cualquier interacción. Los terapeutas no pueden ser <<escrupulosamente neutrales>> en sus interacciones con los pacientes (Corey, Corey & Callanan, 1988). Los entrevistadores pueden influir sin intención alguna sobre el paciente para convertir sus valores de formas sutiles como prestando atención o mediante signos no verbales de aprobación o desaprobación (Corey, Corey & Callanan, 1988).

Otro factor relevante es la ética del terapeuta, puesto que la relación terapéutica necesita ser manejada de forma que favorezca y proteja el bienestar del paciente. El sistema de valores del terapeuta es un factor importante que determina el comportamiento ético. Así pues, un terapeuta propicia el bienestar de su paciente, lo que implica que el terapeuta está intelectual y emocionalmente dispuesto a dar lo mejor que puede a cada paciente, o ver que éste tiene una posibilidad alternativa si su atención no es la más conveniente (Cormier & Cormier, 2000).

A su vez, la confidencialidad está estrechamente relacionada con el bienestar del paciente. Los terapeutas que no respetan las confidencias

del paciente pueden causar daños graves y a menudo irreparables para la relación terapéutica. Los terapeutas normalmente no pueden revelar información sobre ellos salvo que hayan recibido de antemano la autorización escrita o cuando el terapeuta detecte una posibilidad real de que el paciente pueda lastimarse o lastimar a otros, como en la ideación suicida u homicida (Sociedad Mexicana de Psicología, 2009).

Es importante también evitar cualquier relación dual, por ejemplo de tipo administrativo, instructivo o de supervisión social, sexual, etc. Las relaciones duales son problemáticas porque reducen gravemente la objetividad del terapeuta, confunden los puntos a abordarse y a menudo colocan al paciente en una posición de obligado consentimiento (Cormier & Cormier, 2000; Sociedad Mexicana de Psicología, 2009).

*Derechos de los pacientes.* Otro factor de suma importancia es respetar los derechos de los pacientes, lo que implica el comunicado de la preparación del terapeuta, los costes de la terapia o informar si la terapia presenta algunas limitaciones o no garantiza los resultados. Desde el inicio el terapeuta debe proporcionar al cliente suficiente información sobre la terapia para que el paciente pueda hacer una elección consciente (también denominado consentimiento informado) (Sociedad Mexicana de Psicología, 2009).

Por su parte, es importante que el terapeuta sepa manejar con responsabilidad y efectividad las derivaciones, referencias o canalizaciones a otros terapeutas. Derivar un paciente a otro terapeuta puede ser necesario cuando, por cualquier razón, no puede proporcionar al paciente el servicio o cuidado requeridos. (Cormier & Cormier, 2000).

## Condiciones facilitadoras de Rogers

Las actitudes terapéuticas propuestas por Rogers (1957) despertaron gran interés en estudios posteriores, que buscaron las características y las conductas del terapeuta benéficas para el resultado terapéutico (Orlinsky & Hovard, 1986). La empatía y la calidez del terapeuta son dos de las cualidades que la mayoría de los investigadores coinciden en considerar relevantes (pero no suficientes) para establecer una buena alianza terapéutica (Bachelor, 1991).

Las destrezas de relación de respuesta, de escucha, se aplican en la mayoría de los enfoques asistenciales. Estas destrezas tienen sus orígenes en la teoría del consejo desarrollada por Rogers (1951) denominada terapia “centrada en el cliente” o “centrada en la persona”. Esta propuesta constituye la base de éstas destrezas fundamentales.

En el contexto de la terapia, el crecimiento del paciente se asocia con niveles altos de tres condiciones relacionales nucleares o facilitadoras: *empatía* (comprensión precisa), *respeto* (atención positiva) y *genuinidad* (congruencia) (Rogers, Gendlin, Kiesler & Truax, 1967). Si estas condiciones están ausentes en la relación terapéutica, los pacientes no sólo no lograrán crecer sino que pueden deteriorarse (Berenson & Mitchell, 1974; Carkhuff, 1969a, 1969b; Truax & Mitchell, 1971). Presumiblemente, otras condiciones de estas que favorecen la relación terapéutica debe comunicarlas el terapeuta para que pueda percibirlas el cliente (Rogers, 1951, 1957).

Otros autores han descrito los propósitos más importantes de las condiciones facilitativas, algunas de las cuales se resumen a continuación (Gazda, Asbury, Balzer, Childers y Walters, 1984):

1. El uso de las condiciones facilitadoras establece una relación de confianza y atención mutua en la que el paciente se siente seguro y capaz de expresarse de cualquier forma o modo necesario.
2. Las condiciones facilitadoras ayudan a definir el rol del terapeuta; los terapeutas utilizan las conductas terapéuticas efectivas e intentan evitar las destrezas y conductas no efectivas.
3. El uso de condiciones facilitadoras ayudan al paciente a obtener una imagen de sí mismo más completa y concreta permitiéndole ver o comprender cosas que anteriormente podían estar escondidas o eran comprensibles sólo en parte.
4. La respuesta facilitadora es un modo concreto de mostrar a los pacientes que disponen de toda su atención sin ninguna distracción personal o ambiental.

De nuevo, tres condiciones nucleares representan una muestra de destrezas así como una actitud por parte del terapeuta.

#### *Empatía o precisión en la comprensión*

La empatía es la capacidad de comprender a las personas desde su propio marco de referencia en vez del correspondiente al terapeuta. Responder empáticamente a un paciente puede ser “un intento de pensar *con* más que *para* o *sobre* el cliente” (Brammer, Shostrom & Abrego, 1989).

Generalmente, la empatía es útil para la calidad y efectividad de la relación terapéutica. La empatía ayuda a conseguir el rapport y a obtener información de los pacientes mostrándoles comprensión o atención (Egan, 1990), acordando que el terapeuta y el paciente están trabajando “desde el mismo lado” (Krumboltz & Thoresen, 1976) y adoptando las metas del paciente relativas a la autoexploración (Gladstein, 1983). La empatía se transmite mediante los mensajes verbales reflexivos y aditivos (Carkhuff, 1969a; Carkhuff & Pierce, 1975; Egan, 1990), mediante la conducta no verbal (Maurer & Tindall, 1983) mediante el uso de palabras o predicados seleccionados que inciden sobre los sistemas sensoriales del paciente (Lankton, 1980).

#### *Medios Verbales de Transmisión de la Empatía*

*Mostrar deseos de comprender.* No sólo es necesario transmitir una comprensión precisa de la perspectiva del paciente sino también que el terapeuta transmita su *deseo* de entender desde el marco de referencia de éste. Esto se observa en las afirmaciones que muestran los esfuerzos del terapeuta por comprender el mundo del paciente y por la clarificación y preguntas sobre las experiencias y sentimientos de él (Cormier & Cormier, 2000).

*Tratar lo que es importante para el paciente.* Las preguntas y afirmaciones del terapeuta muestran que conoce qué es lo más importante para el paciente, respondiendo de modo que se refiera a los problemas o dificultades básicas del mismo. Se trata de una afirmación breve que capte los pensamientos y sentimientos del paciente y se

relacione directamente con sus preocupaciones (Cormier & Cormier, 2000).

*Uso de respuestas verbales referentes a los sentimientos del paciente.* Una forma de definir la empatía consiste en hacer afirmaciones verbales que reflejan los sentimientos del paciente (Uhlemann, Lea & Stone, 1976).

*Utilizar respuestas que transmitan sus conocimientos sobre los sentimientos del paciente.* Centrándose en los sentimientos de éste y definiéndolos o etiquetándolos. En ocasiones esto se denomina empatía «primaria» (Egan, 1990) o “intercambiable” (Carkhuff, 1969a).

*Utilizar respuestas verbales que conducen o siguen a los mensajes implícitos del paciente.* La empatía también implica la comprensión de los pensamientos y perspectivas internas del paciente incluso cuando éstas no se han verbalizado. Según Rogers (1977), «el terapeuta se introduce tanto en el mundo privado del otro que puede esclarecer no sólo los mensajes de los que el paciente es consciente sino también los que permanecen justo debajo del nivel de “consciencia”».

*El terapeuta se dirige o continúa los mensajes del paciente.* Con la finalidad de comunicar que entiende lo que éste quiere decir o infiere, con el propósito de añadirlo al marco de referencia del paciente o para extraer las implicaciones de la cuestión. En algunas ocasiones esto se denomina empatía aditiva (Carkhuff, 1969a) o “empatía avanzada” (Egan, 1990).

Carkhuff y Pierce (1975) elaboraron un Inventario Discriminativo que presenta una escala para evaluar los mensajes de empatía primaria y

aditiva. En esta escala las respuestas del terapeuta se valoran con base en cinco niveles: el Nivel 3 se considera como el nivel *mínimo* de aceptabilidad de la respuesta. El Nivel 3 de respuesta de esta escala corresponde al concepto de empatía intercambiable de Carkhuff y Pierce y al concepto de nivel primario de empatía de Egan (1975); el Nivel 4 corresponde a la empatía aditiva (Carkhuff, 1969a) o a la empatía avanzada (Egan, 1990) y el Nivel 5 representa la acción facilitativa. La escala puede utilizarse para discriminar los diferentes niveles de respuesta o para valorar los niveles de comunicación del terapeuta.

#### *Medios no verbales de transmisión de la empatía*

Además del uso de mensajes verbales seleccionados, la empatía se transmite mediante conductas no verbales como el contacto visual (ver a los ojos) una posición corporal directa, ofreciendo la cara al cliente (Haase & Tepper, 1972) y mostrándose con los brazos cómodamente dispuestos a la apertura (no cruzados) hacia el cliente (Smith-Hanen, 1977). Estas conductas no verbales son particularmente útiles cuando siguen el ritmo con la conducta no verbal del cliente. Seguir el ritmo significa moverse cuando se mueve el cliente o coincidir con la conducta no verbal del paciente sin imitarlo o sin hacerlo de una forma tan deliberada que el cliente lo note o lo interprete como intención de mofarse.

#### **Adhesión Terapéutica en el tratamiento de tabaquismo**

La alianza terapéutica juega un papel de estrategia que el terapeuta emplea con la finalidad obtener la Adhesión terapéutica, entendida como “una implicación activa y voluntaria del paciente en un curso de



comportamiento aceptado de mutuo acuerdo, cuyo fin es producir un resultados terapéutico deseado” (DiMatteo & DiNicola, 1982).

Mantener la Adhesión de los fumadores a los tratamientos de cesación requiere un manejo terapéutico especial, ya que al igual que ocurre con otras adicciones, en el proceso de dejar de fumar la motivación puede fluctuar, las situaciones de riesgo pueden ser no valorarse adecuadamente y pueden presentarse recaídas (Salvador & Ayesta; 2009).

Existen diversas variables predictoras de éxito en el cese de tabaco, además de la Adhesión al tratamiento, como la ausencia de depresión, pues se ha identificado como una variable predictora de mantenimiento de la abstinencia a largo plazo (Crucelegui et al. 2004; López & Gil, 2001; Llambí, Esteves, Blanco, Barros, Parodi &Goja; 2008).

Otro estudio señala que las variables sociodemográficas no se asocian al mantenimiento de la abstinencia de tabaco, sin embargo, aquellos pacientes que fumaban menos de 20 cigarros al día, el 43% de ellos se mantuvieron en abstinencia durante por lo menos un año; mientras que aquellos que fumaban más de una cajetilla diaria, sólo una quinta parte se abstuvo. La presencia de un grado leve de dependencia a la nicotina según el test de Fagerström, se asocia significativamente con la abstinencia (Llambí, Esteves, Blanco, Barros, Parodi &Goja; 2008).

Los pacientes que habían tenido periodos previos de abandono del tabaquismo, también suelen tener un mayor porcentaje de éxito. En relación con las variables relacionadas con la salud, el poseer diagnóstico de una enfermedad relacionada con el tabaquismo no se asocia

significativamente con la abstinencia, pero sí con la práctica regular de ejercicio físico y el éxito del tratamiento de sintomatología depresiva. De las variables relacionadas con el tratamiento, la modalidad grupal, el uso de fármacos específicos como el bupropión o TRN, o ambos, y la Adhesión al tratamiento mostraron asociación estadísticamente significativa con el éxito del mismo (LLambi, Esteves, Blanco, Barros, Parodi & Goja; 2008)

La Adhesión o la falta de ella no es algo dicotómico, un motivo que dificulta la evaluación inequívoca de la Adhesión es encontrar instrumentos fiables para medir este factor (Bonilla, 2007); suelen utilizarse medidas indirectas como indirectas como la entrevista, donde el paciente informa su comportamiento, lo cual no está libre de sesgos, ya que la deseabilidad social puede hacer que el fumador procure no contradecir las expectativas del terapeuta por miedo a los efectos secundarios (Salvador & Ayesta, 2009).

Se estima muchos pacientes no se adhieren a las prescripciones terapéuticas; en el caso de las enfermedades agudas la falta de Adhesión es de aproximadamente 20%, pero en los trastornos crónicos alcanza el 45%; si además el tratamiento conlleva cambio de hábitos o estilo de vida, como es el caso del tabaquismo, la falta de Adhesión sobrepasa estos porcentajes (Haynes, McDonald & Garg, 2002; Rodríguez-Marín, 1995). La propia Organización Mundial de la salud ha documentado que en tratamientos prolongados de padecimientos crónicos relativamente asintomáticos la falta de adhesión terapéutica puede alcanzar valores superiores al 80% (Hotz, Kaptein, Pruitt, Sanchez-Sosa & Willey, 2003).

Una gran cantidad de trabajos relacionan la adhesión terapéutica y los diversos factores que pueden influir sobre ella. De una manera esquemática, éstos pueden agruparse en los siguientes factores (Amigo, Fernández, Pérez, 1998; Hotz, Kaptein, Pruitt, Sanchez-Sosa & Willey, 2003; Martín & Grau, 2004; Meichenbaum, Turk, 1991; Rodríguez-Marín, 2004).

a) *Variables del paciente*

*Percepción del problema.* Un requisito inicial es el hecho de que el paciente perciba y acepte que tiene un problema, y lo anterior se ve reforzada por percibir además que fumar le genera inconvenientes, que tiene solución y que precisa de ayuda profesional para el cese de tabaco (Ehrenzweig, 2007).

*Ambivalencias.* La motivación de las personas que deciden dejar de fumar va a fluctuar en el tiempo. La resistencia a dejar la conducta de fumar es previsible, ya que cualquier decisión humana presenta sus *pros* y sus *contras* y dejar de fumar no es una excepción, se habla del conflicto de querer y no querer (Miller & Rollnick, 1999). Aunque las ambivalencias pueden ser manifiestas desde el inicio, lo más frecuente es que éstas vayan apareciendo a lo largo del proceso de cesación. Por ello conviene ayudar a los pacientes a afrontarlas y resolverlas (Salvador, Ayesta; 2009).

*Coste percibido de dejar de fumar.* Situaciones como la sintomatología del síndrome de abstinencia, la presencia de malestar debido a la dificultad de controlar las situaciones para cuyo manejo usaban el tabaco, los malestares pueden ser más percibidos por el paciente que el

propio beneficio por estar abstemio. Ante la presencia de estos inconvenientes o menores gratificaciones a corto plazo, conviene ayudar al paciente a fijarse en los beneficios y objetivos que ya se están obteniendo y en los que se lograrán a medio-largo plazo (Salvador, Ayesta; 2009).

*Contexto personal.* Aunque puede considerarse como variable externa al paciente, el contexto puede también dificultar la Adhesión (Rodríguez-Marín, 2004). Un ejemplo de esto serían aquellas personas que, dentro del tratamiento para dejar de fumar, se plantean cambiar alguna pauta de alimentación para no subir mucho de peso: es posible que no encuentren apoyo familiar, bien porque alguien vea peligrar sus hábitos alimenticios (miedo a que se deje de comprar dulces o determinados refrescos que usan otros en su casa, etc.) o simplemente porque complique la elaboración de las comidas.

*b) Relación terapeuta-paciente*

*Actitud activa del paciente.* Es fundamental para mantener la Adhesión, conseguir la participación del paciente en la elección del plan terapéutico, favoreciendo que verbalice su compromiso (Amigo, Fernández, Perez, 1998; Miller & Rollnick, 1999). Por ello, en el abordaje del consumo de tabaco, como ocurre en las otras conductas adictivas, una actitud del terapeuta de carácter motivacional aumenta la Adhesión al tratamiento. Conviene evitar la confrontación con el paciente y no discutir con él ni tratar de imponerle un programa de tratamiento (Salvador, Ayesta; 2009).

*Manejo de expectativas.* Es imprescindible que quien desea dejar de fumar perciba que las estrategias de tratamiento le aportan algo, le sirven para afrontar situaciones concretas, le pueden resultar útiles. Por ello, la mejora de las expectativas del paciente respecto a la utilidad o beneficios del tratamiento es una manera clave de influir positivamente en la Adhesión (Amigo, Fernández, Pérez, 1998). También hay que procurar que las expectativas de los pacientes sean congruentes con las consecuencias reales que se van a derivar del tratamiento (Vogt, Hall, Marteau, 2008).

*Adecuada comunicación.* Una buena comunicación, en sus vertientes informativa y persuasiva, es una variable relevante en la Adhesión terapéutica (Rodríguez-Marín, 2004). A la hora de informar hay que tener en cuenta la capacidad de procesamiento de los pacientes: se ha descrito que los pacientes sólo recuerdan el 50% de la información que reciben y que, además, parte de las instrucciones recibidas son recordadas erróneamente (Godoy, Sánchez- Huete y Muela, 1994); los consejos e instrucciones se olvidan más que otro tipo de información (Rodríguez-Marín, 2004). Conviene por tanto adaptarse a las características de los pacientes y cerciorarse de que asimilan adecuadamente las diversas informaciones necesarias Salvador, Ayesta; 2009).

### c) Otros factores

*Características del trastorno.* Diversos estudios han mostrado que la Adhesión se relaciona en parte con las características del trastorno: cuando éste se manifiesta con síntomas de inicio agudo, fácilmente

reconocibles y que molestan al paciente, es más probable la adhesión al tratamiento; sin embargo, cuando los síntomas son prácticamente inexistentes, poco claros o se mantienen constantes durante tiempo de manera que el paciente se adapta a ellos, la Adhesión disminuye (Amigo, Fernández, Pérez, 1998; Hotz, Kaptein, Pruitt, Sanchez-Sosa & Willey, 2003).

*Características del régimen terapéutico.* Diversos estudios han encontrado que los pacientes tienden a adherirse menos a aquellos regímenes de medicación que requieren distintas dosis a lo largo del día; también se observa que, a medida que se alargan los tratamientos, es más probable la falta de Adhesión a los mismos (Sánchez, 2006). En el caso del tabaco, tomar diferentes pautas diarias requiere una mayor dedicación por parte del fumador y, por tanto, un mayor esfuerzo. Entre los costes de la conducta de cesación se encuentra el coste de la medicación (no es lo mismo pagar por *disfrutar* que pagar por no hacerlo) y la aparición de efectos indeseados bien sea debidos al proceso de cesación o a la propia medicación. En tabaco puede ocurrir que las consecuencias de seguir un tratamiento puedan ser más punitivas (al menos, a corto plazo) que los síntomas del propio trastorno (que puede no dar ninguno). No es infrecuente que los fumadores refieran que mientras están dejando de fumar se encuentran peor que cuando fumaban, aunque esto es habitual en muchos procesos de cambio (Salvador, Ayesta; 2009).

*La organización de los servicios de salud.* Diversos factores relacionados con las características de la atención sanitaria pueden

también influir en la Adhesión de los pacientes a los tratamientos (Amigo, Fernández, Pérez, 1998). Respecto al abordaje del consumo de tabaco se han descrito como obstáculos: la falta de formación en tabaquismo de los profesionales de la salud, listas de espera largas, horarios de los tratamientos incompatibles con la disponibilidad del fumador, poco tiempo de dedicación al paciente en la consulta, la falta de continuidad en la atención del profesional sanitario, etc. El entrenamiento de profesionales sanitarios, haciendo énfasis en la buena comunicación entre terapeutas y pacientes aumenta la Adhesión al tratamiento (Abad, 2008).

No obstante, los resultados en la investigación sobre la eficacia de la psicoterapia han mostrado que parecen ser las variables comunes relacionadas con el paciente (expectativas de cura, fe en el terapeuta, etc.), con el terapeuta (empatía mostrada, capacidad de escucha, etc.) y, en especial, con la interacción terapéutica las que explicarían un mayor porcentaje del cambio terapéutico (Romero, 2008).

Uno de los antecedentes sobre el tema de éxito en el tratamiento para dejar de fumar se dio en la Clínica donde se realizó el presente estudio (Leal, Ocampo & Cicero, 2010). Se analizaron ciertas variables de una muestra de 130 pacientes que ingresaron a tratamiento para dejar de fumar. Las características que incrementaron la tendencia a permanecer y concluir un tratamiento para dejar de fumar incluyeron: sexo masculino, edad mayor de 40 años, una relación de pareja actual, escolaridad de licenciatura o superior, y que el individuo tuviera una ocupación que colabore con el ingreso familiar. No se documentaron

diferencias significativas entre aquellos pacientes que dejaron de fumar y aquellos que no lo hicieron agrupándolos como dependientes o no dependientes a la nicotina con base en los puntajes del test de Fagerström y tampoco hubo diferencias en función de los diversos motivos del test de Russell. En general, los pacientes con asertividad alta y grado de incomodidad promedio mostraron una tendencia a completar el tratamiento. Los de asertividad media y grado de incomodidad alto tendieron a desertar.

Así la aportación del presente estudio consiste en el análisis de la variable *alianza terapéutica* sobre el proceso de cesación tabáquica, con especial atención a la posible relación, real o percibida por el paciente y por observadores externos con diversos componentes del tratamiento.

## **Método**

### **Participantes**

Formaron parte del proyecto 4 pacientes tabaquistas y, como terapeutas, tres alumnas avanzadas de licenciatura de la Facultad de Psicología de la UNAM. estas últimas realizaban su servicio social en la Clínica Contra el Tabaquismo del Hospital General de México, y al momento en que participaban en el proyecto, ya habían recibido un entrenamiento sobre el tratamiento cognitivo conductual para pacientes con tabaquismo crónico. El titular del proyecto les impartió el taller sobre alianza terapéutica que incluía características del terapeuta efectivo y condiciones facilitadoras de Rogers por estar implícitos en el marco teórico de la alianza terapéutica y para homogeneizar su conocimiento y



habilidades. El motivo de consulta de los pacientes fue específica y únicamente dejar de fumar.

### *Descripción del grupo*

A continuación se describen los datos más sobresalientes referentes a las características principales de los pacientes así como los resultados de las evaluaciones con las pruebas de tamizaje utilizados en la Clínica Contra el Tabaquismo al momento de realizar la entrevista de primera vez.

Participaron 20 pacientes en total, 12 de ellos terminaron el tratamiento y ocho desertaron. Por su parte, los participantes con éxito en el tratamiento lo conformaron seis hombres y seis mujeres. Los datos sociodemográficos se muestran en la tabla 1.

**Tabla 1**

*Datos sociodemográficos de los participantes.*

Datos sociodemográficos	(f)
Mujeres	6
Hombres	6
Edad	27 - 68
Promedio de edad	47
Nivel socioeconómico	(f)
Bajo	1
Medio bajo	8
Medio alto	1
No realizó	2

Todos los participantes cumplieron con los criterios diagnósticos de Tabaquismo Crónico (F 17.2) de acuerdo al DSM-IV TR, un paciente al momento de presentarse a la entrevista, había sido diagnosticado y medicado por Trastorno de Esquizofrenia, aunque no tenía conocimiento del tipo de Esquizofrenia que padecía. Durante el Tratamiento para la cesación del tabaquismo, se diagnosticó con Trastorno de Depresión mayor a una de las participantes la cual terminó el tratamiento.

## Tabla 2

*Diagnósticos psicológicos actuales de los pacientes de éxito terapéutico.*

Diagnóstico	(f)
Tabaquismo crónico	12
Esquizofrenia	1
Depresión mayor	1

Como se aprecia en la tabla 3, ocho pacientes han intentado en algún momento de su vida dejar de fumar por diversos medios que van desde suspenderlo abruptamente por cuenta propia, hasta el uso de parches y chicles con nicotina, cigarro electrónico y uno de ellos ha acudido a alguna clínica para dejar de fumar.

**Tabla 3**

*Frecuencia de intentos y tratamientos previos para dejar de fumar de los pacientes.*

Intentos previos para dejar de fumar	(f)
Nunca	4
1 vez	3
Menos de 5 veces	3
Más de 5 veces	2
Tratamientos previos	n
Parches	2
Chicles	3
Clínicas	1
Cig. Electrónico	1
Ninguno	8

En la tabla 4 se aprecia el número total de pacientes atendidos por las terapeutas donde se observan seis deserciones o "muertes experimentales" de manera consecutiva con la terapeuta 1, de los cuales dos de ellos tenían un consumo de 40 cigarros al día. En promedio trabajó siete sesiones con sus pacientes que dejaron de fumar y además reportaron una mejoría de sus síntomas al término del tratamiento. La terapeuta 2 tuvo dos deserciones de las cuales, ambos fueron hombres y con un consumo elevado de 20 cigarros al día y en promedio trabajó ocho sesiones con sus pacientes, mismos que no reportaron mejoría en sus síntomas al terminar su tratamiento. La terapeuta 3 no tuvo

deserciones, su muestra tuvo consumo bajo de cigarros, salvo una paciente que fumaba 30 cigarros diarios y contaba con el diagnóstico de depresión mayor, el promedio de consultas fue de seis.

**Tabla 4**

*Desempeño general de los pacientes.*

Terapeuta	Pacientes	Edad	Terminó tratamiento	f de cigarros	No. de sesiones	Mejoría sintomática	
						Evaluación 1	Evaluación 2
1	F	37	Si	12	8	20	33
	F	52	No	8	1	-	-
	M	47	No	40	6	32	-
	F	49	No	14	5	35	-
	M	24	No	12	1	-	-
	M	63	No	40	10	34	-
	F	51	No	8	1	-	-
	M	27	Si	3	5	34	35
	M	45	Si	20	6	31	30
	F	32	si	20	7	25	28
2	F	41	si	12	10	25	24
	M	38	no	20	7	35	-
	F	57	si	6	5	35	35
	M	56	si	4	10	35	29
	M	29	no	20	7	21	-
	M	47	si	15	7	32	32
3	F	40	si	30	7	34	29
	M	62	si	5	6	25	21
	F	55	si	8	8	33	35
	M	68	si	2	4	35	30

La tabla 5 muestra que las cinco clasificaciones del Test de Fargeström fueron ocupadas por los participantes, las categorías con

mayor frecuencia fueron las de dependencia *alta, media y muy poca* con tres participantes.

**Tabla 5**

*Puntuaciones del Test de Fargeström*

Test de Fargeström	
Dependencia	Frecuencia
Muy poca	3
Poca	1
Media	3
Alta	3
Mucha	2

La tabla 6 muestra los puntajes del Test de Russell sobre los principales motivos para fumar dichos por los participantes, incluyendo más de un motivo como los principales, los de mayor frecuencia fueron: *reducción de tensión, sensación de necesidad y para relajarse.*

**Tabla 6**

*Frecuencias de los principales motivos para fumar de Rusell.*

Test de Rusell	
Categoría	f
Estímulo	2
Manipulación	2
Relajamiento	5
Adicción	1
Reducción de tensión	9
Necesidad	7

La tabla 7 muestra los puntajes del CES-D, donde se observa que la mayoría de los participantes puntuaron en depresión *leve* y sólo dos de ellos en *elevada*, uno en moderada y otro en no depresión.

**Tabla 7**

*Frecuencias de los puntajes del CES-D.*

CES-D	
Categoría	n
No depresión	1
Leve	8
Moderada	1
Elevada	2

En los inventarios de Beck mostrados en la tabla 8, se observa que en el BAI (ansiedad) predominó la categoría *leve* con una frecuencia de seis, mientras que en las demás categorías la frecuencia fue de dos respectivamente. En el BDI (síntomatología depresiva) la categoría de *mínima* tuvo una frecuencia de ocho, seguido de leve con dos y moderada y severa con uno respectivamente.

**Tabla 8**

Puntajes del Inventario de Beck, BAI & BDI.

Inventario de Beck		
Puntuación	BAI	BDI
Mínima	2	8
Leve	6	2
Moderada	2	1
Severa	2	1

La tabla 9 de la prueba de IDARE en las subescalas de *Rasgo* y *Estado* muestra un predominio de la puntuación *baja* seguida de *muy baja*, lo que indica que los participantes, según esta escala, en general no son habitualmente ansiosos y al momento de la evaluación tampoco lo estaban.

**Tabla 9**

*Puntuaciones del Test IDARE.*

IDARE		
Puntuación	Rasgo	Estado
Muy baja	3	2
Baja	5	8
Media	2	0
Alta	1	1
Muy alta	1	1

Para la tabla 10, correspondiente al Test de Barrat, se obtuvo la mediana de la población por subescalas y totales. Los puntajes promedio de la población son mayores que la mediana, lo que la describe como impulsiva en las subescalas de *Motora* y *Cognitiva*, lo que favorecería el fumar (Fields, Collins, Leraas & Reynolds; 2009).

**Tabla 10**

*Resultados del Test de Barrat*

Puntuación	No planeada	Motora	Cognitiva	Total
Mínima	11	8	6	30
Máxima	34	33	30	88

Promedio	20	15	14	49
----------	----	----	----	----

En la Tabla 11, sobre el test de Sócrates, que mide el grado de motivación para dejar de fumar (aplicado a 11 de los participantes) muestra que en la categoría de *Reconocimiento*, puntuaron con un promedio "Bajo", lo que hace alusión a la disonancia que tienen los pacientes con respecto al problema del tabaquismo. En *Ambivalencia*, puntuaron "Medio" lo que muestra que en algunas ocasiones los individuos se preguntan a sí mismos si tienen el control sobre su consumo, si están consumiendo en exceso o si están dañando a otras personas. En *Acción*, puntuaron "Medio", lo que describe que los participantes no estaban realizando acciones para cambiar su consumo al día de la entrevista.

**Tabla 11**

*Resultados del Test de Sócrates*

Categoría	Muy		Muy			Promedio	Rango
	bajo	Bajo	Medio	Alto	alto		
Reconocimiento	2	2	3	4	0	30	Bajo
Ambivalencia	0	1	3	3	4	16	Medio
Acción	0	3	2	2	4	33	Medio



## **Escenario**

El estudio se llevó a cabo en un consultorio con adecuadas condiciones de iluminación, sin estímulos distractores ni escritorio de por medio y acondicionado con el material necesario para el desarrollo de las actividades terapéuticas (autorregistros, ilustraciones, material de psicoeducación, etc.).

## **Materiales e instrumentos**

Videocámara, cámara de mini lap top.

## **Medición**

Se utilizaron las siguientes pruebas:

*Para los terapeutas:*

1. SOATIF - IND (TERAPEUTA), (Sistema de Observación de la Alianza Terapéutica en Intervención Familiar versión Individual; Escudero & Friedlander, 2003) versión española; el cual mide enganche en el proceso terapéutico, conexión emocional con el paciente y seguridad. La prueba tiene 12 reactivos, lápiz y papel y ésta fue contestada por el titular del proyecto fungiendo como observador. El desarrollo del SOATIF ha implicado un esfuerzo de cooperación internacional con el objetivo de conseguir una aplicación trans-cultural de las escalas que lo componen. La validez se llevó a cabo por medio de jueces, por lo que los autores le

solicitaron a un grupo de expertos en investigación clínica (y que eran también terapeutas familiares) de España (8 expertos) EE.UU. y Canadá (17 expertos) que indicaran qué descriptores reflejaban mejor cada una de los constructos subyacentes de la prueba. Si al menos el 75% de los expertos investigadores que respondieron a nuestra tarea de clasificación seleccionaban la misma dimensión para un descriptor determinado, se mantenía dicho descriptor entre los indicadores de esa dimensión; si no era así se eliminaba o se cambiaba a una dimensión distinta (aquella en la que ese descriptor sí había sido clasificado por más del 75% de los expertos) finalmente se construyó el instrumento con un acuerdo mínimo del 75% (Escudero & Friedlander, 2003). Se realizó el mismo procedimiento para las versiones terapeuta y paciente.

Las dimensiones se definen de la siguiente forma:

*Enganche en el Proceso Terapéutico:* El cliente le ve sentido al tratamiento, se transmite la sensación de estar involucrado en la terapia y trabajando coordinadamente con el terapeuta, que los objetivos y las tareas en terapia pueden discutirse y negociarse con el terapeuta, que tomarse en serio el proceso es importante, que el cambio es posible.

*Ejemplos de indicadores observables incluidos en esta dimensión:*

- ✓ El cliente indica su acuerdo con las metas propuestas por el terapeuta.
- ✓ El cliente describe o discute un plan para mejorar la situación (discusión sobre nuevas soluciones, cambios concretos, etc.).

- ✓ El cliente acepta hacer las tareas para casa que se le sugieren.

**Conexión Emocional con el Terapeuta:** El cliente ve al terapeuta como una persona importante en su vida, casi como a un miembro de la familia; sensación de que la relación se basa en la confianza, afecto, interés y sentido de pertenencia; de que al terapeuta le importa de verdad y que "está ahí" para el cliente, de que el cliente y el terapeuta comparten una visión del mundo (por ejemplo que tienen perspectivas vitales o valores similares), que la sabiduría y experiencia del terapeuta son relevantes.

Ejemplos de indicadores en esta dimensión son:

- ✓ El cliente comparte un momento humorístico o una broma con el terapeuta.
- ✓ El cliente verbaliza su confianza en el terapeuta.

**Seguridad:** El cliente ve la terapia como un lugar en el que puede arriesgarse, estar abierto a nuevas cosas, ser flexible; sensación de confort y expectación hacia las nuevas experiencias y aprendizajes que pueden ocurrir, de que hay cosas buenas que provienen de estar en terapia, que el conflicto dentro de la familia puede manejarse sin hacerse daño, que no es necesario estar a la defensiva.

Ejemplos de indicadores:

- ✓ El cliente revela un secreto o algo que ningún miembro de la familia sabe.
- ✓ El cliente pregunta directamente a los demás miembros de la familia que opinen de él como persona o de sus conductas.

*Para los pacientes:*

1. Para participar en el estudio, se les otorgaba a los pacientes un consentimiento informado que describía detalladamente el proceso de videograbación, su carácter confidencial y que cierta información sería posteriormente utilizada sólo para fines de investigación. En caso de dar su autorización, firmaban dicho consentimiento aunque tenían la oportunidad de retractarse en cualquier momento del proceso terapéutico sin que ello llevara a represalia alguna para el paciente o terapeuta. Lo anterior se realizó bajo la aprobación de la coordinadora de la Clínica Contra el Tabaquismo del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceága” en garantía de la protección de los datos personales de los pacientes conforme a la ley (Código Ético del Psicólogo, 2009).

2. WATOCI (Working Alliance Theory of Change Inventory; (Corbella & Botella; 2004) versión española (Inventario de Alianza Terapéutica y Teoría del Cambio). Es un instrumento de lápiz y papel, autoadministrado, comprende 17 reactivos que se dividen en 4 subescalas: a) tareas, b) unión, c) objetivos y d) teoría del cambio. Su coeficiente de consistencia interna (alfa de Cronbach) es de 0,93., la consistencia interna de las subescalas fueron alfas de .91., .85., .86., y

.82 para tarea, unión, objetivo, y la teoría del cambio, respectivamente. Esta prueba se aplicó en 2 momentos, en la tercera y en la última sesión de tratamiento.

3. SOATIF - IND, (Sistema de Observación de la Alianza Terapéutica en Intervención Familiar versión Individual; Escudero & Friedlander, 2003) versión española; el cual mide enganche en el proceso terapéutico, conexión emocional con el terapeuta y seguridad. Los reactivos de estas 3 subescalas suman un total de 12, es una prueba de autoadministración y de lápiz y papel. Dicha prueba se aplicó en la primera, segunda, tercera y última sesión de tratamiento como especifica su propio manual.

Las pruebas de tamizaje utilizadas en la CCT para la evaluación de los pacientes fueron:

- *Test de Fagerström*: es una escala corta de 8 ítems, de autoaplicación, tiene la finalidad de conocer el nivel de nicotina del sujeto. En una investigación donde se utilizó este cuestionario, se encontró que 14 de las 16 diferentes clases de datos, relacionando marcadores bioquímicos al cuestionario de Fagerström, correlacionaron de modo estadísticamente significativo (Pomerleau, et al., 1994) La puntuación oscila entre 0 y 11, siendo la adicción mayor a la nicotina cuanto más alta sea la cifra obtenida (Becoña & Vázquez; 1997). En México este instrumento fue validado por E. Becoña y F.L. Vázquez (1998). El análisis factorial por componentes principales de la adaptación de Villarreal-González (2009)

presenta una solución unifactorial con un 88.4 % de varianza explicada. La adaptación Mexicana, obtuvo un coeficiente de consistencia interna de .97. Los coeficientes de correlación de Pearson obtenidos en la prueba de validez convergente fueron moderados, con determinadas medidas biológicas, (cotinina, metabolito de la nicotina) en orina y CO alveolar, oscilaron de 0.25 a 0.40 y con el número de años de fumador se obtuvo un coeficiente  $r = 0.52$ .

- *Cuestionario de Motivos para Fumar de Russell*. Consta de 18 preguntas para identificar el motivo por el que la persona fuma: estímulo, manipulación, relajación, reducción de tensión, necesidad y costumbre. Con puntuaciones de 0 a 10 de acuerdo con la importancia del motivo (Russell, Wilson, Taylor & Baker; 1979).
- *Inventario de Ansiedad de Beck*: BAI, diseñado para evaluar la intensidad de la sintomatología ansiosa presente en un individuo. El BAI es una escala autoaplicable que consta de 21 reactivos que determinan la gravedad o severidad con que se presentan las categorías sintomáticas y conductuales que evalúan. Estas categorías corresponden a los síntomas que generalmente se incluyen para hacer el diagnóstico de algún trastorno de ansiedad. La escala cuenta con una alta congruencia interna (alfas superiores a .90.), validez divergente moderada (correlaciones menores a .60.), y

validez convergente adecuada (correlaciones mayores a .50.) (Robles & Páez; 2003).

- *El Inventario de Depresión de Beck: BDI*, diseñado para evaluar la intensidad de la sintomatología depresiva que presenta un individuo. El instrumento es auto aplicable, y consta de 21 reactivos, cada cual con cuatro afirmaciones que describen el espectro de la gravedad o severidad de la categoría sintomática y conductual evaluada. El instrumento ha mostrado tener la validez y confiabilidad aceptables para su empleo en el ejercicio clínico y de investigación (Robles & Páez; 2003).
- *Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE)*: tiene el propósito de disponer de una escala relativamente breve y confiable para medir dos dimensiones básicas de la ansiedad: como rasgo (ansiedad personal) y como estado (Spielberger & Díaz-Guerrero; 1975). Consta de dos escalas separadas de autoevaluación que se utilizan para medir dos dimensiones distintas de la ansiedad: 1. La llamada Ansiedad-Rasgo (A-rasgo), y 2. La llamada Ansiedad-Estado (A-estado). Tiene 40 reactivos en total. Respecto a los análisis psicométricos del inventario, las investigaciones han arrojado adecuados resultados de validez y confiabilidad, en muestras mexicanas, con coeficientes de confiabilidad para la ansiedad-rasgo mayores a 0.75 y para la ansiedad-estado, mayores a 0.81 (Arias-Galicia, 1994).

- *Escala de Estados de la Disposición al Cambio (Sócrates)*: Su objetivo es evaluar la etapa de disposición al cambio de los sujetos, identificando si el usuario se encuentra dentro de la categoría de reconocimiento del problema o si es que el individuo ya está haciendo algo por resolverlo (acción). La confiabilidad y análisis factorial de este instrumento se determinó con una muestra de 1,672 sujetos que participaron en el Proyecto "MATCH". Este análisis mostró la presencia de tres factores: 1) acción, que explica 27% de la varianza, 2) reconocimiento, que explica 11% de la varianza y 3) ambivalencia que explica 7% de la varianza. La confiabilidad para estos factores fue de .83., .85. y .60., respectivamente (Miller & Tonigan, 1996, adaptado por Salazar, Martínez & Ayala, 2003).
- *Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos CES-D*: La escala permite identificar indicadores de riesgo de la depresión mediante la sintomatología. Es un instrumento para uso en comunidad, en población no clínica; su principal utilidad reside en detectar sintomatología depresiva, así como los factores de riesgo para la depresión de naturaleza sociodemográfica (Ecurra & Delgado; 2012; Masten, Caldwell-Colbert, Alcalá y Mijares (1986). Diversos estudios informan de sus características psicométricas; un criterio de su validez ha sido su sensibilidad para discriminar entre



muestras de la población general y la clínica, y entre muestras con diferentes diagnósticos. Su consistencia interna ha sido alta, así como la confiabilidad de los resultados entre muestras comparables, examinada por medio de su estructura factorial de cuatro grupos de reactivos: I. *afecto negativo*; II. *Afecto positivo*; III. *actividad retardada y somatización* y IV: *relaciones interpersonales*. En México se ha aplicado a mujeres adultas de poblaciones rurales, a mujeres de población general y con diagnóstico de trastorno de la conducta alimentaria, a adultos que acuden a agencias del Ministerio Público, a adolescentes urbanos de educación media y media superior, y a niños y adolescentes tempranos de escuelas primarias y secundarias y de población psiquiátrica (Aguilera-Guzmán, Carreño, Juárez; 2004).

- *Escala de impulsividad de Barratt*: es un cuestionario de 30 ítems de autoaplicación. La puntuación total es la suma de los puntos alcanzados en todos los ítems, por lo que dicha puntuación oscilaría entre 0 y 120. Esta escala aporta información acerca de tres modalidades de impulsividad: Impulsividad cognitiva, Impulsividad motora e Impulsividad no planeada (Loyola, 2011) La escala original cuenta con un alfa de Cronbach de 0.79. (Patton, Satndford & Barrat, 1995).

### **Esquema de comparaciones (Diseño experimental)**

Se empleó un diseño N=1 de caso único con 12 réplicas (Kazdin, 2001).

## **Variables**

*Dependiente:* Puntuaciones de las pruebas de Alianza terapéutica SOATIF en 1<sup>a</sup>, 2<sup>a</sup>, 3<sup>a</sup> y última sesión, y WATOCI aplicada en la tercera y última sesión.

*Independiente:* taller de capacitación sobre el tema de alianza terapéutica

## **Procedimiento**

### *Procedimientos generales*

Se impartió un taller de alianza terapéutica donde se abordaron los temas: a) Establecimiento de Rapport b) Modelo de Alianza Terapéutica, c) Características de un terapeuta efectivo, d) Condiciones facilitadoras (de Rogers) y d) Factores que influyen sobre la relación terapéutica. Se impartió de modo individual en tres sesiones de 90 minutos cada una, con técnica expositiva sobre el tema, ejercicios de lápiz y papel y "role playing".

Una vez impartido el taller, cuando algún paciente acudía a la clínica para realizar su entrevista de primera vez, se verificaba que el motivo de consulta fuera dejar de fumar únicamente, lo que indicaba que era candidato para participar en el proyecto. A continuación se le presentaba un consentimiento informado y el titular del proyecto le explicaba nuevamente lo estipulado en el documento indicando que se le había invitado a participar porque cubría con el principal requisito, era de carácter confidencial y con libre opción de dejar el estudio en cualquier momento sin consecuencias institucionales de ninguna índole, resaltando que era con fines de investigación. Una vez que aceptaban

participar se acordaba un horario fijo para las sesiones. Las terapeutas 1 y 2 entrevistaban, invitaban a los pacientes a participar y si aceptaban, ellas mismas atendían a los pacientes en las sesiones subsecuentes. La terapeuta 3, debido a que terminó su periodo en la Clínica y sólo acudía los días que tenía paciente, tenía el primer contacto con ellos hasta la primera sesión de tratamiento, por lo que sus pacientes fueron entrevistados por las terapeutas 1 y 2.

Cabe mencionar que únicamente dos pacientes declinaron formar parte del proyecto y se les atendió del modo habitual según los procedimientos del hospital.

#### *Procedimientos Clínicos*

Las sesiones fueron en modalidad individual, personalizadas a la circunstancia de cada paciente, semanales y con una duración de 45 minutos en promedio.

Antes de iniciar la sesión, se ajustaban las cámaras de videograbación de modo tal, que una filmara al paciente y otra al terapeuta, la imagen era de frente y de cuerpo completo sin que obstruyeran la lente o tapara alguna parte de la imagen del otro al hacer movimiento con los brazos y se verificaba que se escucharan claramente sus voces. Entre ambos había una distancia de 90 centímetros aproximadamente sin escritorio de por medio. Se accionaban los botones para videograbar e inmediatamente después entraban a sesión, desarrollándola de modo convencional. Al término de ésta, se le proporcionaban los instrumentos de alianza terapéutica y se recogían por el titular del proyecto para que el/la paciente contestara el test con la

mayor veracidad posible. Las videograbaciones se empleaban únicamente en las primeras tres y última sesión de tratamiento, mismas en las que se aplicaban los instrumentos de alianza terapéutica. Los instrumentos SOATIF versión individual para los pacientes, se administraban en la 1ª, 2ª, 3ª y última sesión de tratamiento. La prueba WATOICI se aplicó en la 3ª y última sesión de tratamiento de acuerdo a la forma de autoadministración especificada por las pruebas. En las sesiones que no se videogrababa se llevaban a cabo las actividades, respectivas de cada sesión, de modo normal.

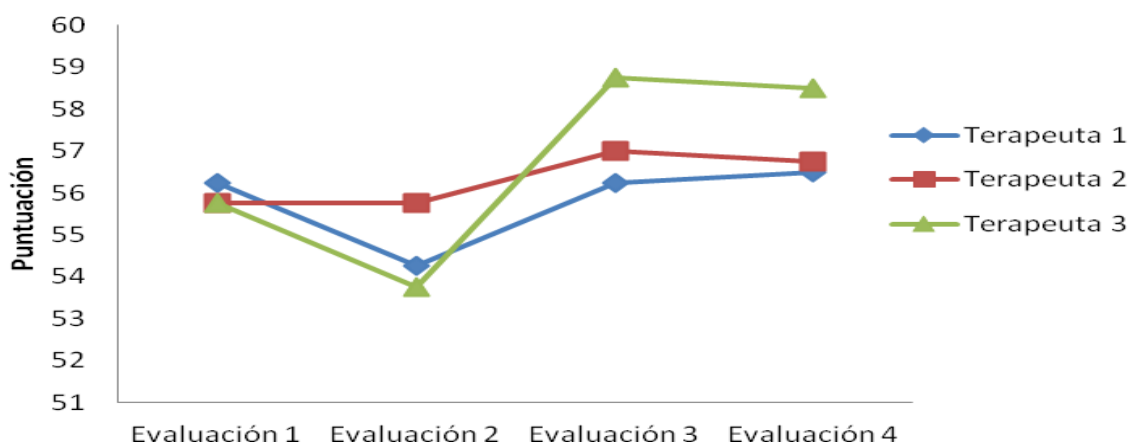
Con cada terapeuta se analizaban las videograbaciones de la primera sesión de su primer paciente, con la finalidad de retroalimentar de forma audiovisual algunos detalles a modificar sobre la relación terapéutica y aclarar dudas. Se había previsto retroalimentar en todas las sesiones videograbadas, pero por circunstancias ajenas al proyecto, únicamente se retroalimentó la primera sesión del primer paciente de cada terapeuta. Sin embargo, la finalidad de videograbar las sesiones, además de la retroalimentación, fue observar la dinámica en ellas para poder calificar la prueba SOATIF-IND (TERAPEUTA), correspondiente a la puntuación del observador externo y además poder otorgarle validez a la variable independiente que es la alianza terapéutica. Para calificar dicha prueba, se utilizó un catálogo conductual que proporciona el sitio web de la prueba SOATIF en la liga <http://www.softa-soatif.com/>.

## Resultados

La figura 1 representa los puntajes del SOATIF en las cuatro evaluaciones realizadas, en relación al grado de alianza terapéutica percibida por los pacientes de cada terapeuta. En la primera evaluación los pacientes calificaron de manera similar a las tres terapeutas, en la segunda sesión los pacientes califican con menor puntuación a las terapeutas uno y tres, mientras que la terapeuta dos mantiene su puntaje, en la tercera evaluación los pacientes incrementan la calificación a las tres terapeutas, observándose que la terapeuta tres recibió una mayor calificación que las dos restantes. En la última evaluación los puntajes otorgados a las terapeutas dos y tres descendieron ligeramente, mientras que los de la terapeuta uno ascendieron ligeramente.

### Figura 1

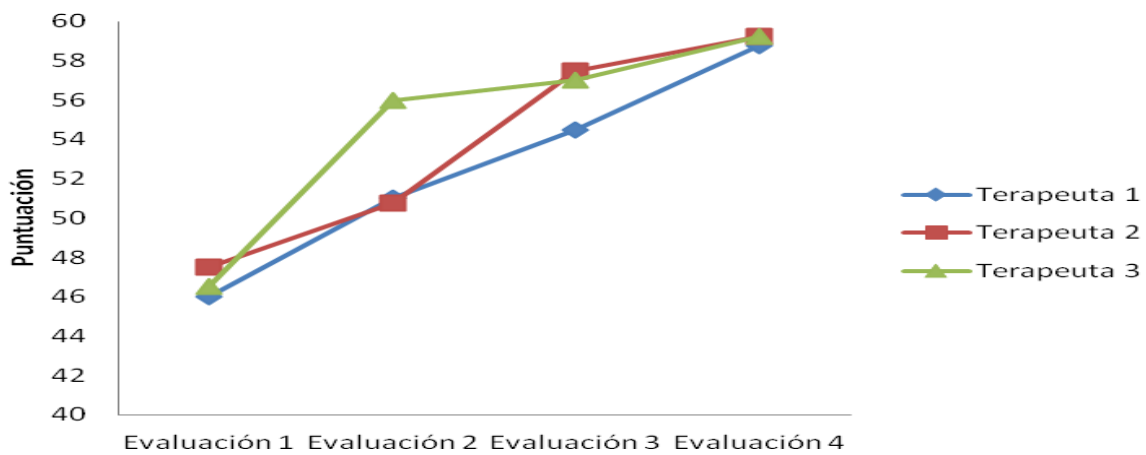
*Puntaje promedio de calificaciones del SOATIF-Paciente para cada terapeuta a lo largo de las cuatro evaluaciones.*



En la figura 2, se observan los puntajes promedio del observador externo durante las cuatro evaluaciones. En la primera evaluación, las terapeutas mostraron puntajes similares y durante las tres evaluaciones siguientes, fueron calificadas con mayores puntajes conforme transcurrieron éstas, con una puntuación óptima en las tres terapeutas para la última evaluación.

## Figura 2

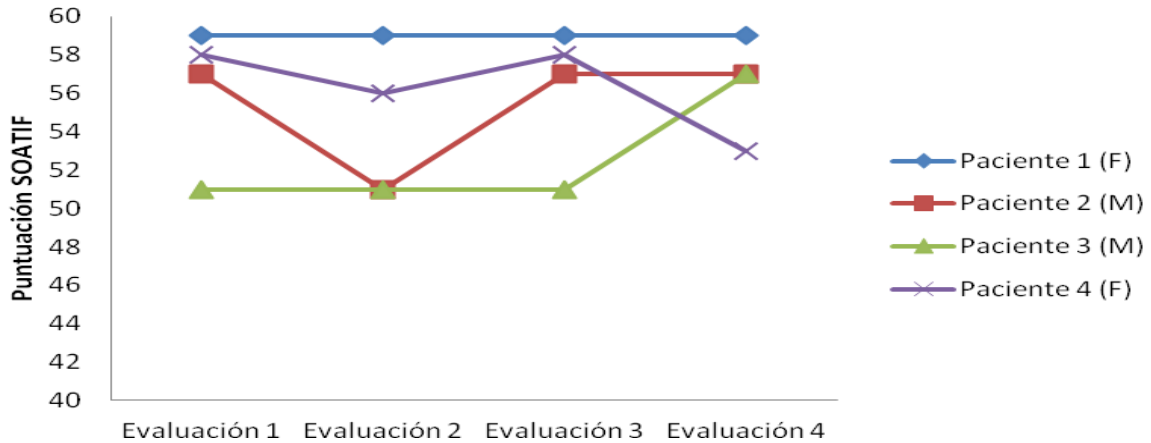
*Puntajes promedio de la prueba SOATIF-Terapeuta de cada terapeuta de cada evaluación.*



En la figura 3 se observa la diversidad de puntuaciones de los pacientes de la terapeuta uno, donde tres de los pacientes iniciaron con puntuaciones similares y tres terminaron también con puntuaciones. Las puntuaciones más altas en la calidad de alianza terapéutica fueron de pacientes femeninos (F). Mientras que los masculinos (M) puntuaron bajo aunque al final, ambos le otorgaron una puntuación alta a la calidad de la alianza con su terapeuta.

**Figura 3**

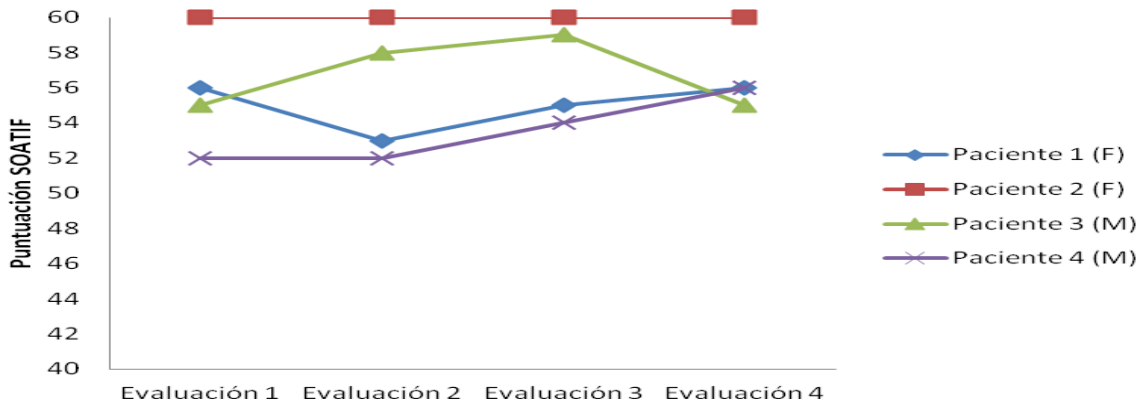
*Puntajes de la prueba SOATIF-Paciente de la terapeuta 1 por cada paciente.*



La figura 4 corresponde a la terapeuta dos. Se aprecia variedad en la puntuación inicial, la puntuación más alta fue de la paciente dos y la más baja del paciente cuatro. El paciente tres mostró una tendencia en ascenso, pero para la última evaluación descendió la puntuación a un nivel similar a la primera. Sin embargo, para la paciente uno, a pesar de que descendió el puntaje en la sesión dos, las subsecuentes fueron en ascenso hasta terminar el tratamiento. La paciente dos reportó una puntuación óptima a lo largo de las evaluaciones.

**Figura 4**

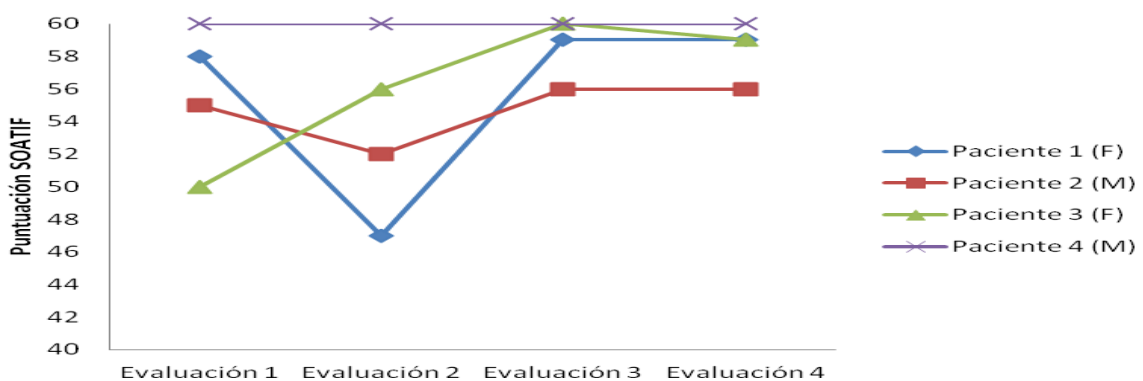
*Puntajes de la prueba SOATIF-Paciente de la terapeuta 2 por paciente.*



En la figura 5 se observa gran diversidad en las puntuaciones otorgadas a la terapeuta tres. El puntaje más alto corresponde al paciente cuatro, quien valoró una óptima alianza desde la primera evaluación. Los puntajes de la paciente tres muestran un ascenso de la primera a la tercera evaluación y un ligero descenso en la última. Tanto la paciente uno como la dos, mostraron un descenso en el nivel de alianza en la segunda evaluación, pero también a partir de ésta, mostraron un ascenso hasta la última.

**Figura 5**

*Puntajes de la prueba SOATIF-Paciente de la terapeuta tres por cada paciente.*

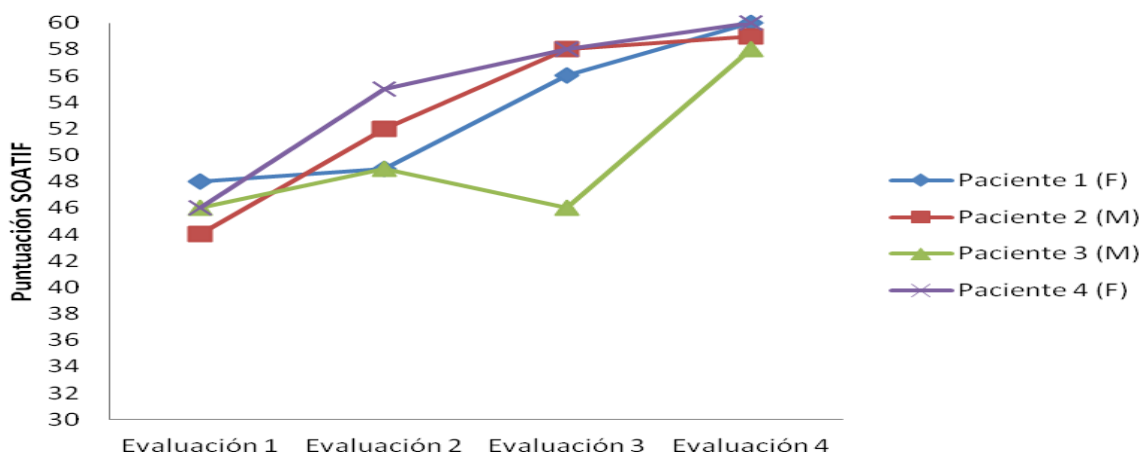




La figura 6 muestra los puntajes reportados por el observador externo de los pacientes de la terapeuta uno. Comienzan con puntajes que oscilan entre 44 y 48, mismos que a lo largo de las evaluaciones fueron incrementándose con una tendencia ascendente general, salvo en el paciente tres quien para la tercera evaluación se le puntuó menor en comparación con la segunda. Sin embargo, los cuatro pacientes puntuaron muy alto para la última evaluación.

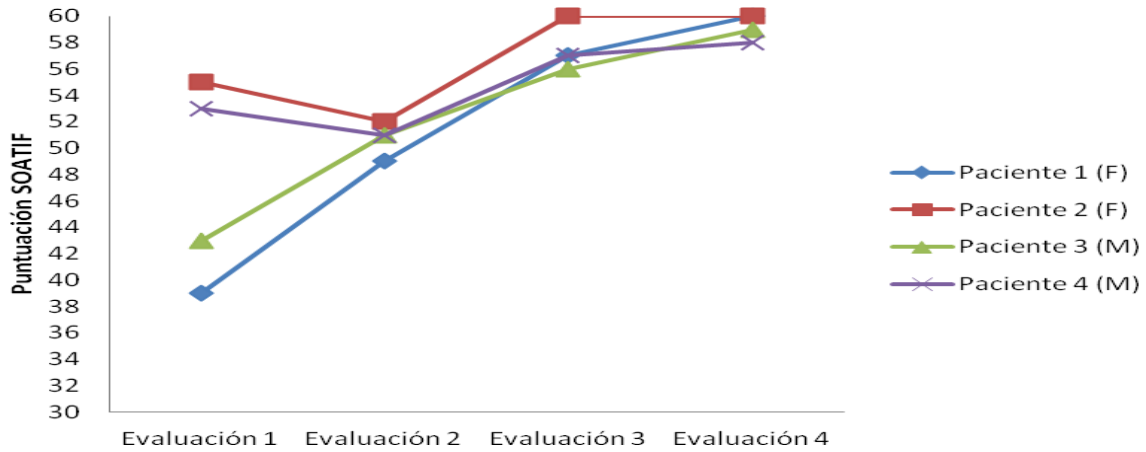
**Figura 6**

*Puntajes de la prueba SOATIF-Terapeuta de la terapeuta 1 por paciente según el observador externo.*



La figura 7 muestra que los puntajes más altos corresponden a la paciente dos. En general, se calificó de modo similar en las evaluaciones 2, 3 y 4; mientras que en la primera evaluación se aprecian variaciones en las puntuaciones.

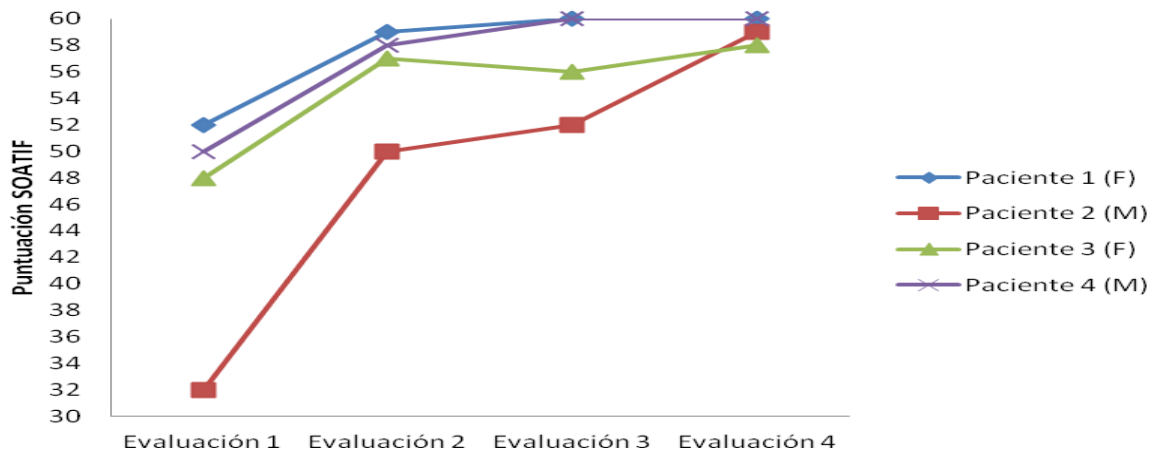
**Figura 7.** *Puntajes de la prueba SOATIF-Terapeuta de la terapeuta 2 por paciente según el observador externo.*



En la figura 8 se aprecian puntuaciones similares en los pacientes uno, tres y cuatro según el observador externo otorgándole una puntuación muy baja al terapeuta tres con el paciente dos en la primera evaluación, mejorando las puntuaciones de las siguientes evaluaciones.

**Figura 8**

*Puntajes de la prueba SOATIF-Terapeuta de la terapeuta tres por paciente según el observador externo.*



En la tabla 12 se aprecian los puntajes por subescala de los pacientes de la terapeuta uno. Los pacientes uno, dos y tres reportaron

mayores puntuaciones en la subescala de *Enganche en el proceso*; mientras que la paciente cuatro mostró la mayor puntuación en la subescala de *Conexión emocional*.

**Tabla 12**

*Puntuaciones SOATIF-Paciente por subescala y pacientes de la terapeuta uno.*

Subescalas		Evaluación 1	Evaluación 2	Evaluación 3	Evaluación 4
Paciente 1 (F)	Enganche en el proceso	20	20	20	20
	Conexión emocional	19	19	19	19
	Seguridad	20	20	19	20
Paciente 2 (M)	Enganche en el proceso	20	18	20	20
	Conexión emocional	17	17	19	19
	Seguridad	20	16	18	18
Paciente 3 (M)	Enganche en el proceso	19	19	19	20
	Conexión emocional	16	15	15	18
	Seguridad	16	17	17	19
Paciente 4 (F)	Enganche en el proceso	19	18	19	15
	Conexión emocional	20	19	19	20
	Seguridad	19	19	20	18

La tabla 13 muestra los datos arrojados por los pacientes de la terapeuta dos, donde la paciente uno puntuó más alto en conexión emocional, la paciente dos reportó mayores puntuaciones en las tres

subescalas, el paciente tres puntuó mejor en Seguridad y el paciente cuatro en Conexión emocional y Seguridad.

**Tabla 13**

*Puntuaciones SOATIF-Paciente por subescala y pacientes de la terapeuta dos.*

Subescalas		Evaluación 1	Evaluación 2	Evaluación 3	Evaluación 4
Paciente 1 (F)	Enganche en el proceso	16	18	17	16
	Conexión emocional	20	17	20	20
	Seguridad	20	18	18	20
Paciente 2 (F)	Enganche en el proceso	20	20	20	20
	Conexión emocional	20	20	20	20
	Seguridad	20	20	20	20
Paciente 3 (M)	Enganche en el proceso	17	19	19	19
	Conexión emocional	19	19	19	18
	Seguridad	19	20	20	18
Paciente 4 (M)	Enganche en el proceso	17	16	16	17
	Conexión emocional	18	18	18	19
	Seguridad	17	18	18	20

En la tabla 14 se aprecia que la paciente uno puntuó más alto en Enganche en el proceso, los pacientes dos y tres puntuaron más alto en Seguridad y el paciente cuatro puntuó con la máxima calificación en las cuatro evaluaciones y las tres subescalas.

**Tabla 14**

*Puntuaciones SOATIF-Paciente por subescala y pacientes de la terapeuta 3.*

		Evaluación	Evaluación	Evaluación	Evaluación
Subescalas		1	2	3	4
Paciente 1 (F)	Enganche en el proceso	20	16	20	20
	Conexión emocional	19	16	20	20
	Seguridad	19	15	19	19
Paciente 2 (M)	Enganche en el proceso	17	14	18	18
	Conexión emocional	18	19	19	19
	Seguridad	20	19	19	19
Paciente 3 (F)	Enganche en el proceso	14	19	20	20
	Conexión emocional	17	19	20	20
	Seguridad	19	18	20	19
Paciente 4 (M)	Enganche en el proceso	20	20	20	20
	Conexión emocional	20	20	20	20
	Seguridad	20	20	20	20

En la tabla 15 según el observador externo, los pacientes uno y tres puntuaron más alto en Seguridad, el paciente dos en Conexión emocional, mientras que la paciente cuatro puntuó más alto en Conexión emocional y Seguridad.

**Tabla 15**

*Puntuaciones SOATIF-Terapeuta por subescala y pacientes de la terapeuta 1.*

Subescalas		Evaluación 1	Evaluación 2	Evaluación 3	Evaluación 4
Paciente 1 (F)	Enganche en el proceso	13	14	17	20
	Conexión emocional	16	16	19	20
	Seguridad	19	19	20	20
Paciente 2 (M)	Enganche en el proceso	13	17	19	19
	Conexión emocional	16	18	19	20
	Seguridad	15	17	20	20
Paciente 3 (M)	Enganche en el proceso	15	16	15	19
	Conexión emocional	15	15	15	19
	Seguridad	16	18	16	20
Paciente 4 (F)	Enganche en el proceso	14	18	18	19
	Conexión emocional	17	18	20	19
	Seguridad	15	19	20	20

En la tabla 16 se observa que los cuatro pacientes puntuaron más alto en Seguridad no sólo en la suma total de puntajes sino en cada una de las evaluaciones.

**Tabla 16**

*Puntuaciones SOATIF-Terapeuta por subescala y pacientes de la terapeuta 2*

Subescalas		Calificación SOATIF Terapeuta de la Terapeuta 2			
		Evaluación 1	Evaluación 2	Evaluación 3	Evaluación 4
Paciente 1 (F)	Enganche en el proceso	11	15	19	20
	Conexión	12	17	19	20

	emocional				
	Seguridad	16	17	19	20
Paciente 2 (F)	Enganche en el				
	proceso	17	16	20	20
	Conexión				
	emocional	18	17	20	20
	Seguridad	20	19	20	20
Paciente 3 (M)	Enganche en el				
	proceso	13	15	17	19
	Conexión				
	emocional	15	18	19	20
	Seguridad	15	18	20	20
Paciente 4 (M)	Enganche en el				
	proceso	17	16	19	19
	Conexión				
	emocional	17	16	18	19
	Seguridad	19	19	20	20

En la tabla 17 se aprecia que la paciente uno puntuó más alto en Enganche en el proceso, los pacientes dos y tres puntuaron más con Seguridad, mientras que el paciente cuatro puntuó altamente en las 3 subescalas.

**Tabla 17**

*Puntuaciones SOATIF-Terapeuta por subescala y pacientes de la terapeuta tres.*

		Calificación SOATIF Terapeuta del Terapeuta 3			
		Evaluación	Evaluación	Evaluación	Evaluación
Subescalas		1	2	3	4
Paciente 1 (F)	Enganche en el				
	proceso	18	20	20	20
	Conexión				
	emocional	17	19	20	20
	Seguridad	17	20	20	20
Paciente 2 (M)	Enganche en el				
	proceso	12	16	16	20

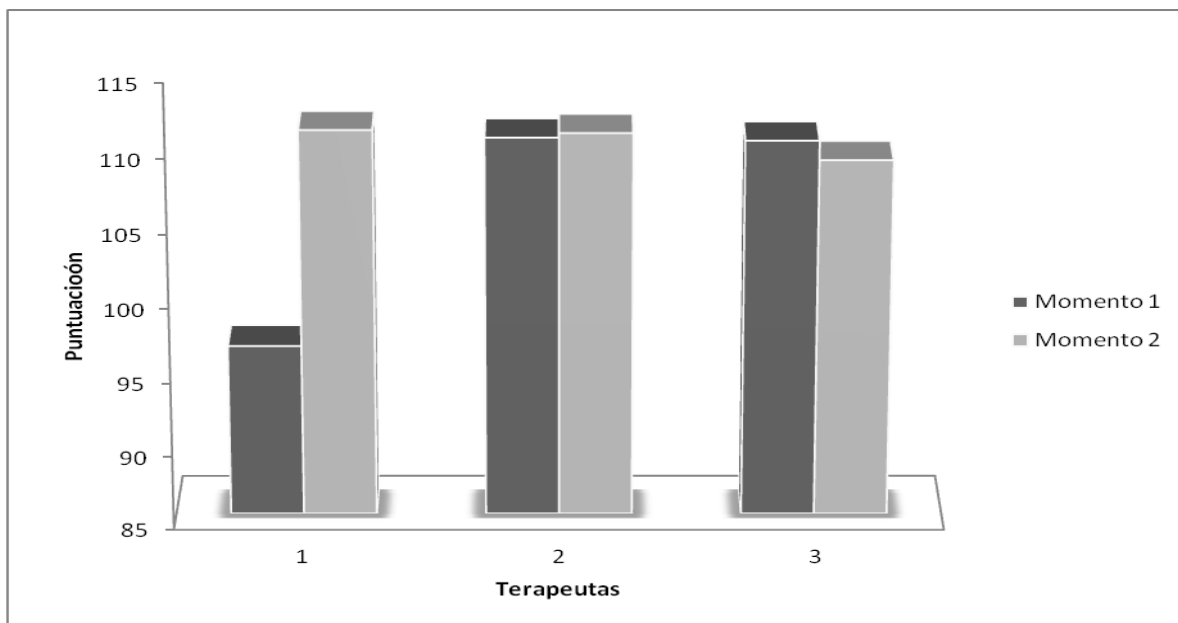
Paciente 3 (F)	Conexión emocional	13	17	17	19
	Seguridad	11	17	19	20
	Enganche en el proceso	14	18	19	19
	Conexión emocional	16	20	18	19
Paciente 4 (M)	Seguridad	18	19	19	20
	Enganche en el proceso	17	19	20	20
	Conexión emocional	17	19	20	20
	Seguridad	16	20	20	20

La Figura 9 muestra las puntuaciones promedio obtenidas por medio del WATOCI de los tres terapeutas. Se aprecia una diferencia de la calidad de alianza terapéutica percibida por los pacientes, en virtud que los puntajes del momento dos fueron mayores que los del momento uno, con excepción de la terapeuta tres, quien a pesar de tener puntajes similares en ambos momentos, sus pacientes la percibieron con mayor calidad de alianza terapéutica en la evaluación del momento uno. La diferencia más notable se observa con la terapeuta uno y en la terapeuta dos sus puntajes son similares en ambos momentos de aplicación y es mayor en el segundo momento.

### Figura 9

*Promedio de puntuaciones de la prueba WATOCI aplicada en la tercera (momento 1) y última sesión de tratamiento (momento 2).*





En la tabla 18, se observa en general un incremento del puntaje del momento uno al momento dos sin resaltar un elemento en particular de la alianza del resto. Fue la paciente uno mostró el mayor contraste de puntajes. La categoría de Teoría del cambio, fue en la que mayor impactó en los pacientes la alianza establecida por la terapeuta uno.

**Tabla 18**

*Puntajes por subescala de la prueba WATOCI en los dos momentos de aplicación de la terapeuta uno.*

		Momento 1	Momento 2
Categoría		1	2
Paciente 1 (F)	Tareas	13	27
	Unión	16	28
	Metas	19	26
	Teo. Del cambio	20	33
Paciente 2 (M)	Tareas	27	27
	Unión	27	27
	Metas	28	28
	Teo. Del	34	35

	cambio		
Paciente 3 (M)	Tareas	27	27
	Unión	19	22
	Metas	22	25
	Teo. Del		
	cambio	31	30
Paciente 4 (F)	Tareas	27	28
	Unión	25	27
	Metas	26	26
	Teo. Del		
	cambio	25	28

Los puntajes reportados por los pacientes de la terapeuta dos en la tabla 19 muestran la misma puntuación en ambos momentos de 9 categorías de las 16 por los cuatro pacientes. En dos categorías se observa un incremento de puntuación entre ambos momentos de aplicación y en cinco de ellas hubo un leve descenso en el segundo momento de aplicación. El acuerdo en tareas con sus pacientes fue la categoría que impactó en mayor medida en ellos. En general la terapeuta dos tiene los puntajes más altos de alianza terapeutica en la prueba WATOICI.

**Tabla 19**

*Puntajes por subescala de la prueba WATOICI en los dos momentos de aplicación de la terapeuta dos.*

		Momento	
Categoría		1	2
Paciente 1 (F)	Tareas	28	28
	Unión	27	27
	Metas	18	28
	Teo. Del	25	24

	cambio		
Paciente 2 (F)	Tareas	28	28
	Unión	28	28
	Metas	28	28
	Teo. Del		
	cambio	35	35
Paciente 3 (M)	Tareas	28	28
	Unión	28	26
	Metas	28	27
	Teo. Del		
	cambio	35	29
Paciente 4 (M)	Tareas	24	26
	Unión	24	24
	Metas	26	25
	Teo. Del		
	cambio	32	32

En la tabla 20, los puntajes de la terapeuta tres, muestran dos descensos en la categoría de “acuerdo en tareas” y en la categoría de “teoría del cambio” en el segundo momento de aplicación. Sin embargo, en las categorías restantes, “unión” y “metas”, mostraron un incremento en las puntuaciones en el segundo momento o se mantuvieron igual con puntajes elevados.

**Tabla 20**

*Puntajes por subescala de la prueba WATOCI en los dos momentos de aplicación de la terapeuta tres.*

		Momento	Momento
Categoría		1	2
Paciente 1 (F)	Tareas	28	27
	Unión	26	28

	Metas	23	27
	Teo. Del		
	cambio	34	29
	Tareas	24	18
Paciente 2	Unión	24	27
(M)	Metas	23	27
	Teo. Del		
	cambio	25	21
	Tareas	28	28
Paciente 3	Unión	28	28
(F)	Metas	26	27
	Teo. Del		
	cambio	33	35
	Tareas	28	28
Paciente 4	Unión	28	28
(M)	Metas	28	28
	Teo. Del		
	cambio	35	30

La tabla 21 muestra que los pacientes que abandonaron el tratamiento fueron en su mayoría hombres, mismos que otorgaron las menores puntuaciones a las terapeutas en comparación con las mujeres del mismo grupo desertor. A pesar de lo anterior, se pueden considerar puntuaciones altas de alianza terapéutica comparando con aquellos pacientes que sí terminaron el tratamiento. Posterior a su deserción, se les contactó y cuatro de ellos refirieron el abandono terapéutico por cuestiones laborales, incluso, un paciente de la terapeuta 2 trató de retomar el tratamiento en dos ocasiones.

### **Tabla 21**

*Puntajes de la prueba SOATIF-Paciente de los pacientes que desertaron de las terapeutas 1 y 2.*

Terapeuta	Paciente	Evaluación		
		1	2	3
1	F	60	-	-
	M	50	54	53
	F	58	58	60
	M	59	-	-
	M	55	55	60
	F	53	48	-
2	M	54	54	54
	M	49	47	49

En la tabla 22 se observan los puntajes de la prueba WATOCI de los pacientes que permanecieron por lo menos hasta la tercera sesión y que posteriormente desertaron. En el caso de los pacientes de la terapeuta 1, los puntajes son incluso mayores que sus pacientes de éxito, y en el caso de la terapeuta 2, sólo un paciente puntuó muy por debajo de los pacientes de ésta y el otro incluso puntuó muy por encima del resto de los pacientes (ver figura 9).

**Tabla 22**

*Puntajes de la prueba WATOCI de los pacientes que desertaron.*

Terapeuta	Paciente	Tareas	Unión	Metas	Teo. Del cambio	Total
1	M	27	26	28	32	113
	F	28	28	28	35	119
	M	27	28	26	34	115
2	M	28	28	28	35	119
	M	23	24	22	21	100

## Discusión

La alianza terapéutica es un tópico que posibilita mejorar la calidad de la relación terapéutica y así favorecer el éxito de la intervención traducido en la mejora sintomática o solución del motivo de consulta del paciente. En el presente estudio se buscó la cesación del tabaquismo; problemática que genera una gran diversidad de enfermedades y una serie de problemáticas de relevancia social. Así, el objetivo primordial del presente estudio fue explorar la relación de la alianza terapéutica en un tratamiento cognitivo-conductual para la cesación del tabaquismo.

Los resultados obtenidos señalan, de manera general, que los promedios de las evaluaciones hechas por los pacientes, mostraron resultados similares en las primeras dos sesiones de tratamiento; pero en la tercera sesión, se comenzaron a diferenciar con más claridad las puntuaciones mostrando una tendencia de elevación mayor para la última sesión. En el caso del observador externo, también se reportaron datos similares pero mostrándose un incremento en la calidad de la alianza terapéutica conforme transcurrieron las sesiones de tratamiento y al llegar a la última de ellas, puntuaron con una alianza óptima.

Como se ha mencionado, la literatura de investigación reporta que las evaluaciones hechas por los pacientes y no por los terapeutas u otros observadores, predicen mejor el resultado de la terapia. En este estudio, en los puntajes promedio de la prueba SOATIF evaluada por los pacientes, se observa cómo a pesar de haber disminuido los puntajes de las terapeutas en la evaluación 2, en la tercera se elevaron marcadamente y la puntuación de la última sesión a su vez fue mayor, lo que indica una

progresión en la alianza terapéutica percibida por los pacientes conforme transcurrieron las sesiones.

Algunos autores mencionan que los pacientes puntúan una alianza estable a través de las sesiones, en cambio los terapeutas u observadores puntúan la alianza como más variable, en el presente estudio la tendencia fue en ascenso en la evaluación del observador externo siendo más horizontal la línea de puntuación en la evaluación de los pacientes, pero de cualquier modo la puntuación fue mayor conforme transcurrieron las sesiones tanto para los pacientes como para el observador externo; es decir, la alianza terapéutica se fue incrementando.

Tras analizar los puntajes de cada paciente y su respectivo terapeuta, se observó que en general las pacientes femeninas reportan una mayor alianza con sus respectivas terapeutas para la última sesión. Sin embargo, la terapeuta uno, obtuvo puntajes más altos en la tercera y última sesión de los dos primeros pacientes que atendió; la terapeuta dos, obtuvo los puntajes más altos en la última sesión también con los dos primeros pacientes que atendió; pero la terapeuta tres, obtuvo los mejores puntajes en la tercera y última sesión con los dos últimos pacientes que atendió, es decir la práctica con sus pacientes fue generando un mejoramiento en su estrategia de alianza. Lo anterior también refuerza la propuesta de llevar a cabo estudios con terapeutas hombres para ver si el sexo del terapeuta tiene que ver con la alianza percibida en el paciente femenino o masculino.

Los datos de los pacientes que desertaron muestran puntajes elevados tanto en la prueba SOATIF como WATOICI, lo que sugiere que

no desertaron por carencia de alianza terapéutica sino por factores extraterapéuticos. Dicha información fue corroborada posteriormente mediante seguimiento telefónico. En el caso de los pacientes con éxito terapéutico, se pudo observar en la prueba WATOICI una mejora sintomática mayor en la segunda evaluación correspondiente a la última sesión de tratamiento, lo que sugiere que la buena alianza terapéutica no sólo favorece el éxito terapéutico, sino que también la percepción de mejora en los síntomas, incluso sin importar cuántas sesiones se hayan trabajado.

En los pacientes con diagnóstico psiquiátrico, de los dos diagnosticados con esquizofrenia, uno terminó el tratamiento y el segundo desertó por motivos laborales, sin embargo, de un consumo original de 40 cigarros por día, logró reducir a 3 por día. Otra de las pacientes con diagnóstico de depresión mayor, logró una abstinencia de 30 cigarros por día, y en el caso del último paciente con comorbilidad psiquiátrica con el diagnóstico de trastorno de despersonalización, desertó del tratamiento por motivos laborales. Intentó retomar el tratamiento en dos ocasiones más y con su terapeuta retomó la adhesión al tratamiento farmacológico para su padecimiento psiquiátrico. Lo anterior también sugiere que la alianza generada con éstos pacientes fomentó la Adhesión terapéutica en reducir la cantidad de cigarros y la aceptación y consumo adecuado de su tratamiento farmacológico.

En algunos estudios se menciona que los pacientes con periodos previos de abandono del tabaquismo suelen tener mayor porcentaje de éxito. Ocho de los pacientes habían tenido entre uno y más de cinco



intentos previos. Otros estudios han mostrado una asociación del éxito del tratamiento y la ausencia de antecedentes de depresión y la práctica regular de ejercicio físico. En el caso del presente estudio, el nivel de depresión evaluado fue leve y, de las variables relacionadas con el tratamiento, la modalidad grupal, el uso de fármacos específicos como el bupropión o TRN, o ambos, y la Adhesión al tratamiento mostraron asociación estadísticamente significativa con el éxito del mismo, en congruencia con otros resultados (LLambi, Esteves, Blanco, Barros, Parodi &Goja; 2008). Los pacientes reportaron antecedentes de uso de parches y chicles con nicotina, haber acudido a alguna clínica para dejar de fumar y el uso del cigarro electrónico, por lo que son factores, que junto con la alianza con sus terapeutas, posiblemente contribuyeron al éxito terapéutico.

El tratamiento cognitivo conductual empleado en la Clínica Contra el Tabaquismo empleado por las terapeutas, denotó un nivel elevado de alianza terapéutica en la mayoría de los pacientes con sus respectivas terapeutas, enfoque al que hicieron alusión autores como Henry y Strupp (1994), Raue, Goldfried y Barkham (1997).

Los resultados de la Prueba SOATIF que incluye las subescalas de enganche en el proceso, conexión emocional y seguridad, en el caso de la terapeuta 1, sus pacientes le otorgaron las calificaciones más altas en la escala de conexión emocional; los datos de la terapeuta dos refieren que desempeñó conductas con más impacto en la conexión emocional y seguridad con sus pacientes, mientras que la terapeuta tres impactó más en seguridad y enganche en el proceso. Lo que significa que

transmitieron la sensación de trabajar en equipo, le encontraron sentido a la terapia, que los objetivos y las tareas en terapia pueden discutirse y negociarse con el terapeuta, que tomaban en serio el proceso y que el cambio es posible (enganche en el proceso) Transmitieron también la sensación de que de que la relación se basa en la confianza, afecto, interés y sentido de pertenencia; de que a la terapeuta le importa de verdad el paciente, que la sabiduría y experiencia del terapeuta son relevantes (conexión emocional) y que hay cosas buenas que provienen de estar en terapia, la terapia es como un lugar en el que puede arriesgarse, estar abierto a nuevas cosas, ser flexible, experimentan sensación de confort y expectación hacia las nuevas experiencias y aprendizajes que pueden adquirir en terapia (seguridad).

Diversos estudios apoyan a la negociación entre el terapeuta y el paciente sobre las tareas y los objetivos como un punto importante para establecer la alianza y el proceso de cambio (Pizer, 1992; Safran & Muran, 2000). Los resultados arrojados por la prueba WATOCI en las categorías de tareas, metas (unión) y teoría del cambio (proceso de cambio); así lo reflejaron. En el caso de la terapeuta 1, sus pacientes puntuaron más alto o igual (pero en un nivel elevado) en el segundo momento de la evaluación (última sesión) en las tres categorías. Con la terapeuta 2 desde el primer momento de la evaluación (tercera sesión) puntuaron alto en las categorías de tareas y metas, pero en teoría del cambio, dos se mantuvieron y dos disminuyeron para el segundo momento de evaluación. En el caso de la terapeuta 3, en las categorías de tareas y teoría del cambio, sus puntajes descendieron en el segundo momento de evaluación, pero en la categoría de metas, se incrementaron o

mantuvieron a un nivel elevado. Lo anterior denota mayor contraste favorable en los puntajes de la alianza terapéutica entre ambos momentos de evaluación.

En la prueba WATOICI, a pesar de que algunos pacientes no reportaban una mejoría sintomática en ambos momentos de evaluación, no disminuyeron los puntajes de evaluación del vínculo afectivo. Lo que indica que el vínculo que se genera por la calidad de la alianza terapéutica genera que el paciente se mantenga en el tratamiento hasta lograr la abstinencia a pesar de que subjetivamente no note una mejora sintomática.

Por otra parte, el estudio e investigación sobre de las técnicas psicológicas se van mejorando, pero el estudio de la relación terapéutica precisa también de investigaciones para adoptar estrategias específicas con la finalidad de impactar en los pacientes y favorecer el proceso de rehabilitación en patologías como el tabaquismo. Es de recordarse que es un trastorno que denota consecuencias aversivas por su cese, con consecuencias positivas sólo a mediano y largo plazo. Por tanto, el psicólogo que se dedique a abordar ésta problemática, debe estar especialmente capacitado para fomentar la Adhesión al tratamiento que le generará un cambio de un estilo de vida desadaptativo a un estilo de vida saludable.

Con respecto a la calidad de la relación terapéutica, se observó que la mejoría temprana reflejada en un número corto de sesiones no deterioró la calidad de la alianza terapéutica, observándose de igual manera cuando se atendía en un número largo de sesiones, es decir, no

parece afectar el número de sesiones al establecimiento de una buena alianza.

A pesar de obtener la misma información en el taller de alianza terapéutica, cada una de las terapeutas desarrolló habilidades específicas, reflejadas en las diversas puntuaciones otorgadas por sus pacientes, lo que significa que cada una de ellas fomenta con mayor fuerza algunos aspectos que otros, mismos a los que fueron sensibles sus pacientes. Esto implica que cada terapeuta desarrolló un estilo único para fomentar la alianza terapéutica partiendo de la misma base teórica: acuerdo en tareas, acuerdo en objetivos y vínculo positivo; pero que tienen en común el desarrollo de una alianza terapéutica con sus pacientes.

Con la finalidad de estudiar objetivamente un concepto tan complejo como es el de la relación terapéutica, es importante considerar la deseabilidad social en los autorreportes de los pacientes. Se requiere corroborar los datos con la mejoría sintomática y supervisión de un observador externo capacitado en el tema. Para lograr dicha objetividad se puede aprovechar el recurso de las videograbaciones que permite observar operacionalmente el constructo de alianza terapéutica y, mediante el uso de un catálogo conductual evaluar las sesiones con mayor rigor y fidelidad para validar la variable independiente como ocurrió en el presente proyecto.

Los instrumentos de alianza terapéutica además de evaluarla, pueden figurar como parte de un entrenamiento para la formación de terapeutas con la finalidad de adquirir habilidades y destrezas

fundamentales y retroalimentarlos por medio de las videograbaciones de las sesiones terapéuticas para dar continuidad a dicha formación. Un recurso muy importante propuesto aquí, es la consistencia o confiabilidad interobservadores si se busca generar procedimientos de observación o instrumentos psicométricos con propiedades adecuadas.

Una de las limitaciones del presente estudio es un posible bajo nivel de validez ecológica o social de los instrumentos de alianza a la población mexicana por lo que sería muy conveniente adaptarlas específicamente a dicha población para futuros estudios.

No obstante, el SOATIF puede emplearse en investigaciones para identificar cómo evoluciona la alianza terapéutica a lo largo de una terapia, qué dimensiones de la alianza se establecen primero o de forma más fuerte en determinados modelos de terapia o en determinados contextos de aplicación de las terapias. Otra de las ventajas del uso de instrumentos en la formación de terapeutas. Éstos observan de forma detallada y sistemática las conductas que reflejan alianza terapéutica (u otros constructos) en sus propias sesiones o en las de otros terapeutas.

Se sugiere que para estudios posteriores se amplíe el número de terapeutas y pacientes con la finalidad de poder realizar análisis estadísticos más robustos y contar un sustento adicional que permita utilizar diseños experimentales y poder generalizar los resultados.

Sería conveniente además, comparar terapeutas de ambos sexos para observar las relaciones con sus pacientes, también de ambos sexos y con alguna patología dual.

Un aspecto importante es que, para futuras reproducciones se valide de manera más específica y pormenorizada el taller mencionado en el presente trabajo (integridad del tratamiento) con la finalidad de tener mayor certeza de su eficacia con un respaldo científico.

## Referencias

- Abad, F. (2008). La formación de los médicos mejora la Adhesión al tratamiento antihipertensivo. *Actualidad en Farmacología y Terapéutica*, 6, 40-42.
- Aguilera-Guzmán, R.,M.; Carreño, G., M., S; Juárez, G., F. (2004). Características psicométricas de la ces-d en una muestra de adolescentes rurales mexicanos de zonas con alta tradición migratoria. *Salud Mental*; 27 (6), 57-66.
- Amigo, I., Fernández, C. & Pérez, M. (1998). La adhesión a los tratamientos terapéuticos. En I. Amigo (Ed.), *Manual de Psicología de la Salud*. Madrid: Pirámide.
- Anderson, T., Ogles, B. M. & Weis, A. (1999). Creative use of interpersonal skills in building a therapeutic alliance. *Journal of Constructivist Psychology*, 12 (4), 313-330.
- American Psychiatric Association.(2003). DSM-IV TR: Breviario: Criterios Diagnósticos. Barcelona: Masson.
- Arias-Galicia, L.F. (1990). Investigaciones sobre el IDARE en cuatro países latinoamericanos: Argentina, Ecuador, México y Perú. *Rev. Intercont Psicol Educ*; 3:49-85.
- Arnkoff, D. B. (1995). Two examples of strains in the therapeutic alliance in an integrative cognitive therapy. *In Session-Psychotherapy in Practice*, 1 (1), 33-46.
- Arratia, M. M. (2007). La efectividad del proceso terapéutico en relación a la retroalimentación y la alianza terapéutica. *Ciencia Psicológica*, 1 (2), 1-12.

- Bachelor, A. (1991). Comparison and relationship to outcome of diverse dimensions of the helping alliance as seen by client and therapist. *Psychotherapy*, 28 (5), 34-549.
- Bagladi, V., Carrasco, E. & Lira, M. (1992). Convergencias y divergencias en psicoterapia. Integración en Psicoterapia [Convergence and divergence in psychotherapy. Psychotherapy integration]. Chile: Ediciones CECIDEP.
- Becoña, E. & Vázquez, F. L. (1997). La evaluación de la conducta de fumar. *Psicología Conductual*, 5 (3), 345-364.
- Becoña, E. y Vázquez, F. (1998). *The Fagerström Test for Nicotine Dependence in a Spanish sample*. *Psychological Reports*, 83(3), 1455-1458.
- Becoña, E. (2000). Tratamiento psicológico del Tabaquismo. *Adicciones*; 4 (2), 237-263.
- Berenson, B. C. & Mitchell, K. M. (1974). *Confrontation: For better or worse*. Amherst, Ma. Human Resource Development Press.
- Bonilla, C. P. (2007). Diseño de un instrumento para evaluar los factores que influyen en la Adhesión a tratamientos, en personas que presentan factores de riesgo de enfermedad cardiovascular. *Avances en Enfermería*, 2, 46-55.
- Bordin, E. S. (1976). The generalization of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16, 252-260.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16 (3), 252- 260.



- Bordin, E. S. (1994). Theory and research on the therapeutic working alliance: New directions. En A. O. Horvath y L. S. Greenberg (Eds.). *The working alliance: Theory, research, and practice* (pp. 13-37). New York: Wiley.
- Botella, L. & Corbella, S. (2011). Alianza terapéutica evaluada por el paciente y mejora sintomática a lo largo del proceso terapéutico. *Boletín de Psicología*. (101), 21-33.
- Brammer, L. M., Shostrom, E. L. & Abrego, P. J. (1989). *Therapeutic psychology: Fundamentals of counseling and psychotherapy* (5th ed.) Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Carkhuff, R. R. (1969a). *Helping and human relations*. Vol. 1: Selection and training. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Carkhuff, R. R. (1969b). *Helping and human relations*. Vol. 2: Selection and training. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Carkhuff, R. R. & Pierce, R. M. (1975) *Trainer's guide: The art of helping*. Amherst, MA: Human Resource Development Press.
- Corbella, S. & Botella, L. (2003) La alianza Terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de Psicología*, 19 (2), 205-221.
- Corbella, S. & Botella, L. (2004). Psychometric properties of the Spanish version of the Working Alliance Theory of Change Inventory (WATOCI). *Psicothema*, 16 (004), 702-705.
- Corbella, S. & Botella, L. (2011). Alianza terapéutica evaluada por el paciente y mejora sintomática a lo largo del proceso terapéutico. *Boletín de Psicología*, 101, 21-33.

- Corey, G., Corey, M. & Callanan, P. (1988). Professional and ethical issues in counseling and psychotherapy (3rd ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Cormier, W.H. & Cormier L. S. (2000). Estrategias de entrevista para terapeutas: habilidades básicas e intervenciones cognitivo-conductuales (3ª. ed.). Edición. . Bilbao: DDB.
- Crucelaegui A, Nerón I, Sobradie N, Belmonte A, Novella & P, Bernal V,. (2004). Factores predictores de éxito a los seis meses en fumadores tratados en una unidad de tabaquismo. *Prev Tab*, 6 (1), 175-6.
- DiMatteo, M. & DiNicola, D. (1982). *Achieving patient compliance: the psychology of the medical practitioner's role*. Nueva York: Pergamon Press.
- Eaton, T. T., Abeles, N. y Gutfreund, M. J. (1988). Therapeutic alliance and outcome: Impact of treatment length and pretreatment symptomatology. *Psychotherapy*, 25(4), 536-542.
- Echeburú, E. & Corral, P. (2001). Eficacia de las terapias psicológicas: De la investigación a la práctica clínica [Psychological therapies efficacy: From research to clinical practice]. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 1, 181-204.
- Egan, G. (1990). *The skilled helper: Model, skills, and methods for effective helping* (4th ed.). Pacific Grove, CA.: Brooks/Cole
- Ehrenzweig, Y. (2007). Modelos de cognición social y Adhesión terapéutica en pacientes con cáncer. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 25, 7-21.

Encuesta Nacional de Adicciones (2011) consultado en enero de 2013, disponible en:

[http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ENA\\_2011\\_TABACO.pdf](http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ENA_2011_TABACO.pdf)

Escudero, V. (2003). El sistema de observación de la alianza terapéutica en intervención familiar (SOATIF): Desarrollo trans-cultural, fiabilidad, y aplicaciones del instrumento. Salamanca: Mosaico p.p. 32 - 36.

Escudero, V. & Friedlander, M. (2003) El Sistema de Observación de la Alianza Terapéutica en Intervención Familiar (SOATIF): Desarrollo trans-cultural, fiabilidad, y aplicaciones del instrumento 1. Revista de la Federación Española de Asociaciones Familiares (25).

Escurra, M. L. M. & Delgado, V. M. E. (2012). Análisis psicométrico de la Escala de Depresión CES-D bajo el modelo de crédito parcial de Rasch. 173-190.

Fields, S., Collins, C., Leraas, K. & Reynolds, B. (2009). Dimensions of Impulsive Behavior in Adolescent Smokers and Nonsmokers. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 17, 302 - 311.

Fiore, M.C., Bailey, W.C., Cohen, S.J., Dorfman, S.F., Goldstein, M.G., Gritz, E.R., Heyman, R.B., Holbrook, J., Jaén, C.R., Kottke, T.E., Lando, H.A., Mecklenburg, R.E., Mullen, P.D., Nett, L.M., Robinson, L., Stitzer, M.L., Tommasello, A.C., Villejo, L. y Wewers, M.E. (1996). *Clinical Practice Guideline #18 Smoking Cessation*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research.

- Fiore, M.C., Bailey, W.C., Cohen, S.J., Dorfman, S.F., Goldstein, M.G., Gritz, E.R., Heyman, R.B., Jaén, C.R., Kottke, T.E., Lando, H.A., Mecklenburg, R.E., Mullen, P.D., Nett, L.M., Robinson, L., Stitzer, M.L., Tommasello, A.C., Villejo, L., Wewers, M.E., Baker, T., Fox, B.J. Y Hasselblad, V. (2000). *Treating tobacco use and dependence*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service.
- Freud, S. (1913). On the beginning of treatment: Further recommendations on the technique of psychoanalysis. En J. Strachey (Ed. And Trans.). *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (pp. 122-144). London: Hogarth Press.
- Galindo, M., A. (2000). Manejo del paciente con dependencia a la cocaína. *Trastornos Adictivos* ;2(2):122-132.
- Gazda, G. M., Asbury, F. S., Balzer, F. J., Childers, W. C. & Walters, R. P. (1984). *Human relations development: A manual for educators* (3rd ed.). Noston: Allyn & Bacon.
- Gladstein, G. (1983). Understanding empathy: Integrating counseling, developmental and social psychology perpectives. *Journal of Counseling Psychology*. 30, 467-482.
- Goldfried, M. R. & Davison, G. C. (1994). *Clinical behavior therapy (exp. ed.)*. New York, NY: John Wiley and Sons.
- Goldstein, A. P. (1986). Relationship-enhancement methods. In F. H. Kanfer & A. P. Goldstein (Eds.), *Helping people change* (3rd ed.) New York; Pergamon Press, 9-65.

- Godoy, J., Sánchez-Huete, J., & Muela, J. (1994). Evaluación del nivel de comunicación médico-paciente en la consulta ambulatoria. *Revista de Psicología de la Salud*, 6, 103-122.
- Golden, B. R. y Robbins, S. B. (1990). The working Alliance within time-limited therapy: A case analysis. *Professional Psychology - Research and Practice*, 21(6), 476- 481.
- Greenson, R. R. (1965). The working alliance and the transference neuroses. *Psychoanalysis Quarterly*, 34,155-181.
- Greenson, R. R. (1967). Technique and practice of psychoanalysis. New York: International University Press.
- Gunderson, J. G., Najavits, L. M., Leonhard, C., Sullivan, C. N. & Sabo, A. N. (1997). Ontogeny of the therapeutic alliance in borderline patients. *Psychotherapy Research*, 7 (3), 301-309.
- Gurman, A. S. y Razin, A. M. (1977). *Handboock of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis*. New York: Wiley.
- Haase, R. F. & Tepper, D. (1972). Non verbal components of emphatic communication. *Journal of Couseling Psychology*, 19, 417-424.
- Hartley, D. (1985). Research on the therapeutic alliance in psychotherapy. En R. Hales y A. Frances (Eds.), *Psychiatry update annual review* (pp. 532-549). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Hatcher, R. (1999). Therapists' views of treatment Alliance and collaboration in Therapy. *Psychotherapy Research*, 4,405-423.
- Haynes, R.B., McDonald, H.P. & Garg. A.X. (2002). Helping Patients Follow prescribed treatment. Clínica applications. *The Journal of the American Medical Association*, 288, 2880-83.

- Henry, W. P. & Strupp, H. H. (1994). The therapeutic Alliance as interpersonal process, *Horvath, Adam O. (Ed); Greenberg, Leslie S. (Ed). (1994). The working alliance: Theory, research, and practice. Wiley series on personality processes. (pp. 51-84). New York: John Wiley and Sons.*
- Hersoug, A. G., Monsen, J. T., Havik, O. E. y Hoglend, P. (2002). Quality of early working alliance in psychotherapy: Diagnoses, relationship and intrapsychic variables as predictors. *Psychotherapy and Psychosomatics, 71(1), 18-27.*
- Horvath, A. O. y Greenberg, L.S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology, 36, 223-233.*
- Horvath, A. O. & Symonds, B. D. (1991). Relation between alliance and outcome in psychotherapy: A metaanalysis. *Journal of Counseling Psychology, 38, 139-149.*
- Horvath, A. O. & Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61(4), 561-573.*
- Hotz, S., Kaptein, A., Pruitt, S., Sanchez-Sosa, J. J. & Willey, C. (2003). Behavioural mechanisms explaining adherence: What every health professional should know. In WHO (Eds.) *Adherence to long term therapies: Evidence for action (pp. 135-149). Geneva: World Health Organization.*
- Hubble, M. A. & Duncan, B. L., Miller, S. D. (1999). *The Heart and Soul of Change. Washington, DC: American Psychological Association.*

- Kazdin, A., E. (2001). Métodos de investigación en psicología clínica (3ª ed.). México: Pearson.
- Kiesler, C. A. (1971). The psychology of commitment. New York: Academic Press.
- Krumboltz, J. D., & Thoresen, C. E. (Eds.) (1969). Behavioral counseling: Cases and techniques. New York: Holt, Rinehart and Wiston.
- Lankton, S. R. (1980) Practical magic: A translation of basic neurolinguistic programming into clinical psychotherapy. Cupertino, CA: Meta Publications.
- Leal, B. M. B., Ocampo, O. M. A. & Cicero, S. R. (2010). Niveles de asertividad, perfil sociodemográfico, dependencia a la nicotina y motivos para fumar en una población de fumadores que acude a un tratamiento para dejar de fumar. *Salud Mental*. 3 (6), 489-497.
- Llambí, M. L., Esteves, E, Blanco, M. L., Barros, M, Parodi, C & Goja, B, (2008). Factores predictores de éxito en el tratamiento del tabaquismo. *Revista Médica del Uruguay*, 24, 83-94.
- López, F. & Gil, J. (2001). Características del fumador y su relación con el abandono del tabaco en programas de intervención no aversivos. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 1, 333-351.
- Loyola, N. (2011). Validez y confiabilidad de la escala de impulsividad de barratt versión 11 (bis-11) en mujeres encarceladas. Tesis de licenciatura con mención en Psicología Clínica, Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.
- Luborsky, L. (1976). Helping alliances in psychotherapy. En J. L. Cleghorn (Ed.), *Successful psychotherapy* (pp. 92-116). New York: Brunner/Mazel.

- Luborsky, L. (1994). Therapeutic alliances as predictors of psychotherapy outcomes: Factors explaining the predictive success. En A. O. Horvath & L. S. Greenberg (Eds.), *The working alliance: Theory, research, and practice* (pp. 38-50). New York: Wiley.
- Luborsky, L. (2000). A pattern-setting therapeutic Alliance study revisited. *Psychotherapy Research*, 1, 17-29.
- Luborsky, L., Barber, J. P., Siqueland, L., Johnson, S., et al. (1996). The revised Helping Alliance questionnaire (HAQ-II): Psychometric properties. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 5(3), 281-287.
- Marziali, E., Munroe-Blum, H. & McCleary, L. (1999). The effects of the therapeutic alliance on the outcomes of individual and group psychotherapy with borderline personality disorder. *Psychotherapy Research*, 9 (4), 424-436.
- Martin, D. J. (1999). *Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review.*, Ohio U, US.
- Martín, L. & Grau, J. (2004). La investigación de la Adhesión terapéutica como un problema de la Psicología de la salud. *Psicología y Salud*, 14, 89- 99.
- Masten, W. G. & Caldwell-Colbert, A. T., William, V., Jerome, W., Mosby, L., Barrios, Y. & Helton, J. (2003). Diferencias de género en síntomas depresivos entre adolescentes mexicanos. *Anales de Psicología* 19 (1), 91-95.
- Mathers C. D & Loncar, D. (2006). Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Medicine*, 3 (11) 442.



- Maurer, R. E, & Tindall, J. H. (1983). Effect of postural congruence on client's perception of counselor empathy. *Journal of Counseling Psychology*. 30, 158-163.
- Meichenbaum, D. & Turk, D. (1991). *Cómo facilitar el seguimiento de los tratamientos terapéuticos*. Bilbao: DDB.
- Miller, W.R. & Rollnick, S. (1999). *La entrevista motivacional. Preparar para el cambio de conductas adictivas*. Barcelona: Paidós.
- Ocampo, O, M. A. (2002). *El fumador, un enfoque conductual*. Revista Conadic Informa, 23-24.
- Ocampo, O. M. A. (2006). Programa de cesación del tabaquismo en un hospital de tercer nivel. México D.F: CONADIC.
- Ocampo A. (2008). Violencia Doméstica y Tabaquismo: Un estudio analítico explicativo. Trabajo final para concluir el programa académico de la Especialidad para el tratamiento de las adicciones. México: Centros de Integración Juvenil, documento Inédito.
- Ocampo O. A. (2011). Propuesta de transición de la clínica contra el tabaco a la clínica de atención de día para tabaco, alcohol, conductas adictivas y otras drogas en el Hospital General de México O. D. Tesis de maestría, Centro de Estudios de Postgrado del Estado de México. Estado de México.
- Ocampo, O. M. A. & Cicero, S. R. (2012). Retos de la medicina actual: los 30 años de experiencia de la clínica contra el tabaco del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga". México: Revista Médica del Hospital General de México, 75(3)180-184.

- Opazo, R. (2001). *Psicoterapia integrativa. Delimitación clínica* [Integrative psychotherapy. Clinical delimitation]. Santiago, Chile: Ediciones ICPSI.
- Orlinsky, D. & Hovard, K. (1986). Process and outcome in psychotherapy. En S. L. Garfield y A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (3rd ed.). New York: Wiley.
- Patton, J., Stanford, M. & Barratt, E. (1995). Factor structure of the Barratt Impulsiveness Scale. *Journal of Clinical Psychology*, 51, 768-774.
- Pinsof, W. M. & Catherall, D. R. (1986). The integrative psychotherapy alliance: Family, couple and individual therapy scales. *Journal of Marital and Family Therapy*, 12(2), 137-151.
- Pizer, S. A. (1992). The negotiation of paradox in the analytic process. *Psychoanalytic Dialogues*, 2 (2) 1992.
- Pomerleau, C. S., Carton, S. M., Lutzke, M. L., Flessland, K. A. & Pomerleau, O. F. (1994). Reliability of the Fagerström Tolerance Questionnaire and the Fagerström Test for Nicotine Dependence. *Addictive Behaviors*, 19, 33-39.
- Puente, S.F. (1985) *Adhesión Terapéutica, implicaciones para México*, D.F. (Edición de autor).
- Rait, D. S. (2000). The therapeutic alliance in couples and family therapy. *Journal of Clinical Psychology*, 56 (2), 211- 224.
- Raue, P. J., Goldfried, M.R. & Barkham, M. (1997). The therapeutic alliance in psychodynamic-interpersonal and cognitive-behavioral therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65 (4), 582-587.

- Reynales (2009). Encuesta de Tabaquismo en Jóvenes en México. Análisis descriptivo 2003, 2005, 2006, 2008. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2009.
- Reynales (2011). Encuesta Global de Tabaquismo en Adultos. México 2009. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, Organización Panamericana de la salud.
- Rodríguez-Marín, J. (2004) Cumplimiento terapéutico del paciente y seguridad clínica. *Monografías Humanitarias*, 8, 101-110.
- Robles, R., Páez, F. (2003). Estudio sobre la traducción al español y las propiedades psicométricas de las escalas de afecto positivo y negativo (PANAS). *Salud Mental*, 26 (1), 69-75.
- Rodríguez-Marín, J. (1995). Efectos de la interacción entre el profesional sanitario y el paciente. Satisfacción del paciente. Cumplimiento de las prescripciones terapéuticas. *Psicología social de la salud*. Madrid: Síntesis.
- Rodríguez-Marín, J. (2004) Cumplimiento terapéutico del paciente y seguridad clínica. *Monografías Humanitarias*, 8,101-110.
- Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy*. Cambridge. MA:Riverside Press.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Jornal of Consulting Psychology*, 21, 95-103.
- Rogers, C. (1977). Carl Rogers on personal power: Inner strenght and its revolutionary impact. New York: Delacorte Press.

- Rogers, C., Gendlin, E., Kiesler, D., Truax, C. (1967). The therapeutic relationship and its impact: A study of psychotherapy with schizophrenics. Madison: University of Wisconsin Press.
- Romero, M., A., F. (2008). Factores atribucionales de la efectividad psicoterapéutica. *Anales de Psicología*, 24 (1), 88-99.
- Romero, R., J., C. (2008). Psicoterapia grupal en adictos. *Revista de Filosofía y Psicología*. Chile, 17 (3), 77-97.
- Russell, M. A.H; Wilson, C.; Taylor C. & Baker, D. S. C. (1979). Effects of general practitioners advice against smoking. *Brit Med J*;2:231-235.
- Safran, J. D. (1998). *Widening the scope of cognitive therapy*. New Jersey: Jason Aronson Inc.
- Safran, J. D. & Muran, J. C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. New York, NY, US: The Guilford Press.
- Salazar, G. M. L. (2003). Residencia en adicciones. Reporte de experiencia profesional de la Maestría en Psicología. Facultad de Psicología, UNAM.
- Salvador, M. M. & Ayesta, A. F. J. (2009). La Adhesión terapéutica en el tratamiento del tabaquismo. *Colegio Oficial de psicólogos de Madrid*, 18 (3), 233-244.
- Salvio, M.-A., Beutler, L. E., Wood, J. M. y Engle, D. (1992). The strength of the therapeutic alliance in three treatments for depression. *Psychotherapy Research*, 2(1), 31-36.
- Sánchez, N. (2006). Adhesión terapéutica en hipertensión arterial sistémica. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*, 14, 98-101.

Simpson, D.; José G. W. & Rowan-Szal, G.A. (1997). Drug abuse treatment retention and process effects on follow-up outcomes, *Drug and Alcohol Dependence*. 47 (3) 227-235.

Sistema de Observación de Alianza Terapéutica en Intervención Familiar (SOATIF). Consultado en Mayo de 2011 disponible en <http://www.softa-soatif.com/>.

Smith-Hanen, S. S. (1977). Effects of nonverbal behaviors on judged levels of counselor warmth and empathy. *Journal of Counseling Psychology*. 24, 87-91.

Sociedad Mexicana de Psicología. (2009). *Código Ético del Psicólogo*. 4ª ed. México: Trillas.

Spielberger, C. D. & Díaz-Guerrero, R. (1975). IDARE. Inventario de ansiedad rasgo- estado. Manual e instructivo. México: El manual moderno.

Sterba, R. (1934). The fate of the ego in analytic therapy. *International Journal of Psychoanalysis*, 115, 117-126.

Sterba, R. (1940). The dynamics of the dissolution of the transference resistance. *Psychoanalytic Quarterly*, 9 1940, Inc.

Stiles, W., Agnew-Davies, R., Hardy, G., Barkham, M. & Shapiro, D. (1998). Relation of the alliance with psychotherapy outcome: Findings in the Second Sheffield Psychotherapy Project. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(5), 791-802.

Truax, C. B. & Mitchell, K. M. (1971). Research on certain therapist interpersonal skills in relation to process and outcome. In A. Bergin & S. Garfield (Eds.). *Handbook of psychotherapy and*

- behavior change: An empirical analysis (pp. 299-344). New York: Wiley.
- Tryon, G.S. & Kane, A.S. (1995): Client involvement, working alliance, and type of therapy termination. *Psychotherapy Research*, 5(3), 189-198.
- Uhlemann, M. R., Lea, G. W. & Stone, G. L. (1976). Effect of instructions and modeling on trainees low in interpersonal-communication skills. *Journal of Counseling Psychology*, 23, 509-513.
- Villarreal-González, M. (2009). *Un Modelo Estructural del Consumo de Drogas y Conducta Violenta en Adolescentes Escolarizados*. (Tesis doctoral inédita). Universidad Autónoma de Nuevo León, México.
- Vogt, F., Hall, S. & Marteau, T.M. (2008). Understanding why smokers do not want to use nicotine dependence medications to stop smoking: Qualitative and quantitative studies. *Nicotine & Tobacco Research*, 10, 1405-13.
- Watson, J. C. & Greenberg, L. S. (1995). Alliance ruptures and repairs in experiential therapy. *In Session- Psychotherapy in Practice*, 1(1), 19-31.
- Westerman, M. A., Foote, J. P. y Winston, A. (1995). Change in coordination across phases of psychotherapy and outcome: Two mechanisms for the role played by patients' contribution to the alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(4), 672-675.
- Winkler, M. M. I., Cáceres, P. C., Fernández, F. I. & Sanhueza, R. J. (1989) Factores inespecíficos de la psicoterapia y efectividad del proceso terapéutico: una sistematización. *Revista Terapia Psicológica*, (11) 34-40.

Zetzel, E. R. (1956). Current concepts of transference. *International Journal of Psycho-Analysis*, 37, 369-375.

**Anexos**

WATOCCI

© 1999 Barry Duncan and Scott D. Miller

Paciente: \_\_\_\_\_.

Terapeuta: \_\_\_\_\_.

Sesión no. \_\_\_\_\_.

Fecha de sesión: \_\_\_\_\_.

Por favor, evalúe la sesión de hoy según estas afirmaciones. Rodee con un círculo la puntuación que mejor describa su opinión usando el sistema siguiente:

Nunca	Muy pocas veces	En ocasiones	Punto medio	Bastante a menudo	Casi siempre	Siempre
1	2	3	4	5	6	7

1. Mi terapeuta y yo estamos de acuerdo en lo que hay que hacer para contribuir a mejorar mi situación.

1                    2                    3                    4                    5                    6                    7

2. Lo que hago en terapia me permite ver nuevas formas de considerar mi problema.

1                    2                    3                    4                    5                    6                    7

3. Caigo bien a mi terapeuta.

1                    2                    3                    4                    5                    6                    7

4. Mi terapeuta y yo tenemos ideas diferentes sobre lo que intento conseguir en terapia.

1                    2                    3                    4                    5                    6                    7

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

1                    2                    3                    4                    5                    6                    7

6. Mi terapeuta y yo estamos trabajando con metas que hemos acordado ambos.

1                    2                    3                    4                    5                    6                    7

7. Siento que mi terapeuta me aprecia.

1                    2                    3                    4                    5                    6                    7



8. Mi terapeuta y yo estamos de acuerdo en cuáles son las cosas importantes que debería trabajar en la terapia.

1                    2                    3                    4                    5                    6                    7

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

1                    2                    3                    4                    5                    6                    7

10. Mi terapeuta y yo tenemos ideas diferentes respecto a cuáles son mis problemas.

1                    2                    3                    4                    5                    6                    7

11. Mi terapeuta y yo hemos llegado a una buena comprensión del tipo de cambios que serían buenos para mí.

1                    2                    3                    4                    5                    6                    7

12. Creo que la forma en que estamos trabajando con mi problema es la correcta.

1                    2                    3                    4                    5                    6                    7

13. Mi terapeuta y yo coincidimos en cuanto a mis metas en la terapia.

1                    2                    3                    4                    5                    6                    7

14. Creo que lo que mi terapeuta y yo hacemos en terapia es irrelevante para mis preocupaciones.

1                    2                    3                    4                    5                    6                    7

15. Creo que las cosas que hago en terapia me ayudarán a conseguir los cambios que deseo.

1                    2                    3                    4                    5                    6                    7

16. Las cosas que mi terapeuta me pide que haga son intrascendentes o incomprensibles para mí.

1                    2                    3                    4                    5                    6                    7

17. Las sesiones se centran en mis ideas sobre lo que ha de pasar para que se produzca un cambio.

1                    2                    3                    4                    5                    6                    7

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 mis problemas.	1	2	3	4	5
2. El (la) terapeuta me comprende.	1	2	3	4	5
3. Las sesiones me sirven para abrirme (por ejemplo: expresar sentimientos o 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 el terapeuta hace en terapia puede solucionar el problema del cliente.	1	2	3	4	5
2. Comprende al cliente.	1	2	3	4	5
3. Las sesiones le sirven al cliente para abrirse (por ejemplo: expresar sentimientos o cosas nuevas).	1	2	3	4	5
4. Resulta difícil que el cliente y el terapeuta comenten lo que hay que hacer en terapia.	1	2	3	4	5
5. El terapeuta está haciendo todo lo posible por ayudarlo.	1	2	3	4	5
6. El cliente se siente cómodo/a y relajado/a en las sesiones.	1	2	3	4	5
7. El terapeuta está trabajando en equipo con el cliente.	1	2	3	4	5
8. El terapeuta se ha convertido en una persona importante para el 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 en terapia.	1	2	3	4	5
11. Al terapeuta le faltan conocimientos y capacidad para ayudar al cliente.	1	2	3	4	5
12. A veces el cliente se muestra a la defensiva en las sesiones.	1	2	3	4	5

## Consentimiento Informado

### *Promoviendo la alianza terapéutica en un grupo de pacientes con tabaquismo crónico.*

Investigador Responsable: Psic. Juan Carlos Sepúlveda Cuéllar

### **INVITACIÓN A PARTICIPAR Y DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO**

Estimado Sr. (a) \_\_\_\_\_

Se le hace una cordial petición para participar en el presente estudio sobre alianza terapéutica. En dicho estudio se evaluará el nivel de alianza terapéutica en 3 terapeutas de la CCT del Servicio de Neumología y Cirugía de Tórax.

La dinámica se llevará de la siguiente manera:

1. Realización de entrevista psicológica según el protocolo de la CCT, con el objetivo de recabar información importante de conocer para el tratamiento de cesación de tabaquismo.
2. Aplicación de pruebas psicológicas para conocer el nivel de dependencia hacia la nicotina.
3. Se videograbarán las 3 primeras sesiones terapéuticas, al finalizar cada una de ellas, el paciente contestará una encuesta sobre lo visto en sesión; en la tercera sesión se contestarán dos encuestas.
4. Posterior a estas primeras 3 sesiones, se continuará con el tratamiento de forma normal, es decir, ya no se videograbarán la sesiones sino hasta la última sesión del tratamiento.
5. En la última sesión de tratamiento, nuevamente el paciente contestará las encuestas realizadas en la tercera sesión.

NOTA: si por algún motivo, desea abandonar el tratamiento con previa planeación de ello, favor de avisar al investigador responsable.

Se le ha seleccionado para participar en este estudio porque cumple con las características requeridas para el presente trabajo. El objetivo del estudio es dotar a los terapeutas de habilidades y herramientas para generar una alianza terapéutica en el tratamiento de cesación de tabaquismo y posteriormente observar la dinámica de las sesiones terapéuticas videograbadas.

Para decidir si participa o no en este estudio, usted debe tener el conocimiento suficiente acerca de los riesgos y beneficios con el fin tomar una decisión informada. Este formato de consentimiento informado le dará información detallada acerca del estudio de investigación y un miembro del equipo de investigadores lo discutirá con usted. Le informaremos de todos los aspectos de esta investigación incluyendo sus objetivos, los posibles beneficios y riesgos que tendrá si decide participar. Al final se le pedirá que forme parte del proyecto y de ser así, firmará la carta de consentimiento informado.

Por favor, tome todo el tiempo que sea necesario para leer este formato, y si tiene alguna duda, pregunte al investigador responsable de este proyecto.

### ***RESULTADOS DEL ESTUDIO***

Es importante señalar que estos estudios son realizados como investigación para mejorar la calidad de atención psicológica y preparar con mayores herramientas a los terapeutas de la CCT.

Por otro lado, debe estar enterado que no se le proporcionarán los resultados de las encuestas de las 3 primeras sesiones mientras se encuentre en tratamiento, además de que en la última sesión también se aplicarán, por lo que el conocimiento de los resultados podría afectar los resultados en este segundo momento de aplicación.

### ***RIESGOS E INCONVENIENTES***

No existe ningún riesgo de ser videograbado ni por el hecho de contestar las encuestas de las 3 primeras sesiones de tratamiento.

### ***BENEFICIOS PARA USTED***

Este estudio no está diseñado para beneficiarle directamente ni a corto plazo. Sin embargo, la identificación de los factores que intervienen para generar una alianza terapéutica óptima, puede ayudar en un futuro para otorgar un servicio psicológico de mayor calidad. Además gracias a su participación, contaremos con datos que motiven a generar nuevas investigaciones sobre este tópico.

### ***CONSIDERACIONES ECONÓMICAS***

No se cobrará ninguna tarifa por participar en el estudio ni se le hará pago alguno.

### ***CONFIDENCIALIDAD***

Cómo se ha comentado, las 3 primeras sesiones de tratamiento serán videograbadas y las demás no sino hasta la última sesión nuevamente. Los datos que proporcione

serán de carácter confidencial y estarán legalmente asegurados. El nombre de usted, así como otro tipo de información que puedan identificarlo, será resguardado con los datos que haya proporcionado. Los resultados del trabajo de intervención pueden ser parte de trabajos de investigación y ser reportados en publicaciones. En el entendido de que al ser utilizada esta información, la identidad de los participantes será confidencial. Durante el tratamiento, estará en su derecho de rehusar su participación, sin que existan ningún tipo de presiones para que continúe en él. Las videograbaciones serán almacenadas en la computadora de la CCT, por ningún motivo saldrán del HGM y sólo serán vistos por el investigador responsable, una vez que hayan sido utilizados en cuanto al análisis se refiere, éstos serán eliminados.

Todas las hojas de recolección de datos serán guardadas con las mismas medidas de confidencialidad, y sólo el investigador titular tendrá acceso a los datos que tienen su nombre.

Las Comisiones de Investigación, del Hospital General de México (comisiones que revisan, aprueban y monitorean los estudios de investigación) podrán revisar los datos del estudio, cabe mencionar que sus integrantes cuentan con un convenio de confidencialidad por lo que no pueden revelar sus datos.

#### ***DERECHO A ABANDONAR EL ESTUDIO***

Usted es libre de decidir si participa o no en este estudio de investigación. Si decide participar, puede cambiar de opinión y retirarse del estudio en el momento que lo decida. Si decide no participar, o si se retira, no afectará su relación con los terapeutas de la CCT.

#### ***PREGUNTAS***

Fue necesario utilizar lenguaje técnico en este formato de consentimiento informado. Por favor, solicite que le expliquen cualquier cosa que no entienda y contestaremos todas sus preguntas.

Si tiene preguntas en el futuro acerca de este proyecto o si tiene problemas relacionados con el estudio, puede contactar con el investigador a cargo, Psicólogo Juan Carlos Sepúlveda Cuéllar al teléfono 2789000 ext 1377.

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES**

México, D.F., a \_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_

Por medio de la presente hago constar que por mi propio derecho, estoy de acuerdo en participar en el proyecto de investigación **“Promoviendo la alianza terapéutica en un grupo de pacientes con tabaquismo crónico”**.

Estoy enterado de que mi participación en el estudio consistirá únicamente en asistir las sesiones de terapia psicológica para la cesación del tabaquismo y ser videograbado en las 3 primeras sesiones, así como contestar 1 encuesta en estas 3 sesiones, 1 en la 3ª sesión y 2 en la última sesión de tratamiento.

Asimismo, estoy enterado que la información obtenida del estudio es absolutamente confidencial y que esta información será manejada únicamente por los investigadores y sólo será utilizada para conocer los factores atribuibles a la generación de alianza terapéutica. Estoy consiente de que mi participación en el estudio es completamente voluntaria, que participar no implica pago o retribución alguna y que si en medio del proceso decido no continuar, toda la información recopilada será eliminada.

He leído la información descrita y mis preguntas acerca del estudio han sido respondidas satisfactoriamente.

Atentamente

---

 Nombre y firma

Declaro que su decisión de participar en el estudio ha sido tomada de manera libre, sin presiones o influencias de ningún tipo y soy testigo de que esta carta ha sido firmada por el participante arriba mencionado.

---

 Nombre y firma del testigo

---

 Nombre y firma del testigo

Dirección

Dirección

He entregado la información precisa y necesaria sobre los objetivos del proyecto, riesgos, beneficios y derechos que tiene cada participante.

---

 Nombre y firma del investigador (No. Telefónico)