



**UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE POSTGRADO**

**LA MUSICA COMO FACTOR COADYUDANTE PARA EL ESTABLECIMIENTO DE
ALIANZA TERAPEUTICA EN LA PSICOTERAPIA HUMANISTA.**

Tesis para optar al grado de Magister en Psicología Clínica Adultos

JULIO ENRIQUE TILLERIA ENCINA



**Profesor Guía:
PABLO HERRERA SALINAS**

Santiago de Chile, año 2022

**LA MUSICA COMO FACTOR COADYUDANTE PARA EL ESTABLECIMIENTO
DE ALIANZA TERAPEUTICA EN LA PSICOTERAPIA HUMANISTA.**

RESUMEN

Se ha observado un aumento de enfermedades mentales y la baja adherencia a los tratamientos de salud mental. Una posible razón de ello es el no establecimiento de Alianza Terapéutica, la cual asegura en parte importante el éxito del proceso de psicoterapia. Además, la teoría de la Autodeterminación contempla a la motivación humana para el involucramiento del paciente en el desarrollo terapéutico. Con la finalidad de buscar estrategias para establecer una adecuada alianza, esta investigación utiliza a la música para comparar grupos a lo largo de seis sesiones y evidenciar diferencias en el establecimiento de Alianza Terapéutica. Esta intervención basada en el uso de la música para potenciar el establecimiento de Alianza Terapéutica temprana, no arroja diferencias estadísticamente significativas para el desarrollo de las sesiones de psicoterapia Humanista.

ABSTRACT

An increase in mental illness and low adherence to mental health treatment has been observed. One possible reason for this is the non-establishment of a Therapeutic Alliance, which largely ensures the success of the psychotherapy process. The Self-Determination theory contemplates the human motivation for the patient's involvement in therapeutic development. In order to find strategies to establish an adequate alliance, this research uses music to compare groups over six sessions and show differences in the establishment of Therapeutic Alliance. This intervention based on the use of music to enhance the establishment of an early Therapeutic Alliance, does not show statistically significant differences for the development of Humanist psychotherapy sessions.

PALABRAS CLAVE

Psicoterapia Humanista, Alianza Terapéutica temprana, Autodeterminación, Música.

DEDICATORIA

Dedicada a mis hijas Fernanda (Armonía), Maite (Melodía) y Magdalena (Ritmo).

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mi Madre (mi fan incondicional), mi Padre (mi mejor amigo), a mi hermana Bárbara (mi apoyo absoluto) y especialmente a Marité (mi compañera y mejor grupie) sin su amor esto no hubiese sido posible.

A Pablo por su paciencia y guía para el presente trabajo.

“Sin desviarse de la norma, el progreso es imposible”.

Frank Zappa, sf.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
ANTECEDENTES Y MARCO TEORICO	6
I. Desarrollo del Concepto de Alianza Terapéutica.....	6
1. Relación Terapéutica desde la Orientación Humanista.....	13
2. Factores del Paciente y Terapeuta que influyen en la calidad de la Alianza Terapéutica.....	17
II. Teoría de la Autodeterminación (TAD)	20
1. Motivación Intrínseca.....	21
2. Motivación Extrínseca	22
3. Subteorías de la Teoría de la Autodeterminación	23
3.1. Teoría de las necesidades psicológicas básicas.....	24
3.2. Teoría de la orientaciones causales.....	25
3.5. Teoría de la integración orgánica.....	27
III. La música y sus aportes en Salud Mental.....	28
HIPOTESIS	32
OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION	32
METODOLOGÍA	32
I. Dispositivos e Instrumentos	33
1. Test OQ.45-2	33
2. Test IA-T (Inventario de Alianza de Trabajo).....	34
II. Participantes	36
1. Reclutamiento de pacientes y terapeutas:.....	36
III. Procedimientos.....	36
1. Aplicación de instrumentos:	36
2. Procedimientos y recolección de datos:	37
IV. Aspectos éticos	38
ANÁLISIS DE DATOS.....	39
RESULTADOS.....	40
I. Datos Demográficos	40
II. Resultados Descriptivos	40
III. Resultados Prueba “t” de Student	49
CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN.....	54
BIBLIOGRAFÍA.....	63
ANEXOS	71

Anexo 1. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO72
Anexo 2. Test IA-T (P).....73
Anexo 3. Test OQ.45-2.....76

INTRODUCCIÓN

Desde hace algunos años se puede observar que los indicadores de prevalencia de enfermedades en salud mental han ido en aumento (Conde, 2016). Para el Ministerio de Salud de Chile, Salud Mental es “la capacidad de las personas para interactuar entre sí y con el medio ambiente, de modo de promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y uso óptimo de sus potencialidades psicológicas, cognitivas, afectivas y relacionales, el logro de sus metas individuales y colectivas, en concordancia con la justicia y el bien común” (MINSAL, 2017, p. 9).

Además, es posible observar la baja adherencia a tratamientos de psicoterapia, estudios hacen la estimación que entre un 30 y 50% de las personas que son ingresados para recibir atención abandonó el tratamiento o no lo comenzó (Bados, Balaguer & Saldaña, 2007; Killaspy et al., 2000; Macharia, Leon, Rowe, Stephenson & Haynes, 1992). Cabe señalar que los tratamientos asociados a este tipo de patologías exigen un prolongado tiempo de funcionamiento para ser efectivos, lo cual demanda altos costos económicos asociados al ejercicio profesional.

Una de las posibles dificultades que podrían presentarse respecto a la adherencia a los tratamientos y al no involucramiento del cliente es la falta de establecimiento de la Alianza Terapéutica (AT), siendo éste uno de los conceptos que ha sustentado evidencia respecto a variables que conducen al éxito en psicoterapia. Desde las primeras sesiones el paciente puede relatar si existe algún tipo de relación positiva en la diada terapéutica (Orlinsky, Ronnestad y -Wilutzky, 2004), siendo objeto de estudio y considerada en la investigación y publicación de diferentes enfoques, repercutiendo finalmente en la relación terapéutica (Santibáñez, 2008).

En consideración con los procesos de autorrealización y transformación planteados por Rogers (1957) y la mirada centrada en el cliente desarrollada por el terapeuta en su rol facilitador, se propone que la contribución del consultante sería más poderosa que la del terapeuta (Marziali, 1981, en Winkler y cols., 1989; en Corbella, 2003). Esto es congruente con que las condiciones existentes de forma previa del

consultante son las que tienen mayor peso en los resultados de la psicoterapia (Winkler y cols., 1989 en Santibáñez, 2008). En este sentido, uno de los factores esenciales en el pronóstico de los resultados es el grado de involucramiento del consultante en el proceso psicoterapéutico (Baer, 1980; Kolb, 1981; Gómez & Schwartz, 1987, en Winkler & cols., 1989; Weinstein, 1999; en Santibáñez, 2008). En conjunto con un adecuado establecimiento de Alianza Terapéutica podría ampliarse el repertorio de conductas de los pacientes para decidir adherir al tratamiento en base a su motivación, fortaleciendo el Vínculo Terapéutico.

El involucramiento descrito previamente puede beneficiarse con mayores grados de autonomía, lo cual se encuentra en sintonía con el Plan de Salud Mental actual nacional, donde se busca garantizar el derecho humano de autonomía y autodeterminación a través de que “todas las personas tienen el derecho a ser autónomas, a tomar decisiones acerca de cómo quieren vivir su vida. Los servicios para la promoción de la salud mental, prevención y tratamiento de los trastornos mentales y para la rehabilitación y los enlaces a redes de apoyo y otros servicios, que contribuyen a la capacidad para vivir con independencia en la comunidad, deben asegurar el ejercicio de este derecho, con planes de “recuperación” individuales, contruidos con los usuarios, enfatizando en aquellas personas más vulnerables y con mayor riesgo de ser excluidas” (Minsal, 2017, p. 39).

Lo anterior conlleva a considerar las necesidades psicológicas básicas, las cuales son innatas del ser humano, propuestas para estructurar la Teoría de las Autodeterminación (TAD). Estas necesidades son tres y se relacionan con el sentir que las personas observan al poder elegir y, voluntariamente, llevar adelante una tarea o actividad para mantener su salud mental.

Las necesidades son satisfechas cuando la tarea es efectuada de manera autónoma (Autonomía), sintiéndose a la vez capaz y apto en torno a desempeñar lo que está haciendo (competencia) y que en el desarrollo de dicha tarea se vincula con otros estableciendo relaciones significativas (Vinculación) (Deci & Ryan, 1985).

Ésta teoría ha aportado antecedentes del orden empírico en el ámbito clínico de la psicología, sugiriendo y haciendo hincapié en la importancia del refuerzo y fomento de comportamientos autodeterminados por los pacientes, los cuales deben ser incentivados por los profesionales del área de la salud mental (Ryan, Lynch, Vanteenkiste & Deci, 2011).

Teniendo en cuenta lo anterior, se hace necesario generar espacios de mayor apertura hacia quienes asisten a consultar, prestando mayor atención al diálogo, empatía y a las diferentes preferencias de los pacientes, abriendo alternativas que faciliten el fortalecimiento y establecimiento de Alianza Terapéutica. Para esto, se requiere establecer nuevas técnicas y catalizadores para ser utilizados en el contexto de psicoterapia que sean de mayor alcance, acceso e impacto en los tratamientos de salud mental, ya que se debe considerar los altos costos de los tratamientos en ésta área, lo cual puede dificultar que las personas asistan a psicoterapia.

Con el objetivo de lograr el establecimiento de Alianza Terapéutica de forma temprana, surge la necesidad de aumentar espacios donde los pacientes puedan desplegarse de forma auténtica y se comparta un lugar en común, tanto para el paciente como para el terapeuta, para el desarrollo de la psicoterapia humanista.

Por otra parte, es relevante señalar que la práctica de la psicoterapia en el ámbito público cuenta con escaso tiempo para cada sesión además de, en muchos casos, contar con prolongados intervalos de atención entre sesiones. Según la experiencia personal del investigador, la música puede colaborar en el establecimiento de la Alianza Terapéutica de forma temprana, ya que puede generar un espacio de expresión individual donde el paciente puede compartir parte de sus gustos, abriendo lugares de expresión emocional, incentivando la autonomía de quien asiste a consultar.

Uno de los elementos de uso frecuente de la práctica psicoterapéutica en el enfoque Humanista es la música, la cual puede contribuir en el proceso de desarrollo y

establecimiento de dicha alianza terapéutica temprana, toda vez que también sea el paciente quien elija qué escuchar o incluso no utilizar música para efectuar la sesión.

Es posible que el solo hecho de que el paciente pueda elegir qué desea hacer desde el comienzo de la primera sesión, en este caso el uso de música elegida por el paciente, emerja como un espacio de filiación al contexto terapéutico y de autodeterminación, pudiendo resultar en una mayor compatibilidad terapeuta-paciente. Permitiría prestar mayor atención al diálogo, empatía y a las diferentes preferencias de los clientes, abriendo alternativas que faciliten el fortalecimiento y establecimiento de vínculo.

El uso de la música ha reportado múltiples beneficios para pacientes en diferentes áreas de la salud y también fuera del ámbito clínico, constituyéndose en un elemento coadyuvante en las variables inespecíficas del terapeuta. Puede ser usada, dirigida hacia la disminución de la sintomatología por la cual los pacientes se presentan a consultar, junto con potenciar estratégicamente el vínculo terapéutico para la mejora de los procesos de los usuarios del área de salud mental. Cabe recordar que las personas recurren permanentemente en momentos de movilidad emocional a la música (da Silva, sf).

Desde los años 50, se viene desarrollando el concepto de musicoterapia, el cual hace uso de la música como un medio de comunicación no-verbal, aplicada a la prevención, diagnóstico y tratamiento de posibles dificultades o trastornos que presentan las personas. Gaston Thayer, defendía el empleo de la música para “provocar cambios en las personas que la escuchan o ejecutan (Thayer, 1957; en Sanz, 2001). Desde este modelo, la música es un factor que influye en la relación terapéutica y en el setting de atención, pudiendo facilitar la generación de Alianza Terapéutica. Se puede encontrar que existe el uso de la música pasiva y activa, siendo el presente estudio orientado esencialmente hacia el uso de la música pasiva.

El aporte del presente estudio consiste en conocer si el uso de música elegida por el paciente colabora en el establecimiento de Alianza Terapéutica temprana. Producto de su bajo costo, eficaces alcances y alta accesibilidad es que puede ser utilizada en diferentes contextos y niveles de atención en salud pública del país, contribuyendo a un proceso de atención más dignificante para quienes asisten a consultar, potenciando su bienestar, en donde sus preferencias musicales sean incorporadas a la psicoterapia con el fin de fortalecer la alianza terapéutica.

Se pretende explorar si la música es un factor coadyuvante para el establecimiento de alianza terapéutica, ya que al utilizar la música de manera pasiva e intencionada con el fin de elicitar emociones, donde es el paciente quién elige qué escuchar durante la sesión, se espera que cumpla un rol facilitador para el fortalecimiento de Alianza Terapéutica a través de la Autodeterminación. De esta manera, la investigación cobra relevancia a nivel teórico (aportando antecedentes e información respecto a establecer estrategias para la conformación de Alianza Terapéutica por medio de la Autodeterminación utilizando como vehículo para ello a la música, clínico -puede contrarrestar variables del terapeuta que generan distancia en el vínculo terapéutico- (Santibáñez, 2008) y práctico puesto que esta estrategia puede facilitar y potenciar el vínculo en el ámbito de la psicoterapia humanista al mismo tiempo que puede fortalecerla.

ANTECEDENTES Y MARCO TEORICO

I. Desarrollo del Concepto de Alianza Terapéutica

La Alianza Terapéutica es uno de los conceptos que ha sustentado evidencia respecto a variables que conducen al éxito en psicoterapia. Desde las primeras sesiones el paciente puede relatar si existe algún tipo de relación positiva en la diada terapéutica (Orlinsky, Ronnestad y -Wilutzky, 2004), siendo objeto de estudio y considerada en la investigación y publicación de diferentes enfoques (Ablon y Jones, 2000; Horvath, 2000 en Bejarano y Romero, 2001, en Andrade 2005). Safran (1994), realizó un análisis respecto a la investigación en psicoterapia concluyendo que sólo el 15% del cambio psicológico en terapia es atribuible a factores específicos, mientras que un 45% se atribuiría a factores de la Alianza Terapéutica. Dentro de estas variables inespecíficas, se ha encontrado que la Relación Terapéutica, y particularmente la Alianza Terapéutica, tiene una gran influencia sobre el resultado del proceso de psicoterapia (Orlinsky, Grawe & Parks, 1994). Se puede observar, a través de las revisiones efectuadas por Orlinsky, Grawe y Parks (1994) que alrededor del 66% de estudios mostraban una importante correlación en el desarrollo del vínculo y cohesión, y cómo resultaban los tratamientos.

Investigaciones del ámbito de la psicoterapia indican empíricamente qué condiciones son preponderantes en el ejercicio del rol del terapeuta y paciente, buscando mejorar o establecer una relación que fomente el proceso de cambio terapéutico ([Feixas y Miró, 1993; Bachelor y Horvath, 1999 en Santibáñez, 2001). Se ha encontrado mediante diversos estudios empíricos que existe mayor fuerza cuando la alianza terapéutica se evalúa en la fase inicial del proceso, siendo un mejor predictor del resultado final. Por otra parte, cuando se finaliza de forma temprana el proceso por parte del paciente obedece a puntuaciones más bajas al medir la Alianza Terapéutica (DeRubeis y Freeley, 1990; Horvath y Luborsky, 1993; Horvath y

Symonds, 1991; Pper, Azim, Joyce y McCollum, 1991; Saunders, Howard y Orlinsky, 1989). Weerasekera et al. (2001), en Corbella y Botella, 2003).

Hay diferencias respecto a la definición exacta del significado de Alianza Terapéutica, lo común es plantear un vínculo de apego con el terapeuta, traduciéndose a una conexión a nivel emocional, y otra a nivel cognitiva que entrega esperanza y mayor disposición al tratamiento involucrándose en él (Bordin, 1979; Karver, Handelsman, Fields & Bickman, en Navia y Arias, 2011).

Aunque no hay un claro consenso transversal entre los diferentes enfoques, se puede decir que la Alianza terapéutica es un constructo basado en la experiencia entre paciente y terapeuta, donde las opiniones y expectativas que los participantes del proceso terapéutico desarrollan respecto a la percepción del otro van modulando la relación. Variados estudios avalan una relación significativa entre la Alianza Terapéutica y el desenlace de la terapia, pudiendo ser un buen predictor del resultado terapéutico (Horvath y Symond, 1991; Luborsky, 1994, 2000, en Corbella y Botella, 2003).

A lo largo de la revisión bibliográfica, es posible encontrar que la Alianza Terapéutica puede ser entendida como un predictor de cómo resultará el proceso de psicoterapia ([Horvath y Symond, 1991; Luborsky, 1994] en Corbella y Botella, 2003), indistintamente de cuál sea el enfoque en cuestión ([Horvath y Symond, 1991; Luborsky, 1994, 2000] en Corbella y Botella, 2003), situación que se repite en el ámbito infanto-juvenil y adultos siendo también relevante para que el paciente logre un adecuado involucramiento en el tratamiento [(Horvath y Symond, 1991; Luborsky, 1994, 2000) en Corbella y Botella, 2003)], tanto para adultos, niños y [(Hazell, 2003; Hovarth & Bedi, 2002; Horvath & Greenberg, 1989; Karver, 2003) en Corbella y Botella, 2003)].

Diferentes miradas de la psicología concuerdan en que sería una conexión emocional o de apego entre el profesional y el paciente y, paralelamente, una conexión cognitiva o de expectativas hacia el tratamiento y poder involucrarse en él, generando colaboración recíproca con confianza y cuidado mediante el vínculo entre

ambos [(Bordin, 1979; Karver, Handelsman, Fields & Bickman, 2006) en Navia y Arias, 2010)].

A lo largo del siglo XX, el término Alianza Terapéutica se ha ido conceptualizando, encontrando su origen en el enfoque psicoanalítico, donde en 1912 Freud en su trabajo *The dynamics of Transference* ya hacía alusión a esta idea (Corbella y Botella, 2003). En 1913, el mismo autor plantea la importancia y el efecto del terapeuta hacia el paciente pudiendo ser beneficioso y positivo si la transferencia también lo era junto a la autoridad de la cual el analista estaría investido (Andrade, 2005). Así, la transferencia favorecía la aceptación y hacía creíble las eventuales explicaciones e interpretaciones ofrecidas por el terapeuta, considerando más adelante que una transferencia positiva podía dar pie a una distorsión de la relación que se conforma. Freud plantea que es imperativo el establecimiento de una adecuada relación, considerando que la adherencia del paciente al tratamiento y a la forma de trabajar del terapeuta es el primer objetivo a resolver para la intervención terapéutica (Andrade, 2005).

En 1956, Zetzel distingue entre transferencia y Alianza Terapéutica proponiendo que la alianza era “la parte no neurótica de la relación entre terapeuta y paciente que posibilita el insight y el uso de las interpretaciones del terapeuta.” En el ámbito del psicoanálisis, la Alianza se vería fortalecida o dificultada por efectos transferenciales del paciente. En la actualidad, esta corriente ha girado hacia una mirada relacional, donde la subjetividad del terapeuta resulta relevante. Esto puede dar explicación a la mayor atención que se ha prestado desde la tradición psicodinámica y del psicoanálisis a la transferencia del paciente que facilita o dificulta el trabajo de la alianza (Safran y Muran 2000).

Edward Bordin (1975) plantea una reformulación de carácter transteórico del concepto desarrollado por el Psicoanálisis denominado Alianza de Trabajo, planteando una reorganización de éste basado en investigaciones realizadas por Greenson (1967). Se trataría de una relación consciente que conjuga la colaboración del terapeuta-paciente con los acuerdos construidos y la frontera que demarca la

distancia entre las proyecciones inconscientes del terapeuta y la unión positiva con el paciente. Ambas partes enfrentan en conjunto al dolor y al sufrimiento que traen al paciente a consultar y a sus conductas autodestructivas (Horvath, 1995).

Desde el año 1976, Edward Bordin elabora incipientemente el concepto de Alianza Terapéutica, concepto que continua desarrollando durante los años posteriores. Bordin (1979) señala que el ahora concepto de carácter transteórico haría posible que el paciente acepte la propuesta de tratamiento, independiente de cual sea la naturaleza de éste siendo permeable a las técnicas específicas y estrategias empleadas en el tratamiento (Horvath, 1994) destacando la activa colaboración que debe establecerse. Bordin, plantea que es relativa al momento del proceso psicoterapéutico, por lo que el vínculo, objetivos y tareas irán variando en el transcurso.

Bordin (1976) señala que existirían tres elementos centrales para comprender la dinámica relacional y que serían relevantes para lograr los objetivos trazados (Vínculos, Tareas y Metas).

1. Vínculo (Bond): es la red de conexiones existentes entre el terapeuta y paciente que se traducen a la confianza y aceptación (Horvath y Luborsky, 1993). Un vínculo de calidad determina el tono emocional de cómo vivencia el paciente en relación al terapeuta, aportando al proceso. (Feixas y Miró, 1993).
2. Tareas (Tasks): las actividades acordadas a realizar para beneficiar el tratamiento (Safran y Seagal, 1994). Las conductas y cogniciones que conforman el proceso y que deben ser percibidas por ambos elementos intervinientes de la psicoterapia como relevantes y eficientes, haciendo responsable el paciente del proceso (Horvath y Luborsky, 1993).
3. Metas (Goals): qué objetivos se trazan a nivel general (Safran y Seagal, 1994), qué acuerdos se efectúan en la relación fortalecen la Alianza cuando están respaldadas de forma mutua por el terapeuta y el paciente (Horvath y Luborsky, 1993).

Con la propuesta transteórica de la Alianza Terapéutica, y en conjunto reformando el concepto psicoanalítico de neurosis de transferencia Bordin (1975; 1976; 1980, en Santibáñez, 2003), esta nueva conceptualización permite dialogar respecto a un concepto unificado y del cual diversas terapias pueden compararse de forma sistemática (Weinstein, 1997, en Arredondo y Salinas, 2005), subrayando la importancia de ésta para efectuar una unión genuina en el contexto terapéutico y que estaría elaborada a raíz de las primeras observaciones, de la confianza y del vínculo establecido entre terapeuta y paciente.

Krause (2001), refiere que la sintonía con el terapeuta basado en la confianza y simpatía con el cliente propende a evitar una posible ruptura de la Alianza, repercutiendo en la relación (Talley et al, 1990; Safran y Muran, 2000). Podría describirse como el fiato en el equipo, o el cómo las personalidad del terapeuta y paciente interactúan junto con la habilidad para coordinar los roles, aportando con la el propio Rapport que se pueda aportar en términos de comunicación y sentimientos mutuos, donde el terapeuta debe proyectar la imagen de creíble y seguro al ser percibido por el paciente mostrando compromiso y empatía en su proceso personal y único, siendo más indicativo del éxito la perspectiva del paciente (Santibáñez, 2001).

La calidad de la relación y qué tan fuerte se constituye para el proceso en curso se traduce a un vínculo afectivo que potencia la motivación del paciente aumentando la probabilidad de logro de las tareas y metas propuestas mediante los objetivos terapéuticos (Opazo, 2001).

Por su parte, Gaston (1990) hace referencia al concepto distinguiendo cuatro aspectos centrales:

- A) la relación basada en los afectos entre el paciente y terapeuta.
- B) La alianza de trabajo que se establezca.
- C) Terapeuta con comprensión empática y compromiso hacia el paciente y su situación personal.

D) Acuerdos establecidos sobre qué objetivos se deben lograr y tareas para abordar el tratamiento.

Bordin refiere que la Alianza Terapéutica por sí misma no tiene propiedades curativas, sino que sería uno de los aspectos a considerar en el éxito terapéutico mediante la aceptación del proceso (Horvath y Luborsky, 1993) distinguiendo dos tipos de Alianza Terapéutica, dependiendo de la fase del tratamiento, siendo dinámica de acuerdo a la etapa de las intervenciones.

Se Propone una Alianza Terapéutica tipo 1 en las fases iniciales. Es la que se desarrolla en etapas incipientes del proceso y tiene relación con la percepción del paciente acerca del terapeuta, respecto a su rol de colaboración y apoyo en su proceso individual y de la forma afectuosa que muestre. La de tipo 2, que se desarrollaría posteriormente, considera que es la energía que entrega el paciente a la colaboración en su proceso para llevar adelante las tareas acordadas (Luborsky, 1993, en Navia y Arias, 2011). Se concibe en torno a la sensación que se entrelaza de forma conjunta para superar barreras y lograr mejoras a nivel terapéutico para sobrepasar los impedimentos expuestos durante las sesiones.

Los estudios empíricos sobre Alianza Terapéutica han sido sintetizados en cinco aspectos relevantes y que reciben el apoyo de la división 29 de la APA (American Psychological Association) (Constantino y Castonguay, 2006 en Bregman, 2016):

1. Se puede establecer una correlación consistente y positiva entre la calidad de la Alianza y las posibles mejoras del paciente.
2. Existen factores por parte del paciente que son correlativos de forma positiva como por ejemplo la apertura y receptividad. Sin embargo, otros temas ligados al ámbito interpersonal, como el ser distante y la rigidez o el ser perfeccionista tendrían una correlación negativa.

3. Factores del terapeuta tienen una correlación positiva (quienes muestran flexibilidad y calidez) mientras otros son de carácter negativo, como mostrar comportamientos de hostilidad y/o rigidez, impactando también negativamente en la Alianza.
4. El establecimiento de una adecuada y fortalecida Alianza Terapéutica temprana es un predictor altamente probable hacia los resultados esperados y, por otra parte, una Alianza temprana empobrecida propenderá al abandono o interrupción del proceso terapéutico.
5. La Alianza Terapéutica no es una variable inespecífica sino que puede ser medida mediante instrumentos válidos y confiables.

Por lo tanto, se puede decir que el proceso psicoterapéutico sería influido por la calidad de la Alianza Terapéutica, siendo un proceso bidireccional (Santibáñez, 2001). Bordin (1980) refiere que el elemento principal para conformar una Alianza Terapéutica fortalecida es la reciprocidad, constituyéndose en un catalizador que permite intervenir a través de diferentes técnicas y métodos en la psicoterapia, lo cual es de orden transversal para todas las miradas psicoterapéuticas, aceptando el seguimiento posterior del proceso.

En 1980, Bordin señala que, con una Alianza Terapéutica fortalecida, el cliente percibe qué y cómo debe proceder en torno a sus deberes establecidos mediante las tareas, las cuales deben estar previamente consensuadas, junto a las expectativas a corto y mediano plazo, puesto que muchos pacientes buscan alivio que sea obtenido prontamente. Es menester que el terapeuta negocie los objetivos a lograr en el cercano y mediano plazo, sin confundir los plazos del terapeuta que ve el tratamiento como un proceso que puede llevar al alivio y solución de los problemas del paciente, abordando los aspectos dolorosos pudiendo el paciente postergar la gratificación inmediata.

Como se ha mencionado previamente, la efectividad de cualquier enfoque dependerá de la Alianza Terapéutica, y esto está influenciado por la claridad de los objetivos propuestos que son expuestos por el terapeuta en conjunto con los procedimientos técnicos que se aplican. También, importan las sensaciones del paciente hacia el terapeuta y cómo percibe el cambio y la solución de sus dificultades. Previamente a esto es necesaria la confianza y la seguridad que se establece mediante el vínculo, pudiendo ser la base de los posteriores resultados donde el paciente puede expresar sus pensamientos y sensaciones de forma libre mediante la comunicación con el terapeuta, quien requiere señalar los alcances y lo que se espera del paciente para poder modificar las conductas que éste último desea modular de manera sinérgica e independiente (Hougaard, 1994, en Arredondo y Salinas, 2005).

1. Relación Terapéutica desde la Orientación Humanista

El humanismo ha tenido un rol trascendental en el desarrollo del concepto de Alianza Terapéutica. Para profundizar en ello, es necesario señalar que ésta se enmarca dentro de la Relación Terapéutica, la cual ha sido considerada y desarrollada por Rogers (1951; 1957). Este autor define a la empatía, la estima positiva incondicional y congruencia como ejes centrales para el desarrollo de una exitosa relación, centrando la mirada hacia el Cliente.

Podemos describir a la relación terapéutica como una relación que se encuadra de forma unilateral (vierte una mirada hacia el paciente), formal (tiene límites temporales en un contexto determinado) presentando un límite relacional, donde se pone fin a esta dinámica profesional una vez que termina el proceso terapéutico (Andrade, 2005).

El enfoque humanista abre la posibilidad de contemplar a los factores inespecíficos (o actitudes del terapeuta) como uno de los elementos más importantes para el logro

de los objetivos terapéuticos planteados por el cliente (Salvo, 2002). Rogers, en 1942 señala que al generarse un contacto terapéutico se debe lograr una instancia de crecimiento personal, con el fin de establecer una relación que facilite resultados que sean acorde con la expectativa del cliente, dependiendo de estos factores inespecíficos del terapeuta (Arredondo y Salinas, 2005).

Una posible definición de las variables inespecíficas o también conocidas como factores comunes compartidos por los diferentes enfoques (Opazo, 2001), 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 (Francés, 1985; Omer, 1989, citados ambos en Bagladi, Carrasco y Lira, 1992; Santibañez, Román y Vinet, 2009; p. 273)”

Carl Rogers es pionero en dar énfasis en que la calidad de la relación terapéutica es de vital importancia para el curso terapéutico, dando lugar al contacto terapéutico como una experiencia para crecer (1952) y a la importancia de la calidad de la relación terapéutica. Refiere que el tipo de relación que se logra establecer en el contexto de psicoterapia puede facilitar un funcionamiento sano del paciente (Cellis, 1999 en Arredondo y Salinas, 2005).

Junto a lo anterior, es posible sostener que la calidad de la interacción en el contexto terapéutico es determinante por lo que es necesario centrarse en la calidad emocional del encuentro interpersonal con el cliente (Rogers, 1957).

En el artículo “Condiciones necesarias y suficientes del cambio terapéutico de la personalidad” (Rogers, 1957) establece que habrían condiciones universales y aplicables a todos los enfoques psicoterapéuticos transversalmente y que además están dotadas de universalidad (Gondra, 1981).

Resumidamente, las condiciones Rogerianas podrían ser descritas de la siguiente manera:

- a) Que dos personas se encuentren en contacto psicológico.
- b) Que la primera o “cliente” contemple un estado de incongruencia, encontrándose con angustia o vulnerable.
- c) Que la segunda persona, o terapeuta, sea integrada y congruente en la relación.
- d) El terapeuta debe ser capaz de sentir una consideración positiva e incondicional hacia el cliente.
- e) Que el terapeuta pueda establecer una comprensión empática respecto al marco de referencia interno del cliente comunicando su experiencia y
- f) Que la comunicación en la interacción cliente-terapeuta logre transmitir comprensión empática y consideración positiva incondicional hacia el cliente y que esto sea al menos en un grado mínimo.

Por otra parte, en 1972, Rogers define que existirían cualidades pertenecientes al terapeuta, que incluyen tres elementos principales (Kleinke, 1998):

1. Autenticidad: el terapeuta debe observar sus sentimientos sin ofrecer una fachada incongruente de sí mismo, siendo sincero y transparente mostrando autenticidad personal.
2. Aceptación positiva incondicional: muestra respeto y calidez hacia sí mismo aceptándose como una persona de valor y con mérito propio e incondicional, validándose como un ser valioso independiente de su conducta, sentimientos y/o condición.

Es necesario señalar que el terapeuta debe aceptar los sentimientos del cliente ya sean negativos, positivos o ambivalentes y que no requiere compartir sus ideas sino más bien respetarlas (Gondra, 1981)).

3. Comprensión empática: El efecto terapéutico que ejerce la empatía como factor central que se establece en la relación terapéutica, desplegando el terapeuta su sensibilidad ante la situación personal planteada a lo largo del proceso psicoterapéutico.

Tomando en consideración estas tres cualidades del terapeuta, Rogers (1957), plantea que el éxito terapéutico sería más probable dependiendo de cómo el cliente experimenta la relación terapéutica, por lo que el cliente debe percibir la aceptación positiva incondicional y empatía del terapeuta. Además, este último debe ser capaz de comprender también sus propios sentimientos y manera de vivenciar sus experiencias (Pérez, 2002 en Arredondo y Salinas, 2005).

De esta forma, se propone que la calidad del encuentro terapéutico sería más importante que la formación profesional o qué tan erudito sea el terapeuta. Lo que es más relevante es cómo el Cliente experimenta sentimientos de seguridad en la aceptación del terapeuta observadas en las actitudes de éste. El cliente, al percibir al terapeuta como una persona capaz de aceptar de forma incondicional sus sentimientos experimentaría algo similar consigo mismo pudiendo catalizar la aceptación de sus propios sentimientos integrándolos como partes del sí mismo (Rogers, 1957)

Las tres variables presentadas por Rogers son necesarias pero no suficientes. Investigaciones han concluido que las técnicas no actúan de forma independiente con las variables inespecíficas como la empatía y autenticidad (Opazo, 2001), por tanto, desde el enfoque Humanista se le ha dado énfasis a la experiencia inmediata como factor fundamental del proceso terapéutico (Feixas y Miró, 1993).

La relación terapéutica da como resultado la conformación de un vínculo terapéutico, el cual incluye una extensa red personal terapeuta-paciente, donde el tono emocional que el paciente siente respecto a la empatía, la confianza mutua y la aceptación determinan la calidad de la Alianza. Cabe aclarar que este vínculo puede ser descrito como “Rapport” pudiendo entenderse como el contacto afectivo que existe entre los miembros de la relación terapéutica (Fernández-Liria y Rodríguez, 2001, en Andrade 2005). Tanto el paciente como el terapeuta tienen injerencia en la relación, lo cual puede derivar en ciertos factores que amenazan o fomentan la Alianza Terapéutica.

2. Factores del Paciente y Terapeuta que influyen en la calidad de la Alianza Terapéutica

La alianza terapéutica puede verse afectada por un conjunto de estas variables moderadoras: (Andrade, 2005)

- a) variables relacionadas con el paciente como qué tan severo es el cuadro clínico previo a la psicoterapia.
- b) Variables del terapeuta: cuáles son las habilidades interpersonales y comunicacionales, grado de empatía y experiencia, calidez y formación profesional, así como también el manejo de actitudes negativas
- c) Variables de la interacción de ambos: cómo se complementan y colaboran.

Otro elemento que es importante en el establecimiento de la alianza es la metacomunicación (Safrán y Muran, 2000, en Corbella y Botella, 2003), la cual debe ser desplegada desde las primeras sesiones y que debe ser mantenida a lo largo del proceso, siendo la interacción la variable más influyente para la construcción de la alianza (Oagles y Weis, 1999, en Corbella y Botella, 2003).

El terapeuta por sí mismo también es una variable influyente del proceso, aportando con las actitudes terapéuticas rogerianas (1957) de empatía y calidez, las cuales aumentan la valoración del paciente hacia el terapeuta.

Paralelamente, la formación continua y entrenamiento en habilidades técnicas también aumentan la valoración hacia el terapeuta, esto sólo cuando es medido en terapeutas que pasan por un proceso psicoterapéutico, no así para los pacientes que no consideran mayormente esta variable (Monsen y Havik (2001, en Corbella y Botella, 2003).

El estudio de las temáticas previamente descritas refiere que son habilidades adquiridas por el terapeuta la detección e intervención en torno a la resistencia del paciente al cambio y la tendencia de ser más directivo hacia el insight, el cual debe ser confrontado con el estilo de afrontamiento de problemas del paciente (Beutler y Clarkin, 1990, en Corbella y Botella, 2003).

Los pacientes por otro lado, pueden ser beneficiados al intervenir de forma más exploratoria y menos técnica al conseguir una Alianza Terapéutica fuerte, mientras que con una Alianza debilitada sería más adecuado intervenir de manera más específica (Gaston y Ring, 1992; Mariziali, 1984, en Corbella y Botella 2003).

El paciente, en tanto, es también una variable influyente en el proceso de establecimiento terapéutico, influyendo sus eventos estresantes, la calidad de las relaciones sociales y objetales, la motivación y expectativas en conjunto con sus actitudes. La expectativa de una relación transversal e igualitaria con el terapeuta aumenta también el probable éxito de la alianza, así como también las eventuales variables diagnósticas o presencia de algún trastorno mental o psicopatología (Luborsky, Crits-Christoph, Alexander, Morgolis y Cohen, 1983; Kokotovic y Tracey, 1990; Mallinckrodt, 1991; Gaston, Marmar, Gallagher y Thompson, 1989; Kokotovic y Tracey, 1990; Horvath y Luborsky, 1993, en Corbella y Botella, 2003).

Pacientes hostiles o que evitan contextos sociales posiblemente requerirán más sesiones para desarrollar una relación de confianza (Paivio y Bahr, 1988, en Corbella y Botella, 2003) y las similitudes demográficas entre paciente y terapeuta colaboran en el adecuado establecimiento de Alianza terapéutica y congruencia hacia las expectativas y perspectivas que el paciente pueda desarrollar para el proceso terapéutico (Al-Darmaki y Kivlighan, 1993; Gelso y Carter, 1985, en Corbella y Botella, 2003).

Cabe destacar que no existe acuerdo en la comunidad científica respecto a un patrón a seguir y que sea claramente establecido durante el tratamiento en sus fases inicial, media y tardía para ser ejecutado en el establecimiento de Alianza Terapéutica. Hay acuerdo en las investigaciones en que el punto de inflexión se encuentra entre la tercera y quinta sesión. En caso contrario suceden las siguientes situaciones:

- a) El éxito del tratamiento puede ser mermado (Horvath y Bedi, 2002)
- b) b) Puede existir riesgo de que el paciente decida finalizar de forma prematura la intervención (Tryon y Kane, 1993)

Por último, es necesario señalar que los terapeutas deben hacer los esfuerzos necesarios y suficientes para aumentar y mejorar su capacidad introspectiva, lo cual también colabora en la generación de una Alianza a Terapéutica adecuada (Safran y Muran, 2000).

En consideración con lo descrito previamente, en torno a cuáles son los factores que inciden en el desarrollo de la Alianza Terapéutica, y con la intención de optimizar la motivación en conjunto, es que se puede incorporar el concepto de Autodeterminación, el cual también ha aportado evidencia científica de forma transversal a los distintos enfoques de psicoterapia, desarrollando y combinando elementos desde el humanismo y conductismo, incluyendo tanto la motivación del individuo ya sea desde el ámbito estrictamente personal del sujeto como desde el

ambiente, revisando cómo es que se combinan dichas variables para la generación de motivación en el paciente.

II. Teoría de la Autodeterminación (TAD)

En la búsqueda de estrategias que incentiven la modificación conductual y que las personas logren aminorar factores de riesgo para incrementar el autocuidado de la Salud Mental, es que se ha observado que uno de los elementos relevantes para ello es la motivación. Es necesario considerar que parte importante de los tratamientos de psicoterapia son llevados adelante por el propio paciente. Al ser relevante que sea él quien pueda participar y conducir del proceso de salud (y mejora) y con la intención de propender al apego o adherencia al tratamiento es que debe considerarse la percepción del paciente que recibe atención psicológica. El paciente dispone de sus propios recursos psicológicos, sociales, económicos y familiares para involucrarse en la mejora de su situación personal mediante aspectos cognitivos, motivacionales y volitivos.

La Teoría de la Autodeterminación propone una macroteoría de la motivación humana. Dicha teoría entiende a la motivación como la energía, dirección, persistencia y finalidad del comportamiento de un individuo e implica que las intenciones y acciones resultantes son una base regulatoria biológica, cognitiva y social de la persona (Deci & Ryan, 1985). Esta teoría tiene la particularidad de someterse permanentemente a revisión a través de la investigación empírica y es aplicable a distintas áreas ya sean clínica, educacional, laboral o recreativa.

La evidencia al comparar personas donde la motivación es auténtica y las que son controladas y motivadas de manera externa refiere que en el caso donde hay mayor autenticidad personal se posee un mayor interés, excitación y confianza en sus actividades manifestándose en una mejora del desempeño, la persistencia y la creatividad, así como también el bienestar general (Deci & Ryan, 1995).

Se puede decir que es una teoría esencialmente basada en la corriente conductista y humanista (Sheldon & Krasser, 2001), tomando en cuenta de la primera el sometimiento a pruebas empíricas para comprobar hipótesis como método de investigación del concepto, sin dejar de considerar al ser humano la importancia de su individualidad como ser activo, tal fuera propuesto por Maslow (1943) y Rogers (1951), recopilando los postulados del humanismo, por lo que la TAD es una teoría integrativa empírico-humanista (Stover, Bruno, Uriel, Liporace, 2017).

En la actualidad, la motivación es altamente valorada, ya que una de sus consecuencias es que las personas pueden producir de mejor manera. Pueden ser motivadas por distintos factores los que incluyen la propia experiencia. Se ha comparado entre personas con motivación auténtica o que sea de autoría del Yo (Motivación Intrínseca) o que son ejecutadas por coerción externa (Motivación Extrínseca), las cuales se describen brevemente a continuación.

1. Motivación Intrínseca

La Teoría de la Autodeterminación no atiende a las causas de la Motivación Intrínseca (ya que son consideradas como propias de cada individuo) sino que se ocupa de cuáles son las variables que la fomentan o sostienen versus las que la contienen, disminuyen e impiden (Ryan et al, 1997). Existen factores sociales y ambientales que intervienen a éste nivel, conformando la Teoría de la evaluación cognitiva. Esta teoría de la Teoría de la evaluación cognitiva, plantea que la motivación se expresará mientras el ambiente lo permita. Se fundamenta en las necesidades de autonomía y competencia para estimular la Motivación Intrínseca, existiendo una correlación con un feedback positivo con el desempeño de tareas, mientras que el negativo las reduce (Deci, 1975) experimentándose como autodeterminadas. El sentido de elegir, la cabida al reconocimiento de los sentimientos y las oportunidades que se presentan para ser auto-dirigido amplían la

Motivación Intrínseca, ya que permite la curiosidad y el aumento de desafíos personales (Deci & Ryan, 1985), así como el sentimiento personal de autonomía.

2. Motivación Extrínseca

La motivación intrínseca es importante en la motivación, sin embargo hay otro tipo de motivación autodeterminada (Deci & Ryan, 1985). Se puede decir q luego de la primera infancia, gran parte de los comportamientos carecen de la libertad para ser motivados de forma intrínseca, siendo la motivación reducida muchas veces por las presiones sociales, las cuales pueden no ser interesantes.

Al ser la motivación clave para el cambio y fomento de conductas, de acuerdo con la Teoría de la Autodeterminación habría un grado de internalización de dichos comportamientos y otro de integración desde el ambiente, dando cabida a la Motivación Extrínseca. La internalización permite que se incorpore o regule un comportamiento y la integración refiere a cómo la persona termina finalmente incluyendo el comportamiento a partir de su propio Yo. Ambos son centrales en la infancia y se desarrollan permanentemente con el fin de regular conductas durante todo el ciclo vital.

La Teoría de la Autodeterminación ha revisado qué factores se encuentran en los procesos donde conductas que no provienen de la Motivación intrínseca concluyen siendo autodeterminadas y cómo su ambiente social afecta estos procesos (Ryan & Deci, 2000). A diferencia de la Motivación intrínseca, la Motivación extrínseca no se caracteriza por la satisfacción propia de efectuar una actividad en sí misma. La Motivación Extrínseca puede ir variando en su grado de autonomía (Ryan & Connell, 1989, Vallerand, 1997), yendo del continuo de la autodeterminación hasta la amotivación, entendiendo a ésta última como el hacer tareas con escaso valor para efectuarla (Ryan, 1995), sentirse incompetente para hacerla (Bandura, 1975), o no esperar que la motivación genere el resultado que se desea (Seligman, 1975).

Tanto la Motivación extrínseca como la Motivación intrínseca intervienen en los procesos de toma de decisión e involucramiento en actividades (o en este caso tratamientos de psicoterapia) de modo de facilitar el cambio en el comportamiento de las personas. Dependiendo de cómo se relacionen ambos tipos de motivación es que se da pie a las distintas subteorías de la Autodeterminación.

3. Subteorías de la Teoría de la Autodeterminación

Producto de lo complejo del modelo y de los múltiples resultados encontrados mediante la investigación de campo y de laboratorio, es que se ha ordenado en cinco subteorías que especifican aspectos centrales de la motivación (Deci & Ryan, 1985, 2004). Ambos tipos de motivación, tanto Motivación Intrínseca como Motivación Extrínseca, están comprendidas distintamente en las subteorías de la Teoría de la Autodeterminación donde se valora la cantidad de motivación, no obstante, el tipo o cualidad de ésta última cobra mayor relevancia. A continuación una breve descripción del modelo.

Para hablar de motivación desde la Teoría de la Autodeterminación es necesario subdividir tres niveles jerárquicos de generalización (Vallerand, 1997).

- a) Global: incluye las orientaciones generales de la persona, es estable y se relaciona directamente con la personalidad de l individuo.
- b) Contextual: corresponden a las actividades cotidianas de la cultura y el vivir en sociedad como lo son la recreación, trabajo, educación, etc los cuales son determinados a través de los factores sociales.
- c) Situacional: son los momentos propios de cada persona, los cuales son irrepetibles y específicos de un momento determinado.

Los factores sociales interactúan en la generación y mantenimiento de la motivación mediante las necesidades psicológicas básicas de competencia, autonomía y vinculación. En relación con que estas tres necesidades psicológicas sean satisfechas es que aparecen los distintos tipos de motivación descritos previamente (Motivación Intrínseca, Motivación Extrínseca y Amotivación).

En resumen, la Motivación Intrínseca se obtiene mediante el sólo hecho de la acción, es decir, la persona siente placer por su ejecución. La Motivación Extrínseca refiere a comportamientos para obtener un fin específico y Amotivación alude a conductas no reguladas por la persona sino por el medio, donde se hace patente la sensación de escaso disfrute, posiblemente por que su propósito no es personal (Deci & Ryan, 1985, 2000).

3.1. Teoría de las necesidades psicológicas básicas

Esta teoría plantea que los tres niveles del modelo jerárquico referido previamente (global, contextual y situacional) se organizan en torno a la satisfacción de las necesidades psicológicas básicas, las cuales son innatas y universales (Ryan & Deci, 2009). Estas necesidades básicas son:

- a) Autonomía: refiere a lo volitivo, a cómo la persona despliega comportamientos relacionados con intereses referentes del sí mismo integrado (Deci & Ryan, 1985). Podría decirse que es una experiencia de libertad e integración, siendo esto esencial para una vida saludable, puesto que la persona percibe tener la facultad de elegir alguna actividad de forma individual o colectivamente.

- b) Competencia: corresponde a qué tan efectivo se siente el sujeto al desempeñar una tarea, mostrando habilidad para ello.
- c) Vinculación: la persona experimenta vincularse en interacciones con terceros significativos, presentando conductas de cuidado y cariño de forma recíproca (Faye & Sharpe, 2008).

3.2. Teoría de la orientaciones causales

Esta teoría incorpora a los estímulos ambientales, los cuales pueden ser confusos y ambivalentes, por lo que la personalidad y las cualidades individuales son trascendentales a la hora de seleccionar e interpretar las vivencias personales. Desde esta teoría, se proponen tres orientaciones causales (autónoma, controlada e impersonal) los que determinan si la persona observará sus eventos como informativos, controladores o amotivantes (Deci & Ryan, 1985). Definen a cómo un sujeto se orienta en el contexto y a cuán autodeterminada esté su vida.

Se puede decir que quienes presentan mayor Motivación Intrínseca son más autónomos y los eventos que vivencian son percibidos como hechos informativos, los cuales generan la autorregulación hacia sus propias metas. Su comportamiento es determinado por el sí mismo y distingue un estado integrado del Ser, mostrando el sujeto coherencia entre cómo se comporta, piensa, siente y qué necesidades presenta.

La Motivación Extrínseca, por otro lado, se orienta hacia el control de los eventos. Las personas se enfrentan a los ellos presionados por el ambiente y no necesariamente con el sentido de haber elegido algo propiamente desde sus gustos y preferencias. Por lo tanto, para que haya Motivación Extrínseca se implican necesidades de competencia y vinculación, sin desarrollar la autonomía, ya que no

requiere responder a ella toda vez que su Motivación proviene del cumplimiento de metas exógenas.

Por último, existe la orientación impersonal, la cual se asocia a la Amotivación, donde existe un sentido de ser incompetente para enfrentar la propia vida, habiendo sido previamente frustrado en su satisfacción de las necesidades psicológicas básicas, siendo interpretadas sus situaciones como amotivantes.

3.4. Teoría de la evaluación cognitiva

Según Deci & Ryan (1985), en esta teoría se hace revisión a qué factores generan variación en la Motivación Intrínseca. Comienza del precepto que existen necesidades y también intereses innatos. Se entiende que los intereses, los que son distintos entre los individuos, van variando según cómo el contexto se vaya presentando, por tanto la Motivación Intrínseca es catalizada por el ambiente para que pueda ser expresada.

Se da énfasis principalmente a los agentes sociales, los cuales median los aspectos informativos, controladores y/o amotivantes. Una breve descripción de esos agentes puede debe considerar el aspecto informacional, donde se puede decir que éste predomina cuando la persona recibe los feedbacks útiles en su interacción con el medio, que den cuenta que lo está haciendo eficazmente.

El aspecto control radica en que se le entrega relevancia al modo específico y rígido de pensar, sentir o comportarse, pudiendo la persona percibir un locus de control externo de las causas en que se ve involucrado. Éstos pueden ser amenazas, premios, directrices y metas que cada quién se propone.

Finalmente, las amotivaciones son presentadas cuando el individuo no aprecia relación entre sus acciones y los resultados, promoviéndose un estado de ausencia de control, pudiendo ser excesivamente permisivo o incluso negligente puesto que

no maneja información respecto a su desempeño. Esto se hace necesario de considerar con el objetivo de desarrollar competencias y guiar la acción hacia la motivación.

3.5. Teoría de la integración orgánica

El proceso base de esta teoría es la internalización, un proceso que se desarrolla en la infancia y que facilita los procesos de socialización, y el cual también posteriormente se despliega a lo largo de su desarrollo vital. Es en esa etapa crítica del ser humano donde se asume una regulación externa llegando a constituirse progresivamente el Sí mismo.

La Internalización es permeable a las necesidades de competencia, autonomía y vinculación, adoptando las personas sus valores y creencias que permiten desenvolverse en su cultura y con sus seres más cercanos y significativos, generando pertenencia a la familia o a un grupo. Las personas viven su accionar desde el control o la alienación percibiendo que las causas provienen de un locus de control externo.

Se puede diferenciar a la Motivación Extrínseca Regulación introyectada, donde se asume una regulación externa como medio para evitar la culpa o castigo, evitar la ansiedad a conducir a un aumento del autoestima. Por otra parte, existe la Motivación Extrínseca Regulación Identificada, la regulación proviene desde el exterior, no obstante, la persona elige qué hacer aceptando el valor de lo que hace para lograr que la motivación sea propia.

Por último, la Motivación Extrínseca Regulación Integrada, que hace aparición en la vida adulta, responde a las actividades socialmente esperadas constituyéndose finalmente en parte del Sí mismo. Si lo anteriormente mencionado no sucede, entonces se puede describir el surgimiento de la Amotivación, siendo el sujeto

carente de motivación, percibiendo falta de oportunidades para modificar situaciones o eventos o una falta de propósitos, sin esperar el resultado que se pretende obtener (Vanteenskiste, Lens, & Deci, 2006).

Con el objetivo de lograr un mayor involucramiento y generación de un adecuado nivel de establecimiento de Alianza Terapéutica de forma temprana, y considerando la necesidad de aperturar espacios novedosos para el despliegue de la autenticidad y diálogo con el paciente por medio de la Autodeterminación, es que puede observarse a la música como un coadyuvante que ha demostrado tener efectos positivos en la socialización y la salud de las personas.

III. La música y sus aportes en Salud Mental

La música aparece como un fenómeno ligado a la necesidad del ser humano de comunicar sentimientos y vivencias que el lenguaje común -señas o voces- no es capaz de expresar cabalmente (Thayer 1968). Entre otras, la música puede ser considerada como una experiencia capaz de contrarrestar transitoriamente la sensación de dolor o ansiedad, y traer de esta manera alivio.

Aún en sus formas más simples, la música evoca sensaciones, estados de ánimo y emociones y puede reflejar el sentimiento del momento o cambios con su mera presencia. También puede exaltar el estado de ánimo del momento y llevarlo a un clímax, o aplacarlo (Thayer, 1968).

Naranjo (1997: en Trallero, 2005), dice que el sonido es capaz de producir impactos en la conducta humana, individual o colectivamente, y convertirse en expresión de estados anímicos. En definitiva, el significado musical es tan amplio como la misma cultura, la religión o la propia sociedad en la que se vive.

Los sonidos, la música, los ritmos, los cantos y las danzas han desempeñado un papel vital en los ritos curativos mágicos, tanto en los individuales como en los

compartidos por la comunidad. En la cultura de la Era Cristiana, la creencia en que la enfermedad se podía curar por intervención divina, parte de una Fe Religiosa, ha persistido durante siglos hasta nuestro tiempo. Al comienzo de la Edad Media, los sacerdotes comprendieron bien cómo la música y el arte podían influir sobre las personas para el bien o para el mal, aun cuando éste no fuera educado (Sanz, 2001).

Si bien es cierto que las capacidades terapéuticas de la música eran bien conocidas por las civilizaciones antiguas (China, Egipto, Grecia, etc) que la usaban en contextos mágicos, míticos o médicos, no fue hasta el final de la Segunda Guerra Mundial y a raíz del tratamiento con música a los heridos de guerra, que empezó a considerarse una ciencia que logró expandirse por distintos países, en los que poco a poco fueron creándose asociaciones para el estudio y práctica de terapia basada en música. Paralelamente, profesionales empezaron a desarrollar investigaciones, cuyos resultados empezaron a publicarse en forma de artículos, libros y métodos, creando así un sólido cuerpo de conocimiento que permite demostrar de manera empírica la eficacia de la música como herramienta terapéutica, dando paso a la disciplina conocida como Musicoterapia (Trallero, 2005).

La asociación de Musicoterapeutas de Gran Bretaña define a la música como la combinación de sonidos, vocales o instrumentales, que varían en tono duración, volumen y timbre (Del Campo, 1997). Thayer, en 1957, refiere que La Musicoterapia utiliza dichos preceptos y que ha sido considerada como una forma terapéutica de comunicación no-verbal, aplicada a la prevención, diagnóstico y tratamiento de posibles dificultades o trastornos que presentan las personas. A su vez, defendía el empleo de la música para provocar cambios en las personas que la escuchan o ejecutan.

Por su parte, Juliette Alvin (1967) la define como el uso dosificado de la música en el tratamiento, rehabilitación, la educación y el adiestramiento de adultos y niños que padecen trastornos físicos, mentales y emocionales.

Ha sido también entendida como el campo de la medicina que estudia el complejo sonido-ser humano-sonido; para utilizar el movimiento, sonido y la música, con el objetivo de abrir canales de comunicación en el ser humano para producir efectos terapéuticos, psicoprofilácticos y de rehabilitación en el mismo y en la sociedad (Benenzon, sf, en Sardi Gutiérrez, 2010).

Benenzon, en 1981, agrega que es una psicoterapia que utiliza el sonido, la música, el movimiento y los instrumentos corpóreo-sonoro-musicales, para desarrollar, elaborar y reflexionar un vínculo o una relación entre Musicoterapeuta y paciente o grupo de pacientes, con el objetivo de mejorar la calidad de vida del paciente y rehabilitarlo y recuperarlo para la sociedad (Sanz, 2001).

En el año 1996, la Federación Mundial de Musicoterapia la define como: "El uso de la música y/o de los elementos musicales (sonido, ritmo, melodía, armonía) por un musicoterapeuta calificado con un paciente o grupo de pacientes, para facilitar o promover la comunicación, la interrelación, el aprendizaje, la movilización, la expresión, la organización y otros objetivos terapéuticos relevantes, con el objeto de atender necesidades físicas, emocionales, mentales, sociales y cognitivas.

La musicoterapia apunta a desarrollar potenciales y/o a restablecer funciones del individuo para que éste pueda emprender una mejor integración intrapersonal o interpersonal, y en consecuencia alcanzar una mejor calidad de vida, a través de la prevención, la rehabilitación o el tratamiento". La National Association for Music Therapy de EE. UU. ha definido que es el uso de la música en la consecución de objetivos terapéuticos: la restauración, el mantenimiento y el acrecentamiento de la salud tanto física como mental (POCH, 1999, en Sanz 2001).

Al definir musicoterapia, no sólo se usa la música como tal, sino también los sonidos, las vibraciones musicales y demás formas de energía que ellos crean y emiten. Así vemos que la musicoterapia da a la música flexibilidad en su uso. Las aplicaciones curativas a través de la música tienen por objetivo final promover el bienestar o curación de mente, cuerpo, y espíritu. Curación por el sonido, curación por la música son dos aplicaciones de lo anterior (Bruscia, 1997).

Así como estas, podemos mencionar varias definiciones pero, todas coinciden en favorecer la comunicación por medio del lenguaje no verbal, es decir, lenguaje sonoro-corpóreo musical que permite de una u otra manera que el individuo pueda desde este camino expresar lo que hay en lo profundo del alma y la emoción logrando de esta manera una mejor calidad de vida en cuanto a la prevención, rehabilitación, sociabilización y recreación (Sardi Gutiérrez, 2010).

En la musicoterapia se encuentran una serie de técnicas para lograr los objetivos terapéuticos y se clasifican en Musicoterapia Receptiva y Musicoterapia Activa. La primera, también llamada Pasiva, busca llegar a la esencia del ser humano y provocar cambios en el estado de ánimo. Esta técnica se centra en la audición o escucha musical que recibe el paciente, sea de música grabada, interpretada por el terapeuta o bien, por otros usuarios (Giménez, 2018). De esta forma, Bruscia (1997) explica que estimular una respuesta no musical activa colabora en el establecimiento de un estado de ánimo o confianza. Dentro de estas técnicas encontramos las siguientes: Modelo GIM (Guide imagery and Music), Técnica de Viajes Musicales de Cid-Poch, Abordaje Plurimodal a través del EISS.

Por otra parte, la Musicoterapia Activa también llamada Creativa, implica una acción en el cliente, haciendo uso de los sonidos, los instrumentos musicales, la voz o el cuerpo dentro de una sesión sea grupal o individual. Dentro de sus técnicas más empleadas se encuentran: Improvisación musical (para niños y adultos), Método Nordoff-Robbins (para niños), Modelo Benenzon, Musicoterapia analítica de Priestley (para adultos), Modelo Bruscia: perfiles para el análisis de la improvisación musical (Sardi Gutiérrez, 2010).

La evidencia respecto al uso de la musicoterapia ha demostrado que la música puede servir para como coadyuvante del contexto terapéutico, por lo que es posible que se constituya en una variable inespecífica del contexto para ser usada por el terapeuta hacia el cliente con el fin que logre involucrarse con mayor facilidad en el proceso en torno a sus propios gustos musicales. En el estudio de la Universidad de la Frontera en Chile, llamado “Variables inespecíficas en psicoterapia”, se plantea

que el grado de contribución del cliente sería de mayor impacto que la del terapeuta (Marzialli, 1981, en Winkler y cols., 1989, en Santibáñez, 2008) y que el consultante se involucra cuando se relaciona con sus propias condiciones, pretéritas a la psicoterapia. Es por esto que el presente estudio plantea la posibilidad de que la elección de música por parte del paciente pueda constituirse en un factor de las variables inespecíficas del proceso terapéutico.

HIPOTESIS

Una intervención basada en el uso de la música para potenciar la autodeterminación fortalece la alianza terapéutica temprana.

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

Objetivo general:

Diseñar y evaluar una intervención basada en la autodeterminación que ocupe la música para fortalecer la Alianza Terapéutica temprana.

Objetivos específicos

1. Evaluar la alianza temprana en los grupos de intervención y control.
2. Evaluar los resultados de la terapia en los grupos intervención y control y
3. comparar la alianza temprana y resultados de la terapia en ambos grupos.

METODOLOGÍA

El tipo de estudio es de tipo cuantitativo y utiliza un diseño cuasi experimental, puesto que se hace una comparación entre dos grupos sin hacer una asignación aleatoria, siendo el sujeto que participa de la muestra quien se establece de forma previa en uno u otro grupo al elegir si utiliza música o no. Cabe señalar que es una

investigación longitudinal, ya que se efectúan diferentes mediciones en distintas instancias en el tiempo.

I. Dispositivos e Instrumentos

1. Consentimiento informado (Anexos).
2. Test OQ - 45.2.
3. Test de Alianza de trabajo (aplicada al paciente) IA-T(P).
4. SPSS-28.0 para Windows. (Software para análisis de datos).

1. Test OQ.45-2

Para evaluar resultados en el consultante, se aplicó este instrumento que cuenta con 45 ítems con formato de respuesta tipo Likert evaluando tres áreas:

1. *Síntomas o malestar subjetivo (SD)*: incluye síntomas preferentemente depresivos y angustiosos, además de somatizaciones, conductas adictivas y autodestructivas.
2. *Relaciones interpersonales (RI)*: abarca aspectos de la vida familiar, vida de pareja, amistades, conflicto interpersonales, aislamiento e inadecuación.
3. *Rol Social-Laboral (RS)*: Evalúa rendimiento laboral, distracción y tiempo libre, descontento, conflicto, estrés e ineficiencia. (Pag. 275-276)

Cada una de éstas áreas sumadas entrega un puntaje total (varía de 45 hasta 180 pts). Si el puntaje es alto indica que el cliente admite interferencias en su calidad de vida mostrando síntomas, dificultades en sus relaciones con otros y en el rol social que ejecuta. Por el contrario, si el puntaje es bajo se asume que el paciente posee un nivel de incomodidad menor al de la población en general. El punto de corte de la prueba cae en 73.

En la adaptación chilena, este instrumento resultó ser estable según la prueba test-retest (.67 a .93). Con respecto a la validez, mostró capacidad para discriminar entre grupos de pacientes y no pacientes y ser sensible a cambios ocurridos durante el transcurso de terapia según comparaciones antes-después (De la Parra y Von Bergen, 2002)” (Pag. 276)

2. Test IA-T (Inventario de Alianza de Trabajo)

Este instrumento posee una versión para pacientes IA-T(P), otra para su aplicación a terapeutas IA-T(P) y una versión observacional IA-T(O). Para este estudio se implementa la primera versión señalada.

Para evaluar Alianza Terapéutica se utilizó el Test IA-T (versión dirigida al paciente) que posee 3 sub-escalas de 12 ítems, los cuales se agrupan en los siguientes 3 sub-ítems:

1. *Vínculo (V)*: Se refiere a la compleja red conexiones entre el paciente y el terapeuta que incluye la mutua confianza y aceptación. La calidad del vínculo determina el tono emocional de la vivencia que el paciente tiene

del terapeuta e influye en su colaboración en el proceso terapéutico (ítems 1, 2, 8, 12).

2. *Tareas (T)*: Se refiere al nivel de acuerdo entre las partes acerca de los medios que son adecuados para conseguir los objetivos propuestos (ítem 3,5,7,9).

3. *Metas (M)*: Es el grado de acuerdo entre las partes con respecto a los objetivos de la intervención (ítems 4(-), 6, 10(-), 11). (Pág, 276)

Cada sub-escala arroja un puntaje que cae en las siguientes categorías en torno a las tareas, vínculos y metas. Bajo (entre 7 y 15 pts.), medio (entre 16 y 23 pts.), y alto (entre 24 y 28 puntos). Estos puntajes al ser sumados entregan un puntaje total de la prueba que, a su vez, puntúan en los siguientes rangos: Bajo (entre 21 y 44 pts), medio (entre 45 y 71) y alto (entre 72 y 84 pts.)

Los resultados son interpretados considerando las tres sub-escalas y el puntaje total. Se establece mayor evaluación de cada sub-escala y de Alianza Terapéutica si el valor también es mayor

“En su adaptación a Chile, el IAT mostró una adecuada confiabilidad en ambas versiones, con valores de .91 en la versión del paciente y .93 en la del terapeuta y una validez convergente, con valores moderados entre .19 y .44 (Santibañez, 2001)” (Pag. 277)

II. Participantes

1. Reclutamiento de pacientes y terapeutas:

Los terapeutas son Psicólogos titulados con más de cinco años de experiencia, quienes participan voluntariamente para la presente investigación. El total de profesionales en el presente estudio es de cuatro personas quienes han de pasar por un proceso de capacitación e implementación y distribución de pruebas I-AT y OQ-45.2 a los participantes del estudio para la obtención de datos junto con capacitación para proceder con el protocolo de intervención con música.

Por otra parte, los pacientes serán elegidos aleatoriamente y se les solicitará previamente si están dispuestos a participar. De ser así, se hará entrega de un consentimiento informado previo a comenzar la primera sesión. Por otra parte, deberán responder las pruebas I-AT (WAI) y OQ -45.2 para la recolección de datos. También harán participación de manera voluntaria en el proceso.

III. Procedimientos

1. Aplicación de instrumentos:

1. Para ambos grupos, antes de la primera sesión, se hará presentación del consentimiento informado por parte del terapeuta al paciente para la participación en el estudio. Posteriormente, se hará aplicación de instrumento OQ-45.2 al comienzo de la primera sesión. Al finalizar la sesión se aplicará IAT para medir alianza terapéutica.

2. Sesiones 2 y 3 se aplicará I-AT al final de cada sesión.

3. En la octava sesión se aplicará Test OQ-45.2.

4. Al final del proceso terapéutico también se hará aplicación del mismo instrumento o en la 16ª sesión.

2. Procedimientos y recolección de datos:

El estudio contempla dos grupos, uno experimental o grupo 1 (grupo de 15 pacientes que quieran hacer uso de música de su preferencia al comienzo de las sesiones y para el desarrollo de ésta) y grupo 2 o control (grupo de 15 pacientes que no hagan uso de música de su preferencia pa el desarrollo de las sesiones). Para ambos grupos los procedimientos son:

- 1.El terapeuta hace entrega de la invitación al estudio al paciente antes de la primera sesión junto al consentimiento informado para la participación del presente estudio.
2. Antes del comienzo de la primera sesión, el terapeuta hace entrega de Test OQ.45-2 tanto para el grupo control como para el grupo experimental. Junto con las instrucciones para recaudar las respuestas de cada test. Al finalizar la sesión, el terapeuta debe hacer entrega de Test I-AT. Los tres documentos descritos previamente serán recepcionados por el encargado del estudio.
3. El grupo experimental está definido por los mismos pacientes, toda vez que son ellos quienes deciden que las sesiones se efectúen con música, por lo que se les adjudica a dicha muestra. El protocolo para este grupo consta en que:

- a) Al inicio de cada sesión se hace ofrecimiento por parte del terapeuta al paciente la posibilidad de que haga elección de música de su preferencia para el desarrollo de las sesiones.
 - b) El rol del terapeuta es facilitar el uso de la música para el desarrollo de las sesiones, por lo que debe proceder a instalar la música que el paciente elija o brindar las facilidades para ello.
 - c) El uso de la música elegida por el paciente debe ser utilizada durante el transcurso de la sesión o hasta cuando el paciente quiera y/o desee continuar con el ejercicio.
 - d) Una vez que la música ya está en despliegue entonces se puede continuar de manera normal el desarrollo de cada sesión. Este procedimiento debe repetirse al inicio de las sesiones siguientes (Desde la primera hasta la 8ª sesión o hasta el final del proceso terapéutico).
4. Al finalizar, tanto para el grupo control como experimental, en las sesiones 1, 2, 3 y 6 se debe recolectar las respuestas de los test implementados. La documentación podrá ser recolectada en forma física y/o enviada a través de medios de comunicación digital por el encargado del estudio para resguardar la confidencialidad tanto para el test OQ-45.2 como para I-AT.

IV. Aspectos éticos

Para asegurar la transparencia en la participación voluntaria y establecer los alcances y límites de los roles y funciones de la investigación, es que se emplean consentimientos informados para resguardar la integridad e identidad de los participantes junto a la entrega de información previa de la implementación y uso de pruebas en ciertas instancias del proceso terapéutico. El consentimiento informado se adjunta al apartado de Anexos. Así también se hace uso de Test previamente

válidos y confiables para la obtención de datos y que cuentan con adaptación al contexto nacional.

V. Análisis de datos

Los datos recolectados fueron analizados mediante estadística descriptiva con el fin de observar la distribución de los datos y para describir las características de la muestra.

Para responder a la pregunta de investigación, se utilizó la prueba “t” de Student, que busca evaluar la diferencia de medias de los puntajes de la prueba OQ.45-2, el cual mide tres áreas de síntomas y malestar subjetivo (SD), relaciones interpersonales (IR) y rol social-laboral (SR), entregando un puntaje para cada sub-ítem y un puntaje total de la prueba. Estas dan indicadores del momento por el cual está cursando el paciente. Paralelamente, se implementa el instrumento IA-T (versión para pacientes), que cuenta con 12 ítems que se agrupan para medir la Alianza Terapéutica con el puntaje total y, a la vez, entrega puntajes en torno a tareas, metas y vínculos. Ambas pruebas son empleadas tanto para el grupo 1 que decidió utilizar música en psicoterapia, como para el grupo 2 que decidió no utilizarla.

De esta manera, se pretende realizar un análisis en función del uso o no de la música en psicoterapia como manifestación de la autodeterminación del paciente, para identificar si este recurso implicase alguna diferencia en los resultados en psicoterapia y en la alianza terapéutica. Los análisis estadísticos se realizaron mediante el SPSS-28.0 para Windows.

RESULTADOS

I. Datos Demográficos

La edad promedio de los pacientes que participaron en el estudio fue de 31,10 (DE=12,43), siendo el 56.7% de sexo masculino. En la siguiente tabla se resume la información demográfica de los participantes según condición de salud.

Tabla 1. *Características Demográficas de los participantes según uso o no de la música en psicoterapia.*

	n / %	Sexo (n / %)		Edad	
		Masculino	Femenino	Media	DE
Grupo 1: Psicoterapia con música	n=15 (50%)	5 / 33.3%	10 / 66.7%	31.53 años	14.62
Grupo 2: Psicoterapia sin música	n=15 (50%)	12 / 80%	3 / 20%	30.67 años	10.29
N total de la muestra	N=30 (100%)	17 / 56.7%	13 / 43.3%	31.10 años	12.43

II. Resultados Descriptivos

El puntaje de corte (PC) para esta prueba es de 73 pts. Por sobre esta puntuación el paciente admite un mayor nivel de incomodidad en su calidad de vida en general ocurriendo lo opuesto cuando el puntaje es bajo dicha cifra. En cuanto a los promedios obtenidos, según el Grupo 1 “Psicoterapia con música” y el Grupo 2 “Psicoterapia sin música”, se obtuvo en la primera medición (realizada en la sesión N°1) un promedio del grupo 1 $x=77.53$ (DE 20.28) y del grupo 2 (sin música) $x=72.60$ (DE 19.23). En la segunda medición (realizada en la sesión n°6), el grupo 1 obtuvo un promedio $x=65.20$ (DE=18.74) y el grupo 2 obtuvo un promedio $x=60.13$ (DE=23.89).

Respecto a los resultados de la psicoterapia, evaluados a través del instrumento OQ.45-2, considerando las 3 sub-escalas antes mencionadas, se obtuvo un promedio total de la muestra $x=75.07$ (DE=19.70) en la primera medición (realizada en la sesión n°1), y un promedio total de la muestra $x=62.67$ (DE=21.25) en la segunda medición (realizada en la sesión n°6)

La tabla que se encuentra a continuación explica cómo se distribuyó la cantidad de personas para cada grupo (15 personas para cada uno, N=30) y la media que se obtiene de sus puntajes totales. La desviación estándar (DE) es de alrededor de 20 pts. en ambas mediciones, indicando que los grados de incomodidad de las personas que asisten a consultar están presentes, sin embargo, no se alejan demasiado de lo que vive la población general.

En el caso de la primera sesión puede observarse que el grupo 1 (con música) muestra un puntaje mayor al PC (puntaje de corte de 73 pts.) y el grupo sin música arroja que en promedio las personas asisten a consultar con grados de incomodidad respecto a su situación personal apenas por debajo del PC. En el caso de la segunda medición (6ª sesión) es posible observar que ambos puntajes disminuyen en alrededor de 12 puntos cada uno en relación a la medición anterior. Al cotejar ambas mediciones se puede interpretar una mejoría de los pacientes al cabo de 6 sesiones efectuadas.

Cabe destacar que es necesario tomar en consideración el ICC de la prueba (Índice de Cambio Confiable), el cual debe marcar una diferencia de 17 puntos, respecto a la medición anterior, para afirmar que el paciente logra un cambio clínicamente significativo ($p < 0,05$). Teniendo en cuenta lo previamente señalado, el grupo 1 alcanza un nivel de bienestar que corresponde a la población funcional, sin embargo, el cambio fue menor al ICC. Por otra parte, en el grupo 2, el cual ya se ubicaba bajo el PC (es decir se encontraba previamente en el segmento de población funcional), mejora. No obstante, esta mejora no es significativa, ya que tampoco logra los 17 puntos de diferencia para ello.

Tabla 2: Media, Desv. Estándar y Media de error standard de los grupos con y sin música arrojados por el Test OQ.45-2 de la primera y sexta sesión.

	CON O SIN MÚSICA	N	Media	Desv. estándar	Media de error estándar
TOTAL 1º SESIÓN OQ.45-2	C/M	15	77,53	20,287	5,238
	S/M	15	72,60	19,482	5,030
TOTAL 6º SESIÓN OQ.45-2 TOTAL	C/M	15	65,20	18,743	4,840
	S/M	15	60,13	23,895	6,170

Gráfico 1: Medición de diferencia de medias de Test OQ.45-2 en la primera sesión en los grupos con y sin música.

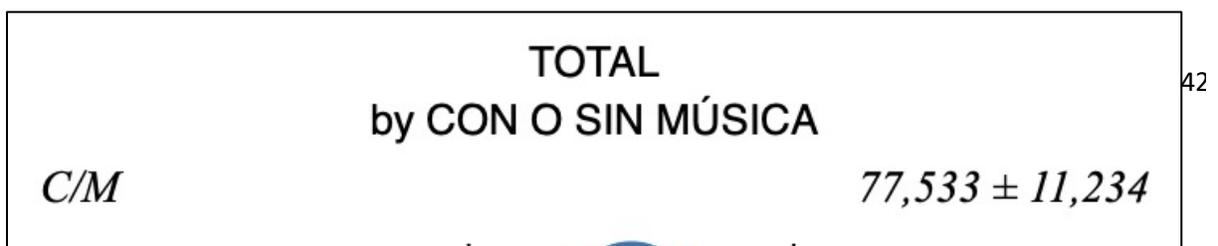


Gráfico 2: Medición de diferencia de medias de Test OQ.45-2 en la sexta sesión en los grupos con y sin música.

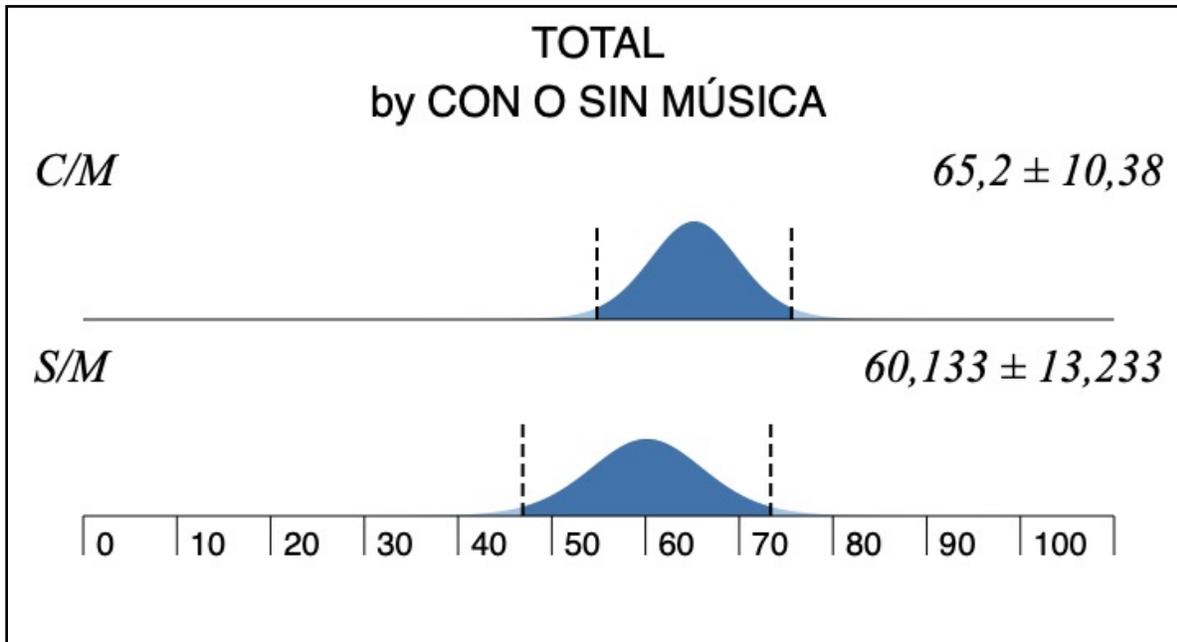


Tabla 3. Media, Desv. Estándar y Media de error standard de los grupos con y sin música arrojados por el Test OQ.45-2 del total de la muestra.

	N	Media	Desv. estándar	Media de error estándar
TOTAL 1º SESIÓN OQ.45-2	30	75,07	19,703	3,597
TOTAL 6º SESIÓN OQ.45-2 TOTAL	30	62,67	21,258	3,881

En relación a los promedios obtenidos por la prueba IA-T según el Grupo 1 “Psicoterapia con música” y el Grupo 2 “Psicoterapia sin música”, se obtuvo en la primera medición un promedio del grupo 1 $x=75.53$ (DE 9.83) y del grupo 2 $x=72.87$ (DE=8.40). En la segunda medición, el grupo 1 obtuvo un promedio $x=75.33$ (DE=9.55) y el grupo 2 obtuvo un promedio $x=77.47$ (DE=6.35). En la tercera medición, el grupo 1 obtuvo un promedio $x=76,47$ (DE=8.39) y el grupo 2 obtuvo un promedio $x=78,47$ (DE=4.45). Por último, en la cuarta medición, el grupo 1 obtuvo un promedio $x=77.60$ (DE=6.25) y el grupo 2 obtuvo un promedio $x=79.67$ (DE=3.39).

Es posible apreciar que el grupo experimental parte en una media de 75 pts. y llega a 77, mientras que el grupo control parte en 72 pts. y llega a 79. Todas las puntuaciones caen en la categoría de alto nivel de establecimiento de Alianza terapéutica (desde 72 pts. Para categoría alto). Esto también puede dar cuenta de que la música no es un factor que medie en el establecimiento de la Alianza Terapéutica, sino que estos puntajes pueden ser explicados por efecto de la variable independiente de autodeterminación, la cual sí es una variable presente en toda la muestra.

Tabla 4. Media, desv. estándar y media de error estándar de los grupos con y sin música obtenidos en las sesiones 1, 2, 3 y 6 del Test IA-T.

	CON O SIN MÚSICA	N	Media	Desv. estándar	Media de error estándar
TOTAL IA-T 1ª SESIÓN	C/M	15	75,53	9,833	2,539
	S/M	15	72,87	8,400	2,169
TOTAL IA-T. 2º SESIÓN	C/M	15	75,33	9,559	2,468
	S/M	15	77,47	6,357	1,641
TOTAL IA-T 3º SESIÓN	C/M	15	76,47	8,391	2,167
	S/M	15	78,47	4,454	1,150
TOTAL IA-T 6º SESIÓN	C/M	15	77,60	6,254	1,615
	S/M	15	79,67	3,395	,877

Grafico 3: Diferencia de medias de los grupos con y sin música en la primera sesión del Test IA-T.

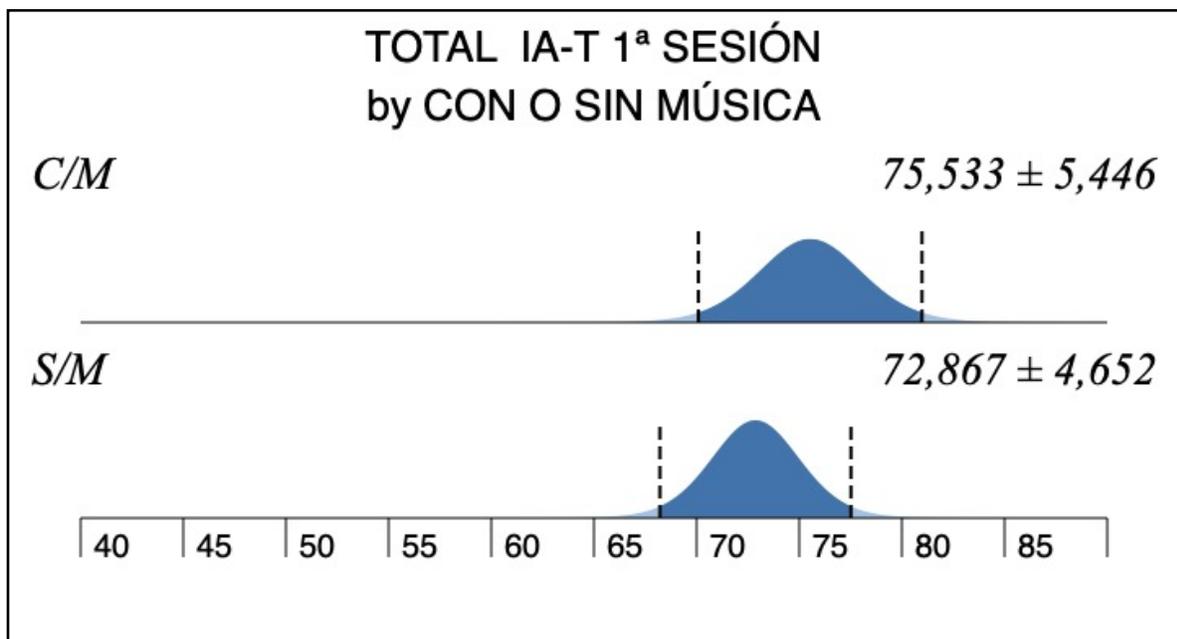


Grafico 4: Diferencia de medias de los grupos con y sin música en la segunda sesión del Test IA-T.

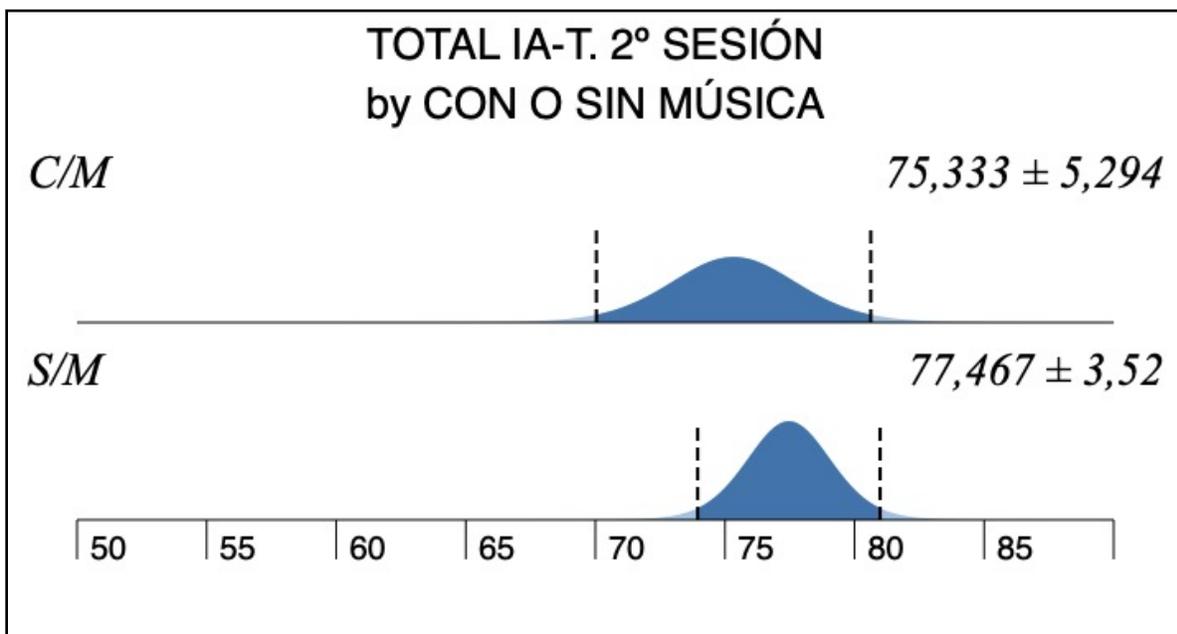


Grafico 5: Diferencia de medias de los grupos con y sin música en la tercera sesión del Test IA-T.

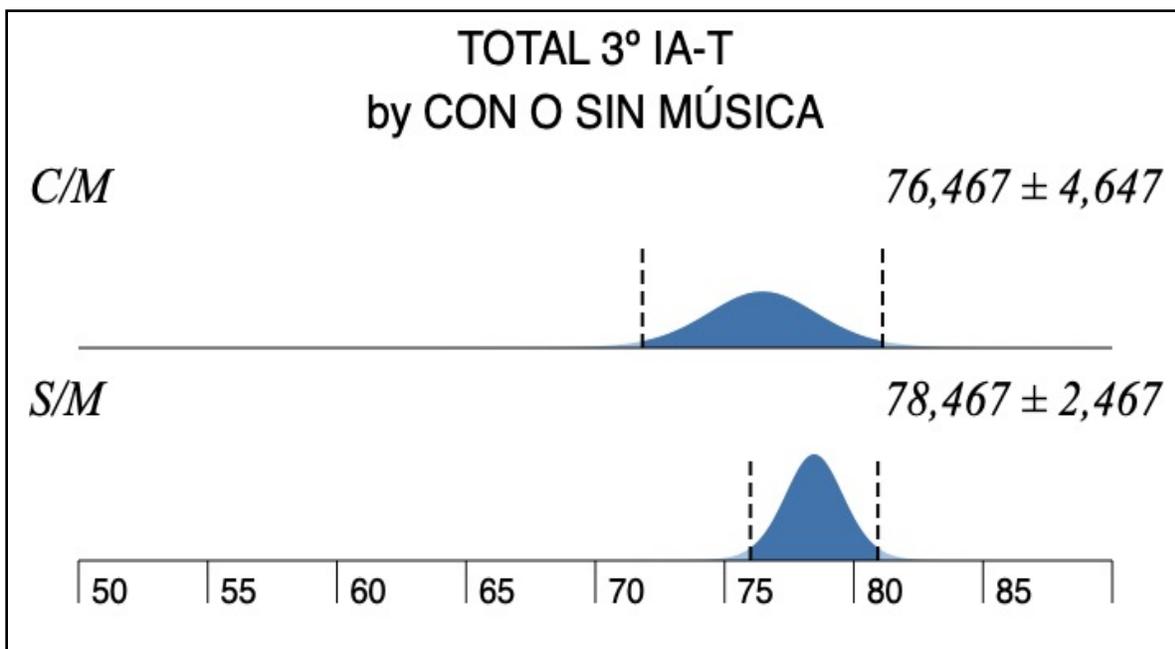
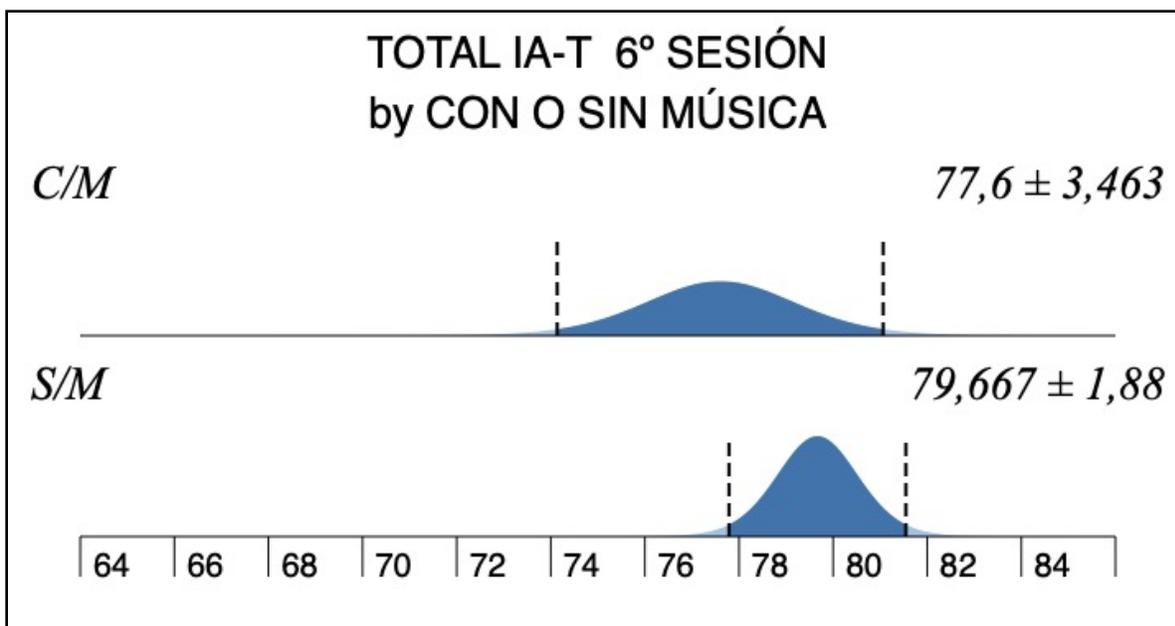


Grafico 6: Diferencia de medias de los grupos con y sin música en la sexta sesión del Test IA-T.



En cuanto a los resultados descriptivos obtenidos con el instrumento IA-T, el que considera las sub-escalas de tareas, vínculo y metas, dando un total referente al establecimiento de Alianza Terapéutica, se obtuvo un promedio total de la muestra $x= 74.20$ ($DE=9.08$) en la primera medición (realizada en la sesión n° 1), un promedio total de la muestra $x=76.40$ ($DE=8.05$) en la segunda medición (realizada en la sesión n° 2), un promedio total de la muestra $x=77.47$ ($DE=6.67$) en la tercera medición (realizada en la sesión n° 3), y un promedio total de la muestra $x=78.63$ ($DE=5.05$) en la cuarta y última medición (realizada en la sesión n° 6).

Los datos sugieren que en las 4 instancias de medición se obtienen puntajes en promedio alto de establecimiento de Alianza Terapéutica, sin dar cuenta de diferencias estadísticamente significativas en ambos grupos en relación al uso o no uso de la música para el desarrollo de las sesiones.

Tabla 5 Media, desv. estándar y media de error estándar del total de la muestra obtenidos en las sesiones 1, 2, 3 y 6 del Test IA-T.

	N	Media	Desv. estándar	Media de error estándar
TOTAL IA-T 1ª SESIÓN	30	74,20	9,087	1,659
TOTAL IA-T. 2º SESIÓN	30	76,40	8,050	1,470
TOTAL IA-T 3º SESIÓN	30	77,47	6,678	1,219
TOTAL IA-T 6º SESIÓN	30	78,63	5,055	,923

III. Resultados Prueba “t” de Student

Para identificar si el uso de la música genera alguna diferencia en los resultados de la psicoterapia y de la alianza terapéutica, se aplicó la prueba “t” de student para comparar las medias obtenidas en el Grupo 1 “Psicoterapia con música” y el Grupo 2 “Psicoterapia sin música”.

Se compararon los resultados de las mediciones 1 (sesión n°1) y 2 (sesión n°6) del instrumento OQ.45-2. Se asumen varianzas iguales con la prueba de Levene, con $F = .117$, $p > .05$ en la primera medición, y con $F = .204$, $p > .05$ en la segunda medición.

Tabla 6: Prueba de Levene para comparar varianzas de la primera y sexta sesión del Test OQ.45-2.

		Prueba de Levene de igualdad de varianzas	
		F	Sig.
TOTAL 1º SESIÓN OQ.45-2	Se asumen varianzas iguales	,117	,735
TOTAL 6º SESIÓN OQ.45-2 TOTAL	Se asumen varianzas iguales	,204	,655

Tabla 7: Prueba “t” de Student para comparar diferencias de medias en la primera y sexta sesión del Test OQ.45-2.

prueba t para la igualdad de medias								
	t	gl	Significación		Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
			P de un factor	P de dos factores			Inferior	Superior
TOTAL 1º SESIÓN OQ.45-2	,679	28	,251	,503	4,933	7,262	-9,943	19,809
TOTAL 6º SESIÓN OQ.45-2 TOTAL	,646	28	,262	,523	5,067	7,841	-10,996	21,129

Al comparar las medias del Grupo 1 “Psicoterapia con música” y el Grupo 2 “Psicoterapia sin música”, no se observan diferencias significativas ni en la primera medición (sesión n°1, $t=0.679$; $gl=28$; $p=0.503$), ni en la segunda medición (sesión n°6, $t=0.646$; $gl=28$; $p=0.523$).

En cuanto al instrumento IA-T, se compararon las medias obtenidas en el Grupo 1 “Psicoterapia con música” y el Grupo 2 “Psicoterapia sin música”, en las 4 mediciones realizadas en las sesiones n°1, n°2, n°3 y n°6.

Tabla 8: Prueba de Levene para comparar varianzas de la primera, segunda, tercera y sexta sesión del Test IA-T.

		Prueba de Levene de igualdad de varianzas	
		F	Sig.
TOTAL IA-T 1ª SESIÓN	Se asumen varianzas iguales	,128	,724
TOTAL IA-T. 2º SESIÓN	Se asumen varianzas iguales	2,921	,099
TOTAL IA-T 3º SESIÓN	No se asumen varianzas iguales	4,323	,047
TOTAL IA-T 6º SESIÓN	No se asumen varianzas iguales	6,073	,020

Para analizar la t de student, la cual busca comparar las medias de dos grupos, primero se debe analizar si la varianza de dichos grupos es igual o no. Esto se debe analizar con la prueba de Levene, la cual arroja que las varianzas de la 1º y 2º sesión se asumen como iguales sig. (p) > 0.05, y en la sesión 3º y 6º, es menor. Por lo tanto, no se pueden asumir varianzas iguales. Este dato puede ser interpretado como que se establece una leve mejor Alianza Terapéutica en el grupo control.

Tabla 9: Diferencia de medias del Test IA-T de la primera, segunda, tercera y sexta sesión.

		t	gl	Significación		Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
				P de un factor	P de dos factores			Inferior	Superior
TOTAL IA-T 1ª SESIÓN	Se asumen varianzas iguales	,799	28	,216	,431	2,667	3,339	-4,173	9,507
	No se asumen varianzas iguales	,799	27,332	,216	,431	2,667	3,339	-4,181	9,514
TOTAL IA-T. 2ª SESIÓN	Se asumen varianzas iguales	-,720	28	,239	,478	-2,133	2,964	-8,205	3,938
	No se asumen varianzas iguales	-,720	24,357	,239	,479	-2,133	2,964	-8,246	3,980
TOTAL IA-T 3ª SESIÓN	Se asumen varianzas iguales	-,815	28	,211	,422	-2,000	2,453	-7,024	3,024
	No se asumen varianzas iguales	-,815	21,309	,212	,424	-2,000	2,453	-7,096	3,096
TOTAL IA-T 6ª SESIÓN	Se asumen varianzas iguales	-1,125	28	,135	,270	-2,067	1,837	-5,830	1,697
	No se asumen varianzas iguales	-1,125	21,590	,137	,273	-2,067	1,837	-5,881	1,748

Se compararon los resultados de las mediciones 1 (sesión n°1), medición 2 (sesión n°2), medición 3 (sesión n°3) y medición 4 (sesión n°6) del instrumento IA-T. Se asumen varianzas iguales con la prueba de Levene, con $F = .128$, $p > .05$ en la primera medición, y con $F = 2,921$, $p > .05$ en la segunda medición. En la medición 3 (sesión n°3) y medición 4 (sesión n°6) no se asumen varianzas iguales ($F = 4.323$, $p = .047$ en la tercera medición, y $F = 6.073$, $p = .02$ en la cuarta medición).

Al comparar las medias del Grupo 1 “Psicoterapia con música” y el Grupo 2 “Psicoterapia sin música”, no se observan diferencias significativas en la primera medición (sesión n°1, $t = 0,799$; $gl=28$; $p = 0,431$), ni en la segunda medición (sesión n°2, $t = -0,720$; $gl=28$; $p=0.478$), ni en la tercera medición (sesión n°3, $t = -0,815$; $gl=21.309$; $p=0.424$, ni en la última medición (sesión n°6, $t = -1.125$; $gl=21.590$; $p=0.273$).

CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

Los resultados que entrega el presente estudio en conjunto con la interpretación de los datos indica que a través de una intervención basada en el uso de la música para potenciar el establecimiento de Alianza Terapéutica temprana, no son observables diferencias estadísticamente significativas para el desarrollo de las sesiones de psicoterapia Humanista.

Tanto para los grupos experimental y control se puede comprobar una mejora de los promedios mientras avanzan las sesiones, tanto para las mediciones del test OQ.45-2 (que da cuenta de la situación actual del paciente) como para las del test IA-T (que mide la Alianza Terapéutica). En el caso del test OQ.45-2 no se logra alcanzar el ICC necesario para reflejar un cambio estadísticamente significativo en los resultados.

En relación al test IA-T, y como se menciona previamente, también es posible observar una mejora en los puntajes a lo largo de las mediciones en las sesiones 1, 2, 3, y 6, no obstante, tampoco se observan diferencias estadísticamente significativas respecto al uso o no uso de la música para el establecimiento de Alianza Terapéutica mediante la música.

Lo anterior puede ser explicado, más que por el uso o no uso de la música, por el efecto de la Autodeterminación al presentar al paciente la posibilidad desde el comienzo de la primera sesión, de que pueda elegir cómo llevar a cabo su tratamiento. Esta idea puede ser una hipótesis interesante a revisar en una futura investigación.

Es posible que los puntajes obtenidos durante las distintas instancias de medición hayan sido de alguna manera influidos por la posibilidad de que el paciente tenga la opción, dada por el terapeuta al comienzo de la sesión, de elegir si desea escuchar música de su preferencia o no y que sea esto sea un factor que se incorpore a las variables inespecíficas del terapeuta, puesto que puede ser incluido en las actitudes

que éste ofrece al paciente siendo parte de la interacción, lo cual va en concordancia con que es esta última la variable más influyente para la construcción de la alianza (Oagles y Weis, 1999, en Corbella y Botella, 2003).

Es decir, son tanto las variables inespecíficas del terapeuta como los factores del paciente los que podrían verse incrementadas bajo el efecto de la autodeterminación entregando opciones tempranas a los pacientes para que puedan elegir cómo llevar a cabo su propio tratamiento.

Se puede decir que la sola elección de música para establecer alianza no se constituiría en una instancia de crecimiento personal, puesto que no sería parte de un objetivo terapéutico, al contrario de los señalado por Opazo (2011), quien refiere que sí es necesario que los elementos dispuestos en psicoterapia sean percibidos por los pacientes como vivencias de crecimiento individual.

Por lo tanto, es posible que la intervención favorezca la relación terapéutica indirectamente y más centrado en los aspectos de Autodeterminación (ligados a la autonomía y motivación), pero no interviene sobre los otros factores relevantes que median el éxito de la Alianza Terapéutica, como la evaluación de los resultados de la psicoterapia por parte del paciente, y que sean acorde con sus expectativas, o la forma en que el terapeuta se representa internamente al paciente, lo cual es de mayor impacto en la calidad de la alianza (Henry y Strupp, 1994, en Corbella y Botella, 2003).

El hecho de ofrecer diferentes opciones al paciente de elegir, puede entregar un contexto temprano de colaboración, empatía y calidez, siendo esto consistente con los postulados de Rogers (1957) para buscar la complementariedad terapeuta-paciente, permitiendo intervenir de inmediato en el aquí y ahora del paciente por medio de la Autodeterminación. Esta actitud más exploratoria y menos técnica del terapeuta puede ir en beneficio del paciente, lo cual va en la línea de la generación de un espacio de calidez y filiación (Gaston y Ring, 1992; Marziali, 1984, en Corbella y Botella 2003).

Los resultados de éste estudio van en sintonía con investigaciones que plantean que algunos factores relevantes para el establecimiento de Alianza Terapéutica son, entre otras, las actitudes del terapeuta (donde podemos incorporar el proponer al paciente que pueda escoger escuchar, o no, música de su preferencia para efectos de la autodeterminación).

Sin embargo, hay situaciones que fueron cuidadas a lo largo de los procesos terapéuticos como la metacomunicación por parte de los terapeutas, el aclarar malos entendidos y la aceptación de parte de las responsabilidades en ello, junto con la capacidad de permanente orientación hacia el presente y la vivencia del aquí y ahora como parte de la intervención del enfoque Humanista.

Dichos factores mencionados recientemente tendrían mayor peso en la Alianza Terapéutica y son elementos que, si son guiados adecuadamente por parte de quién dirige el proceso de psicoterapia, en conjunto con la mentalidad y habilidades que se despliegan en relación a lo social y experiencia personal del terapeuta (Safran, Muran, y Samstag, 1994), favorecen el establecimiento de alianza, más que la intervención puesta a prueba propiamente tal.

Se postula que una de las variables de mayor peso en la relación terapéutica es la contribución del consultante, la cual sería más poderosa que la del terapeuta (Marziali & Cols, 1984 en Corbella y Botella. 2003). Esta contribución pueden darse desde las condiciones pretéritas del paciente al encuentro con el terapeuta y pueden dar una explicación parcial a los resultados obtenidos en ambos grupos, los cuales alcanzan puntuaciones similares en los dos casos de medición, las que en conjunto al espacio de apertura y autodeterminación propenderían a un adecuado establecimiento de Alianza terapéutica e involucramiento.

Al parecer, ni la música ni la Alianza Terapéutica tienen propiedades terapéuticas por sí mismas sino que, como se ha mencionado previamente, es posible que estas variables en el proceso sean mediadas tanto por las habilidades y variables inespecíficas del terapeuta como al involucramiento del paciente en torno a la Autodeterminación.

Por lo tanto, reviste importancia el que si es el efecto de la Autodeterminación lo que favorece la Alianza Terapéutica, entonces la variable independiente de la música puede ser reemplazada por cualquier otro elemento que haga sentido para dirigirse al objetivo de establecer una Alianza terapéutica exitosa y de forma temprana.

En este caso se ha escogido que el paciente pueda elegir si desea escuchar música de su preferencia para el desarrollo de la sesión, no obstante, podrían ser otros elementos o situaciones de importancia para el paciente donde pueda tomar decisiones para establecer alianza. Lo importante sería que el terapeuta pueda emplazar algún elemento para efectuar actos de elección para que el paciente pueda propender a un buen establecimiento de Alianza Terapéutica.

Desde la visión Rogeriana (1957), el éxito del proceso sería más probable dependiendo de cómo el paciente percibe y experimenta la terapia. Esto coincide con lo señalado anteriormente, en relación a que la elección de música por parte del paciente para el desarrollo de la sesión sí puede ser un coadyuvante para la psicoterapia, sin embargo operaría sobre la acción de la Autodeterminación, pudiendo el paciente vivenciar la aceptación incondicional y empatía por parte del terapeuta cuando escoge o no escuchar música de fondo.

Por otro lado, la música utilizada desde el modo Pasivo tampoco intervendría en cómo el paciente va captando el cambio terapéutico ni tampoco entrega señales al terapeuta de cuándo ser más directivo en el proceso hacia la generación de Insight, cuestiones relevantes para el establecimiento de alianza como lo señala Beutler y Clarkin (1990, en Corbella y Botella, 2003).

Es posible que el ofrecimiento al paciente, de si desea escuchar música de su preferencia o no, se relacione bien con el Setting y pueda coadyuvar parcialmente sobre el vínculo terapéutico. Esto, sería relevante entendiendo que el vínculo es uno de los tres pilares fundamentales para la generación de Alianza Terapéutica postulados por Bordin (1976) que se despliegan en la dinámica relacional.

Quizás la intervención puesta a prueba en el presente estudio sí pueda ser utilizada como parte de una estrategia de establecimiento de Alianza Terapéutica, no obstante esto sería entregaría aportes secundarios para la obtención del objetivo, por lo que se debe considerar como antecedente que, probablemente, esta intervención esté al margen de los aspectos comunes al paciente, terapeuta y de la relación que mejoran y establecen alianza, siendo independiente de la técnica y de las variables que permiten un mayor involucramiento del paciente en el proceso de psicoterapia.

Puede pensarse que la opción de escuchar música, que haya sido elegida por el paciente en las sesiones, propone y establece una pronta tarea al inicio del abordaje terapéutico, cumpliendo con una de las tres condiciones postuladas por Bordin en 1976 de tareas, vínculos y metas para el establecimiento de alianza, no obstante, al parecer se relacionan mejor con las necesidades psicológicas básicas, variables planteadas por la Teoría de la Autodeterminación, de autonomía, competencia y vinculación. Así, la música no tendría mayor efecto en la Alianza Terapéutica toda vez que no opera en las tareas acordadas con el paciente en el transcurso de las sesiones ni tampoco con las metas a cumplir acordadas en común por los interactores del proceso terapéutico propuestas por Bordin.

Si consideramos a la Teoría de la Evaluación Cognitiva (Deci & Ryan, 1985) quizás la música sí tenga algún nivel de impacto en torno a la motivación inicial de algunos pacientes que sí prefieren usar este elemento, ya que puede promover la expresión o no expresión del paciente mediante la elección de la música, fomentando la Motivación Interna. Por otra parte, el elegir música puede conllevar a estimular la Motivación Externa, sin embargo, si es percibido por el paciente como una exigencia o tarea exógena entonces puede que no colabore en la Alianza Terapéutica. De esta forma la música no alcanzaría a constituirse como un factor generador de Motivación Intrínseca.

Aunque los efectos de la música no pueden ser probados en este estudio, se sugiere que el uso de la música pueda ser incorporado a futuras investigaciones en conjunto

con la posibilidad de comportamientos autodeterminados por el paciente para llevar a cabo su proceso psicoterapéutico. No obstante, para medir los efectos de la autodeterminación en el establecimiento de Alianza Terapéutica, es que en futuras investigaciones puedan compararse dos grupos, esta vez uno experimental, con la opción de elegir música y otro grupo control sin la posibilidad de elegir, con la finalidad de comparar si existen diferencias estadísticamente significativas en los resultados y donde se distribuyan homogéneamente las edades y género de la muestra.

Otro posible foco de estudio es revisar si la música interviene en el concepto de reciprocidad sugerido por Bordin (1980) y una posible relación con la Teoría de la Autodeterminación tomando en cuenta el concepto de gratificación inmediata y la posible motivación que esto pueda generar al respecto hacia el paciente.

En el contexto de la Musicoterapia y en una posible relación con la psicoterapia, los resultados del estudio conducen a pensar que la práctica o uso de música de forma pasiva en el contexto psicoterapéutico puede que presente diferencias importantes en relación al uso de la música de forma activa.

Los conceptos desarrollados por la Musicoterapia muestran que existe evidencia de que la práctica de esta disciplina en su modo Activo tiene efectos positivos sobre la salud de las personas (Alvin, 1970). Entonces, en el caso del uso de Musicoterapia pasiva, como ha sido implementado en este estudio, no se ejecutan las actividades que sí han sido probados y que tienen los efectos terapéuticos de la práctica Activa.

En el caso de la Musicoterapia Activa, durante todo el proceso el paciente tendría una implicancia permanente y un continuo espacio para el ejercicio de la Autodeterminación a través de la producción y combinación de sonidos. Por lo tanto, es posible plantear la idea de que los efectos de la Musicoterapia Activa podrían tener algún grado de injerencia en la práctica e involucramiento del paciente al ser integrada a la psicoterapia Humanista, ya que cuenta con un espacio de creación y espontaneidad mayor pudiendo estimular la Motivación Intrínseca a diferencia de la Musicoterapia Pasiva. Esta idea puede ser revisada mediante una investigación que

estipule una eventual relación entre la Musicoterapia Activa y la psicoterapia Humanista.

Con lo anterior, se puede decir que los resultados obtenidos en la investigación sugieren coherencia con lo planteado por Bruscia en 1997, quien refiere que la estimulación de la respuesta ligada al uso de la música de forma activa colabora en el establecimiento de un estado de ánimo o de confianza, no obstante, el estudio no aborda esta temática desde la musicoterapia activa, sino que demuestra que el uso de la música en su forma pasiva es insuficiente para establecer Alianza Terapéutica. Es decir, la elección de escuchar música del gusto del paciente para llevar a cabo las sesiones iniciales es insuficiente respecto al espectro de posibilidades que éste tiene para aportar desde sus propios recursos y cómo contribuye con ellos.

La presente investigación reviste algunas limitaciones. Puesto que la muestra cuenta con una población relativamente sana, posiblemente los puntajes sean alterados al ser probado y replicado este estudio con poblaciones que padezcan patologías mentales severas o a estilos complejos u hostiles para relacionarse de los pacientes que componen el universo muestral (Luborsky, Crits-Christoph, Alexander, Morgolis y Cohen, 1983; Kokotovic y Tracey, 1990; Mallinckrodt, 1991; Gaston, Marmar, Gallagher y Thompson, 1989; Kokotovic y Tracey, 1990; Horvath y Luborsky, 1993, en Corbella y Botella, 2003).

Lo previamente señalado también puede ser una invitación a efectuar un estudio que contemple a personas con las características previamente descritas de personalidad o salud mental. Además, es importante mencionar que los pacientes que conforman la muestra del estudio no poseen cuadros clínicos severos, lo cual mejora el pronóstico de la Alianza Terapéutica.

También, se puede observar que el grupo control es mayoritariamente integrado por hombres mientras que el experimental está principalmente compuesto de mujeres. Esto probablemente genera diferencias en la conformación de la alianza. Esto podría deberse a la variable género donde se alcanzan puntajes levemente mas altos al

comparar las medias en ambos grupos, pudiendo ser una variable interviniente del establecimiento de Alianza Terapéutica.

A juicio del investigador, es posible que la intervención pueda entregar mejores resultados con población más joven y, quizás, si se focaliza por rangos de edad y género pueda encontrarse algún tipo de diferencia al comparar grupos.

Cabe señalar que la investigación expuesta no contempla si se presentan diferencias posteriores al establecimiento de Alianza temprana o Tipo 1, por lo que es posible que otra investigación pueda medir en la posteridad y verificar si existen diferencias en la alianza tipo 2, en una etapa posterior a la 8ª sesión.

Finalmente, es necesario consignar que un grupo importante de pacientes fueron atendidos por el investigador, por lo que puede existir un sesgo en la muestra, al enfrentarse los pacientes a la deseabilidad social del contexto de estudio, pudiendo ser el terapeuta una variable que influye en el proceso terapéutico y los resultados obtenidos mediante las pruebas aplicadas.

Los hallazgos encontrados vinculan conocimientos referentes a la utilización de la música para el establecimiento de Alianza Terapéutica y su vínculo con la Autodeterminación y, a la vez, descartan que la música en sí misma tenga efectos sobre la alianza, sin embargo, aporta en la mirada de la psicoterapia Humanista respecto de la importancia de una atención centrada en el paciente, donde se establezca prioritariamente los gustos, motivaciones y preferencias del paciente para el involucramiento del paciente en el proceso psicoterapéutico, cuestión que refuerza la Teoría de la Autodeterminación.

Existe poca evidencia que relacione directamente a la medición de la Alianza Terapéutica con la Teoría de la Autodeterminación, por lo que se sugiere desarrollar más estudios afines que se desprendan de las variables utilizadas en la presente investigación para obtener evidencia respecto a los postulados esencialmente humanistas de la mirada centrada en el cliente y en la posibilidad de desplegar su autonomía en el aquí y ahora. Los resultados encontrados en el presente estudio

muestran que el uso de la música para el desarrollo de las sesiones no entrega diferencias estadísticamente significativas en el establecimiento de Alianza Terapéutica temprana.

BIBLIOGRAFÍA

- Alvin, J., Musicoterapia, (1970), Editorial. Paidós, Bs. As.
- Andrade, N. (2005) La alianza terapéutica, Clínica y Salud, vol. 16, núm. 1, pp. 9-29
Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid Madrid, España
- Arredondo Ríos, M., & Salinas Ruiz, P. (2005). Alianza terapéutica en psicoterapia: concepción e importancia atribuida por psicoterapeutas con distintas orientaciones teóricas que trabajan en el Centro de Psicología Aplicada de la Universidad de Chile (CAPs).
- Bados, A., Balaguer, G., & Saldaña, C. (2007). The efficacy of cognitive-behavioral therapy and the problem of drop-out. *Journal of clinical psychology*, 63(6), 585-592.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bejarano, L. (1999). Evaluación de Proceso Terapéutico en Comunidades Terapéuticas Ambulatorias Comunitarias para el tratamiento de adicciones. Proyecto de Tesis para optar al título de Psicólogo, publicada, Universidad Santo Tomás. Escuela de Psicología. Revista electrónica Era adicciones, extraído el 2 de marzo, del 2004 desde <http://www.eradicciones.org/Revista/numero4/evaluacion.html>.
- Benenzon, R., (1981), Musicoterapia y educación, Editorial. Paidós, Bs. As.
- Bordin, E. (1976). The generalizability 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 & practice*, 16(3), 252.

- 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.
- Bregman, C. (2016). La Alianza Terapéutica en el tratamiento de los Trastornos de Ansiedad. Centro de psicología Positiva Aplicada (CPPA). Recuperado de <http://centrocppa.org/wp-content/uploads/2015/11/alianza.pdf>.
- Bruscia, K., (1997), *Definiendo Musicoterapia*, Bs. As. Editorial. Amarú.
- Celis, A. (1999). Proceso de adaptación del inventario de la relación de ayuda de G. T. Barrett – Lennard. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 8, (1), 161 – 169.
- Conde, M. D. (2016). La música como recurso en la psicoterapia para personas con indicadores asociados a la depresión: Experiencias de cinco casosclínicos. University of Puerto Rico, Rio Piedras (Puerto Rico).
- Corbella, S., & Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 19(2), 205-221.
- Da Silva, T. R., Martins, L. A. L., & Addôr, A. M. A música como mecanismo facilitador na expressão das emoções (Doctoral dissertation, Centro Universitário Filadélfia).
- De la Parra, G., von Bergen, A., & del Río, M. (2002). Primeros hallazgos de la aplicación de un instrumento que mide resultados psicoterapéuticos en una muestra de pacientes y de población general. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 40, 201-209.
- Deci, E. L. & Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York: Plenum Press.
- Deci, E.L.& Ryan, R.M.(1990).Amotivational approach to self: Integration in personality. En R. A. Dienstbier (Ed.).

- Deci, E. L. & Ryan, R. M. (2004). Handbook of self-determination research. New York: University of Rochester Press. Deci, E. L. & Ryan, R. M. (2008). Self-determination theory: A macrotheory of human motivation, development and health. *Canadian Psychology*, 49(3), 183-185. doi: 10.1037/a0012801
- Deci, E. L. (1975). *Intrinsic motivation*. New York: Plenum.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behaviour*. New York: Plenum.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985). The general causality orientations scale: Self-determination in personality. *Journal of research in personality*, 19(2), 109-134.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1995). Human autonomy: The basis for true self-esteem. In M. Kemis (Ed.), *Efficacy, agency, and self-esteem* (pp.31-49). New York: Plenum.
- Deci, E. L., Koestner, R., & Ryan, R. M. (1999). The undermining effect is a reality after all—Extrinsic rewards, task interest, and self-determination: Reply to Eisenberger, Pierce, and Cameron (1999) and Lepper, Henderlong, and Gingras (1999).
- Del Campo, P. (1997), *La música como proceso psicoterapéutico*, Bs. As. Editorial Amarú.
- Faye, C. & Sharpe, D. (2008). Academic motivation in university: The role of basic psychological needs and identity formation. *Canadian Journal of Behavioral Science*, 50(4), 189-199. doi: 10.1037/a0012858
- Feixas, G. & Miró, M.T. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Freud, S (1912b).The dynamics of transference. *Standard Edition*.12: 97—102.

- Gaston, E. T. (1957). *Music therapy, 1956: sixth book of proceedings of the National Association for Music Therapy, Inc., volume VI (Doctoral dissertation, Colorado State University. Libraries).*
- Gaston, L. (1990). The concept of the alliance and its role in psychotherapy: Theoretical and empirical considerations. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 27, 143-153.
- Gondra, J. (1981). *La psicoterapia de Carl R.. Rogers: sus orígenes, evolución y relación con la psicología científica.* [s.l.]: Editorial DDB.
- Greenson, R.R. (1967). *Technique and practice of psychoanalysis.* New York: International University Press.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, P. (2010). *Metodología de la Investigación (5° Edición).* México: McGraw-Hill.
- Horvath, A. O., & Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of consulting and clinical psychology*, 61(4), 561.
- Horvath, A.O. (1994). Empirical validation of Bordin's pantheoretical model of the alliance: The working alliance inventory perspective. En A.O. Horvath y L.S. Greenberg (eds.), *The working alliance: Theory, research and practice* (pp. 109 - 128). New York: Wiley and sons.
- Horvath, A.O. y Bedi, R.P. (2002). The alliance. En J.C. Norcross (ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapists contributions and responsiveness to patients* (pp. 39-64). New York: Oxford University Press.
- Kleinke, C. L. (1998). *Principios comunes en psicoterapia.* Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Krause, M. (2001, Noviembre). ¿Subjetividad del cambio o cambio subjetivo? [Subjectivity of the change or subjective change?]. Trabajo presentado en

Coloquio realizado en la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile.

Krause, M., Altimir, C., & Horvath, A. (2011). Deconstructing the therapeutic alliance: Reflections on the underlying dimensions of the concept. *Clinical and Health*, 22(3), 267-283.

Magdalena-Giménez, K. (2018). Musicoterapia como medio para el tratamiento del estrés y la ansiedad del docente (Master's thesis).

Maslow, A. H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological review*, 50(4), 370.

Ministerio de Salud, Chile. (2017). Plan nacional de Salud Mental 2017-2025.

Navia, C. E. & Arias, E. M. (2010, agosto). Personalidad, estilo comunicativo y apego del terapeuta y del consultante en relación con la calidad de la alianza terapéutica (Informe Técnico final de proyecto). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.

Niemeyer, Diego. *El código de las palabras*, 2° Edición, 2017. ISBN 9781549539374, p 84.

Opazo, R. (2001). *Psicoterapia integrativa: delimitación clínica*. Santiago: Ediciones ICPSI. Rodríguez, G., Gil, J. y García, E. (1999). *Metodología de la Investigación Cualitativa*. Málaga: Ediciones Aljibe.

Orlinsky, D., Grawe, K. & Parks, K. (1994). Process and outcome in psychotherapy. En A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4ta. ed., pp. 270-378). Nueva York: Wiley.

Orlinsky, D., Ronnestad, M. & Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process outcome research: Continuity and change. En M. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5ta. ed., pp. 307-393). Nueva York: Wiley.

- Perspectives on motivation: Nebraska symposium on motivation (pp.237-288).
Lincoln: University of Nebraska Press Deci, E. L. & Ryan, R. M. (2000). The
“what” and “why” of goal pursuits: Human needs and the self determination of
behavior. *Psychological Inquiry*, 11, 227-268. doi:
10.1207/S15327965PLI11104_01
- Rogers, C. (1951). *Psicoterapia centrada en el cliente*. Buenos Aires: Editorial
Paidós.
- Rogers, C. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality
change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 107 –114.
- Rogers, C. (1972). *El proceso de convertirse en persona*. Buenos Aires: Editorial
Paidós.
- Rogers C. (1989). *El proceso de convertirse en persona*. Ed. Paidos. México.
- Romero, J., Bejarano, A. y Álvarez, N. Alianza terapéutica en pacientes adictos: una
propuesta de Instrumento. *Eradicciones*, 9 (73 - 77). Resumen extraído el 03
de Agosto, 2005 de
<http://www.eradicciones.org/Revista/numero9/pdf/tesis.pdf>.
- Ryan, R. M., & Connell, J. P. (1989). Perceived locus of causality and internalization.
Journal of Personality and Social Psychology, 57, 749-761.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2009). Promoting self-determined school engagement:
Motivation, learning, and well-being.
- Ryan, R. M., & Frederick, C. M. (1997). On energy, personality, and health:
Subjective vitality as a dynamic reflection of well-being. *Journal of Personality*,
65, 529-565.
- Ryan, R. M., Lynch, M. F., Vansteenkiste, M., & Deci, E. L. (2011). Motivation and
autonomy in counseling, psychotherapy, and behavior change: A look at
theory and practice. *The Counseling Psychologist*, 39(2), 193–260.

- Safran, J y Seagal, Z. (1994). El proceso interpersonal en la terapia cognitiva. Barcelona: Paidós.
- Safran, J. D. & Murran, J. C. (2000). Negotiating the therapeutic alliance. A relational treatment guide. New York: The Guildford Press.
- Safran, J. D.(1993b), The therapeutic alliance as a transtheoretical phenomenon: Definitional and conceptual issues. *Journal of Psychotherapy Integration*, 3:33-49.
- Safran, J. D., Muran, J. C., Samstag, L. W., & Stevens, C. (2001). Repairing alliance ruptures. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), 406.
- Salvo, I. (2003). Variables del psicoterapeuta que inciden en la efectividad de la psicoterapia: un estudio exploratorio descriptivo. Memoria para optar al Título de Psicóloga, Universidad de Chile, Santiago.
- Santibáñez Fernández, P. M., Román Mella, M. F., Lucero Chenevard, C., Espinoza García, A. E., Iribarra Cáceres, D. E., & Müller Vergara, P. A. (2008). Variables inespecíficas en psicoterapia. *Terapia psicológica*, 26(1), 89-98.
- Santibáñez Fernández, Patricia Macarena, & Román Mella, María Francisca, & Vinet, Eugenia V. (2009). Efectividad de la psicoterapia y su relación con al Alianza Terapéutica. *Interdisciplinaria*, 26(2),267-287. ISSN: 0325-8203. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18011827006>
- Santibáñez, P. (2011). La Alianza Terapéutica en Psicoterapia: El "Inventario de Alianza de Trabajo" en Chile. *Psykhe*, 12(1).
- Santibáñez, P. S. (2003). La Alianza Terapéutica en Psicoterapia: El "Inventario de Alianza de Trabajo" en Chile. *Psykhe*, 12(1). Recuperado a partir de <http://ojs.uc.cl/index.php/psykhe/article/view/20365>-Alvin, J., Musicoterapia, (1970), Editorial. Paidós, Bs. As.

- Sanz, J. I. P. (2001). El concepto de Musicoterapia a través de la historia. *Revista interuniversitaria de formación del profesorado*, (42), 19-31.
- Sardi Gutiérrez, L. (2010). Musicoterapia y desarrollo personal: " Encuentro conmigo misma".
- Seligman, M. E. P. (1975). *Helplessness*. San Francisco: Freeman.
- Sheldon, K. M., & Kasser, T. (2001). Goals, congruence, and positive well-being: New empirical support for humanistic theories. *Journal of humanistic psychology*, 41(1), 30-50.
- Stover, Juliana Beatriz, & Bruno, Flavia Eugenia, & Uriel, Fabiana Edith, & Fernández Liporace, Mercedes (2017). Teoría de la Autodeterminación: una revisión teórica. *Perspectivas en Psicología: Revista de Psicología y Ciencias Afines*, 14(2),105-115.[fecha de Consulta 14 de Enero de 2022]. ISSN: 1668-7175. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=483555396010>.
- Thayer Gaston, E., *Music in Therapy*, (1968), The Macmillan Company, Editorial. Paidós
- Trallero Flix, C. (2005). Análisis transaccional y musicoterapia autorrealizadora, una armoniosa integración.
- Vallerand, R. J. (1997). Toward a hierarchical model of intrinsic and extrinsic motivation. *Advances in Experimental and Social Psychology*, 29, 271-360.
- Vansteenkiste, M, Lens. W. & Deci, L. E. (2006). Intrinsic versus extrinsic goal contents in self-determination theory: Another look at the quality of academic motivation. *Educational Psychologist*, 41(1), 19-31. doi: 10.1207/s15326985ep4101_4
- Zetzel, E.R. (1956). Current concepts of transference. *International Journal of Psychoanalysis*, 37, 369-375.

ANEXOS

Anexo 1. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____, RUT _____ declaro que se me ha explicado mi participación en el estudio acerca de la autodeterminación en Psicoterapia Humanista, junto a responder pruebas para poder medir la Alianza Terapéutica, comprendiendo que mi participación es una valiosa contribución.

Declaro mi aprobación para participar en el estudio, y que se me ha asegurado que la información que entregue estará protegida por el anonimato y la confidencialidad. El Investigador Responsable del estudio, Julio Tilleria Encina, se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que se plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.

Asimismo, el psicólogo(a) entrevistador(a) me ha dado seguridad de que no se me identificará en ninguna oportunidad en el estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. En caso de que el producto de este trabajo se requiera mostrar al público externo (publicaciones, congresos y otras presentaciones), se solicitará previamente mi autorización.

Por lo tanto, como participante, acepto la invitación en forma libre y voluntaria, y declaro estar informado de que los resultados de esta investigación tendrán como producto un informe, para ser presentado como parte de la Memoria de Título del Investigador.

He leído esta hoja de Consentimiento y acepto participar en este estudio según las condiciones establecidas.

Santiago, ____ de _____ de 2021.

Firma Participante

Firma Investigador

Anexo 2. Test IA-T (P)

Inventario de Alianza de Trabajo

Forma P

Instrucciones

En las siguientes páginas se plantean una serie de afirmaciones que describen algunas de las diferentes maneras en que una persona puede pensar o sentir acerca de su psicoterapeuta (psicólogo). A medida que lea las afirmaciones, cuando en el texto aparezca una _____, inserte mentalmente el nombre de su psicoterapeuta (psicólogo).

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

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

Si la afirmación describe la manera que usted piensa (o siente) siempre, marque el número 7; si esto nunca le sucede marque el número 1. Use los números existentes entremedio para describir las variaciones entre estos extremos.

Este cuestionario es CONFIDENCIAL; ni su terapeuta ni el consultorio verán sus respuestas.

Trabaje rápido; queremos conocer sus primeras impresiones.
(POR FAVOR NO OLVIDE RESPONDER TODOS LOS ÍTEMES)

Gracias por su cooperación.

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

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

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

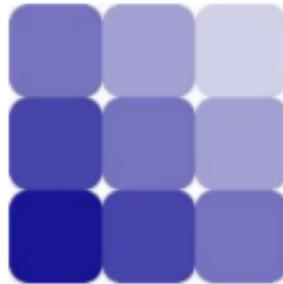
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	A veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre

Anexo 3. Test OQ.45-2



CUESTIONARIO DE RESULTADOS

(OQTM -45.2)*



Instrucciones:

Para ayudarnos a entender cómo se ha estado sintiendo, básiense en los últimos siete días, incluyendo el día de hoy. Lea cuidadosamente las siguientes frases y seleccione la categoría que mejor describa su situación. En este cuestionario el término "trabajo" se refiere al empleo, la escuela, el hogar, el trabajo voluntario, etcétera.
Por favor, no escriba en las áreas oscuras.

**De vuelta a la hoja y marque siguiendo las instrucciones.
Gracias por su colaboración.**

(*) **Outpatient Questionnaire**

Desarrollado por Michael Lambert. Brigham Young University. U.S.A.
Autorizado para su aplicación al Instituto de Estudios Psicoterapeúticos.

**FUNDACIÓN PARA LA INVESTIGACIÓN EN PSICOTERAPIA Y
PERSONALIDAD**
Plaza del Cuadro 3, 3^o B y C SANTANDER 39004 ESPAÑA
Teléfono: 942223301 / Fax : 942223894 / www.fundipp.org / secretaria@fundipp.org

	Nunca	Casi Nunca	A veces	Con frecuencia	Casi Siempre	SD	IR	SR
1. Me llevo bien con otros.	<input type="checkbox"/>							
2. Me canso rápidamente.	<input type="checkbox"/>							
3. Nada me interesa	<input type="checkbox"/>							
4.Me siento presionado (estresado) en el trabajo/escuela	<input type="checkbox"/>							
5.Me siento culpable	<input type="checkbox"/>							
6. Me siento irritado, molesto	<input type="checkbox"/>							
7. No me siento contento con mi matrimonio/pareja	<input type="checkbox"/>							
8. Pienso en quitarme la vida	<input type="checkbox"/>							
9. Me siento débil.	<input type="checkbox"/>							
10 Me siento atemorizado	<input type="checkbox"/>							
11. Después de haber bebido mucho alcohol, a la mañana siguiente he de beber de nuevo para poder comenzar el día" Si Ud. no bebe marque "nunca")	<input type="checkbox"/>							
12. Encuentro satisfacción en mi trabajo/escuela	<input type="checkbox"/>							
13. Soy una persona feliz	<input type="checkbox"/>							
14. Trabajo/estudio demasiado	<input type="checkbox"/>							
15. Me siento inútil.	<input type="checkbox"/>							
16. Me preocupan los problemas de familia	<input type="checkbox"/>							
17. Mi vida sexual no me llena.	<input type="checkbox"/>							
18. Me siento solo.	<input type="checkbox"/>							
19. Discuto frecuentemente.	<input type="checkbox"/>							
20. Me siento querido y deseado.	<input type="checkbox"/>							
21.Disfruto mi tiempo libre.	<input type="checkbox"/>							
22. Me cuesta concentrarme.	<input type="checkbox"/>							
23. No tengo esperanza alguna en el futuro.	<input type="checkbox"/>							
24. Estoy contenta conmigo mismo.	<input type="checkbox"/>							
25. Tengo pensamientos perturbantes de los que no me puedo deshacer.	<input type="checkbox"/>							
26. Me molestan las persona que me critican porque bebo (o uso drogas) (Si no bebe o usa drogas marque nunca).	<input type="checkbox"/>							
27. Tengo molestias en el estómago.	<input type="checkbox"/>							
28. No trabajo/estudio tan bien como lo hacía.	<input type="checkbox"/>							
29. Tengo palpitaciones.	<input type="checkbox"/>							
30. Me resulta difícil llevarme bien con amigos y conocidos.	<input type="checkbox"/>							
31.Estoy satisfecho con mi vida.	<input type="checkbox"/>							
32.Tengo problemas en el trabajo/escuela debido a las drogas o el alcohol. (Si no bebe o usa drogas marque nunca).	<input type="checkbox"/>							
33.Siento que algo malo va a ocurrir.	<input type="checkbox"/>							
34.Tengo dolores musculares.	<input type="checkbox"/>							
35.Situaciones como estar en espacios abiertos, conducir o estar dentro de un autobus, viajar en el metro, etc, me atemorizan.	<input type="checkbox"/>							
36. Me siento nervioso.	<input type="checkbox"/>							
37. Mis relaciones con mis seres queridos me satisfacen.	<input type="checkbox"/>							
38. Siento que no me va bien en el trabajo/escuela.	<input type="checkbox"/>							
39. En el trabajo/escuela tengo demasiados desacuerdos enfrentamientos.	<input type="checkbox"/>							
40. Siento que algo funciona mal en mi mente.	<input type="checkbox"/>							
41. Tengo dificultades para conciliar el sueño, en general no duermo bien.	<input type="checkbox"/>							
42. Me siento triste.	<input type="checkbox"/>							
43. Mis relaciones con otros me satisfacen.	<input type="checkbox"/>							
44.En el trabajo/clase estoy tan cabreado que podría hacer algo de lo que después me arrepentiría.	<input type="checkbox"/>							
45. Me dan dolores de cabeza.	<input type="checkbox"/>							
						+	+	
						TOTAL=		