

RESULTADOS CLÍNICOS Y ALIANZA TERAPÉUTICA EN PACIENTES PROGRAMA DE PSICÓLOGOS VOLUNTARIOS

Eduardo José García Madrid¹



<https://orcid.org/0009-0005-5899-3302>

Recibido: 19-11-2025
Aceptado: 01-12-2025

RESUMEN

Este estudio cuantitativo, de tipo descriptivo-correlacional, analizó la relación entre la alianza terapéutica y los resultados clínicos en 70 pacientes atendidos por el Programa de Psicólogos Voluntarios de Venezuela. Se emplearon los instrumentos OQ-45.2 y IAT-P para evaluar los resultados clínicos y la alianza terapéutica, respectivamente. Los resultados mostraron que, aunque los pacientes reportaron una alianza terapéutica de alta calidad ($\bar{X}=211,17$), sus resultados clínicos promedio permanecieron en el rango de malestar clínicamente significativo ($\bar{X}=75,76$). Se encontró una correlación negativa, moderada y estadísticamente significativa entre ambas variables ($r = -0,301$; $p = 0,011$). Un análisis dimensional reveló que el acuerdo en metas fue el predictor más robusto de la reducción de síntomas ($r = -0,415$) y la mejora del rol social ($r = -0,258$), mientras que el vínculo emocional solo se asoció significativamente con la disminución de síntomas ($r = -0,282$), y las tareas no mostraron correlaciones significativas. Estos hallazgos sugieren que el consenso en objetivos terapéuticos puede influir en la efectividad del tratamiento.

Palabras Clave: Alianza terapéutica, resultados clínicos, psicólogos voluntarios

WORKING ALLIANCE AND EFFECTIVENESS IN VOLUNTEER PSYCHOLOGISTS' PATIENTS.

ABSTRACT

This quantitative, descriptive-correlational study examined the relationship between therapeutic alliance and clinical outcomes in 70 patients treated by the Volunteer Psychologists Program in Venezuela. The OQ-45.2 and IAT-P instruments were used to assess clinical outcomes and therapeutic alliance, respectively. Results indicated that while patients reported high-quality therapeutic alliance ($M=211.17$), their average clinical outcomes remained within the clinically significant distress range ($M=75.76$). A moderate, negative, and statistically significant correlation was found between the two variables ($r = -0.301$, $p = 0.011$). Dimensional analysis revealed that goal agreement was the strongest predictor of symptom reduction ($r = -0.415$) and improved social functioning ($r = -0.258$), whereas the emotional bond was only significantly associated with symptom reduction ($r = -0.282$), and task collaboration showed no significant correlations. These findings suggest that consensus on therapeutic objectives may influence treatment effectiveness.

Keywords: working alliance, psychotherapy effectiveness, volunteer psychologists

¹ Licenciado en Psicología de la UNY, Maestría en Psicología Clínica de la URU, Psicoterapeuta de ASOVEP, Consultor Organizacional, Psicólogo del Servicio de Psicología del Municipio Baruta.

INTRODUCCIÓN

La salud mental representa un pilar fundamental para el bienestar integral del ser humano, ya que influye directamente en nuestra calidad de vida, las relaciones interpersonales y nuestra capacidad de adaptación frente a los retos cotidianos. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), al menos una de cada cuatro personas en el mundo enfrentará un problema de salud mental a lo largo de su vida, lo que subraya la necesidad imperativa de desarrollar intervenciones psicológicas cuya eficacia esté respaldada por evidencia empírica rigurosa.

La evaluación sistemática de los resultados clínicos constituye un aspecto fundamental para el avance de la atención psicológica basada en evidencia. Desde los cuestionamientos iniciales de Eysenck (1952) sobre los resultados de las intervenciones psicológicas, el campo ha evolucionado significativamente en el desarrollo de metodologías para evaluar los cambios terapéuticos (Santibáñez, 2001). Como señalan diversos autores (Chambless & Ollendick, 2001; Lambert & Bergin, 1994), la eficacia de una intervención debe demostrarse mediante diseños experimentales rigurosos que incluyan comparaciones con grupos control, placebo o tratamientos establecidos, con replicación por equipos independientes. Sin embargo, como advierte Bernal (1993), esta exigencia metodológica no ha ido acompañada de suficientes investigaciones que exploren los resultados reales de los múltiples enfoques terapéuticos disponibles, particularmente en contextos clínicos naturales.

Los resultados clínicos en psicoterapia hacen referencia a los cambios observables en el estado del paciente tras la intervención terapéutica. Tradicionalmente, estos han sido evaluados en función de la reducción de síntomas psicológicos, pero investigaciones recientes han enfatizado la importancia de considerar también la mejora en el funcionamiento social y la calidad de vida, reflejando un enfoque bio-psico-social, donde los resultados terapéuticos no se reducen a sintomatología, sino que integran mejoras en funcionamiento global y así como permitir la distinción entre mejorías estadísticas y clínicamente significativas (Jacobson & Truax, 1991).

Desde una perspectiva teórica, Lambert et al. (1996) propusieron que los resultados clínicos deben evaluarse en tres dimensiones clave: síntomas subjetivos, relaciones interpersonales y rol social, lo que permite una visión más integral del impacto terapéutico. Este enfoque ha sido validado en múltiples estudios, demostrando que los resultados de la atención psicológica no solo se refleja en la disminución de malestar emocional, sino también en la capacidad del paciente para mejorar sus interacciones sociales y su desempeño en actividades cotidianas.

La primera dimensión, Síntomas Subjetivos (SD), evalúa el malestar psicológico con énfasis en depresión, ansiedad y somatizaciones, fundamentado en la alta prevalencia de estos trastornos en poblaciones clínicas (NIMH, 1988). La segunda, Relaciones Interpersonales (RI), mide la calidad y el conflicto en vínculos familiares, de pareja y sociales, considerando que los problemas relacionales pueden ser tanto causa como consecuencia del malestar psicológico (Horowitz et al., 1988). Finalmente, la tercera dimensión, Rol Social (RS), valora el ajuste en áreas laborales, académicas y cotidianas, basado en teorías que vinculan la salud mental con el funcionamiento adaptativo (Weissman & Bothwell, 1976). Así, el OQ-45.2 se presenta como una herramienta integral para evaluar el impacto de la intervención psicológica de manera objetiva y sistemática.

La investigación sobre resultados clínicos ha evolucionado desde enfoques puramente experimentales hacia modelos más integradores que consideran tanto la significación estadística como la relevancia clínica de los cambios (Cáceres, Fernández & Sanhueza, 1990; Jacobson & Truax, 1991). Como demuestran estudios con el OQ-45.2 (Lambert & Shimokawa, 2011), los sistemas de retroalimentación basados en medidas estandarizadas pueden lograr tamaños del efecto moderados, particularmente en pacientes con progreso inadecuado. No obstante, investigaciones más recientes (Probst et al., 2013; Hansson et al., 2012) muestran variabilidad en estos resultados según el contexto, destacando la importancia de adaptar los instrumentos y criterios de evaluación a las características específicas de cada población y setting clínico. Esta perspectiva ecológica resulta especialmente relevante en entornos comunitarios, donde las intervenciones deben demostrar no solo eficacia estadística, sino impacto tangible en la calidad de vida de los pacientes (Knaup et al., 2009).

La distinción entre significación estadística y clínica, propuesta originalmente por Jacobson y Truax (1991), representa un avance fundamental en la evaluación de resultados terapéuticos. Su método para cuantificar el tránsito desde un estado disfuncional a uno funcional, incorporando puntos de corte (PC) e índices de cambio confiable (ICC), ha sido adaptado y validado en diversos contextos culturales, incluyendo la versión latina del OQ-45.2 (De la Parra & Von Bergen, 2002). Estos desarrollos metodológicos permiten superar las limitaciones de los enfoques tradicionales centrados exclusivamente en medidas de tendencia central, ofreciendo una visión más comprehensiva del cambio terapéutico que considera tanto la magnitud como la relevancia clínica de las mejorías (Lambert, 2013).

Sin embargo, como señalan diversos autores (Botella & Feixas, 1994; Lambert & Bergin,

1994; Shadish et al., 2000), persisten importantes desafíos en la evaluación de resultados terapéuticos. Los meta-análisis muestran que, si bien la atención psicológica supera consistentemente a la no intervención (con tamaños del efecto entre 0.40-0.85), estos resultados deben interpretarse con cautela debido a factores como las altas tasas de abandono en contextos reales (Pekarik, 1993), la presencia de síntomas residuales y la escasez de seguimientos a largo plazo. Además, la especificidad de los componentes activos de diferentes enfoques terapéuticos sigue siendo objeto de debate (Gortner et al., 1998; Henry et al., 1994), destacando la necesidad de investigaciones que exploren no solo los resultados globales, sino los mecanismos de cambio subyacentes.

La evidencia científica actual en esta área realza la importancia de diseñar intervenciones adaptativas que respondan a las necesidades de los pacientes y que integren un monitoreo de progreso para optimizar los resultados clínicos en atención psicológica y aunque usan diferentes instrumentos de evaluación, los resultados pueden extrapolarse ya que todos analizan el impacto del tratamiento desde la reducción sintomática, el funcionamiento social y el bienestar subjetivo (Trujillo & Paz, 2021)

Algunas investigaciones como las de Santangelo et al. (2023) sugieren Los pacientes con menor estabilidad emocional pueden tener mayores dificultades para completar el tratamiento, lo que puede afectar la mejoría sintomática medida por el OQ-45.2. Además, el acceso a tratamiento y el nivel de instrucción pueden influir en los progresos clínicos, al igual que Behn et al. (2017) menciona que los resultados clínicos en el OQ-45.2 pueden estar influenciados por factores externos al tratamiento, como el acceso a recursos y apoyo social, lo que refuerza la necesidad de intervenciones adaptadas según el contexto socioeconómico del paciente.

Según Fuentes-Cerda et al. (2023), la evolución terapéutica no sigue un patrón uniforme en todos los pacientes, observándose que aquellos de mayor edad pueden presentar una progresión más lenta. Estas diferencias en la respuesta al tratamiento quedan reflejadas en los puntajes del OQ-45.2, lo que respalda la utilidad de este instrumento para distinguir entre grupos con distintas trayectorias de recuperación. En línea con esto, Juan et al. (2023) enfatizan la necesidad de evaluar el proceso terapéutico de manera continua, ya que los resultados clínicos no avanzan de forma lineal, sino que varían según las características individuales de cada paciente.

La alianza terapéutica, conceptualizada por Bordin (1976) y ampliamente investigada por Horvath (2005), es uno de los factores más consistentemente asociados con los resultados clínicos positivos. Este constructo se define como una relación colaborativa basada en tres

componentes clave: (1) el vínculo emocional, (2) el acuerdo en metas terapéuticas y (3) la colaboración en tareas específicas. Su relevancia trasciende su papel como predictor del éxito terapéutico, ya que además crea un entorno de confianza y empatía que favorece la participación activa del paciente en su proceso de cambio (Horvath, 2005).

Investigaciones relativamente recientes destacan que los resultados clínicos dependen menos de técnicas específicas que de factores comunes transversales a distintos enfoques (Opazo, 2001). Entre estos, la alianza terapéutica emerge como el predictor más consistente de resultados clínicos positivos (Orlinsky, Rønnestad & Willutzki, 2004). Metaanálisis como el de Lambert y Shimokawa (2011) corroboran este hallazgo: sistemas de retroalimentación que fortalecen la colaboración terapeuta-paciente muestran efectos moderados, superando a intervenciones centradas exclusivamente en sintomatología.

Diversos estudios respaldan el papel central de la alianza terapéutica en el logro de resultados clínicos positivos, incluso en contextos heterogéneos. McCloud (2020), por ejemplo, identificó niveles elevados en sus tres dimensiones (vínculo, tareas y metas) en pacientes venezolanos atendidos mediante psicoterapia en línea, lo que evidencia la capacidad de los profesionales para construir relaciones sólidas pese a las barreras del formato virtual. Estos hallazgos coinciden con los de Barreto (2024), cuya investigación con población psiquiátrica reveló valoraciones igualmente altas de esta variable, sugiriendo que su impacto se mantiene independientemente del diagnóstico clínico o de la modalidad de tratamiento.

Numerosas investigaciones respaldan la relevancia de una alianza terapéutica temprana y bien establecida para lograr resultados clínicos favorables. Los estudios de Fernández et al. (2016) con adolescentes y Álvaro y Paradero (2020) en depresión mayor demuestran que una alianza de calidad predice no solo mejoría sintomática, sino también mayor adherencia al tratamiento. Estos hallazgos subrayan su valor transversal en distintos contextos clínicos, aunque con particularidades asociadas a las poblaciones estudiadas.

Sin embargo, los enfoques metodológicos y los perfiles poblacionales varían significativamente entre investigaciones. Mientras Fernández et al. (2016) y Álvaro y Paradero (2020) se centran en entornos presenciales con muestras específicas (adolescentes y pacientes con depresión, respectivamente), Barreto (2024) analizó una muestra diversa de 100 pacientes venezolanos en el extranjero. Este último estudio reveló diferencias notables: mujeres y adultos mayores (40-58 años) mostraron puntajes más altos en la dimensión de vínculo, mientras los adultos jóvenes (30-39 años) destacaron en alianza global. Además, identificó que la empatía y el

estilo comunicativo del terapeuta fueron determinantes clave en pacientes psiquiátricos, complementando los hallazgos previos sobre factores evolutivos y de desarrollo psicológico.

Los estudios de Busquets (2021) aportan evidencia valiosa sobre la viabilidad de la atención psicológica online, destacando que la alianza terapéutica puede alcanzar niveles equivalentes a los de la terapia presencial. Sin embargo, también señalan desafíos específicos, como la pérdida de claves no verbales y la necesidad de capacitación tecnológica para los terapeutas. A pesar de estas limitaciones, sus investigaciones resaltan el papel de esta variable en entornos virtuales, que facilitan la continuidad terapéutica y la satisfacción del paciente. Por su parte, Romero (2019) identificó que, en el caso de los venezolanos en el exterior, factores culturales como la confianza y el sentido de cercanía con terapeutas de la misma nacionalidad favorecen la construcción de una alianza sólida en atención psicológica online. Esto subraya la importancia de considerar las particularidades socioculturales al analizar los resultados de las modalidades digitales.

Estos hallazgos no solo enriquecen la comprensión teórica y práctica de la atención psicológica, sino que también ofrecen herramientas valiosas para la formación de terapeutas, destacando la importancia de fortalecer habilidades como la empatía, la autenticidad y la flexibilidad en el uso de tecnologías en la atención psicológica. A esta base se suman los hallazgos de Loro (2022), quien en su tesis doctoral exploró la influencia de las características del terapeuta en la construcción de la alianza terapéutica, enfatizando que habilidades como la empatía, la autenticidad y la comprensión cultural son determinantes en los resultados clínicos de la atención psicológica. Por otro lado, Fernández, Krause y Pérez (2016) analizaron la alianza terapéutica con adolescentes, encontrando que su fortalecimiento durante las primeras sesiones predice el éxito terapéutico final. Este hallazgo resalta la relevancia del vínculo temprano entre terapeuta y paciente como predictor de resultados.

La investigación empírica señala consistentemente a la alianza terapéutica como un factor asociado con los resultados clínicos en psicoterapia, aunque su influencia varía según características interpersonales y fases del proceso terapéutico. Santibáñez et al. (2009), en un diseño metodológicamente comparable al presente estudio, emplearon el OQ-45.2 para evaluar resultados y el IAT-P para medir alianza terapéutica. Sus hallazgos revelaron diferencias significativas entre las evaluaciones iniciales y finales del OQ-45.2, mostrando una correlación clínicamente relevante entre la percepción de la alianza por parte del paciente y los resultados terapéuticos, tanto en puntuaciones globales como en la escala de síntomas.

Estos patrones de asociación presentan variaciones según los perfiles clínicos. Gómez-Penedo et al. (2019) observaron que pacientes con trastornos emocionales y patrones interpersonales dependientes experimentaban mejorías más rápidas cuando se establecía una alianza bien negociada. En contraste, aquellos con estilos hostiles-fríos requerían intervenciones focalizadas para superar rupturas iniciales en la relación terapéutica, sugiriendo que el impacto de la alianza está mediado por factores individuales.

Complementariamente, Zilcha-Mano y Errázuriz (2017) revelaron que los patrones tempranos de desarrollo de la alianza (fortalecimiento gradual, ruptura reparada o no reparada en las primeras 4 sesiones) predicen tanto la evolución posterior de la alianza como los resultados finales, con efectos moderados por el funcionamiento interpersonal basal. Este estudio, destaca que pacientes con mejor funcionamiento interpersonal inicial se benefician más de alianzas que se fortalecen progresivamente, mientras que aquellos con mayores dificultades interpersonales pueden requerir rupturas tempranas no reparadas para lograr mejores resultados.

Esta investigación trasciende el ámbito académico al integrar tres dimensiones clave: social, teórica y aplicada. En el plano humano, aborda el reto de mejorar el bienestar emocional en poblaciones vulnerables mediante intervenciones remotas, destacando el potencial democratizador de las TIC para el acceso a salud mental en contextos con recursos limitados. Teóricamente, enriquece el estudio de la alianza terapéutica en entornos no convencionales, aportando evidencia empírica que puede consolidar o reformular los marcos conceptuales existentes. Metodológicamente, ofrece un diseño cuantitativo riguroso que combina instrumentos estandarizados para evaluar simultáneamente la calidad de la alianza terapéutica y su correlación con los resultados clínicos, generando datos confiables para futuros estudios.

Las implicaciones prácticas son particularmente relevantes para organizaciones como Psicólogos Voluntarios de Venezuela. Los resultados proporcionarán directrices específicas para optimizar intervenciones psicológicas remotas, identificando los factores que potencian la alianza terapéutica con diferentes perfiles de pacientes. Este conocimiento permitirá desarrollar protocolos adaptados a las necesidades reales de la población, mejorando la efectividad de los programas de salud mental comunitaria. Así, el estudio establece un puente entre la investigación científica y la práctica clínica en entornos de atención no tradicionales, contribuyendo a una psicoterapia más accesible y culturalmente sensible.

El análisis de la alianza terapéutica en el contexto del Programa de Psicólogos Voluntarios adquiere especial relevancia no solo para comprender su asociación con los resultados

terapéuticos, sino también para caracterizar los desafíos particulares de la intervención psicológica en condiciones de vulnerabilidad. Esta investigación busca responder mediante un enfoque cuantitativo a la pregunta central: ¿cuál es la relación entre la calidad de la alianza terapéutica y los resultados clínicos en pacientes atendidos por el Programa de Psicólogos Voluntarios de la Región Metropolitana? El objetivo general consiste en analizar dicha relación en la población atendida por el programa en Caracas-Miranda.

Para ello, se han establecido un objetivo específico. (1) Evaluar los resultados clínicos postratamiento (2) Analizar la calidad de la Alianza Terapéutica (3) Examinar la relación estadística entre los resultados clínicos y la alianza terapéutica. Este enfoque permitirá establecer asociaciones estadísticamente robustas entre ambos constructos, aportando evidencia concreta para optimizar las intervenciones psicológicas en contextos vulnerables. Igualmente, se plantea un sistema de hipótesis donde se presume que Existe una relación significativa entre la calidad de la alianza terapéutica y los resultados clínicos de las intervenciones psicológicas en el Programa de Psicólogos Voluntarios (región Metropolitana) en contraposición de la hipótesis nula donde se plantea que esta relación No existe.

MATERIALES Y MÉTODOS

El estudio se enmarcó en el paradigma cuantitativo o positivista, entendido como aquel que busca describir, explicar, controlar y predecir una realidad objetiva, medible y fragmentable. Este enfoque permitió aplicar principios de objetividad científica, distanciando al investigador del objeto de estudio para garantizar neutralidad en el análisis. Metodológicamente, el diseño corresponde a un estudio transversal de tipo descriptivo – correlacional, en el que se evaluó de manera única la alianza terapéutica (IAT-P) durante el proceso terapéutico (sesión 5) y los resultados clínicos (OQ-45.2) al finalizar el tratamiento.

La población de referencia incluyó a todos los pacientes atendidos por el Programa de Psicólogos Voluntarios (PPV) desde su creación en 2020 ($N \approx 1,066$). Para este estudio, se delimitó como población accesible aquellos casos atendidos entre enero de 2025 y mayo de 2025. La selección de participantes se realizó mediante muestreo no probabilístico por conveniencia sobre esta población accesible. El tamaño muestral se calculó utilizando la fórmula para poblaciones finitas de Sierra Bravo (2002), con un nivel de confianza del 90%, proporción estimada conservadora ($p = 0.5$) y margen de error del 10%, obteniéndose un mínimo requerido de aproximadamente 69 participantes.

La recolección de datos se llevó a cabo mediante instrumentos estandarizados aplicados a

través de formularios en línea junto con un consentimiento informado de forma anónima, estrategia que optimizó la accesibilidad para los participantes y la eficiencia en la gestión de la información. Entre los instrumentos principales utilizados se incluyeron El Outcome Questionnaire (OQ-45.2) y El Inventory of Alliance Therapeutic para Pacientes (IAT-P), seleccionados por su validez psicométrica y adecuación a los objetivos del estudio. Este enfoque metodológico permitió mantener el rigor científico mientras se adaptaba a las condiciones prácticas de la investigación. Outcome Questionnaire (OQ-45.2): Este instrumento, desarrollado por Lambert et al. (1996) y adaptado en Chile por De la Parra y Von Bergen (2000, 2002), su diseño permitió evaluar de manera cuantitativa los resultados clínicos de la intervención psicológica mediante 45 preguntas que evaluaron cambios en el estado del paciente, clasificando los resultados en tres categorías: mejoría, sin cambio o deterioro.

El cuestionario posee una estructura en tres subescalas validadas síntomas subjetivos, relaciones interpersonales, desempeño en roles sociales y calidad de vida. Su alta consistencia interna (alfa de .93) y confiabilidad test-retest (.84) lo posicionaron como un recurso efectivo para medir cambios terapéuticos, el baremo a utilizar se encuentra indicado en el Cuadro 1 donde se ubican los puntos de corte (PC) para diferenciar un sujeto considerado sano (puntuaciones bajas) o con síntomas en remisión, de uno afectado (puntuaciones altas).

Tabla 1

Baremo de Interpretación Outcome Questionnaire

Puntajes Dimensión Variable	PC	Interpretación
Síntomas Subjetivos	≥ 43	Presencia de Síntomas
Relaciones Interpersonales	≥ 16	Problemas en relaciones interpersonales/ satisfacción
Rol Social	≥ 14	Incomodidad o Ineficiencia en Roles sociales habituales
Resultados Clínicos	≥ 73	Incomodidad sintomática, dificultades personales y en su rol social

Fuente: De la Parra (2006)

Inventario de Alianza Terapéutica (IAT) (Horvath y Greenberg, 1986) Basado en la conceptualización de Bordin (1976), este instrumento, adaptado en Chile por De la Parra (2006), evaluó la alianza terapéutica desde tres dimensiones: vínculo, tareas y metas. Cada dimensión incluyó 12 ítems con formato de respuesta tipo Likert, permitiendo evaluar la colaboración y confianza entre paciente y terapeuta. El instrumento mostró confiabilidad adecuada en sus

versiones para pacientes (.91) y terapeutas (.93), así mismo para efectos de esta investigación se tomó el baremo elaborado por Mcleod (2020) basado en los percentiles 25 (bajo), 50 (medio) y 75 (alto) tal como se muestra en el Cuadro 2.

Tabla 2

Baremo de Interpretación Inventory de Alianza Terapéutica

Dimensión Variable	Puntajes		
	Bajo	Medio	Alto
Vínculos	12 - 35	36 – 60	61 - 84
Tareas	12 – 35	36 – 60	61 – 84
Metas	12 – 35	36 – 60	61 – 84
Alianza Terapéutica	36 - 107	108 - 180	181 - 252

Fuente: Mcleod 2020

La recolección de datos se llevó a cabo mediante cuestionarios en línea enviados a los participantes. Las respuestas se almacenaron en una base de datos digital para su posterior procesamiento. El análisis de los datos se realizó en varias fases. Inicialmente, se calcularon estadísticos descriptivos, incluyendo medias (\bar{X}) y desviaciones estándar (S), para las puntuaciones totales y por dimensión de cada instrumento (OQ-45.2 y IAT-P). Esto permitió caracterizar a la muestra en función de las variables de estudio e interpretar los resultados según los baremos establecidos.

Se evaluó si las variables principales cumplían con el supuesto de normalidad utilizando la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Los resultados indicaron que la variable resultados clínicos no seguía una distribución normal, mientras que Alianza Terapéutica sí lo hacía, debido a que una de las variables clave no cumplía con el supuesto de normalidad, se seleccionó un método no paramétrico para el análisis inferencial. Se calculó el coeficiente de correlación de Spearman (rho) para examinar la fuerza y la dirección de la asociación entre la alianza terapéutica total y los resultados clínicos totales, así como entre sus respectivas dimensiones. El nivel de significancia para todas las pruebas se estableció en $p < 0,05$.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Para cumplir el objetivo general de esta investigación y analizar la relación entre los resultados clínicos y la alianza terapéutica en pacientes del Programa de Psicólogos Voluntarios,

se presentan los resultados y el análisis de los datos obtenidos mediante el Outcome Questionnaire (OQ-45.2) y el Inventario de Alianza Terapéutica para Pacientes (WAI-P). Los datos se organizaron en una matriz mediante un software estadístico para su análisis y se procesaron mediante estadística descriptiva, obteniendo medias (\bar{X}) y desviaciones estándar (S), interpretadas según los baremos establecidos. Además, se incluyen tablas que detallan las dimensiones y factores de cada instrumento. La prueba de Kolmogorov-Smirnov determinó que la variable Resultados Clínicos no seguía una distribución normal, mientras que Alianza Terapéutica sí lo hacía. Por ello, se emplearon estadísticos no paramétricos para la primera y paramétricos para la segunda. No obstante, la correlación entre ambas variables se analizó mediante pruebas no paramétricas.

Tabla 3

Estadísticos Descriptivos de Resultados Clínicos

	N	Min	Max	\bar{X}	S	PC
Síntomas	70	12	80	44,10	16,311	43
Relaciones	70	4	31	17,54	5,260	16
Rol	70	4	25	14,11	4,513	14
Resultados Clínicos	70	22	132	75,76	23,066	73

Los estadísticos descriptivos muestran que los participantes presentan dificultades clínicamente significativas en todas las áreas evaluadas, con medias que superan los puntos de corte establecidos. En la escala de Síntomas, el promedio de 44.10 (DE = 16.31) indica que los pacientes continúan experimentando malestar psicológico, con un rango amplio (12-80) que sugiere una respuesta heterogénea al tratamiento. Esto refleja que, aunque algunos participantes muestran mejoría, otros mantienen sintomatología activa que afecta su bienestar emocional.

En el área de Relaciones interpersonales, la media de 17.54 (DE = 5.26) revela dificultades persistentes en las interacciones sociales, posiblemente relacionadas con problemas de comunicación, falta de apoyo social o conflictos no resueltos. De manera similar, en la escala de Rol, el promedio de 14.11 (DE = 4.51) sugiere que los participantes enfrentan desafíos en el desempeño de sus funciones sociales y laborales, lo que podría asociarse a dificultades de adaptación o manejo del estrés en estos contextos.

El puntaje total de Resultados clínicos (75.76, DE = 23.07) confirma que, en conjunto, los participantes siguen presentando malestar clínico significativo. La elevada desviación estándar

destaca la variabilidad en los resultados individuales, lo que indica que mientras algunos pacientes han respondido favorablemente al tratamiento, otros continúan experimentando dificultades considerables. Estos hallazgos sugieren que la intervención terapéutica podría requerir ajustes para abordar más efectivamente los factores que contribuyen al malestar psicológico, particularmente en las áreas relacionales y de funcionamiento social. La heterogeneidad observada subraya la importancia de enfoques personalizados que consideren las necesidades específicas de cada paciente.

Estos resultados, pueden contrastarse con los hallazgos de Barreto (2024) y Fuentes-Cerda et al. (2023), donde los dominios interpersonales y sintomáticos muestran resistencias al cambio que se confirman en los resultados. Lo que sugiere que factores contextuales - posiblemente asociados a las condiciones específicas del programa voluntario - podrían estar moderando los resultados, aspecto que futuros estudios deberían explorar sistemáticamente.

De igual manera los estudios de Correa et al. (2006) en pacientes hospitalizados, donde la media fue ligeramente inferior a la observada en este estudio, pero aún dentro del rango disfuncional; (Von Bergen & De la Parra, 2002). Esta similitud sugiere que, independientemente del contexto clínico (hospitalización vs. tratamiento ambulatorio/a distancia), los pacientes tienden a mantener cierto grado de malestar psicológico residual tras la intervención. Estos estudios coinciden en que las intervenciones no lograron reducir los puntajes por debajo del umbral de normalidad, aunque el estudio de Correa et al. (2006) mostró una mayor reducción porcentual en comparación con el actual. Lo que podría reflejar diferencias en la intensidad del tratamiento (hospitalización vs. ambulatorio) o en la gravedad basal de los pacientes.

Correa et al. (2006) documentaron un "efecto rebote" post-alta, similar a cómo nuestros participantes permanecieron en rango disfuncional. Esto refuerza la hipótesis de que algunos síntomas pueden reactivarse tras finalizar la estructura terapéutica (Lambert, 2013). Mientras Correa et al. (2006) hallaron que los pacientes con psicosis y trastornos bipolares mostraron mayores mejorías, nuestros datos no discriminan por diagnóstico, lo que limita la comparación directa. No obstante, la persistencia de dificultades en relaciones interpersonales y roles sociales es consistente en ambos estudios. Aunque los contextos difieren, estos estudios evidencian que los pacientes mantienen sintomatología residual post-intervención, destacando la necesidad de seguimientos prolongados para consolidar ganancias terapéuticas (Correa et al., 2006), además de realizar intervenciones adaptadas a dominios específicos (ej. habilidades sociales), tal como sugiere la persistencia de dificultades en relaciones y roles.

Tabla 4*Estadísticos Descriptivos de Alianza Terapéutica*

	N	Mín	Máx	\bar{X}	S	PC (Alto)
Vinculo	70	14	84	68,59	15,072	61 - 84
Tareas	70	22	91	76,74	17,494	61 – 84
Metas	70	25	82	65,84	12,272	61 – 84
Alianza Terapéutica	70	64	252	211,17	42,799	181 - 252

En primer lugar, se tienen los estadísticos descriptivos referentes a la alianza terapéutica donde se observa que se ubican en el rango alto, tanto para la puntuación global como sus dimensiones (Tabla 4). De acuerdo con Bordin (1976), estos hallazgos indican que los pacientes del PPV establecen una sólida alianza terapéutica con sus psicoterapeutas, lo que se refleja en una gran cercanía y compatibilidad. lo que confirma que los participantes, en general, perciben una alianza terapéutica sólida y positiva con sus terapeutas. Según el autor, una sólida alianza terapéutica proporciona el contexto necesario para abordar de manera integral las variables de la relación y las técnicas específicas de intervención.

De la misma manera, los resultados de las dimensiones, indican que en el PPV, la calidad del vínculo paciente- terapeuta suele ser alta. De manera similar, se destaca que el paciente ve las tareas terapéuticas como significativas y efectivas, asumiendo la responsabilidad de llevarlas a cabo. Además, implica que los objetivos generales de la psicoterapia son robustos y que tanto el terapeuta como el paciente apoyan y valoran mutuamente las metas establecidas y las conclusiones obtenidas.

Estos resultados, confluyen con lo expuesto por Metz y otros (2018) los cuales reflejaron que tanto los pacientes de psicoterapia presencial, como aquellos en modalidad remota u online, reflejaban altos niveles de alianza terapéutica y que la misma no representaría diferencias respecto a la terapia cara a cara. Así mismo Mcleod y Romero (2020) constataron que los pacientes en psicoterapia online reflejaban altos niveles de alianza terapéutica.

La investigación llevada a cabo por Álvarez y Elizalde (2018) identificó que quienes participan en psicoterapia en línea aprecian especialmente elementos como la comodidad durante las sesiones por videollamada, una comunicación fluida, la satisfacción con las interacciones y la percepción positiva de la atención brindada. Dicho de otro modo, una actitud favorable hacia esta modalidad terapéutica también influye en una mejor relación terapéutica (Rees et al., 2016). Al

analizar la alianza terapéutica, es crucial considerar factores como la precisión de las intervenciones, la coherencia, el nivel de experiencia, empatía y fiabilidad del terapeuta, así como los avances logrados por el paciente, que en conjunto fortalecen dicha relación (Ojeda, 2010). De manera similar, García et al. (2015) concluyeron que cuando los terapeutas son evaluados altamente en aspectos como calidez, seriedad, comprensión, confianza, respeto, interés y compromiso, la alianza terapéutica se ve favorecida.

En esta línea, Hillier (2018) resalta que tanto la interacción personalizada como la flexibilidad para acceder al tratamiento son aspectos fundamentales que potencian la alianza terapéutica digital. Así, mientras el paciente perciba un abordaje individualizado y sienta respaldo por parte del terapeuta, será más probable que se desarrollen vínculos significativos. Por otro lado, Manubens, Roussos, Olivera y Gómez (2018) destacan que la ruptura de la alianza terapéutica ocurre con mayor frecuencia cuando no existe un consenso sobre las tareas y metas entre el paciente y el terapeuta. De igual forma, Macías y Valero (2018) subrayan el valor de la psicoterapia en línea, señalando que, en esta modalidad, la alianza no parece verse comprometida, algo que sí puede suceder en contextos grupales. De acuerdo con estas observaciones, se evidencia que hay múltiples factores que contribuyen al fortalecimiento de la alianza terapéutica en pacientes venezolanos usuarios del PPV.

Tabla 5

ANOVA Resultados terapéuticos y Alianza terapéutica de acuerdo a las Edades

		̄X	F	Sig
Resultados T.	Jóvenes adultos	83,21	4,327	0,017
	Adultos mayores	60,92		
Síntomas	Jóvenes adultos	50,04	3,851	0,026
	Adultos mayores	35,23		
Rol Social	Jóvenes adultos	14,63	4,199	0,019
	Adultos medios	14,97		
	Adultos mayores	11,00		

El análisis de los resultados según la edad de los participantes reveló que este factor ejerció una influencia significativa en los resultados clínicos, un hallazgo que encuentra sustento teórico en la literatura especializada. Como señalan Fuentes-Cerda et al. (2023), la edad constituye un elemento moderador en el proceso terapéutico, lo que explica los resultados obtenidos donde los

adultos mayores ($M = 60.92$) presentaron un malestar general significativamente menor que los jóvenes adultos ($M = 83.21$), con diferencias estadísticamente significativas ($F(2, 67) = 4.327, p = .017$). Este patrón se mantuvo consistente en las distintas dimensiones evaluadas, mostrando los adultos mayores niveles significativamente más bajos de sintomatología ($M = 35.23$ vs 50.04 en jóvenes; $F(2, 67) = 3.851, p = .026$) y un mejor desempeño en el rol social ($M = 11.00$ vs 14.63 ; $F(2, 67) = 4.199, p = .019$).

Estos resultados coinciden con lo planteado por Behn et al. (2017), quienes identificaron que los factores evolutivos asociados a la edad actúan como moderadores de la respuesta terapéutica, particularmente en aspectos funcionales como el desempeño en roles sociales. Los adultos mayores podrían beneficiarse de factores protectores como una mayor resiliencia emocional y estrategias de afrontamiento más consolidadas, desarrolladas a lo largo de su experiencia vital.

En contraste, el estudio no encontró diferencias significativas en ninguna de las dimensiones de la alianza terapéutica (Vínculo, Tareas, Metas) ni en su puntuación total entre los distintos grupos etarios (todos los valores $p > .05$). Esta estabilidad de la alianza terapéutica a través de los diferentes rangos de edad se alinea con los hallazgos reportados por Barreto (2024) en poblaciones psiquiátricas y con las observaciones de McLeod (2020) en contextos de terapia en línea. Además, respalda el modelo teórico de Bordin (1976), que conceptualiza la alianza terapéutica como un constructo universal en el proceso psicoterapéutico, independiente de características demográficas específicas.

Esta disociación entre los resultados clínicos y la calidad de la alianza terapéutica según grupos de edad sugiere dos conclusiones principales. Por un lado, la edad parece influir significativamente en los resultados finales del tratamiento, probablemente a través de factores madurativos y de experiencia acumulada. Por otro lado, la capacidad para establecer una relación terapéutica efectiva se mantiene estable independientemente de la edad del paciente, lo que indicaría que esta dimensión depende principalmente de las competencias profesionales del terapeuta, como señalan Barreto (2024) y McLeod (2020). Estas observaciones tienen importantes implicaciones para la práctica clínica, destacando la necesidad de adaptar las intervenciones a las características específicas de cada grupo etario, mientras se mantienen los estándares de calidad en la construcción de la alianza terapéutica, que sigue siendo un factor fundamental común a todos los pacientes.

Tabla 6

ANOVA Resultados terapéuticos y Alianza terapéutica de acuerdo al Uso de Medicación

		̄X	F	Sig
Resultados T.	No Usa	73,83	3,781	0,028
	Medicación Otros	68,42		
	Psicofármacos	92,00		
Relaciones	No Usa	17,09	3,357	0,041
	Medicación Otros	16,08		
	Psicofármacos	21,09		

Los hallazgos que revelan diferencias significativas en los resultados terapéuticos según el uso de medicación encuentran sustento en la literatura especializada. Los resultados muestran que el grupo con uso de psicofármacos presentó mayor malestar general ($M=92.00$) comparado con quienes no usaban medicación ($M=73.83$; $p=.045$) o usaban medicación para enfermedades físicas ($M=68.42$; $p=.035$), con diferencias estadísticamente significativas ($F(2,67)=3.781$, $p=.028$). Este patrón se replicó en la dimensión de relaciones interpersonales ($F(2,67)=3.357$, $p=.041$), donde los usuarios de psicofármacos mostraron mayores dificultades ($M=21.09$). Estos resultados coinciden con lo reportado por Santangelo et al. (2023), quienes encontraron que pacientes con medicación psicotrópica suelen presentar cuadros clínicos más severos al inicio del tratamiento, lo que podría explicar sus peores resultados terapéuticos finales.

La ausencia de diferencias significativas en la alianza terapéutica entre grupos de medicación (todos $p>.05$) concuerda con los hallazgos de Barreto (2024), quien demostró que la calidad de la relación terapéutica se mantiene estable incluso en pacientes con diagnósticos psiquiátricos severos que requieren tratamiento farmacológico. Este resultado refuerza la concepción de Bordin (1976) sobre la alianza como un constructo transversal a diferentes condiciones clínicas, donde factores como la empatía del terapeuta y el acuerdo en metas prevalecen sobre las características específicas del paciente.

Respecto a los demás factores sociodemográficos analizados, la falta de asociación significativa con los resultados clínicos o la alianza terapéutica coincide con lo reportado por McLeod (2020) en terapias en línea. Como señala este autor, en contextos de intervención psicológica remota, variables como género, nivel educativo o estado civil pierden peso frente a factores terapéuticos propiamente dichos. No obstante, es importante considerar que, como advierte Lambert (2013), estos resultados podrían estar influenciados por limitaciones

metodológicas, particularmente en el caso del análisis por red de apoyo, donde el tamaño reducido de subgrupos (mencionado en el estudio) puede afectar la potencia estadística.

Tabla 7

Relación de las variables Resultados terapéuticos y Alianza terapéutica y sus Dimensiones

Resultados C.		Síntomas	Relaciones	Rol
Alianza T.	Coeficiente de correlación	-0,301		
	Sig. (bilateral)	0,011		
Vinculo	Coeficiente de correlación	- 0,282	- 0,221	- 0,273
	Sig. (bilateral)	0,018	0,066	0,367
Tarea	Coeficiente de correlación	- 0,217	- 0,025	- 0,110
	Sig. (bilateral)	0,071	0,838	0,367
Metas	Coeficiente de correlación	- 0,415**	- 0,161	- 0,258*
	Sig. (bilateral)	0,000	0,183	0,031

Los resultados confirman una correlación negativa moderada y estadísticamente significativa entre la alianza terapéutica y los resultados clínicos ($r = -0.301$, $p = 0.011$), evidenciando que, a mayor calidad de la alianza terapéutica, menor malestar psicológico reportado por los pacientes. Estos hallazgos concuerdan con la literatura existente: Santibáñez et al. (2009) ya había identificado esta asociación clínicamente relevante, mientras que estudios posteriores como los de Álvaro y Paradero (2020) en depresión y Fernández et al. (2016) con adolescentes demostraron que una alianza bien establecida predice no solo mejoría sintomática sino también mayor adherencia al tratamiento, reforzando así el papel central de este factor común en los resultados terapéuticos independientemente del contexto clínico o poblacional.

Los resultados revelan patrones diferenciales en la relación entre las dimensiones de la alianza terapéutica y los dominios clínicos evaluados. La dimensión de metas mostró la asociación más robusta, con una correlación negativa significativa con síntomas ($r = -0.415$, $p < 0.01$) y rol social ($r = -0.258$, $p < 0.05$), lo que sugiere que un mayor acuerdo en los objetivos terapéuticos se vincula con menor sintomatología y mejor funcionamiento en roles cotidianos. Este hallazgo coincide con la conceptualización de Bordin (1976), citada en la introducción, que enfatiza el consenso en metas como pilar fundamental de la alianza, se sugiere que, en el contexto de atención voluntaria y remota, la claridad sobre el propósito y la dirección de la

terapia es el principal catalizador del cambio. A diferencia de entornos clínicos tradicionales, el acuerdo explícito sobre "hacia dónde vamos" parece proporcionar a los pacientes un sentido de agencia, estructura y esperanza, factores cruciales que impactan directamente en su bienestar subjetivo y su capacidad para funcionar en la vida cotidiana.

Por otro lado, el vínculo emocional presentó una correlación moderada con síntomas ($r = -0.282$, $p < 0.05$), pero no alcanzó significancia estadística en relaciones interpersonales ($p = 0.066$) o rol social ($p = 0.367$). Esto contrasta parcialmente con estudios como los de Horvath (2005) y McLeod (2020) — mencionados en la introducción —, que destacaban el vínculo como predictor transversal de mejoría. La discrepancia podría deberse a características específicas de la muestra, donde la claridad en las metas (más que la conexión emocional) parece ser el motor principal de cambio.

El hallazgo de que el vínculo emocional solo se asoció significativamente con la reducción de síntomas ($r = -0.282$) —y no con mejoras en relaciones interpersonales o rol social— concuerda con la evidencia previa sobre los mecanismos diferenciales de la alianza terapéutica. Como señalan Horvath (2005) y McLeod (2020), el vínculo actúa como un "contenedor emocional" que alivia el malestar subjetivo, pero no necesariamente modifica patrones conductuales complejos. Esta idea se refuerza con los resultados de Fernández et al. (2016), quienes encontraron que, en adolescentes, la conexión afectiva inicial predice adherencia al tratamiento, pero no cambios funcionales a largo plazo.

Por el contrario, la dimensión de metas mostró asociaciones más robustas con mejoras en el rol social ($r = -0.258$), lo que respalda la conceptualización de Bordin (1976), base teórica de tu estudio, donde el consenso en objetivos es el puente entre el apoyo emocional y los cambios concretos. Este patrón también coincide con Santibáñez et al. (2009), cuyos datos sugieren que pacientes con metas claras logran transferir las ganancias terapéuticas a su funcionamiento diario. No obstante, las tareas no mostraron asociaciones significativas con ninguna dimensión clínica (todas $p > 0.05$), un resultado inesperado que difiere de investigaciones como las de Ezama et al. (2011), citadas previamente, donde la colaboración en actividades terapéuticas era clave para la mejoría. Esto podría reflejar que, en contextos de voluntariado como el estudiado, los pacientes priorizan la definición de metas y la relación emocional sobre las tareas concretas.

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en esta investigación ofrecen un panorama complejo sobre la

relación entre la alianza terapéutica y los resultados clínicos en el contexto del Programa de Psicólogos Voluntarios. El análisis revela que, a pesar de que los pacientes reportaron una alianza terapéutica de alta calidad, los resultados clínicos postratamiento se mantuvieron en rangos de malestar psicológico significativo. Este hallazgo coincide con lo reportado por Fuentes-Cerda et al. (2023) en poblaciones con características similares, donde se observó que las intervenciones en contextos vulnerables suelen producir mejorías parciales que no siempre alcanzan el umbral de normalidad clínica.

El estudio confirmó una correlación negativa moderada pero estadísticamente significativa entre la alianza terapéutica global y los resultados clínicos, lo que concuerda con hallazgos previos como los de Santibáñez et al. (2009). Sin embargo, al analizar las dimensiones específicas de la alianza, se encontraron diferencias notables: mientras el acuerdo en metas mostró las correlaciones más robustas con la reducción de síntomas y la mejora en el rol social, el vínculo emocional solo se asoció significativamente con la disminución de síntomas, y la colaboración en tareas no presentó asociaciones significativas. Este patrón dimensional específico encuentra apoyo parcial en los resultados de Barreto (2024), quien destacó la particular relevancia del componente de metas en intervenciones breves y en contextos comunitarios.

El análisis de variables sociodemográficas arrojó resultados significativos en dos aspectos clave. Por un lado, los adultos mayores mostraron mejores resultados clínicos que los adultos jóvenes, un hallazgo que se alinea con las observaciones de Behn et al. (2017) sobre los factores protectores asociados a la madurez psicológica. Por otro lado, los usuarios de psicofármacos presentaron niveles más altos de malestar clínico, lo que Santangelo et al. (2023) atribuyen a una mayor severidad inicial de los cuadros clínicos que requieren medicación. Resulta particularmente interesante que ninguna de estas variables sociodemográficas mostró efectos significativos sobre la calidad de la alianza terapéutica, lo que respalda la noción de McLeod (2020) acerca de la estabilidad de este constructo en diversos contextos y poblaciones.

Es importante destacar que el estudio no encontró efectos significativos de otras variables sociodemográficas como género, nivel educativo o estado civil, aunque esta ausencia de hallazgos podría estar relacionada con limitaciones metodológicas en el tamaño de los subgrupos analizados, una advertencia que Lambert (2013) ha señalado en investigaciones similares. Esta consideración metodológica sugiere cautela al interpretar estos resultados negativos.

En conjunto, estos hallazgos sugieren que en el contexto específico de la atención

psicológica voluntaria y a distancia, la alianza terapéutica mantiene su importancia como factor común, aunque con efectos diferenciales según sus dimensiones específicas. Particularmente, el componente de metas emerge como el más relevante, posiblemente debido a las características de esta modalidad de intervención. Las variables sociodemográficas analizadas, especialmente la edad y el uso de medicación, aparecen como moderadores de los resultados clínicos pero no de la calidad de la relación terapéutica.

A la luz de estas conclusiones, las principales recomendaciones serían para futuras investigaciones: Los hallazgos de este estudio plantean varias líneas de investigación promisorias que merecen ser exploradas con mayor profundidad. Se recomienda implementar diseños longitudinales que permitan evaluar la evolución temporal tanto de la alianza terapéutica como de los resultados clínicos, superando así la limitación transversal del presente estudio. Sería particularmente valioso replicar esta investigación con muestras más amplias y representativas, utilizando estrategias de muestreo probabilístico que permitan generalizar los resultados con mayor confiabilidad.

La inclusión de evaluaciones cualitativas complementarias podría enriquecer significativamente la comprensión de los mecanismos subyacentes a los patrones observados. Se sugiere emplear entrevistas en profundidad o grupos focales para explorar las percepciones de pacientes y terapeutas sobre los factores que facilitan u obstaculizan el establecimiento de una alianza terapéutica efectiva en contextos de atención remota y voluntaria. Esta aproximación metodológica mixta permitiría capturar dimensiones del fenómeno que escapan a las mediciones cuantitativas. Por ello, resulta prioritario investigar con mayor detalle el papel diferencial de las dimensiones de la alianza terapéutica, especialmente el sorprendente hallazgo sobre la limitada asociación de las tareas terapéuticas con los resultados clínicos. Sería valioso desarrollar estudios que examinen si este patrón se replica en otros contextos de atención psicológica comunitaria o si representa una particularidad de las intervenciones voluntarias a distancia.

Por lo antes expuesto, para los clínicos, estos resultados ofrecen insumos valiosos para la práctica profesional en contextos similares al estudiado. El destacado papel del acuerdo en metas como predictor de mejores resultados clínicos sugiere la conveniencia de dedicar especial atención a la negociación y establecimiento de objetivos terapéuticos claros y consensuados desde las primeras sesiones. Se recomienda que los terapeutas desarrollen competencias específicas para facilitar este proceso colaborativo. Así, la estabilidad de la alianza terapéutica a través de diferentes grupos etarios y condiciones clínicas refuerza la importancia de priorizar su

construcción y mantenimiento, incluso en pacientes con mayor severidad sintomática o que requieren tratamiento farmacológico concomitante. Los profesionales deberían recibir formación específica para adaptar sus intervenciones a las características particulares de estos subgrupos, sin descuidar los elementos fundamentales de la relación terapéutica.

Finalmente, los hallazgos sobre los mejores resultados en adultos mayores y los desafíos particulares de los usuarios de psicofármacos sugieren la necesidad de desarrollar protocolos de intervención diferenciados que consideren estas variables clínicamente relevantes. Se recomienda que los programas de formación para psicólogos voluntarios incluyan módulos específicos sobre el trabajo con estas poblaciones particulares.

REFERENCIAS

- Álvarez, P., & Elizalde, J. (2018). *Comparación de la evaluación psicológica en vivo frente a la evaluación mediante videoconferencia* (Tesis de grado, Universidad del Azuay). Cuenca, Ecuador. <https://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/7721/1/13528.pdf>
- Álvaro, A., & Paradero, S. (2020). ¿Existe relación entre la alianza terapéutica y el resultado terapéutico en el tratamiento de la depresión? Análisis y revisión. *Revista de Psicología Clínica*, 18(2), 123–145.
- Barreto, D. (2024). *Alianza terapéutica en pacientes con diagnósticos psiquiátricos* (Trabajo de grado, Universidad Rafael Urdaneta). Maracaibo, Venezuela. <https://documentos.uru.edu/pdf/ART/PIAA.3201-24-00695.pdf>
- Barreto, J. (2024). Evaluación de la alianza terapéutica en pacientes con diagnósticos psiquiátricos en distintos formatos de intervención. *Revista de Psicología Clínica*, 32(2), 145–162.
- Behn, A. J., Errázuriz, P. A., Cottin, M., & Fischer, C. (2017). Change in symptomatic burden and life satisfaction during short-term psychotherapy: Focusing on the role of family income. *Counselling and Psychotherapy Research*, 17(4), 358–368. <https://doi.org/10.1002/capr.12158>
- Bordin, E. S. (1976). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252–260.

<https://doi.org/10.1037/h0085885>

- Botella, L., & Feixas, G. (1994). Teoría de los constructos personales y psicoterapia: Un análisis de la eficacia terapéutica. *Revista de Psicoterapia*, 5(2), 125–143.
- Busquets, M. (2021). *Evaluación de la efectividad y la alianza terapéutica en la psicoterapia individual en formato online* (Tesis de máster, Universitat Ramon Llull). <http://hdl.handle.net/20.500.14342/338>
- De la Parra, G., & Von Bergen, A. (2000–2002). Adaptación chilena del Outcome Questionnaire (OQ-45.2). *Revista Chilena de Psicología Clínica*.
- Eysenck, H. J. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16(5), 319–324. <https://doi.org/10.1037/h0060613>
- Ezama, E., Alonso, Y., González, S., Galván, S., & Fontani, P. (2011). Tareas terapéuticas: ¿Qué clase de ayuda se busca en las consultas de psicoterapia? *Psicothema*, 23(4), 566–572.
- Fernández, O., Krause, M., & Pérez, J. (2016). Alianza terapéutica en la fase inicial de la psicoterapia con adolescentes: Diferentes perspectivas y su asociación con resultados terapéuticos. *Revista de Psicoterapia Adolescente*, 12(3), 45–67.
- Fuentes-Cerda, V., Errázuriz-Arellano, P., Campos-Soto, S., & Miranda-Fuenzalida, D. (2023). Identificación de trayectorias de cambio terapéutico en pacientes chilenos en psicoterapia breve. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 55(1), 89–106.
- Gortner, E. T., Rude, S. S., & Pennebaker, J. W. (1998). Benefits of expressive writing in lowering rumination and depressive symptoms. *Journal of Clinical Psychology*, 54(1), 1–16. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-4679\(199801\)54:1<1::AID-JCLP1>3.0.CO;2-R](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-4679(199801)54:1<1::AID-JCLP1>3.0.CO;2-R)
- Hillier, L. (2018). *Exploring the nature of the therapeutic alliance in technology-based interventions for mental health problems* (Tesis de grado, Universidad de Lancaster). Lancaster, Estados Unidos.
- Horvath, A. O. (2005). The alliance in context: Understanding therapeutic change and process. *Psychotherapy Research*, 15(3), 245–261. <https://doi.org/10.1080/10503300500090928>
- Horvath, A. O. (2018). The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy*, 55(4), 316–340. <https://doi.org/10.1037/pst0000172>
- Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(1), 12–19. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.59.1.12>

- Lambert, M. J. (2013). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. John Wiley & Sons.
- Lambert, M. J., & Bergin, A. E. (1994). The effectiveness of psychotherapy: The Consumer Reports study. *American Psychologist*, 50(12), 965–974. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.50.12.965>
- Lambert, M. J., & Shimokawa, K. (2011). Collecting client feedback improves psychotherapy outcome: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(3), 311–325. <https://doi.org/10.1037/a0022617>
- Loro, D. (2022). *Influencia de la alianza terapéutica en la psicoterapia* (Tesis doctoral, Universidad del Salvador). El Salvador.
- Manubens, R., Roussos, A., Olivera, J., & Gómez, J. (2018). Rupturas en la alianza terapéutica y su asociación con cambio y abandonos tempranos en psicoterapia. *Revista de Investigación en Ciencias Sociales y Humanidades*, 5(2), 143–158.
- McLeod, J. (2020). The therapeutic alliance in online psychotherapy: Evaluating patient experiences in Venezuelan mental health services. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 26(4), 215–230. <https://doi.org/10.1177/1357633X20934051>
- McLeod, L., & Romero, M. (2020). *Alianza terapéutica en pacientes de psicoterapia online* (Trabajo especial de grado, Universidad Rafael Urdaneta). Maracaibo, Venezuela. <https://documentos.uru.edu/pdf/ART/PIAA.3201-21-00250.pdf>
- Metz, M., Elfeddali, I., Veerbeek, M., Beurs, E., Beckman, A., & Felte-Cornelis, C. (2018). Effectiveness of a multi-facetted blended eHealth intervention during intake supporting patients and clinicians in Shared Decision Making: A cluster randomised controlled trial in a specialist mental health outpatient setting. *PLOS ONE*, 13(6), e0199795. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0199795>
- Ojeda, M. (2010). Origen y evolución de la alianza terapéutica. *Revista GPU*, 6(3), 284–295.
- Opazo, H. (2001). Factores comunes en psicoterapia: Un análisis de resultados terapéuticos en distintos enfoques clínicos. *Revista Chilena de Psicología Clínica*, 18(2), 78–95.
- Organización Mundial de la Salud. (2023). *Día Mundial de la Salud Mental – La salud mental es un derecho humano universal*. <https://www.who.int/es/campaigns/world-mental-health-day/2023>
- Orlinsky, D. E., Rønnestad, M. H., & Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-

- outcome research: Continuity and change. *Psychotherapy Research*, 14(3), 371–387. <https://doi.org/10.1080/10503300412331301026>
- Pekarik, G. (1993). The effects of dropout on treatment effectiveness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(5), 620–625. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.61.5.620>
- PsicoData Venezuela. (2024). *Informe sobre la salud mental en Venezuela*. Caracas: PsicoData.
- Santangelo, P. R., Conde, K., & Mattiello, M. E. (2023). Terminación prematura en psicoterapia y características de los pacientes: Un estudio empírico. *Revista de Psicología Clínica y Psicoterapia*, 33(1), 45–60. <https://doi.org/10.33898/rdp.v33i123.35623>
- Santibáñez, P. (2001). *La alianza terapéutica en psicoterapia: Traducción, adaptación y examen inicial de las propiedades psicométricas del Working Alliance Inventory en Chile* (Tesis de maestría, Pontificia Universidad Católica de Chile).
- Shadish, W. R., Matt, G. E., Navarro, A. M., & Phillips, G. (2000). The efficacy and effectiveness of psychological treatments in controlled clinical trials versus community settings. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(2), 405–414. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.68.2.405>
- Trujillo, A., & Paz, C. (2021). Evidencia basada en la práctica en psicoterapia: El reto en Latinoamérica. *CES Psicología*, 13(3). <https://doi.org/10.21615/cesp.13.3.1>
- Valero, L. (2018). La psicoterapia online ante los retos y peligros de la intervención psicológica a distancia. *Apuntes de Psicología*, 36(1–2), 107–113.
- Weissman, M. M., & Bothwell, S. (1976). Assessment of social adjustment by patient self-report. *Archives of General Psychiatry*, 33(9), 1111–1115. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1976.01780220023002>