



TRABAJO FINAL DE GRADUACIÓN

ADAPTACIÓN DEL
CUESTIONARIO DE ALIANZA DE AYUDA
REVISADO VERSIÓN PACIENTE
(REVISED HELPING ALLIANCE QUESTIONNAIRE
PATIENT VERSION - HAQ-II-P)

AUTORA: CONN, HANNE

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA
UNIVERSIDAD EMPRESARIAL SIGLO XXI

2011

ABSTRACT

The study of the therapeutic alliance which is established between patient and therapist is crucial for the understanding of the therapeutic process and its results. Currently, in Argentina, there is no therapeutic alliance questionnaire adapted to the local population. The objective of this work is to present the adaptation and preliminary validation of the patient version of the Revised Helping Alliance Questionnaire by Luborsky and cols. (1996). Firstly, the questionnaire was translated and then applied to a sample of 119 patients undergoing psychotherapy. Then, after carrying out the KMO and Bartlett tests, the factorial structure of the questionnaire was analyzed using an exploratory factorial analysis. To do this, the principal components extraction method with a varimax rotation was used, and to decide the number of factors a scree plot and the percentage of variance explained were used as criteria. Only one factor was found, in contrast to the two factors found in the original questionnaire. An analysis of the reliability of the questionnaire showed an adequate internal consistency ($\alpha=.874$). In keeping with the original psychometric study of the questionnaire items 11 and 14 were eliminated. Given its low factorial saturation and negative effect on the internal consistency it is suggested that item 1 should also be eliminated. Group comparisons showed that the alliance did not differ between the types of therapist (psychologist or psychiatrist) but a difference was found in the alliance scores according to the sex of the patient, with female patients reporting higher levels of alliance. A discussion of these results, the limitations of this work, and possible future lines of investigation is carried out.

Key Words: Revised Helping Alliance Questionnaire- Adaptation- Therapeutic Alliance

RESUMEN

La evaluación de la alianza terapéutica que se establece entre paciente y terapeuta es crucial para entender el proceso terapéutico y sus resultados. En la actualidad en Argentina no se dispone de un cuestionario de alianza terapéutico adaptado al ámbito local. Este trabajo tiene como objetivo presentar la adaptación y validación preliminar del Cuestionario de Alianza de Ayuda Revisado Versión Paciente de Luborsky y cols. (1996). Primero se realizó una traducción del cuestionario y luego se lo aplicó a una muestra de 119 pacientes en psicoterapia. Posteriormente a la realización de las pruebas KMO y de Bartlett, se realizó una evaluación de la estructura factorial del cuestionario mediante un análisis factorial exploratorio. Para ello se utilizó el método de extracción de componentes principales con una rotación varimax, utilizando como criterios para decidir el número de factores al porcentaje de varianza explicada y el gráfico scree. Este análisis dio por resultado un único factor subyacente a los ítems, lo cual contrasta con los dos factores encontrados en el cuestionario original. El análisis de la confiabilidad del cuestionario demostró una adecuada consistencia interna ($\alpha=,874$). Siguiendo al análisis psicométrico del cuestionario original, se descartaron los ítems 11 y 14. Dada su baja saturación factorial y efecto negativo sobre la consistencia interna, se sugiere que se elimine el ítem 1 también. Comparaciones de grupo mostró que la alianza no se diferenció según el tipo de terapeuta (psicólogo o psiquiatra) pero sí habían diferencias en la alianza de acuerdo con el género del paciente, con mujeres puntuando más alto en alianza que pacientes varones. Se realiza una discusión de estos resultados, las limitaciones de la adaptación y futuras líneas de investigación que se abren a partir de este trabajo.

Palabras Claves: Cuestionario de Alianza de Ayuda Revisado- Adaptación- Alianza Terapéutica

INDICE

Introducción-----	4
Objetivos-----	6
Marco Conceptual-----	7
Desarrollo Histórico de la Psicoterapia-----	7
Desarrollo Histórico del Concepto de Alianza-----	12
Evaluación de la Eficacia de la Psicoterapia-----	18
Evaluación de la Alianza -----	19
Adaptación de Escalas -----	22
Metodología-----	25
Resultados-----	28
Discusión-----	40
Referencias-----	44
Anexos-----	48

INTRODUCCION

Como señalan Corbella y Botella (2003), no se puede concebir la psicoterapia sin tener en cuenta el establecimiento de una relación interpersonal entre cliente y terapeuta. Entre los componentes de esta relación es la alianza la que ha recibido más atención por parte de los investigadores (Gelso y Carter, 1994, citado en Corbella & Botella, 2003). La razón fundamental por los numerosos estudios sobre la alianza es que se ha descubierto que la alianza mantiene una relación importante con la efectividad de la psicoterapia (Fenton, Cecero, Nich, Frankforter & Carroll, 2001; Horvath & Symonds, 1991; Luborsky, 1994; Martin, Garske & Davis, 2000; Summer y Barber, 2003). Efectivamente Marmar, Gaston, Gallagher y Thompson (citados en Luborsky, 1994), postulan que la alianza predice de manera significativa los resultados de modalidades diferentes de psicoterapia, y, a la vez, se ha encontrado que esta relación se mantiene en el tratamiento de problemas psicológicos variados (Fenton y cols, 2001). Hay autores como Safran y Muran (citados en Martin, Garske & Davis, 2000) que sostienen que la calidad de la alianza es más importante que la modalidad de terapia utilizada en la predicción de los resultados terapéuticos.

La relación entre alianza y efectividad de la psicoterapia se ha descubierto y se sigue investigando a través de la cuantificación de la alianza; de acuerdo con Corbella y Botella (2003) se han creado más de veinte instrumentos para medir la alianza. Tres de estos instrumentos con uso extendido según Crits-Christoph, Gladis y Connolly (2002) son el Cuestionario de Alianza de Ayuda Revisado (Revised Helping Alliance Questionnaire - HAq-II) de Luborsky y cols. (1996), el Inventario de Alianza de Trabajo (Working Alliance Inventory - WAI) de Horvath y Greenberg (1986) y las

Escalas de California de Alianza Psicoterapéutica (California Psychotherapy Alliance Scales - CALPAS) de Gaston (1991). Cada uno de estos tests cuenta con una versión para terapeutas, otra para pacientes y una para un tercero observador. En la actualidad, en Argentina, no existen adaptaciones de estos tests para uso en el contexto local. No obstante, el uso en este país de éstos y otros tests en su estado original o adaptado a un medio ajeno no es raro; la creciente globalización ha llevado a que exista una facilidad y rapidez en la obtención de tests psicológicos provenientes de fuentes geográficamente diversas, y así la utilización de tests psicológicos en contextos culturales ajenos al contexto de creación o adaptación del test no es poco frecuente. Sin embargo, esto genera varias errores, por ejemplo: las características de las muestras de estandarización, el idioma, la familiaridad con los ítems del test y la modalidad de aplicación son fuentes de sesgos en la medición transcultural (Fernández, 2008). Estas fuentes de sesgo llevan a mediciones no fieles de las características de los sujetos bajo investigación y pueden conducir a que, en un nivel general, se crean errores teóricos, y al nivel del individuo, que se toman decisiones iatrogénicas para él. Por lo tanto, aplicar un test en un contexto que no sea el de origen del test o su adaptación es una práctica que no se considera adecuada (Fernández, 2008; Hambleton & Patsula, 1999; Muñiz y Hambleton, 1996).

Para utilizar uno de los instrumentos de medida de la alianza dentro de este país entonces hace falta su adaptación. A la hora de elegir el instrumento a adaptar, a pesar de que Crits-Christoph, Gladis y Connolly (2002) señalan que las propiedades psicométricas buenas de los tres instrumentos de medición de la alianza con un uso extendido ya nombrados llevan a que no se puede recomendar el uso de uno u otro, se podría pensar que el Cuestionario de Alianza de Ayuda Revisado (HAq-II) sea el más

conveniente, ya que su número menor de ítems en comparación con los otros dos podría llevar a que la instancia de toma del test sea menos ansiógeno para el paciente, y la evaluación de los resultados más rápida para el psicólogo. A la vez, según Horvath y Symonds (1991), hay evidencia de que las versiones paciente predicen mejor los resultados de la terapia que las versiones terapeuta. Por lo tanto, se podría recomendar que se adapte la versión paciente del HAq-II, lo cual permitiría incrementar la investigación local de la alianza y enriquecer la praxis clínica de este país.

OBJETIVOS

Objetivo general: Adaptar la versión paciente del Cuestionario de Alianza de Ayuda Revisado (Revised Helping Alliance Questionnaire- HAq-II-P) a la población de Córdoba.

Objetivos específicos:

- Realizar la traducción del cuestionario HAq-II-P del inglés al castellano.
- Ejecutar un estudio piloto del cuestionario HAq-II-P traducido.
- Realizar un análisis de la estructura interna del cuestionario HAq-II-P mediante un análisis factorial exploratorio.
- Realizar un análisis de la consistencia interna del cuestionario HAq-II-P mediante el alfa de Cronbach.
- Realizar estudios de grupos contrastados según el género del paciente y según el tipo de terapeuta, mediante la prueba T de igualdad de medias.

MARCO CONCEPTUAL

Desarrollo Histórico de la Psicoterapia

En la historia de la humanidad se encuentran abundantes ejemplos de “tratamientos” de la enfermedad mental, prácticas antiguas típicamente basadas en explicaciones mágicas, sobrenaturales, filosóficas y religiosas de la conducta considerada anormal; un ejemplo claro es la explicación religiosa de posesión demoniaca del enfermo mental y el exorcismo para curarlo. Según Kriz (2007) se suele tomar como fecha de referencia para el alejamiento de estas concepciones y viejas prácticas, y el comienzo de la psicoterapia profesional, a la obra “La Interpretación de los Sueños” de Sigmund Freud del año 1900, o a la publicación de 1893 de Freud y Breuer sobre el caso de Anna O, “Acerca del Mecanismo Psíquico de los Fenómenos Históricos”. A partir de dichas obras nació el psicoanálisis y se inició el tratamiento profesional de los problemas mentales (Kriz, 2007).

El psicoanálisis no solo designa un método psicoterapéutico sino también un conjunto de teorías psicológicas y psicopatológicas. Dentro de las obras de Freud se destaca su teoría acerca de la estructura de la personalidad; según Freud y su segunda tópica el aparato psíquico se divide en tres instancias: el ello- lugar de las pulsiones originarias, el superyó- representante de las normas y morales sociales, y el yo- lugar de producción de síntesis y compromiso entre el ello y el superyó y lugar encargado de mantener un vínculo con la realidad. Según Freud estas instancias se encuentran en conflicto cuando existe una patología psicológica; en la neurosis, por ejemplo, existe un conflicto entre el yo y el ello.

También se destaca su modelo de las fases del desarrollo psicosexual del niño; el modelo propone que hay una secuencia determinada de fases psicosexuales, cada uno basado en una zona erógena particular, que atraviesa el niño, y es a través de estas fases, cada uno con sus objetos y modos de satisfacción distintos, que la libido se madura. Primero está la fase oral y la boca, posteriormente la fase anal y el ano, luego la fase fálica y el genital, y posteriormente a una fase de latencia, en la adolescencia comienza la fase genital con los órganos genitales predominando. Durante la fase fálica el niño pasa por el Complejo de Edipo, otro postulado importante de la teoría de Freud, que es estructurante de la personalidad y es un eje de referencia fundamental en la génesis de la psicopatología. Según la teoría psicoanalítica fijaciones y regresiones a estas fases psicosexuales explican una variedad de perturbaciones psíquicas. Por ejemplo, la neurosis obsesiva es manifestación de una fijación y regresión a la fase anal, la histeria una manifestación de una fijación y regresión a la fase fálica y la melancolía es consecuencia de una fijación y regresión a la etapa oral.

En cuanto a la situación terapéutica se puede apreciar como Freud pretendía curar al paciente a través de la interpretación de material inconsciente y reprimido que se observaba a través de los actos fallidos, los chistes y los sueños del paciente. Otra manera de observar material inconsciente era a través de la “regla fundamental” del trabajo psicoanalítico- la asociación libre, por parte del paciente. Según Freud la cura se lograba haciendo consciente conflictos inconscientes mediante la interpretación por parte del analista de contenidos inconscientes del paciente. No obstante, según Freud el psiquismo se opone al acceso a material inconsciente- existe “resistencia” por parte del paciente que el analista tiene que superar. En un primer momento Freud encontraba que la transferencia- un proceso a través del cual el paciente actualiza deseos inconscientes

sobre objetos actuales, repitiendo así prototipos infantiles- que mantenía el paciente con el terapeuta era la mayor forma de resistencia, pero posteriormente consideraba que la transferencia, como también la contratransferencia- las reacciones inconscientes del analista frente al paciente- aportaban materia prima para la interpretación y subsecuente cura del paciente.

El tratamiento psicoanalítico era de larga duración- duraba desde años hasta décadas, y se llevaba a cabo varias veces por semana. A diferencia de ello, otro paradigma terapéutico dominante de la primera mitad del siglo XX, la terapia de la conducta, era de duración y frecuencia mucha más acotada. Esta terapia sin embargo no designa un único método psicoterapéutico sino un amplio y heterogéneo grupo de abordajes que compartía teorías del aprendizaje- el condicionamiento clásico y condicionamiento operante- que se aplicaban al origen y al tratamiento de perturbaciones psicológicas. Desde esta postura se interesaba por la conducta observable del ser humano y los procesos se analizaban con métodos de la psicología empírico-experimental. Lo que se pretendía era reemplazar conductas desadaptativas con comportamiento adaptativo. Históricamente, autores principales de este corriente incluyeron a Wolpe, Eysenck y Skinner, y las técnicas que se evolucionaron a partir del trabajo de estos y otros autores incluyen la desensibilización sistemática, la terapia de aversión, el contracondicionamiento, el entrenamiento para el dominio de la angustia, programas de fichas, el autorrefuerzo y la autorregulación.

En la década 1950 surgieron nuevas orientaciones psicoterapéuticas. Por un lado estaba el movimiento existencialista, que se desarrolló mayormente a partir de

escritos de existencialistas como Frankl, Binswanger, Boss y May, y que se preocupaba centralmente por el desarrollo y preservación de un sentido de significado y propósito en la vida de la persona. También surgió en esta década la psicoterapia del dialogo, o psicoterapia centrada en el cliente, de Rogers. Esta forma de psicoterapia se centraba en la idea de que es el cliente el que lleva el peso de la terapia y no el terapeuta, y éste tiene que ofrecer al cliente una relación que se define por tres actitudes básicas: la comprensión empática, la aceptación positiva incondicional y la autenticidad. Es central en este tipo de terapia que el terapeuta tenga una profunda creencia de respeto y de aceptación del cliente y su capacidad para el cambio.

También en la década de los 50 Albert Ellis desarrolló la terapia racional-emotiva, y unos años después Aaron Beck desarrolló la terapia cognitiva. Ambas terapias sostienen que la conducta y las emociones de las personas se pueden modificar a través del cambio del pensamiento, y de esta manera contrastaban con los abordajes basado en el insight que se habían venido desarrollando hasta ese momento. La terapia racional-emotiva tenía en su centro el esquema “A-B-C”, que sostiene que ante un evento (“A”) la persona demuestra ciertas creencias (“B”) que lo lleva a tener ciertas consecuencias (“C”) emocionales o conductuales. Es decir, los sentimientos y conductas de las personas son consecuencia de las creencias (racionales e irracionales) y no son consecuencia directa de los sucesos del mundo. A pesar de que aún mediando creencias racionales pueden ocurrir sucesos desagradables, lo que hace convertir lo ingrato en algo insoportable son las creencias irracionales de la persona, las cuales casi siempre se formulan como enunciados “tengo que”. Entonces para vivenciar emociones y conductas más sanas se deben cambiar las creencias irracionales que las originan.

Por otro lado Beck, autor de la terapia cognitiva, es conocido sobre todo por su trabajo con depresivos, y su teoría de la “triada cognitiva” de estos pacientes. Según Beck, los depresivos tienen una autoimagen negativa, interpretaciones negativas de las experiencias de la vida y una visión negativa del futuro. Buena parte de estas valoraciones negativas proviene, según Beck, de pensamientos automáticos, y las perturbaciones emocionales muchas veces descansan en distorsiones cognitivas que incluyen la personalización, la maximización y minimización, la generalización excesiva, la abstracción selectiva, la inferencia arbitraria y el pensamiento absolutista. De acuerdo con esta forma de psicoterapia, aprendiendo a observarse, identificando los pensamientos automáticos destructivos, revisando las hipótesis que tiene acerca de si y del mundo y creando estructuraciones cognitivas alternativas, el paciente puede aprender a pensar y, por lo tanto sentir, de manera más positiva.

En la década de las 70 surge otra perspectiva psicoterapéutica de mucho peso: la psicoterapia sistémica. Este modelo entiende a los trastornos psíquicos como expresión de una alteración en las interacciones y estilos relacionales de un grupo social, muchas veces la familia. De esta manera desde esta perspectiva lo que se trata son los patrones comunicacionales y pautas interaccionales de las personas de un grupo, entendiendo al paciente sintomática como síntoma del grupo total.

Lo expuesto hasta ahora es un breve resumen de algunos de los hitos más notables en la psicoterapia del último siglo. No obstante, hoy en día contamos con más de 250 diferentes abordajes terapéuticos (Wampold, 2001) que se han ido desarrollando a partir de estos, y otros, paradigmas psicoterapéuticos. A manera de definición de la psicoterapia hoy en día, siguiendo a Wampold (2001), la podemos

entender como un tratamiento fundamentalmente interpersonal que se basa en principios psicológicos y que supone un terapeuta entrenado y un cliente que tiene un trastorno mental, problema, o queja; la terapia está destinada por parte del terapeuta a ser correctiva para el trastorno, problema, o queja del cliente; y se adapta o individualiza para el cliente particular y su desorden, problema o queja.

Desarrollo Histórico del Concepto de Alianza

Simultáneamente al desarrollo de la psicoterapia se fue interesando cada vez más por las especificidades de la relación terapeuta-paciente que se establece durante la terapia. Un componente de dicha relación- la alianza- ha sido objeto de mucha investigación en particular.

Los estudios sobre la alianza tienden a atribuir sus comienzos en Freud (Safran y Muran, 1995) y sus escritos acerca de la relación paciente-terapeuta. En un principio Freud dio importancia al establecimiento de una relación positiva y de colaboración con el paciente para que este aceptara las interpretaciones del terapeuta. Posteriormente Freud cambió de foco; en lugar de centrarse en los aspectos conscientes de la relación colaborativa con el paciente, Freud se interesaba más por el trabajo con las partes inconscientes del paciente a través de la relación transferencial, entendiendo la transferencia como la manera en que el paciente revive en sus vínculos actuales antiguos sentimientos, afectos y deseos infantiles reprimidos.

Después, en 1956, Zetzel (citada en Corbella & Botella, 2003) distinguió claramente entre transferencia y alianza terapéutica, caracterizando la alianza como la parte no neurótica de la relación entre terapeuta y paciente que se asienta sobre la

capacidad del paciente de establecer una relación estable y de confianza, capacidad arraigada en las experiencias de desarrollo tempranas. Según Zetzel (citada en Safran y Muran, 1995), cuando esta capacidad no existe en el paciente al comenzar la terapia es crítico que el terapeuta provea una relación de apoyo que facilita el desarrollo de una alianza, de la misma manera en que una madre tiene que crear un ambiente maternal apropiado para favorecer el desarrollo de un sentido básico de confianza. Zetzel (citada en Safran y Muran, 1995) fue la primera en argumentar que la alianza terapéutica era un factor imprescindible para que una intervención psicoterapéutica sea exitosa, ya que posibilita el insight y el uso de las interpretaciones para diferenciar entre experiencias relacionales del pasado y la relación real con el terapeuta.

Greenson (citado en Corbella & Botella, 2003) también diferenció alianza de transferencia y en 1956 creó el concepto de “alianza de trabajo”. Habló de la relación terapéutica, compuesta por la relación transferencial y una relación real. La relación real se refiere a la respuesta mutua entre paciente y terapeuta de percepciones no distorsionadas, de confianza y de respeto, un rapport racional y no neurótico. Según Greenson (citado en Safran y Muran, 1995) es la relación real la que constituye el núcleo de la alianza de trabajo, y es la alianza lo que permite trabajar con intención en la situación analítica, a pesar de los impulsos transferenciales del paciente.

La importancia otorgada a la alianza no es característica únicamente de tradiciones psicoanalíticas; desde el movimiento humanista también se prestó mucha importancia al rol de la alianza en el proceso curativo. Para Rogers (citado en Corbella y Botella, 2003) ser empático, congruente y aceptar incondicionalmente al cliente eran las características imprescindibles que debía tener un terapeuta para el establecimiento

de una relación efectiva y curativa con el cliente. Según Corbella y Botella (2003) la revolución cognitiva significaba también un interés revitalizado por la relación terapéutica. Según estos autores la orientación cognitiva, y dentro de ella más específicamente la orientación constructivista, considera a la alianza como una parte central de la psicoterapia. Beck (2005) advierte contra el error de minusvalorar la relación terapéutica, y señala la necesidad de que el terapeuta desarrolle la aceptación, la empatía y la autenticidad para fomentar la relación terapéutica. Según Beck (2005) la relación implica tanto al paciente como al terapeuta y se basa en la confianza, el rapport y la colaboración.

No obstante, fue Bordin quien presentó por primera vez una visión de la alianza tal que fue aceptada por la mayoría de las distintas escuelas psicológicas (Corbella y Botella, 2003). Bordin (citado en Corbella & Botella, 2003, p.208) en 1976 definió la alianza como “el encaje y colaboración entre cliente y terapeuta” y señaló tres elementos que la conforman: en primer lugar indica un acuerdo en las tareas; segundo, un vínculo positivo y, por último, un acuerdo en los objetivos. En cuanto al primero, el acuerdo en las tareas se refiere a que el paciente considera que las acciones y pensamientos que forman parte del proceso terapéutico sean relevantes para su mejoría. El segundo hace referencia a que es necesario que haya una confianza y aceptación mutua entre paciente y terapeuta, y por último, que debe haber un acuerdo respecto a cuáles son los objetivos a alcanzar a través de la psicoterapia. Bordin en 1980 afirmó que una buena alianza no es curativa por sí misma, sino que es un factor que hace posible la aceptación y el seguimiento del trabajo terapéutico (citado en Horvath & Greenberg, 1994). En base a los trabajos de Bordin se ha creado varios instrumentos para medir la alianza.

Bordin es, según Corbella & Botella (2003), uno de los dos autores que ha tenido mayor influencia en los estudios sobre la alianza, y el otro es Luborsky. Luborsky conceptualiza la alianza de ayuda, de manera general, como la expresión de un vínculo positivo que el paciente tiene con su terapeuta, el cual está percibido por el paciente como una persona que proporciona ayuda y apoyo (Luborsky, 1994). Luborsky (1994) considera la alianza como un fenómeno dinámico que se desarrolla a través del proceso terapéutico y describe dos tipos de alianza en función de la fase de la psicoterapia; la alianza de tipo uno representa una relación de ayuda que se da más que nada en el comienzo de la terapia, y que depende de que el paciente tenga una sensación de apoyo y de ayuda proporcionada por el terapeuta. Los seis signos definidos por Luborsky de la alianza de tipo uno son:

1. El paciente siente que el terapeuta es cálido y que proporciona apoyo.
2. El paciente cree que el terapeuta le ayuda.
3. El paciente se siente cambiado debido a la terapia.
4. El paciente siente un *rapport* con el terapeuta.
5. El paciente siente que el terapeuta le respeta y le valora.
6. El paciente expresa creencias acerca del valor del proceso terapéutico.

La alianza de tipo dos se da en fases posteriores, caracterizada por una relación de ayuda que consiste en una sensación de trabajo conjunto destinado a la superación de los obstáculos y el malestar del paciente (Luborsky, 1994). Los cuatro signos de esta alianza son:

1. El paciente experimenta la relación como un trabajo y esfuerzo conjunto.
2. El paciente comparte concepciones similares acerca del origen de los problemas con el terapeuta.

3. El paciente expresa la creencia de que es cada vez más capaz de cooperar con el terapeuta.
4. El paciente demuestra capacidades similares a las del terapeuta en términos de poder utilizar herramientas para comprender.

Corbella y Botella (2003) plantean que a pesar de las diferencias en las teorizaciones de Luborsky y Bordin, es posible encontrar una complementariedad entre ambas. La alianza de tipo uno de Luborsky se puede relacionar con el elemento del vínculo positivo de Bordin, y la alianza de tipo dos podría relacionarse con el acuerdo en las tareas y los objetivos en Bordin. Como se puede apreciar, ambos autores como también autores como Safran y Muran (2003), apoyan la idea de que es necesario que haya una negociación entre terapeuta y paciente sobre las tareas y los objetivos a trabajar en la terapia, y entienden que estos procesos constituyen un punto de mucha importancia para el establecimiento de la alianza. De esta manera se toman distancia de concepciones tradicionales que consideraron que la alianza era responsabilidad únicamente del terapeuta, quien tenía que lograr que el paciente se identificase con él y adoptase sus opiniones sobre las tareas y los objetivos a seguir en la terapia. Al contrario, estos autores consideran que la alianza es una construcción conjunta entre ambos paciente y terapeuta, en la cual se incluyen las ideas, expectativas y las construcciones que ambos van desarrollando respecto del trabajo terapéutico.

Por lo expuesto hasta ahora se puede apreciar como en el curso de su desarrollo teórico la alianza ha sido aprehendida desde perspectivas diferentes- en la literatura se encuentran conceptos como alianza terapéutica, alianza de ayuda y alianza de trabajo. Sin embargo, siguiendo a Martin, Garske & Davis (2000) se puede apreciar que hay

algo común que subyace a estas teorías de alianza y que se puede entender de manera general como un vínculo colaborativo y afectivo entre paciente y terapeuta.

En lo que atañe a los escritos acerca de la alianza posteriores a lo expuesto hasta aquí, se puede apreciar un aumento considerable en la investigación de la alianza. En la actualidad se están investigando temas como son, por ejemplo, los factores que influyen en la alianza y rupturas y reparaciones de la misma. Según Martin, Garske y Davis (2000) el incremento en la investigación acerca de la alianza se debe a la relación constante que se encuentra entre la calidad de la alianza y los resultados terapéuticos, una relación que se mantiene a pesar de las orientaciones teóricas distintas y maneras de evaluar la alianza disimiles entre investigadores. Otra razón por el incremento en el interés en la alianza es la inhabilidad de los investigadores para encontrar diferencias sistemáticas en la efectividad de las psicoterapias de las diferentes orientaciones teóricas (Martin, Garske y Davis, 2000). Dada la conclusión de que las psicoterapias son, por lo general, efectivas (Lambert & Bergin, 1994, citados en Martin, Garske & Davis, 2000), muchos investigadores han empezado a buscar factores comunes a todas las terapias para así poder explicar los resultados terapéuticos. En efecto, la alianza ha sido aprehendida como uno de los factores comunes de las psicoterapias- Wolfe y Goldfried (citado en Martin, Garske y Davis, 2000) lo han denominado “el variable de integración de las terapias por excelencia”. Lambert (citado en Gomez, 2010) encontró que los factores comunes de la psicoterapia, la alianza siendo uno de los principales, explican aproximadamente un 30% de la mejoría del paciente, y algunos argumentan que la calidad de la alianza es más importante que el tipo de terapia en la predicción de resultados terapéuticos positivos (Safran y Muran, 1995, citados en Martin, Garske y Davis, 2000).

Evaluación de la Eficacia de la Psicoterapia

El interés en el estudio de la eficacia de la psicoterapia no es un fenómeno nuevo. Desde la publicación innovadora de Eysenck (1952) acerca de la supuesta ineficacia y falta de rigor científico de las psicoterapias, se han ido proliferando estudios que tratan de establecer cuáles son las prácticas psicoterapéuticas eficaces y que cuentan con un respaldo científico.

La aplicación, el estudio, y la difusión de tratamientos psicológicos que hayan sido sometidos a la validación científica es el objetivo general de lo que se llaman los “tratamientos psicológicos basados en la evidencia” (Stevens & Méndez, 2007). El comienzo formal de este movimiento se sitúa en los Estados Unidos a principios de la década de los noventa, y rápidamente se ha logrado transformarse en uno de los tópicos centrales de la psicología clínica y la psicoterapia contemporánea (Puchol Esparza, 2005). Este movimiento constata que los tratamientos psicoterapéuticos deben adoptar como marco de referencia al paradigma experimental y asumir conceptos como la evidencia empírica, rigor metodológico y la eficacia constatable, lo que les permitirán determinar cuáles prácticas terapéuticas funcionan y cuáles no.

Siguiendo a Fernández y Pérez (2001) se puede entender que la importancia del estudio de la eficacia de la terapia y, por lo tanto, de la relación entre alianza y eficacia de la terapia, reside en varios puntos. En primer lugar, la Psicología Clínica es concebida por la APA – American Psychological Association - (citado en Fernández & Pérez, 2001) como una actividad científico-profesional y, como tal, los psicólogos deben aceptar una crítica constante de sus habilidades y recursos profesionales con el objetivo de mejorar su práctica. Segundo, las normas deontológicas de la APA (citado

en Fernández & Pérez, 2001) establecen un vínculo claro entre ciencia y profesión. De acuerdo con esta mirada, el mantenimiento de la capacidad profesional del psicólogo exige establecer claramente cuáles son las prácticas profesionales que tienen un respaldo científico para poder distinguir la mala de la buena práctica. En último lugar, la psicoterapia es un servicio sanitario y por lo tanto hay una necesidad de establecer cuáles son las intervenciones que proveen el máximo beneficio al paciente con el mínimo de gasto económico (Fernández & Pérez, 2001). Es por estas razones que se considera sumamente importante el seguir delimitando la relación alianza- efectividad terapéutica, continuar investigando la alianza en todos sus aspectos, y llevar estos conocimientos a la práctica terapéutica.

Evaluación de la Alianza

La relación alianza - eficacia terapéutica se halló debido a que, al igual que la eficacia terapéutica, la alianza no es una variable inespecífica, sino que contamos con instrumentos que permiten su medición. En la actualidad, los tres instrumentos que más se utilizan en el estudio de la alianza según Crits-Christoph, Gladis y Connolly (2002) son la Escala de California de Alianza Psicoterapéutica (California Psychotherapy Alliance Scale - CALPAS) (Gaston, 1991, citado en Crits-Christoph, Gladis & Connolly, 2002), el Inventario de Alianza de Trabajo (Working Alliance Inventory - WAI) (Horvath y Greenberg, 1986, citado en Crits-Christoph, Gladis & Connolly, 2002) y por último el Cuestionario de Alianza de Ayuda Revisado (Revised Helping Alliance Questionnaire - HAQ-II) de Luborsky y cols. (1996).

El primero de estos instrumentos, la escala CALPAS, es un cuestionario de autorreporte que mide la alianza paciente-terapeuta como un constructo

multidimensional. Consta de 24 ítems de tipo likert con una escala de 7 opciones de respuesta. El cuestionario está compuesto por cuatro subescalas, las cuales corresponden a los cuatro factores de alianza propuestos por Gaston; la primera evalúa la capacidad del paciente de trabajar con propósito en la terapia, la segunda el vínculo afectivo con el terapeuta, la tercera el involucramiento y la comprensión empática del terapeuta, y la cuarta el acuerdo entre paciente y terapeuta con respecto a los objetivos y tareas en el tratamiento (Crits-Christoph, Gladis & Connolly, 2002). En la actualidad existen versiones de la escala CALPAS para pacientes, terapeutas y para un tercero observador.

El segundo instrumento, el Inventario de Alianza de Trabajo (Working Alliance Inventory- WAI)- de Horvath y Greenberg (1986) (citado en Andrusyna, Tang, DeRubeis, & Luborsky, 2001) se basa en los trabajos de Bordin. El WAI consiste de 3 subescalas, correspondientes de los tres elementos de la alianza postulados por Bordin (tareas, vínculo y objetivos). El número total de ítems del WAI es 36, los cuales son de tipo likert de 7 puntos. Existen varias versiones del WAI, incluyendo las versiones observador, paciente, terapeuta, y forma corta (WAI-O, WAI-P, WAI-T, WAI-S) (Andrusyna, Tang, DeRubeis, & Luborsky, 2001).

El tercero de los tres instrumentos nombrados por Crits-Christoph, Gladis y Connolly (2002) es el Cuestionario de Alianza de Ayuda Revisado (Revised Helping Alliance Questionnaire - HAq-II) de Luborsky, Barber, Siqueland, Johnson, Najavits, Frank y Daley (1996). El cuestionario se creó a partir de la revisión del Cuestionario de Alianza de Ayuda (Helping Alliance Questionnaire - HAq) de Alexander y Luborsky (1986) (citado en Luborsky et al, 1996). Los cambios realizados al revisar el HAq eran

necesarios por dos razones principales (Luborsky et al, 1996): primero, porque el cuestionario contenía ítems que explícitamente medían mejoría sintomática temprana, la cual, de acuerdo con las teorías de Luborsky y Bordin, no es un componente de la alianza. La segunda razón es que todos los ítems del HAq estaban expresados de manera positiva. Entonces, los autores eliminaron los seis ítems que median mejoría temprano y agregaron unos catorce ítems, de los cuales cinco están expresados de manera negativa. Según Le Bloc'h, de Roten, Drapeau y Despland (2006), otra mejoría importante de la escala es que el HAq-II es más representativo de las dimensiones de la alianza que el HAq, en especial lo referente a los aspectos colaborativos entre paciente y terapeuta. A partir de estos cambios entonces se creó un cuestionario nuevo de diecinueve ítems- el HAq-II. Los ítems se agrupan en dos subescalas: “alianza terapéutica positiva” y “alianza terapéutica negativa”, y son de tipo likert con escalas de respuesta de 6 puntos que van desde “muy en desacuerdo” hasta “muy de acuerdo”. Le Bloc'h, de Roten, Drapeau y Despland (2006) recomiendan utilizar el HAq-II en lugar del HAq, ya que efectivamente el HAq-II se relaciona mejor con el constructo de alianza de acuerdo con las teorías de Bordin y Luborsky, y está menos influenciado por la sintomatología del paciente. El HAq-II tiene tres versiones: una para el paciente, otra para el terapeuta, y la tercera para un tercero observador.

Según Crits-Christoph, Gladis y Connolly (2002), la CALPAS, el WAI y el HAq-II demuestran buena consistencia interna, son representaciones validas de la alianza como constructo, y se correlacionan altamente entre sí. Para uso en la clínica se podría recomendar que se utilice el HAq-II, ya que con sus 19 ítems es la escala más corta de las tres, y dado que el completar el cuestionario puede ser una actividad

ansiógena para el paciente, la elección de la escala igualmente confiable y válida pero con el menor número de ítems podría ser preferible.

La CALPAS, el WAI y el HAq-II fueron creados dentro de y para uso en los EEUU. Hasta la fecha no existen instrumentos de medida de la alianza aptos para uso en la Argentina. Actualmente un grupo de investigadores locales está adaptando el WAI para uso en este país, pero la CALPAS y el HAq-II siguen sin adaptación al ámbito local y por lo tanto no pueden ser utilizados en este país.

Adaptación de Escalas

La adaptación de escalas es una labor científica de creciente interés en Argentina. Esta labor implica un conjunto de estudios para ajustar una prueba procedente de un determinado contexto sociocultural para su uso al nivel local. Según Fernández Liporace, Cayssials y Pérez (2009), todas las pruebas psicológicas responden a los valores del contexto cultural de creación, y como consecuencia, la utilización del instrumento fuera de dicho contexto creará un sesgo cultural. Dicho de otra manera, no hay técnicas que estén libres de influencia cultural y no existen pruebas que son aplicables de manera universal (Fernández Liporace, Cayssials y Pérez, 2009).

Si bien el uso de instrumentos creados en una cultura no es legítimo en otras culturas debido a las diferencias existentes entre ambas, también hay que tener en cuenta las similitudes entre culturas. Esto es, se hace necesario considerar los aspectos étnicos y éticos. Los aspectos éticos son aquellos constructos e instrumentos que tienen características universales, mientras que los aspectos étnicos son los que están asociados a uno o pocos grupos sociales. Tradicionalmente, la ciencia ha tendido siempre a

favorecer los descubrimientos apreciados como universales; se ha priorizado siempre los hallazgos éticos (Fernández Liporace, Cayssials y Pérez, 2009). No obstante, estudios científicos transculturales más recientes han revelado la falsedad del valor ético de muchas teorías y constructos, así recobrando su valor étnico (Fernández Liporace, Cayssials y Pérez, 2009). Hoy en día se sabe que al trasladar un constructo o instrumento a otra cultura, es muy probable que sea necesario realizar cambios y ajustes para utilizarlos correctamente. En este sentido, quien adapta un test es un “mediador” entre culturas, entre los aspectos éticos y étnicos de los instrumentos y constructos (Fernández Liporace, Cayssials y Pérez, 2009).

Fernández Liporace, Cayssials y Pérez (2009) proponen cuatro tipos de equivalencias a tomar en cuenta en la adaptación de un instrumento. En primer lugar, hay que evaluar la existencia del constructo en la cultura en la cual se desea aplicar el instrumento, y si su forma de valoración es la misma que en la cultura de origen. Asumir a priori que un constructo puede ser traducido a cualquier otra cultura es un error (Muñiz y Hambleton, 2000). A esta evaluación de la validez cultural del constructo e instrumento, se la denomina equivalencia conceptual. Segundo, las equivalencias lingüísticas hacen referencia a la redacción de los ítems y consignas del instrumento, a su traducción y al uso de términos que tengan significados iguales o lo más parecidos posible a los originarios. Tercero, las equivalencias métricas significan los ajustes o mantenimientos que se hacen con respecto a la ponderación de los ítems, la revisión de los estudios sobre confiabilidad y validez, la verificación de los factores de los cuales está compuesto el instrumento, entre otros aspectos. Por último, las equivalencias de formato se refieren a todos aspectos formales del instrumento como,

por ejemplo, el tipo de formato de las respuestas, que puedan afectar a la respuesta de los sujetos.

En resumen, la filosofía general de la adaptación de pruebas psicológicas es que se busca lograr el mismo constructo pero ajustándose a las peculiaridades del nuevo contexto sociocultural a la que se quiere adaptar (Muñiz y Hambleton, 1996).

METODOLOGIA

Participantes:

La muestra está compuesta por 119 participantes seleccionados a través de un muestro de tipo no probabilístico a propósito (León y Montero, 2003). Un 20% de la muestra es masculino y 79% femenino. Los participantes tienen un rango de edad de 19 a 59 años, con una edad media de 35,1 años y una desviación estándar de 11,2 años. Los participantes están realizando tratamiento psicoterapéutico breve, con un psicólogo o un psiquiatra, y se encuentran en la segunda sesión en adelante de su terapia.

Instrumentos:

i. *Cuestionario de Alianza de Ayuda Revisado, Versión Paciente (Revised Helping Alliance Questionnaire, Patient Version- HAq-II-P)* de Luborsky y cols. (1996). El cuestionario consta de 19 ítems de tipo likert con una escala de 6 opciones. Es un instrumento de autorreporte en lo cual el paciente evalúa el grado de acuerdo que tiene con cada reactivo. Las 6 posibles respuestas varían desde “muy en desacuerdo” hasta “muy de acuerdo”.

Luborsky et al. (1996) encontraron una consistencia interna (utilizando el alfa de Cronbach) de 0,90, 0,90 y 0,93 en las sesiones 2, 5 y 24 respectivamente, y una confiabilidad test-retest entre las sesiones 2 y 5 de 0,78 ($p < 0,005$).

El estudio de la estructura interna del cuestionario dio por resultado 2 factores: el primer factor, “alianza terapéutica positiva” se constituyó por los ítems 1, 2, 3, 5, 6, 7, 9, 10, 12, 13, 15, 17 y 18 y explicó el 43,4% de la varianza. El segundo factor “alianza terapéutica negativa” estuvo compuesto por los ítems 4, 8, 16 y 19 y explicó un 10,6%

de la varianza. En la segunda sesión la correlación entre los dos factores era $r=0,48$ ($p<0,001$), en la sesión 5 $r=0,60$ ($p<0,001$) y en la sesión número 24 $r=0,64$ ($p<0,001$).

En cuanto a los estudios de validez, el instrumento demostró una buena validez convergente con otro instrumento de medición de alianza, las Escalas de California de Alianza Psicoterapéutica (California Psychotherapy Alliance Scales - CALPAS). En la sesión número dos la correlación entre el HAq-II-P y la CALPAS era de 0,59 ($p<0,001$), en la sesión 5 era de 0,68 ($p<0,001$) y en la sesión 24 era de 0,69 ($p<0,001$).

Con respecto a la validez discriminante, se midieron las correlaciones entre la alianza y la edad, género, estado civil y empleo de los participantes en las sesiones 2 y 5 y como se esperaba no se encontró correlación. También se midieron las correlaciones entre la alianza en las sesiones 2 y 5 y las medidas pretratamiento de disfunción psiquiátrica y uso de drogas: no se encontraron relaciones entre la escala y el nivel de funcionamiento psicológico, severidad psiquiátrica, uso de drogas o nivel de depresión de los pacientes al ingresar al tratamiento.

Procedimiento:

Se realizó un estudio instrumental consistiendo de 7 pasos:

En un primer momento un experto realizó la traducción de los ítems del Cuestionario de Alianza de Ayuda Revisado, Versión Paciente (HAq-II-P) del inglés al castellano. Luego, tres expertos juzgaron la calidad de la traducción de los ítems en una escala de 1 a 10 y se efectuó el cálculo del coeficiente V de Aiken para estimar el grado en que los ítems representaban una traducción adecuada.

Posteriormente, se realizó un estudio piloto con cinco participantes con el fin de identificar si habían ajustes que se necesitaba hacer del cuestionario. En este procedimiento se evaluaron aspectos como el lenguaje y vocabulario utilizado, la comprensión de las opciones de respuesta, la comprensión de los ítems, entre otros.

En un cuarto momento se aplicó el cuestionario a una muestra de 119 participantes. Para ser coherente con la muestra utilizada en el estudio psicométrico de la escala original, se fijó que los participantes debían tener entre 19 y 59 años, estar en tratamiento psicoterapéutico breve, y encontrarse en la segunda sesión en adelante de su terapia. El cuestionario se administró con el previo consentimiento de los participantes, los cuales estaban informados acerca del propósito de la investigación y garantizados el anonimato de su participación. Se les comunicó que sus respuestas al cuestionario permanecerían confidenciales y que su participación era voluntaria, pudiendo ellos poner fin a su participación en cualquier momento.

Después, se calculó la estructura interna del test mediante un análisis factorial exploratorio. A través de este cálculo se extrajo posibles factores que podían explicar la covariación entre los ítems.

Posteriormente, se estimó la consistencia interna del test mediante el coeficiente alfa de Cronbach. Este cálculo expresó el grado de covariación de los ítems del test y por ende el grado en que los ítems del test miden el mismo variable (Olaz, 2008).

Por último, se compararon las medias de las puntuaciones obtenidas por los dos sexos por un lado y según los tipos de terapeuta (psicólogo o psiquiatra) por otro lado.

RESULTADOS

Estudio 1: Traducción

Un experto bilingüe realizó la traducción de los ítems de la escala original del inglés al castellano.

Estudio 2: Juicio de la Calidad de Traducción

En un segundo momento tres expertos bilingües juzgaron la adecuada traducción de cada ítem, dándoles una valoración entre 1 y 10 de acuerdo con cuanto se consideraban que los ítems en castellano reflejaban una adecuada traducción de los ítems originales en inglés. Posteriormente se efectuó el cálculo V de Aiken para estimar la calidad de la traducción de cada ítem. Como se puede apreciar en la tabla 1, los valores obtenidos indican una adecuada traducción de todos los ítems ya que todos superan el nivel mínimo aceptable propuesto por Charter (citado en Soto & Segovia, 2009) de $V=0,70$. Como consecuencia, no se realizó ningún cambio a los ítems traducidos.

Tabla 1: Validez de contenido de cada ítem

Ítem	Juez 1	Juez 2	Juez 3	V
1	9	10	10	0,96
2	10	10	8	0,93
3	10	10	10	1,00
4	10	10	10	1,00
5	8	10	8	0,85
6	10	10	10	1,00
7	6	10	9	0,81
8	8	10	10	0,93
9	10	10	10	1,00
10	10	10	8	0,93
11	10	10	7	0,89

12	6	10	10	0,85
13	10	10	10	1,00
14	9	10	8	0,89
15	8	9	10	0,89
16	10	9	10	0,96
17	8	10	7	0,81
18	9	10	7	0,85
19	10	10	10	1,00

Estudio 3: Estudio Piloto

Posteriormente al juicio de calidad de la traducción se realizó un estudio piloto con cinco participantes con el fin de detectar deficiencias del cuestionario y de la planificación del trabajo de campo.

Se encontró que no habían problemas en cuanto a la administración del cuestionario, la comprensión de las opciones de respuesta ni con la longitud del instrumento. El cuestionario resultó fácil y atractivo y no despertó respuestas ego defensivas. No obstante, sí había dificultad con la comprensión del vocabulario utilizados en los ítems 15 y 16, y como resultado se decidió cambiar la palabra “intercambios” a “conversaciones”. En cuanto a la ubicación de las preguntas, se decidió cambiar el color de fondo de los ítems pares para ayudar con el seguimiento de las preguntas, evitando que se salteen preguntas al contestar al cuestionario.

Estudio 4: Cálculo de la Estructura Interna

Este estudio y los que siguen se realizaron utilizando el programa de estadística para las ciencias sociales, SPSS. Primero, se calcularon las estadísticas descriptivas de los datos (tabla 2). Se analizó el perfil de la distribución de los datos de cada ítem

confrontando con la distribución normal. Se encontró que la asimetría de los ítems era suficientemente pequeña como para realizar el análisis factorial.

Tabla 2: Estadística Descriptiva de los Ítems

	Media	Desv. típ.	Asimetría	Curtosis
Ítem 1	3,46	1,56	-,29	-1,19
Ítem 2	5,02	,85	-1,45	4,33
Ítem 3	5,32	,65	-,43	-,70
Ítem 4	2,55	1,23	,64	-,56
Ítem 5	4,85	,95	-1,60	4,15
Ítem 6	4,49	1,13	-1,20	1,23
ítem 7	4,78	,86	-1,38	3,78
Ítem 8	2,41	1,26	1,20	,98
Ítem 9	5,18	,77	-1,69	6,82
Ítem 10	4,70	,96	-1,16	1,91
Ítem 11	2,61	1,35	,69	-,48
Ítem 12	5,07	,79	-1,38	5,08
Ítem 13	5,19	,77	-,57	-,41
Ítem 14	5,56	,76	-2,08	5,01
Ítem 15	5,03	1,00	-2,08	6,01
Ítem 16	2,87	1,36	,30	-1,04
Ítem 17	3,72	1,46	-,54	-,88
Ítem 18	4,66	,90	-1,57	3,32
Ítem 19	2,40	1,21	1,17	,90

En el siguiente paso, antes de calcular la estructura interna, se decidió descartar los ítems 11 y 14, ya que fueron eliminados de la escala original. De esta manera se quedó con un total de 17 ítems.

A continuación se calculó la prueba Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) de medida de adecuación muestral y la prueba de esfericidad de Bartlett (tabla 3), pruebas que se considera necesario realizar antes de proceder con un análisis factorial. Con la prueba KMO contrastamos que las correlaciones parciales de los ítems sean pequeñas. En este caso se considera adecuado continuar con el análisis factorial ya que la prueba KMO dio por resultado una figura alta de 0,876. La prueba de Bartlett contrasta si la matriz de correlaciones es una matriz identidad como hipótesis nula, es decir, que las variables están incorreladas. En caso de aceptarse esta hipótesis indicaría que el modelo factorial es inadecuado. En este caso se rechaza la hipótesis nula y se considera adecuado el modelo factorial ya que el nivel de significación dio como resultado 0,000.

Tabla 3: Resultados de la Prueba KMO y Prueba de Bartlett

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.	,876
Prueba de esfericidad de Chi-cuadrado aproximado	756,993
Bartlett	
gl	136
Sig.	,000

A continuación se realizó un análisis factorial, una técnica que analiza la estructura de correlación entre las variables (ítems) mediante la definición de una serie de dimensiones, o factores, subyacentes. En este caso el análisis factorial se llevó a cabo utilizando el método de extracción de componentes principales con una rotación varimax. Para decidir cuántos factores hay subyacentes a los ítems se utilizó dos criterios: primero, se guió por el porcentaje de la varianza explicada por los factores; como se puede apreciar en la tabla 4 parece ser que hay un único factor subyacente a los

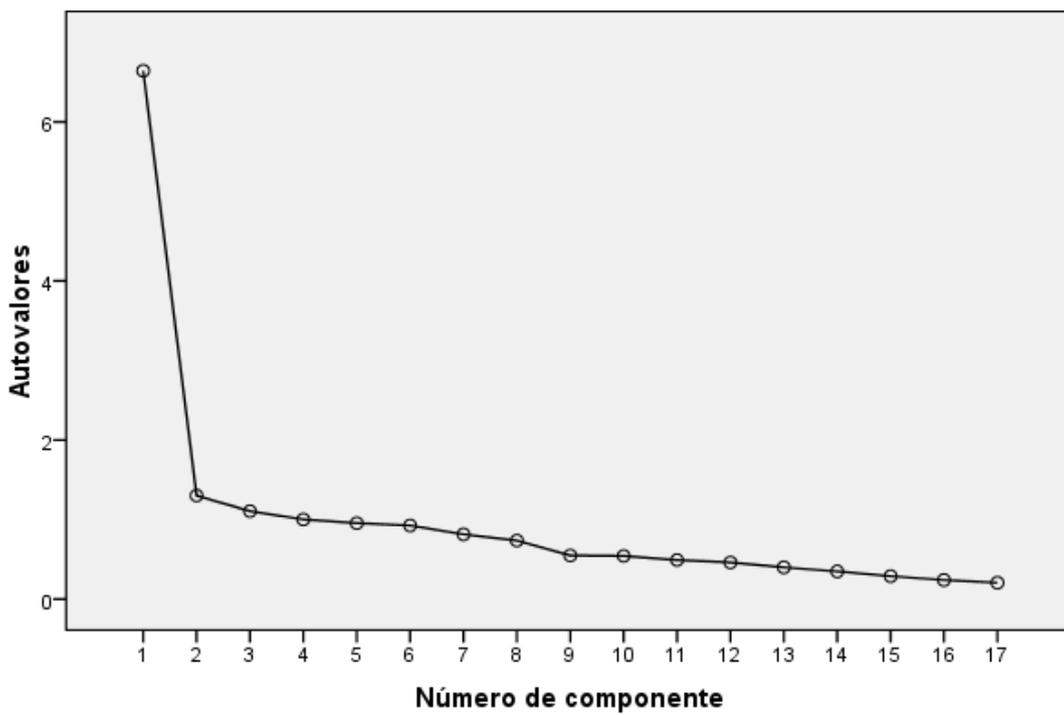
ítems ya que hay un componente que explica un 39% de la varianza, con dos o más componentes explicando poca de la varianza. El segundo criterio que se utilizó era el gráfico scree de los autovalores de los factores. Como se puede observar en la figura 1, a través de este método también se encuentra un solo factor subyacente a los ítems, que llamaremos “alianza terapéutica”.

Tabla 4: Varianza Total Explicada

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	6,643	39,078	39,078	6,643	39,078	39,078
2	1,301	7,653	46,731			
3	1,105	6,502	53,233			
4	1,001	5,889	59,122			
5	,955	5,616	64,737			
6	,924	5,438	70,176			
7	,814	4,786	74,962			
8	,735	4,325	79,287			
9	,548	3,223	82,509			
10	,543	3,195	85,705			
11	,491	2,886	88,591			
12	,461	2,711	91,302			
13	,399	2,345	93,647			
14	,347	2,043	95,690			

15	,288	1,692	97,382		
16	,240	1,410	98,792		
17	,205	1,208	100,000		

Figura 1: Gráfico Scree de Extracción de Factores



A continuación se calculó la matriz de componentes, las cargas de cada ítem con el factor extraído, o la correlación entre el factor y el ítem. Como se puede apreciar todos los ítems excepto el ítem 1 correlacionan altamente con el factor extraído. Los ítems redactados de manera negativa (ítems 4, 8, 16 y 19) correlacionan negativamente con el factor extraído como es esperable.

Tabla 5: Matriz de Componentes

	Componente
	1
Ítem 1	,362
Ítem 2	,753
Ítem 3	,528
Ítem 4	-,497
Ítem 5	,683
Ítem 6	,598
Ítem 7	,720
Ítem 8	-,513
Ítem 9	,770
Ítem 10	,815
Ítem 12	,797
Ítem 13	,685
Ítem 15	,672
Ítem 16	-,481
Ítem 17	,439
Ítem 18	,596
Ítem 19	-,471

Estudio 5: Cálculo de la Consistencia Interna

Posteriormente al análisis factorial se calculó la consistencia interna de los 17 ítems mediante el Coeficiente Alfa de Cronbach. Como se puede observar en la tabla 6 se encontró una buena consistencia interna de los ítems, ya que, siguiendo a los criterios propuestos por Oviedo y Campos-Arias (2005) valores de alfa de Cronbach menores a 0.70 indican una pobre consistencia interna y no son aceptables, valores entre 0.70 y 0.90 indican una buena consistencia interna y valores superiores a 0.90 pueden indicar que hay duplicación de los elementos del constructo medidos por los ítems, y por ende los ítems redundantes deben eliminarse. Según Streiner (2003) (citado en Oviedo y Campos-Arias, 2005), usualmente se prefieren valores de alfa entre 0.80 y 0.90 como es el caso en esta instancia.

Tabla 6: Estadísticos de Fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,874	17

A continuación se calcularon los estadísticos total-elemento (tabla 7). Se invirtieron los ítems 4, 8, 16 y 19 ya que eran redactados de manera negativa. Se encontró que al eliminar el ítem 1 se aumenta el coeficiente Alfa de Cronbach desde un valor de 0,874 a un valor de 0,881. Esto y el hecho de que el ítem 1 presenta baja saturación factorial (tabla 5) llevan a considerar que se debe eliminar el ítem 1.

Tabla 7: Estadísticos Total-Elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Ítem 1	76,0180	96,418	,309	,881
Ítem 2	74,4324	96,739	,665	,862
Ítem 3	74,1351	101,718	,464	,870
Ítem 5	74,6036	96,405	,597	,864
Ítem 6	74,9550	95,680	,511	,867
Ítem 7	74,6667	96,170	,657	,862
Ítem 9	74,2703	97,163	,679	,862
Ítem 10	74,7387	93,449	,759	,857
Ítem 12	74,3964	95,914	,732	,860
Ítem 13	74,2703	97,872	,620	,864
Ítem 15	74,3964	96,787	,572	,865
Ítem 17	75,6577	96,136	,368	,875
Ítem 18	74,7477	98,554	,525	,867
Item 4 reco	75,0270	95,827	,447	,870
Item 8 reco	74,8559	95,634	,453	,870
Item 16 reco	75,2973	95,065	,424	,872
Item 19 reco	74,8829	96,904	,407	,872

Estudio 6: Comparación de Grupos

Se comparó las medias de las puntuaciones de alianza de los géneros por un lado y por otro lado las medias de los dos tipos de terapeuta, psicólogo y psiquiatra, utilizando la prueba T de igualdad de medias. Como se puede apreciar en las tablas 8 y 9 no se encontró diferencias estadísticamente significativas entre las medias de la alianza de las profesiones psicólogo/psiquiatra. Sin embargo, como se puede observar en las tablas 10 y 11 se encontró que había relación entre el género del sujeto y la puntuación de alianza, con personas femeninas puntuando más alto en alianza (masculino $\bar{x}=68,5417$; femenino $\bar{x}=72,236$), con un nivel de significación de 0,054.

Tabla 8: Estadísticos de Grupo: Psiquiatra-Psicólogo

Terapeuta		N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Alianza	Psiquiatra	67	72,0746	8,19333	1,00097
	Psicólogo	47	70,7660	10,61216	1,54794

Tabla 9: Prueba de Muestras Independientes: Grupos Psiquiatra-Psicólogo

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
								95% Intervalo de confianza para la diferencia		
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	Inferior	Superior
alianza	Se han asumido varianzas iguales	,190	,664	,742	112	,459	1,30867	1,76255	-2,18361	4,80095
	No se han asumido varianzas iguales			,710	82,464	,480	1,30867	1,84339	-2,35811	4,97545

Tabla 10: Estadísticos de Grupo: Masculino-Femenino

Genero		N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Alianza	Masculino	24	68,5417	7,67253	1,56615
	Femenino	89	72,2360	9,50840	1,00789

Tabla 11: Prueba de Muestras Independientes: Masculino - Femenino

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
									95% Intervalo de confianza para la diferencia	
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	Inferior	Superior
alianza	Se han asumido varianzas iguales	,077	,781	-1,754	111	,082	-3,69429	2,10645	-7,86837	,47979
	No se han asumido varianzas iguales			-1,984	44,022	,054	-3,69429	1,86243	-7,44772	,05915

DISCUSION

En este trabajo se presenta la adaptación del Cuestionario de Alianza de Ayuda Revisado Versión Paciente (HAq-II-P) de Luborsky y cols. (1996) y se examina sus propiedades psicométricas tras su aplicación a una muestra de 119 pacientes en tratamiento psicoterapéutico.

Antes de proceder con la evaluación psicométrica del cuestionario se decidió descartar los ítems 11 y 14 del cuestionario ya que fueron descartados en el análisis psicométrico de la escala original y por lo tanto el cuestionario se redujo de 19 a 17 ítems.

Se realizó un análisis factorial exploratorio utilizando el método de componentes principales con una rotación varimax. De acuerdo con la varianza explicada por los factores (tabla 4) y el gráfico scree (figura 1) se concluyó que hay un único factor subyacente a los ítems. Esto contrasta con los hallazgos de la escala original, en lo cual se encontraron dos factores: alianza terapéutica positiva y alianza terapéutica negativa. Sin embargo, el segundo factor- alianza terapéutica negativa- encontrado en el estudio psicométrico original estuvo constituido solamente por 4 ítems y explicaba únicamente un 10,6% de la varianza. Como consecuencia se podría considerar este segundo factor algo débil y la estructura factorial propuesta posiblemente un modelo no tan robusto. Una revisión de la teoría en la cual se basa este cuestionario no ofrece aclaraciones definitivas acerca de una estructura factorial esperable; el cuestionario fue creado a partir de la revisión del Cuestionario de Alianza de Ayuda (Helping Alliance Questionnaire – Haq) con el propósito de representar mejor varios aspectos de la alianza

según las teorías de ambos Luborsky y Bordin (Luborsky, 1996). Sin embargo, Luborsky y Bordin proponen modelos disimiles de alianza; Luborsky propone un modelo en que hay dos tipos de alianza que se dan en momentos diferentes de la terapia, y Bordin plantea una teoría de alianza en la cual hay solo un tipo de alianza pero compuesto por tres elementos. Como consecuencia, se podría pensar que el cuestionario original, a pesar de resultar psicométricamente fuerte en términos de fiabilidad y validez convergente y discriminante, se basa en un edificio teórico algo mal definido, y que efectivamente no ofrece una estructura factorial específica esperable. Dada la poca varianza que explica el segundo factor en el estudio original y la estructura factorial obtenida en este estudio se propone que podría ser que no hayan dos factores subyacentes a los ítems del cuestionario sino que haya uno solo. No obstante, se requeriría de más estudios para llegar a una conclusión más definitiva.

El análisis de la consistencia interna del cuestionario dio por resultado un alfa de Cronbach = 0,874, lo cual indica una buena confiabilidad. Sin embargo, al hacer el cálculo de la estadística total-ítem, se descubrió que el ítem 1 hizo bajar al coeficiente de Cronbach. Este ítem además presenta una baja saturación factorial, y por lo tanto se considera que se debe eliminar el ítem 1.

Se estudió la relación entre la alianza y la profesión del terapeuta (psicólogo o psiquiatra) y como es esperable no se encontró relación (tablas 8 y 9). Sin embargo, se encontró que había una diferencia entre las puntuaciones de alianza obtenidas por hombres y mujeres (tablas 10 y 11), con mujeres puntuando más alto en alianza que los hombres. Teóricamente, no se espera encontrar una relación entre género y alianza (Luborsky, 1996). No obstante, se ha encontrado que la alianza está facilitada cuando el

paciente y terapeuta son del mismo género (Luborsky, 1994; Wintersteen, Mensinger y Diamond, 2005) y, por lo tanto, podría ser que en este estudio el fenómeno de mayores puntuaciones de alianza en mujeres se debe a una mayor ocurrencia de diadas paciente-terapeuta del sexo femenino que diadas del sexo masculino. Sin embargo, no se cuenta con datos acerca del género de los terapeutas que participaron en este estudio y por lo tanto no se puede confirmar esta hipótesis y este resultado queda sin aclarar todavía.

Este estudio cuenta con varias limitaciones. En cuanto a la confiabilidad, se carece de estudios acerca de la estabilidad ya que no se realizaron estudios test-retest. Otra restricción es que el análisis factorial que se llevó a cabo era exploratorio y faltaría realizar un análisis factorial confirmatorio. No obstante, para ello se necesitaría definir con más rigor al marco teórico que encuadra este cuestionario. Otra limitación es que no se llevaron a cabo estudios acerca de la validez convergente y la validez discriminante del cuestionario, fuentes importantes de validez. En cuanto a la muestra, a pesar de contar con más de 6 participantes por reactivo, este estudio no alcanza a tener los 300 participantes sugeridos como necesarios por Perez y Tornimberri (2008) para llevar a cabo un análisis factorial satisfactorio.

Por otro lado, este es el primer cuestionario adaptado al ámbito local que permite que el paciente haga una evaluación de la alianza que se ha establecido con su terapeuta y, a pesar de sus limitaciones, este trabajo abre la vía para nuevas líneas de trabajo en este país tanto a nivel teórico como práctico. El cuestionario puede ser utilizado localmente en la investigación de temáticas actuales del campo de estudio de la alianza como, por ejemplo, las rupturas en la alianza y la reparación de alianzas. También puede ser utilizado en estudios para confirmar, modificar y/o profundizar la teoría ya

establecida acerca de los factores que influyen en la alianza y la relación entre la alianza y los resultados terapéuticos. A nivel práctico, este cuestionario puede ser utilizado por psicólogos clínicos locales para evaluar las alianzas que se han establecido con los pacientes, permitiendo que se identifiquen debilidades y que se realicen ajustes en su labor clínico para fortalecer la alianza y así fomentar resultados terapéuticos mas favorables. Este cuestionario también puede ser utilizado en programas de entrenamiento de psicólogos, como una manera de ayudar a que se desarrollen en los futuros y actuales psicólogos conductas facilitadoras de una buena alianza, lo cual promovería la eficacia del trabajo psicoterapéutico localmente.

REFERENCIAS

- Andrusyna, T. P., Tang, T. Z., DeRubeis, R. J., y Luborsky, L. (2001). The Factor Structure of The Working Alliance Inventory in Cognitive-Behavioral Therapy. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 10, 173-178. Extraído el 05 de Septiembre de 2010 desde <http://jppr.psychiatryonline.org/cgi/reprint/10/3/173>
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B. y Emery, G. (2005). *Terapia Cognitiva de la Depresión* (16° ed.). Bilbao: Desclée de Brower
- Corbella, S. y Botella, L. (2003). La Alianza Terapéutica: Historia, Investigación y Evaluación. *Anales de Psicología*, 19, 205-221. Extraído el 01 de Octubre de 2010 desde <http://revistas.um.es/analesps/article/viewArticle/27671>
- Crits-Christoph, P., Gladis, M. y Connolly, M. B. (2002). Outcome Measurement in Patients Receiving Psychosocial Treatments. En W. W. IsHak, T. Burt y L. I. Sederer (Eds), *Outcome Measurement in Psychiatry: A Critical Review*. (pp. 121-138).
- Eysenck, H. (1952). The Effects of Psychotherapy: An Evaluation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 659-663
- Fenton, L. R., Cecero, J. J., Nich, C., Frankforter, T. L., y Carroll, K. M. (2001). Perspective is Everything: the Predictive Validity of Six Working Alliance Instruments. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 10, 262 – 268. Extraído el 01 de Octubre de 2010 desde <http://jppr.psychiatryonline.org/cgi/reprint/10/4/262>
- Fernández, A. (2008). Adaptación de Tests a Otras Culturas. En S. Tornimbeni, E. Pérez y F. Olaz, *Introducción a la Psicometría* (pp. 191-205). Buenos Aires: Paídos.
- Fernández, J. R. y Pérez, M. (2001). Separando el Grano de la Paja en los Tratamientos Psicológicos. *Psicothema*, 13(3), 337-344. Extraído el 06 de noviembre de 2010 desde <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=458>
- Fernández Liporace, M., Cayssials, A. N. y Pérez, M. A. (2009). *Curso Básico de Psicometría*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

- Gómez, B. (2010). La Relación Terapéutica en Terapia Cognitiva. *Revista de la Asociación de Psicoterapia de la República Argentina, 1*, (online). Extraído el 29 de marzo de 2011 desde http://www.revistadeapra.org.ar/ant_abril10.htm
- Hambleton, R. K. y Patsula, L. (1999). Increasing the Validity of Adapted Tests: Myths to be Avoided and Guidelines for Improving Test Adaptation Practices. *Applied Testing Technology, 1*, 1-16. Extraído el 01 de Octubre de 2010 desde <http://data.memberclicks.com/site/atpu/volume%201%20issue%201Increasing%20validity.pdf>
- Horvath, A. O. y Symonds, B. D. (1991) Relationship Between Working Alliance and Outcome in Psychotherapy: A meta Analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 38*, 139-149.
- Kriz, J. (2007). *Corrientes Fundamentales en Psicoterapia*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Le Bloc'h, Y., de Roten, Y., Drapeau, M. y Despland, J. N. (2006). New, But Improved? Comparison Between First and Revised Version of the Helping Alliance Questionnaire. *Schweizer Arch Fur Neurologie Und Psychiatrie, 157*, 23-28. Extraído el 02 de Octubre de 2010 desde <http://www.sanp.ch/pdf/2006/2006-01/2006-01-131.pdf>
- León, O. G. y Montero, I. (2003). *Métodos de Investigación en Psicología y Educación* (3ª Ed.). México: McGraw Hill.
- Luborsky, L. (1994). Therapeutic Alliances as Predictors of Psychotherapy Outcomes: Factors Explaining the Predictive Success. En A. O. Horvath y L. S. Greenberg (Eds.), *The Working Alliance Theory Research and Practice* (pp 38-50). New York: John Wiley and Sons.
- Luborsky, L., Barber, J. P., Siqueland, L., Johnson, S., Najavits, L. M., Frank, A., et al. (1996). The Revised Helping Alliance Questionnaire (HAQ-II) Psychometric Properties. *Journal of Psychotherapy Practice and Research, 5*, 260-271.
- Martin, D. J., Garske, J. P., y Davis, M. K. (2000). Relation of the Therapeutic Alliance With Outcome and Other Variables: A Meta-Analytic Review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 438-450. Extraído el 30 de Septiembre de 2010 desde <http://data.psych.udel.edu/abelcher/Shared%20Documents/5%20Psychotherapy%20and%20Preventive%20Intervention%20%2842%29/martin,%202000.pdf>

- Muñiz, J. y Hambleton, R. K. (1996). Directrices Para la Traducción y Adaptación de los Tests. *Papeles Del Psicólogo*, 66, 63-70. Extraído el 20 de Septiembre de 2010 desde <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=737>
- Muñiz, J., y Hambleton, R. K. (2000). Adaptación de los Tests de unas Culturas a Otras. *Metodología de las Ciencias del Comportamiento*, 2, 129-149.
- Olaz, F. (2008). Confiabilidad. En S. Tornimbeni, E. Pérez y F. Olaz. *Introducción a la Psicometría* (pp. 71-99). Buenos Aires: Paídos.
- Oviedo, H. C. y Campo-Arias, A. (2005). Aproximación al Uso del Coeficiente Alfa de Cronbach. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 34, 572-580. Extraído el 01 de Noviembre de 2010 desde <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/806/80634409.pdf>
- Pérez, E. y Tornimbeni, S. (2008). Construcción de Tests. En S. Tornimbeni, E. Pérez y F. Olaz. *Introducción a la Psicometría* (pp. 161-190). Buenos Aires: Paídos.
- Puchol Esparza, D. (2005). *Psicoterapia Basada en la Evidencia: Implicaciones, Posibilidades y Limitaciones*. Trabajo presentado en el 6º Congreso Virtual de Psiquiatría de Interpsiquis, Febrero.
- Safran, J. D. y Muran, J. C. (2003). *Negotiating the Therapeutic Alliance: A Relational Treatment Guide*. New York: Guilford Press
- Soto, C. M. y Segovia, J. L. (2009). Intervalos de Confianza Asimétricos para el Índice de Validez de Contenido: Un Programa Visual Basic para la V de Aiken. *Anales de Psicología*, 25, 169-171. Extraído el 20 de Septiembre de 2010 desde <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/167/16711594019.pdf>
- Stevens, K. y Méndez, D. (2007). Nuevas Herramientas para la Psicología Clínica: Las Terapias Basadas en la Evidencia. *Cuadernos de Neuropsicología*, 1, 265-272
- Summers, R. F. y Barber, J. P. (2003). Therapeutic Alliance as a Measurable Psychotherapy Skill. *Academic Psychiatry*, 27, 160-165. Extraído el 01 de Octubre de 2010 desde <http://ap.psychiatryonline.org/cgi/reprint/27/3/160>
- Wampold, B.E. (2001). *The Great Psychotherapy Debate: Models, Methods and Findings*. Mahwah, NJ : Erlbaum

Wintersteen, M., Mesinger, J., y Diamond, G. (2005). Do Gender and Racial Differences Between Patient and Therapist Affect Therapeutic Alliance and Treatment Retention in Adolescents? *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(4), 400-408.

ANEXOS

Cuestionario de Alianza de Ayuda Revisado Versión Paciente Adaptado

Por favor, indique su género, edad y nombre de su terapeuta:

Género: M / F Edad: _____ Nombre de terapeuta: _____

Instrucciones: Estas son formas en que una persona puede sentirse o comportarse en relación a otra persona- su terapeuta. Considere cuidadosamente su relación con su terapeuta, y luego marque cada afirmación en relación al grado de acuerdo o desacuerdo. *Por favor, marque todas.*

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1 Siento que puedo depender del terapeuta.	1	2	3	4	5	6
2 Siento que el terapeuta me entiende.	1	2	3	4	5	6
3 Siento que el terapeuta quiere que yo logre mis metas.	1	2	3	4	5	6
4 A veces desconfío del juicio del terapeuta.	1	2	3	4	5	6
5 Siento que estoy trabajando con el terapeuta en un esfuerzo conjunto.	1	2	3	4	5	6
6 Creo que ambos tenemos ideas similares acerca de la naturaleza de mi problema.	1	2	3	4	5	6
7 Generalmente respeto las ideas que el terapeuta tiene de mí.	1	2	3	4	5	6
8 Los procedimientos utilizados en mi terapia <u>no</u> son muy apropiados para mis necesidades.	1	2	3	4	5	6
9 El terapeuta me agrada como persona.	1	2	3	4	5	6
10 En la mayoría de las sesiones el terapeuta y yo encontramos una forma de trabajar juntos sobre mis problemas.	1	2	3	4	5	6

11	El terapeuta se relaciona conmigo en formas que enlentecen el progreso de la terapia.	1	2	3	4	5	6
12	Se ha formado una buena relación con mi terapeuta.	1	2	3	4	5	6
13	El terapeuta parece tener experiencia en ayudar a la gente.	1	2	3	4	5	6
14	Tengo muchas ganas de solucionar mis problemas.	1	2	3	4	5	6
15	El terapeuta y yo tenemos conversaciones significativas.	1	2	3	4	5	6
16	A veces, el terapeuta y yo tenemos conversaciones <u>no</u> provechosas.	1	2	3	4	5	6
17	De vez en cuando, ambos hablamos sobre los mismos eventos importantes en mi pasado.	1	2	3	4	5	6
18	Creo que le agrado al terapeuta como persona.	1	2	3	4	5	6
19	A veces el terapeuta parece distante.	1	2	3	4	5	6

Formulario Descriptivo del Trabajo Final de Graduación

Identificación del Autor

Apellido y nombre del autor:	Conn, Hanne
E-mail:	hanne.conn@gmail.com
Título de grado que obtiene:	Licenciatura en Psicología

Identificación del Trabajo Final de Graduación

Título del TFG en español	Adaptación del Cuestionario de Alianza de Ayuda Revisado Versión Paciente (Revised Helping Alliance Questionnaire Patient Version – HAq-II-P)
Título del TFG en inglés	Adaptation of the Revised Helping Alliance Questionnaire Patient Version (Haq-II-P)
Integrantes de la CAE	Lic. Leonardo Medrano & Lic. Luciana Moretti
Fecha de último coloquio con la CAE	21 de junio del 2011
Versión digital del TFG: contenido y tipo de archivo en el que fue guardado	Archivo con formato PDF

Autorización de publicación en formato electrónico

Autorizo por la presente, a la Biblioteca de la Universidad Empresarial Siglo 21 a publicar la versión electrónica de mi tesis.

Publicación electrónica:

Después de..... mes(es)

Firma del alumno