

La Alianza Terapéutica en Psicoterapia: El “Inventario de Alianza de Trabajo” en Chile

The Therapeutic Alliance in Psychotherapy: “Working Alliance Inventory” in Chile

Patricia Santibáñez
Universidad de La Frontera

Este artículo presenta el *Inventario de Alianza de Trabajo* (IAT), instrumento generado para medir alianza terapéutica en paciente y terapeuta, el cual está basado en los planteamientos transteóricos y en la conceptualización tripartita de la alianza (vínculo, tareas y metas) planteada por Bordin.

Los resultados del estudio inicial de sus propiedades psicométricas sugieren que el IAT presenta una adecuada confiabilidad en ambas versiones del instrumento, con valores de .91 en la versión del paciente y .93 en la del terapeuta.

Respecto a la validez de constructo convergente se observa que ésta es moderada, no encontrándose evidencia para la validez de constructo discriminante utilizando como criterio las escalas *aprecio* y *autenticidad* del *Inventario de la Relación de Ayuda*.

This paper presents the *Working Alliance Inventory* (Inventario de Alianza de Trabajo, IAT). This instrument was generated to measure therapeutic alliance in patients and therapists. It is based on Bordin's pantheoretical and tripartite conceptualization of the alliance (bond, tasks, and goals).

The results of the initial study of psychometrics properties, suggest that the IAT presents an adequate reliability in both instruments forms, with .91 patient's form and .93 therapist's form values.

This instrument show a mild convergent validity, no evidence was found for the discriminant validity using two scales of the *Relationship Inventory* as a criteria.

Introducción

En las últimas décadas muchos autores de las más diversas líneas teóricas, han llegado a concluir que el cambio en el proceso psicoterapéutico sería atribuible a *factores comunes* compartidos por los diversos enfoques (Opazo, 2001).

Estos factores, también llamados *variables inespecíficas*, son definidos como aquellos aspectos del paciente, del terapeuta y de la relación entre ambos, que son comunes a cualquier psicoterapia independientemente de las técnicas o marco teórico empleado (Carrasco & Lira, 1992; Frances, 1985, en Bagladi, Carrasco & Lira, 1992; Omer, 1989).

El estudio de estos factores ha llevado a que se susciten importantes cambios en la teoría y práctica psicoterapéutica, reconociéndose a la relación terapéutica como un mecanismo fundamental del cambio (Safran, Muran, Samtag, Inck & Santangelo, 1993, en Caro, 1993).

Dentro de este contexto, cobra relevancia el concepto de *alianza terapéutica* entendida como la relación existente entre paciente y terapeuta, y que es parte del proceso de psicoterapia (Hartley, 1985).

Este constructo teórico da surgimiento a una amplia gama de investigaciones a nivel mundial, encontrándose diversos aspectos de la alianza terapéutica que han sido correlacionados positivamente con los resultados del tratamiento (Eaton, Abeles & Gutfreund, 1998; Horvath & Greenberg, 1989; Krupnick, Stosky, Simmens, Moyer, Elkin, Watkins & Pilkonis, 1996; Raue & Golfried, 1994; Rounsaville, Chevron, Prusoff, Elkin, Imber, Stosky & Watkins, 1987; Stiles, Agnew-Davies, Hardy, Barkham & Shapiro, 1998; Watson & Greenberg, 1994).

Considerando la reconocida influencia que la relación psicoterapéutica tiene en la teoría y práctica de ella, llama la atención que Chile presente un pe-

Patricia Santibáñez, Departamento de Psicología, Becaria de la Comisión Nacional Científica y Tecnológica (CONICYT). La correspondencia relativa a este artículo debe ser dirigida a la autora, Departamento de Psicología Universidad de La Frontera, Avenida Francisco Salazar 01145, Casilla 54-D, Temuco, Chile. E-mail: psantiba@puc.cl

La autora agradece la colaboración de todos los pacientes y terapeutas participantes en esta investigación, y especialmente de los Sres.: Adam O. Horvath, Verónica Bagladi, José Luis Saiz, María Francisca Román, Erika Búrquez e Ilana Meller.

queño número de investigaciones que se orientan específicamente a este tema (Galán & Valdebenito, 1995; Weinstein, 1999), cuestionamiento que podría encontrar respuesta en la hasta ahora ausencia de instrumentos de medición válidos y confiables que permitiesen medir esta variable en nuestra particular realidad.

El siguiente artículo presenta el instrumento *Inventario de Alianza de Trabajo* (IAT; Santibáñez, 2001), el cual mide la variable *alianza terapéutica* en ambos actores del proceso psicoterapéutico (paciente y terapeuta). Se presenta inicialmente la fundamentación teórica y empírica del estudio, y se describe posteriormente el primer trabajo chileno desarrollado para su validación.

La Alianza Terapéutica en Psicoterapia

En términos generales, el concepto de alianza terapéutica ha sido usado para explicar la relación existente entre terapeuta y paciente durante el proceso psicoterapéutico (Hartley, 1985). Puede decirse que “la alianza terapéutica es exactamente lo que su nombre implica: el terapeuta y el paciente trabajan juntos en armonía” (Weinberg, 1996, p.130), siendo esto distinto de la sola existencia de una relación paciente-terapeuta en la cual no se ha gestado una alianza entre ambos actores del proceso terapéutico (Zetzel, 1956).

Los términos *alianza terapéutica*, *alianza de trabajo* y *alianza de ayuda*, han sido usados en el pasado como sinónimos o para señalar aspectos específicos de la alianza (Horvath & Luborsky, 1993), razón por la cual en este estudio se revisa el concepto de la alianza paciente-terapeuta refiriéndose indistintamente a los constructos antes mencionados.

Desarrollo del Concepto de Alianza Terapéutica

A partir de la temprana noción de Freud del *pacto analítico* hasta la articulación del concepto de *alianza* en Zetzel (1970), se desarrollan cuatro principales formulaciones teóricas que han provisto las bases de la investigación empírica de esta variable: la perspectiva psicodinámica sobre la relación de trabajo (Greenson, 1967), la teoría centrada en el cliente de Rogers (1951), la teoría de la influencia social de Strong (1968) y la formulación integrativa de la alianza de trabajo propuesta por Bordin (1975).

Greenson (1965) postula el concepto de *alianza de trabajo*, definida como “la relativamente no

neurótica, relación racional que el paciente tiene con su analista” (p.157). Esta alianza entre el yo racional del paciente y el yo analizador del analista permite al paciente mantener una efectiva relación de trabajo con el analista, pero –al igual que Zetzel– deja una parte de la transferencia positiva en la alianza, expresada como un amor no sexual ni romántico (Greenson, 1967).

De las aproximaciones teóricas, históricamente una de las más influyentes ha sido la de Rogers (1951, 1957). Este autor es considerado uno de los pioneros en el trabajo de definir los componentes activos de la relación terapéutica, específicamente en la *terapia centrada en el cliente* (empatía, estima positiva incondicional y congruencia). Estas investigaciones sirvieron de base a una gran cantidad de estudios en las diferentes orientaciones de psicoterapia; sin embargo, revisiones posteriores muestran que los efectos de estas variables aún cuando parecen jugar un rol significativo para los terapeutas de orientación rogeriana, no podrían ser generalizables a otras terapias como se había esperado originalmente (Gelso & Carter, 1985; Mitchell, Bozarth & Krauft, 1977; Parloff, Waskow & Wolfe, 1978).

La *teoría de la influencia interpersonal* de Strong (1968) fue otro intento de conceptualización de la alianza. Esta formulación sugiere que el grado en el cual un cliente cree que el terapeuta es experto, atractivo y digno de confianza, es proporcional a la probabilidad de éxito en los resultados del tratamiento.

Posteriormente, este concepto llega a ser conceptualizado en términos transteóricos por Bordin (1976), quien reformula el concepto psicodinámico original de la alianza de trabajo en un modelo genérico, sugiriendo que la alianza era principalmente una relación consciente en el *aquí y ahora*, aunque haciendo notar que en las fases tempranas de la terapia ella podía ser influenciada por relaciones pasadas y vínculos no resueltos. Debido a la importancia del planteamiento de Bordin en el contexto del presente estudio, a continuación se desarrolla un apartado especial respecto a esta teoría.

Teoría de Bordin de la Alianza de Trabajo

Hacia la mitad de la década de los 70 surge en muchos terapeutas e investigadores la necesidad de una comprehensiva conceptualización de la relación terapéutica.

En 1975, Edward Bordin presenta una transteórica reformulación del concepto psicoanalítico de *alianza de trabajo* (AT), planteamiento que se establece sobre

el temprano trabajo de Greenson (1967) pero rompiendo con la idea de una alianza que existiría en asociación o como complemento de la neurosis de transferencia (Bordin, 1975, 1976, 1980).

Este autor sugiere que la alianza sería una relación consciente que involucra acuerdos y colaboración entre terapeuta y paciente, y delinea claramente las diferencias entre las proyecciones inconscientes de éste (por ejemplo, la transferencia) y la unión positiva paciente-terapeuta, la que se origina sobre la base de un enemigo común: el dolor y las conductas autodestructivas de quien solicita ayuda (Horvath, 1995).

La AT, desde el punto de vista de Bordin, "hace posible al paciente aceptar y seguir el tratamiento firmemente" (Bordin, 1980, p. 2), ya que su participación y colaboración en el proceso psicoterapéutico permitirían intervenir directamente en la esperada conducta de autoderrota del paciente.

Aún cuando Bordin (1976) percibe a la AT como una relación integrada, plantea tres componentes constitutivos de ésta: *vínculo*, *tareas* y *metas*, los que en combinación definen la calidad y fuerza de toda alianza. En un periodo de 5 años estos componentes fueron refinados y clarificados (Bordin, 1975, 1976, 1980), pudiendo ser entendidos como:

1. Vínculo (bond): se refiere a la compleja red de conexiones entre el paciente y el terapeuta que incluyen la mutua confianza y aceptación. La calidad de éste determina el tono emocional de la vivencia que el paciente tiene del terapeuta, y que influye en su colaboración en el proceso terapéutico.
2. Tareas (tasks): se refiere al acuerdo acerca de los medios que son adecuados para conseguir los objetivos propuestos. Son las conductas y cogniciones dentro de la terapia, y que forman la sustancia del proceso de psicoterapia. En una relación de buen funcionamiento, ambas personas deberían percibir estas tareas como relevantes y eficaces; además, cada uno debería aceptar la responsabilidad para desempeñar estos actos.
3. Metas (goals): es el grado de acuerdo entre las partes respecto a los objetivos de la intervención. Una fuerte AT estaría caracterizada por un terapeuta y un paciente que mutuamente respaldan y valoran las metas establecidas (resultados).

Estas dimensiones de la alianza se ven influenciadas mutuamente de manera continua: la calidad del vínculo media entre el grado en que paciente y terapeuta sean capaces de negociar un acuerdo acerca de las tareas y las metas de la terapia, y este acuerdo

a su vez media en la calidad del vínculo (Safran & Muran, 2000).

Estos conceptos consideran la colaboración entre el paciente y el terapeuta, y dependen del grado de concordancia y conexión entre ellos. Bordin (1980) explícitamente manifiesta que la reciprocidad en la AT es el primer ingrediente de la efectividad terapéutica. Esta noción provee un marco dentro del cual las variables relacionales pueden ser examinadas, a diferencia de la perspectiva más tradicional que examina las características del paciente y del terapeuta de manera independiente.

Bordin (1980) entiende la AT como un vehículo que permite y facilita el uso de técnicas específicas de psicoterapia, no como una intervención en sí misma. Esto significa que la AT provee el contexto que promueve e interactúa con técnicas específicas de psicoterapia, lo que brindaría un marco para mirar de manera integrada las variables de la relación y las técnicas específicas de intervención.

Este autor predice que las intervenciones psicoterapéuticas basadas sobre diferentes premisas teóricas, podrían poner distintos énfasis sobre los componentes de la AT, y además, que ellos no serían igualmente importantes en todas las fases del tratamiento.

Medición de la AT de Bordin

Durante las últimas dos décadas, se realizaron muchas investigaciones elaborando métodos de medición de la alianza. A partir de la teoría de Bordin (1976) se generaron los instrumentos *Integrative Psychotherapy Alliance Scales* (IPAS; Pinsof & Catherall, 1986) y *Working Alliance Inventory* (WAI; Horvath & Greenberg, 1986).

En Chile, actualmente se cuenta con el *Inventario de Alianza de Trabajo* (IAT; Santibáñez, 2001), traducción y adaptación del instrumento canadiense *Working Alliance Inventory* (Horvath & Greenberg, 1986), elaborado sobre la base de la conceptualización transteórica de Bordin acerca de la AT.

Los datos arrojados en los estudios psicométricos del instrumento canadiense, sugieren que la confiabilidad del WAI es adecuada. En el estudio piloto Horvath y Greenberg (1989) reportan que la confiabilidad estimada basada sobre un índice de homogeneidad de ítems fluctuó entre .85 y .88 para las escalas de la versión del paciente y entre .68 y .87 para la versión del terapeuta. La confiabilidad estimada para el estudio completo fue de .93 para la forma del paciente y .87 para la forma del terapeuta, mediante procedimiento de Cronbach para consistencia interna.

En otros dos estudios se observa que la versión del paciente tiene un *alpha* de Cronbach estimado de .93. Respecto a la versión del terapeuta, se realizó sólo una prueba clínica que produjo una confiabilidad estimada compuesta de .87 (Horvath & Greenberg, 1989).

Las escalas individuales del WAI también parecen ser razonablemente estables. La confiabilidad estimada basada sobre el *algoritmo de Hoyt* rangeó desde .85 para la escala *vínculo* a .92 para *vínculo* y *tareas* en uno de los estudios del instrumento (versión del paciente).

En la versión del terapeuta, las escalas *metas* y *tareas* parecen satisfactorias (*índice de Hoyt* de .82 a .87); sin embargo la confiabilidad de la escala *vínculo* necesita un mayor soporte ya que presenta una confiabilidad estimada de .68 (Horvath & Greenberg, 1989).

Respecto a su validez convergente y discriminante, los estudios muestran fuertes asociaciones entre el WAI y los otros instrumentos diseñados para medir características similares. Este hallazgo, en combinación con la evidencia encontrada respecto a menores asociaciones del WAI con otras fuentes de información con las que sólo comparte características metodológicas, pueden ser interpretadas como evidencia de que los conceptos asociados con la alianza de trabajo son allí recogidos (Campbell & Fiske, 1959; Horvath & Greenberg, 1989).

Hay evidencia que da soporte a la validez convergente de las escalas del WAI. Los resultados también ofrecen un soporte para la validez discriminante de la escala *metas*, siendo más limitada para la escala *tareas*. La condición de la escala *vínculo* es equívoca, ya que pese a la elevada correlación entre *vínculo* y *empatía* (medida por el IR) explicable sobre la base de similares constructos subyacentes, la fuerte relación entre las escalas *vínculo* del paciente y *metas* en la versión del terapeuta, sugiere una similitud conceptual entre estos constructos durante las fases tempranas de la terapia (Horvath & Greenberg, 1989).

En relación a la posible interdependencia de las escalas del WAI, es importante mencionar que diversas investigaciones revelan una sobreposición entre todas las escalas de alianza (Horvath, 1981; Moseley, 1983 en Horvath & Greenberg, 1989). Tracey y Kokotovic (1989) utilizando análisis factorial confirmatorio, encontraron que el modelo jerárquico de dos niveles era la mejor representación de la estructura factorial del WAI. El resultado de este estudio provee soporte para la validez del WAI, ya que éste parece estar midiendo un factor de *alianza general*, tanto como tres factores específi-

cos de alianza (*vínculo*, *tareas* y *metas*); sin embargo, es importante tener en cuenta que la dimensión más sobresaliente medida por el WAI es un factor global de alianza (Tracey & Kokotovic, 1989).

Método

Participantes

La población de la que se extrajo la muestra, estuvo constituida por díadas paciente-terapeuta de distintos centros de atención psicológica de las ciudades de Santiago, Temuco y Valparaíso, siendo estas díadas la unidad de análisis utilizada.

En el presente estudio se utilizó una muestra de 72 díadas¹ paciente-terapeuta, las que fueron conformadas por 117 participantes (72 pacientes y 45 psicoterapeutas). Las díadas fueron seleccionadas intencionadamente de diversos centros de atención de las ciudades mencionadas, estableciéndose como criterio de selección de los pacientes el que fuesen mayores de 18 años, que se encontraran a lo menos tras la segunda sesión de psicoterapia, y que aceptaran voluntariamente participar en la investigación. Además, sus respectivos psicoterapeutas debían consentir la aplicación de los instrumentos al paciente, y aceptar responder las versiones para el terapeuta de los instrumentos en estudio. Los terapeutas participantes se autoadscribían a diferentes corrientes teóricas, entre las que se encontraban: psicoanalítica, cognitiva, cognitiva-conductual, cognitiva post-racionalista, humanista, sistémica e integrativa.

Instrumentos

En esta investigación se utilizó el *Inventario de Alianza de Trabajo* (IAT; Santibáñez, 2001), el cual posee una versión para pacientes (IAT-P) y una versión para terapeutas (IAT-T). Mide los tres componentes constitutivos de la AT planteados por Bordin (1975, 1976, 1980), a través de las escalas *vínculo*, *tareas* y *metas*, donde cada una de ellas está formada por 12 ítems.

El puntaje con el que es evaluado cada ítem por la persona que responde tiene una variación posible de 1 a 7. La forma de corregir se inicia invirtiendo el valor de los ítems inversos, y luego se suman aritméticamente los puntajes de los ítems de cada escala.

Como instrumento de contraste, se utilizaron las escalas *nivel de aprecio* (Ap) y *autenticidad o congruencia* (C) del *Inventario de la Relación* de Barret-Lennard en su adaptación chilena de la versión OS-M-64 del instrumento (IR; Celis, 1999).

El IR se desarrolló en base a las condiciones terapéuticas descritas por Rogers (1957). Este cuestionario es respondido por el cliente de la relación terapéutica, con respecto a las condiciones brindadas por el terapeuta. Consta de 64 ítems distribuidos en 4 escalas: *comprensión empática*, *nivel de aprecio*, *autenticidad o congruencia* e *incondicionalidad del aprecio*.

El IR tiene probada confiabilidad (Gurman, 1977) y es considerado como una medida válida de los constructos centrados en el cliente (Mitsjell, Buzarth & Krauft, 1977, en Horvath & Greenberg, 1989).

Debido a que en esta investigación participaron díadas de paciente-terapeuta, el IR se aplicó a los pacientes en su formato original, realizándose cambios en las instrucciones de la versión para el terapeuta.

¹ Para realizar análisis psicométrico de una escala, Martín y Delgado (1997) sugieren utilizar una muestra que corresponda al doble del número de ítems de ésta.

Considerando que el IR no posee una versión para terapeutas, a través de tres jueces expertos se determinó la utilización de 26 ítems seleccionados de las escalas *nivel de aprecio y autenticidad o congruencia* –tanto en la versión del paciente y del terapeuta– las que se definen como:

1. Nivel de aprecio (Ap): Componente afectivo de la respuesta de una persona hacia otra. Esta respuesta puede incluir diversas cualidades e intensidades de sentimientos positivos (respeto, simpatía, aprecio, etc.) y negativos (desagrado, impaciencia, desprecio, etc.). Es la tendencia general –en un periodo determinado de tiempo– hacia donde apuntan las diversas reacciones afectivas de una persona en relación a otra.
2. Autenticidad o congruencia (C): Grado en el cual una persona se halla funcionalmente integrada en el contexto de su relación con una segunda persona, de modo que hay ausencia de conflicto o inconsistencia entre su experiencia total, su conciencia y su comunicación explícita. La puntuación de la escala indica el grado que el paciente percibe que su terapeuta se muestra tal como es, sin ocultarse tras máscaras o roles, y el grado de disposición que muestra en cuanto a que su cliente conozca sus sentimientos y forma de ser.

Diseño y Procedimiento

Se empleó un diseño cuantitativo de tipo correlacional para determinar la confiabilidad por consistencia interna del IAT y para examinar su validez de constructo convergente y discriminante.

Los participantes fueron contactados en diversos centros de atención psicológica de las ciudades mencionadas. La participación en el estudio fue voluntaria, asegurándose la estricta confidencialidad de los datos entregados, y además, que la información brindada jamás sería conocida por el otro componente de la díada.

Tras la aplicación contrabalanceada de los instrumentos a la muestra, la tabulación y puntuación de los instrumentos, se procedió a realizar el estudio de confiabilidad y de validez. Para este último, se empleó la *matriz multirasgo-multimétodo* (MRMM; Campbell & Fiske, 1959), donde las escalas del IAT e IR fueron tratadas como *rasgos*, y las fuentes de evaluación (pacientes y terapeutas) fueron usados como *métodos*.

El análisis MRMM se utiliza para determinar si las medidas de cada rasgo obtenidas por múltiples métodos son concordantes (validez convergente); mostrar que las medidas de distintos rasgos obtenidos usando el mismo método son discordantes (validez discriminante); y para estimar la influencia de diferentes métodos sobre la medida de los rasgos (efecto de método) (Dumenci, 2000). Esta matriz puede ser subdividida en cuatro componentes conceptualmente significativos: la diagonal de confiabilidad (que muestra los puntajes de correlación entre iguales sujetos e iguales escalas), los triángulos heterorasgo-monométodo (muestra los puntajes de correlación entre diferentes escalas e iguales sujetos), los triángulos heterorasgo-heterométodo (puntajes de correlación entre diferentes escalas y diferentes sujetos), y la diagonal de validez (puntajes de correlación entre iguales escalas y diferentes sujetos).

Finalmente, los hallazgos obtenidos en la investigación y los antecedentes empíricos revisados, motivaron la realización de un análisis factorial a través del método de componentes principales.

Resultados

Análisis Descriptivo de la Muestra

Las díadas incluidas en el estudio participaban de procesos psicoterapéuticos realizados en tres ciu-

dades distintas de Chile. De ellas, un 61.1% de las parejas se encontraban en la ciudad de Santiago, el 34.7% lo hacía en Temuco, mientras que el 4.2% en la ciudad de Valparaíso.

En relación a las características de las díadas, el 63.9% correspondió a parejas donde paciente y terapeuta eran mujeres, un 19.4% con paciente hombre y terapeuta mujer, mientras que el 16.6% restante se distribuyó homogéneamente en las otras combinaciones posibles.

Respecto al número de la sesión tras la cual se respondieron los instrumentos, la media correspondió a la sesión 16. Se observó que el 54.3% de las díadas respondió entre la tercera y décima sesión, mientras que el 45.7% lo hizo entre la sesión doce y la cien.

En relación a las características de los pacientes, el promedio de edad de los pacientes fue de 31.4 años con una desviación estándar de 9.56. La Tabla 1 presenta la distribución en porcentaje de los participantes en las variables edad, sexo, estado civil, actividad y nivel socioeconómico.

Tabla 1
Distribución de los pacientes en las variables consideradas

| VARIABLES | Porcentaje |
|-----------------------------|------------|
| Edad | |
| 18 a 29 años | 44.8% |
| 30 a 41 años | 43.2% |
| 42 a 62 años | 12.0% |
| Sexo | |
| Femenino | 72.2% |
| Masculino | 27.8% |
| Estado civil | |
| Soltero | 64.7% |
| Casado | 23.5% |
| Separado | 11.8% |
| Actividad | |
| Estudiante | 35.6% |
| Profesional | 15.6% |
| Técnico | 15.6% |
| Trabajador no calificado | 13.3% |
| Dueña de casa | 13.3% |
| Sin trabajo | 6.7% |
| Nivel Socioeconómico | |
| Bajo | 32.6% |
| Medio-Bajo | 32.6% |
| Medio | 13.0% |
| Medio-Alto | 21.7% |

En relación con las características de los terapeutas, en la Tabla 2 se presenta la distribución en porcentaje de los terapeutas participantes en las variables profesión, sexo y corriente teórica a la que se autoadscriben.

Tabla 2
Distribución de los terapeutas en las variables consideradas

| VARIABLES | Porcentaje |
|--|------------|
| Profesión | |
| Psicólogo | 98.6% |
| Psiquiatra con postítulo en psicoterapia | 1.4% |
| Sexo | |
| Femenino | 83.3% |
| Masculino | 16.7% |
| Enfoque psicoterapéutico | |
| Humanista | 27.8% |
| Integrativo | 25.0% |
| Sistémico | 20.8% |
| Psicoanalítico | 9.7% |
| Cognitivo - Conductual | 6.9% |
| Conductual | 4.2% |
| Cognitivo post-racionalista | 4.2% |
| Cognitivo | 1.4% |

Confiabilidad

Para estimar la confiabilidad de las escalas del IAT (en sus versiones paciente y terapeuta) y de las escalas *nivel de aprecio* y *autenticidad* del IR, se utilizó la prueba estadística *alpha* de Cronbach.

En el IAT, se observa que la versión del paciente muestra una confiabilidad de .67 para la escala *vínculo*, .80 en *tareas* y .78 para la escala *metas*. Respecto a la versión del terapeuta, la escala *vínculo* muestra un coeficiente de confiabilidad de .70, la escala *tareas* obtiene una confiabilidad de .85, mientras que *metas* presenta una confiabilidad de .88. Al calcular la confiabilidad total del IAT se obtiene un *alpha* de .90 para la versión del paciente, y de .93 para la versión del terapeuta.

En las escalas del IR se observa que en la versión del paciente, *aprecio* tiene una confiabilidad de .89 y .84 para *autenticidad*. En el terapeuta, la escala *aprecio* muestra una confiabilidad de .85, mientras que para *autenticidad* es de .86.

Validez

En la Tabla 3 se presenta la matriz MRMM con los resultados obtenidos a partir de la presente investigación.

Tabla 3
Matriz multirasgo-multimétodo basada sobre la relación de las variables en estudio

| Escala | Paciente | | | | | Terapeuta | | | | |
|-----------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| | Vínculo | Tareas | Metas | Ap | C | Vínculo | Tareas | Metas | Ap | C |
| Paciente | | | | | | | | | | |
| Vínculo | .67 | | | | | | | | | |
| Tareas | .76** | .80 | | | | | | | | |
| Metas | .64** | .81** | .78 | | | | | | | |
| Ap | .68** | .57** | .46** | .89 | | | | | | |
| C | .71** | .65** | .64** | .73** | .84 | | | | | |
| Terapeuta | | | | | | | | | | |
| Vínculo | .20* | .35** | .27* | .21* | .14 | .70 | | | | |
| Tareas | .33** | .44** | .42** | .29** | .27* | .76** | .85 | | | |
| Metas | .29** | .42** | .41** | .30** | .21* | .73** | .89** | .88 | | |
| Ap | .20* | .40** | .22** | .20* | .27* | .50** | .44** | .43** | .85 | |
| C | .13** | .25* | .23* | .13 | .19 | .51** | .55** | .58** | .70* | .86 |

** Correlación es significativa a nivel 0.01 (1-cola)

* Correlación es significativa a nivel 0.05 (1-cola)

La matriz muestra que los coeficientes de confiabilidad de las escalas en ambas fuentes son altos, fluctuando entre .67 y .89. Estos valores conforman la denominada diagonal de confiabilidad.

Los valores de las correlaciones entre las escalas en su mayoría son significativos, fluctuando entre .20 y .89. En los triángulos heterorasgo-heterométodo se observaron correlaciones bajas y moderadas, con valores entre .13 y .45. En los triángulos heterorasgo-monométodo las correlaciones tienden a ser altas, donde los valores fluctúan entre .43 y .89. Las correlaciones entre las escalas del IAT son significativas y muestran valores elevados en la versión del paciente (.64 a .81) y en la versión del terapeuta (.73 a .89), evidenciándose una correlación significativa moderada entre las escalas del IAT y las del IR (.46 a .71 en el paciente y .43 a .70 en el terapeuta).

Para comparar los diferentes componentes de la matriz, se transformaron las correlaciones r de Pearson a su correspondiente coeficiente z de Fisher, para luego realizar el cálculo de los promedios. Analizando cuatro condiciones que Campbell y Fiske (1959) especifican para responder la pregunta acerca de la validez de instrumentos, tenemos que:

1. Los valores de la diagonal de validez son diferentes de cero y poseen un valor moderado (entre .19 y .44), lo que sugiere continuar estudiando la validez, y especialmente la validez convergente del instrumento.
2. El promedio de los valores en la diagonal de validez ($r=.29$), es más grande que el promedio de los valores de los triángulos heterorasgo-heterométodo ($r=.27$), cumpliéndose la segunda condición requerida para dar evidencia respecto de la validez.
3. Los valores que están representando la medición del mismo constructo con diferentes métodos (diagonal de validez) deberían ser mayores que aquellos que simplemente representan el mismo método midiendo diferentes constructos (elementos fuera de la diagonal), situación que no se cumple en este estudio, no existiendo con ello evidencia para la validez discriminante.
4. Respecto al patrón de interrelación de rasgos, éste es muy similar en los triángulos heterorasgos del bloque heterométodo y del bloque monométodo, cumpliéndose así el cuarto criterio de validez establecido por los autores de la MRMM.

Análisis Factorial

Debido a que los hallazgos muestran la existencia de altas intercorrelaciones de las escalas y con-

siderando los antecedentes empíricos, se realizó un análisis factorial de ambas versiones del IAT, a través del método de componentes principales, con un criterio de extracción de *eigenvalues* >1.0 .

En el IAT-P el análisis factorial permitió identificar un sólo factor que cumple el criterio de extracción, con un *eigenvalue* de 2.47 y que explica por sí solo el 82.5% de la varianza. En el IAT-T también se identifica un factor con *eigenvalue* >1.0 , donde el valor del *eigenvalue* es de 2.59, que explica por sí solo el 86.2% de la varianza.

En ambas versiones del IAT se observan altas cargas factoriales, haciéndose evidente una estructura factorial similar al comparar la versión del paciente y del terapeuta (ver Tabla 4).

Tabla 4

Análisis factorial de las escalas del IAT en pacientes y terapeutas: Cargas factoriales en el primer factor

| IAT | Paciente | Terapeuta |
|------------------|----------|-----------|
| Tareas | .95 | .95 |
| Vínculo | .90 | .94 |
| Metas | .88 | .89 |
| % varianza total | 82.50 | 86.20 |
| Eigenvalue | 2.47 | 2.59 |

Discusión

Respecto a la distribución porcentual de los participantes en las distintas variables demográficas, los pacientes fluctuaron entre los 18 y 62 años, siendo en su mayoría solteros y de sexo femenino. Las actividades realizadas eran variadas (estudiantes, profesionales, técnicos, trabajadores no calificados, dueñas de casa), distribuyéndose en términos socioeconómicos mayoritariamente en los estratos bajo y medio bajo.

Con relación a los terapeutas, en su mayoría eran psicólogos, de sexo femenino, que se distribuyeron en nueve enfoques de psicoterapia, donde los más representados eran la línea humanista, integrativa y sistémica.

Respecto de las dñadas, se observó un mayor número de parejas conformadas por paciente y terapeuta de sexo femenino. El número de sesión tras la cual se aplicaron los instrumentos, fluctuó entre tres y cien, observándose que más de la mitad de las dñadas se encontraban entre la tercera y décima sesión de psicoterapia.

El análisis de confiabilidad por consistencia interna muestra que las diferentes escalas en estudio presentan una adecuada confiabilidad medida a través de *alpha* de Cronbach. Las escalas del IAT presentan altas confiabilidades en ambas versiones del instrumento. En la versión del paciente los valores fluctúan entre .67 y .80, mientras que las confiabilidades en la versión del terapeuta son de .70 a .88.

Al analizar estas confiabilidades y compararlas con los estudios del WAI, se observa que los valores encontrados son similares. En la versión del paciente, el estudio piloto del WAI (Horvath, 1981, en Horvath & Greenberg, 1989) reporta confiabilidades un poco más altas, sin embargo, en la versión del terapeuta se observan valores entre .68 a .87, los que son muy parecidos a los encontrados en el presente estudio.

Idéntica situación ocurre con la versión del paciente en un estudio posterior del mismo autor (Horvath, 1981, en Horvath & Greenberg, 1989), dándose un patrón de resultado distinto para la versión del terapeuta (.82 a .88), la que mostró valores levemente superiores a los encontrados en la presente investigación.

En relación a los valores de confiabilidad al considerar el instrumento como una escala total, el valor *alpha* compuesto tiende a ser similar a los encontrados en el estudio piloto del WAI (Horvath, 1981, en Horvath & Greenberg, 1989), el que comparativamente muestra una confiabilidad levemente superior en la versión del paciente (.93) y levemente inferior en la versión del terapeuta (.87).

Al analizar las confiabilidades individuales encontradas en las tres escalas del IAT, en algunas de ellas se observa similitud con los hallazgos de los estudios del WAI. En ambas versiones del IAT las confiabilidades más altas están dadas en la escala *tareas* y *metas* (sobre .78), mientras que la escala *vínculo* presenta valores de confiabilidad más bajos (.67 y .70). En los estudios del WAI, las tres escalas muestran adecuadas confiabilidades en la versión del paciente, mientras que la escala *vínculo* en la versión del terapeuta obtiene un valor inferior (.68), que es similar al reportado en el presente estudio.

En síntesis, los datos encontrados en esta investigación sugieren que la confiabilidad del IAT es adecuada, especialmente al observar el valor *alpha* compuesto del instrumento. Las escalas individuales *metas* y *tareas* parecen satisfactorias; sin embargo, la confiabilidad de la escala *vínculo* necesita mayor soporte.

Con relación a las escalas del IR, paciente y te-

rapeuta muestran adecuadas confiabilidades (.84 a .89), las que son similares a las confiabilidades totales del IR obtenidas en el estudio 1 de Horvath (1981, en Horvath & Greenberg, 1989).

En relación con la validez de constructo convergente de ambas versiones del IAT (paciente y terapeuta), los valores obtenidos fueron menores a los reportados para el WAI por Horvath y Greenberg (1989), donde éstos fluctuaban entre .50 y .80. Llama la atención, sin embargo, que en las correlaciones paciente-terapeuta del IAT la escala *vínculo* fue la que mostró un menor índice, situación que proporcionalmente también ocurre en el estudio canadiense del WAI. En tanto, las escalas *metas* y *tareas*, pese a presentar valores moderados en el IAT, tienen entre ellas correlaciones paciente-terapeuta similares en magnitud, fenómeno que también ocurre en el estudio de Horvath y Greenberg (1989).

Cabe destacar que, aunque los valores fueron moderados al correlacionar las mismas escalas en distintos sujetos (.19 a .44), éstos son mayores que los encontrados en distintos sujetos medidos en diferentes rasgos, resultado que es esperable y apoya la validez convergente de las escalas incorporadas en el estudio.

Respecto a la validez de constructo discriminante, no se encuentra evidencia al utilizar como criterio las escalas *aprecio* y *autenticidad* de la adaptación nacional del IR. Este hallazgo puede ser entendido si se considera que aparecen altas correlaciones entre las diferentes escalas, lo que sugiere una similitud conceptual entre las dimensiones y constructos medidos. En cierta medida, estos resultados son similares a los encontrados por Horvath y Greenberg (1989), quienes reportan que la evidencia es equívoca para la escala *vínculo* y limitada para la escala *tareas*, encontrando sólo soporte para la validez discriminante de la escala *metas*.

Debido a las altas correlaciones observadas entre las escalas del IAT, es posible hablar de una interdependencia de ellas, especialmente considerando los valores de correlación entre la escala *tareas* y *metas* (*alpha* sobre .80), hallazgo que fue reportado de la misma manera por Horvath y Greenberg (1989) en relación al instrumento original. Además, se observan valores un poco menores en las correlaciones de dichas escalas con *vínculo*, las que sin embargo son significativas en el sentido clínico y estadístico.

Con relación al IR, se observan mayoritariamente correlaciones moderadas y significativas entre las escalas del IAT y las escalas *aprecio* y *autenticidad*. Los

valores más altos se obtienen en la versión del paciente al correlacionar ambas escalas del IR con *vínculo* del IAT. Esta intercorrelación también se encontró en el estudio de Salvio, Beutler, Wood y Engle (1992), quienes señalaron que estas escalas podrían estar midiendo el mismo constructo subyacente.

Teniendo en cuenta la interdependencia de las escalas y los resultados del análisis factorial realizado, existiría evidencia para plantear que el IAT mide un *factor global de alianza*, hallazgo que concuerda con los planteamientos de Tracey y Kokotovic (1989) quienes reportan que el WAI mediría en primera instancia un factor general de alianza.

El hallazgo de que el IAT mediría sólo un factor general de alianza, remonta a la discusión teórica respecto de si este constructo puede ser artificiosamente separado en dimensiones (Horvath & Greenberg, 1989). La delimitación de Gaston (1990) donde señala la existencia de cuatro aspectos independientes de la alianza, no parece estar acorde con lo encontrado en esta investigación debido a la alta interdependencia de los elementos que constituirían el constructo. El planteamiento de Bordin (1976) acerca de la alianza como una relación integrada pero con tres componentes constitutivos parece acercarse más a lo encontrado, pero cabe destacar que los resultados de este estudio permiten pensar en el concepto de alianza terapéutica como un todo difícil de operacionalizar y dividir en partes, lo que genera importantes desafíos en la medición de la alianza, especialmente en un país como el nuestro donde esta área de investigación es incipiente.

Comentarios Finales

El IAT, en su versión para paciente (IAT-P) y terapeuta (IAT-T), mostró ser un instrumento de fácil y rápida aplicación, que permite ser utilizado en tratamientos realizados desde distintos enfoques psicoterapéuticos, en diferentes motivos de consulta y fases de la terapia.

En relación a los hallazgos de esta investigación, estos permiten hablar de una adecuada confiabilidad del IAT.

Los resultados obtenidos respecto a la validez convergente entre las versiones del paciente y del terapeuta muestran que ella es moderada, sugiriéndose utilizar el instrumento de manera cuidadosa. Este hallazgo podría estar relacionado con diferentes factores asociados tanto al paciente como al terapeuta, por lo que se hace necesario continuar desarrollando investigaciones que aporten al análisis de la validez convergen-

te de este instrumento en diferentes muestras clínicas y controlando aspectos tales como falseamiento y deseabilidad social, género y nivel socioeconómico del paciente, género y experticia del terapeuta, número de la sesión en que se aplica el instrumento, tipo de tratamiento, etc.

No se encontró evidencia para la validez de constructo discriminante al utilizar como criterio dos escalas del IR. Por ser éste el primer estudio del IAT, se utilizó como criterio la adaptación nacional del mismo instrumento ocupado en la validación del WAI, con el objetivo de comparar el comportamiento de la versión nacional con la versión canadiense. Considerando los resultados, sería interesante estudiar el comportamiento del IAT si se le compara con escalas que midan constructos menos relacionados.

En relación con los resultados del análisis factorial que sugieren que el IAT mediría un solo factor general de alianza, pudiera ser de alta contribución el que futuras investigaciones se centraran en la búsqueda de evidencia que apoye o refute los diversos planteamientos existentes respecto a la dimensionalidad de la alianza terapéutica.

Con respecto a las limitaciones del estudio, es importante considerar que en él participaron díadas que se encontraban en diferentes etapas del proceso psicoterapéutico. Además, la muestra utilizada no contó con terapeutas adscritos a todos los enfoques psicoterapéuticos existentes, ni tampoco con el mismo número de terapeutas en cada enfoque representado. Es probable que los resultados de este estudio pudieran tener algún cambio si se controlaran estos factores, por lo que se invita a considerarlos en futuras investigaciones.

Referencias

- Bagladi, V., Carrasco, E. & Lira, M. (1992). *Convergencias y divergencias en psicoterapia. Integración en psicoterapia*. Santiago: Ediciones CECIDEP.
- Bordin, E. (1975, Agosto). *The working alliance: Basis for a general theory of psychotherapy*. Artículo presentado al Simposio de la American Psychological Association. Washington, D.C., Estados Unidos.
- Bordin, E. (1976). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16, 252-260.
- Bordin, E. (1980, Junio). *Of human bonds that bind or free*. Discurso presidencial en la reunión de la Society for Psychotherapy Research, Pacific Grove, CA, Estados Unidos.
- Campbell, D. & Fiske, D. (1959). Convergent and discriminant validation by the multitrait-multimethod matrix. *Psychological Bulletin*, 56, 81-105.
- Caro, I. (1993). *Psicoterapia e investigación de procesos*. Valencia: Promolibro.
- Celis, A. (1999). Proceso de adaptación del Inventario de Rela-

- ción de Ayuda de G.T. Barrett-Lennard. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 8(1), 161-169.
- Dumenci, L. (2000). Multitrait-Multimethod analysis. En H. Tinsley & S. Brown (Eds.), *Handbook of applied multivariate statistic and mathematical modeling* (pp. 583-611). San Diego: Academic Press.
- Galán, C. & Valdebenito, M. (1995). *Los perversos: La estructura de personalidad perversa y la relación terapéutica*. Tesis para optar al Título de Psicólogo y grado de Licenciado en Psicología, Universidad de Chile, Santiago, Chile.
- Gelso, C. & Carter, J. (1985). The relationship in counseling and psychotherapy: Components, consequences, and theoretical antecedents. *The Counseling Psychologist*, 13, 155-243.
- Greenson, R. (1965). The working alliance and the transference neuroses. *Psychoanalysis Quarterly*, 34, 155-181.
- Greenson, R. (1967). *Técnica y práctica del psicoanálisis*. México: Siglo Veintiuno Editores.
- Gurman, A. (1977). The patient's perception of the therapeutic relationship. En A. Gurman & A. Razin (Eds.), *Effective psychotherapy* (pp. 503-544). Nueva York: Pergamon Press.
- Hartley, D. (1985). Research on the therapeutic alliance in psychotherapy. En American Psychiatric Association (Ed.), *Psychiatry update annual review* (pp. 532-549). Washington DC: American Psychiatric Association Press.
- Horvath, A. (1995). The therapeutic relationship: From transference to alliance. In *Session: Psychotherapy*, 16, 252-260.
- Horvath, A. & Greenberg, L. (1986). The development of the Working Alliance Inventory. En L. Greenberg & W. Pinsof (Eds.), *The psychotherapeutic process: A research handbook* (pp. 529-556). Nueva York: Guilford Press.
- Horvath, A. & Greenberg, L. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Consulting Psychology*, 36(2), 223-233.
- Horvath, A. & Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(4), 561-573.
- Martín, M. F. & Delgado, M. C. (1997). *Análisis de datos y cuestionarios*. Manuscrito no publicado. Doctorado Universidad Pontificia de Salamanca, Salamanca, España.
- Mitchell, K., Bozarth, J. & Krauft, C. (1977). Reappraisal of the therapeutic effectiveness of accurate empathy, non-possessive warmth and genuineness. En A. Gurman & A. Razin (Eds.), *Effective psychotherapy: A handbook of research* (pp. 482-503). Nueva York: Pergamon Press.
- Opazo, R. (2001). *Psicoterapia integrativa. Delimitación clínica*. Santiago: Ediciones ICPSI.
- Parloff, M., Waskow, I. & Wolfe, B. (1978). Research on therapist variables in relation to process and outcome. En A. Bergin & L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 233-282). Nueva York: John Wiley & Sons.
- Pinsof, W. & Catherall, D. (1986). The integrative psychotherapy alliance: Family, couple and individual therapy scale. *Journal of Marital and Family Therapy*, 12, 137-151.
- Rogers, K. (1951). *Psicoterapia centrada en el cliente*. Buenos Aires: Paidós.
- Rogers, K. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 22, 95-1103.
- Safran, J. & Muran, C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance*. Nueva York: Guilford Press.
- Salvio, M., Beutler, L., Word, J. & Engle, D. (1992). The strength of the therapeutic alliance in three treatments for depression. *Psychotherapy Research*, 2(1), 31-36.
- Santibáñez, P. (2001). *La alianza terapéutica en psicoterapia. Traducción, adaptación y examen inicial de las propiedades psicométricas del "Working Alliance Inventory" en Chile*. Tesis para optar al grado de Magíster en Psicología, Mención Psicología Clínica, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.
- Stiles, W., Anew-Davies, R., Hardy, G., Barkham, M. & Shapiro, D. (1998). Relation of the alliance with psychotherapy outcome: Findings in the Second Sheffield Psychotherapy Project. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(5), 791-802.
- Strong, S. (1968). Counseling: An interpersonal influence process. *Journal of Counseling Psychology*, 15, 215-224.
- Tracey, T. & Kokotovic, A. (1989). Factor structure of the Working Alliance Inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1(3), 207-210.
- Venegas, P. (1993). *Conflicts socio cognitifs et changement de représentations en formation d'adultes: Une étude de cas*. Tesis de Doctorado para la obtención del título de Doctor en Psicología, Facultad de Psicología y de Ciencias de la Educación, Universidad Católica de Lovaina, Lovaina, Bélgica.
- Weinberg, G. (1996). *The heart of psychotherapy*. Nueva York: St. Martin's Griffin.
- Weinstein, X. (1999). *Variables del paciente que influyen en la alianza terapéutica*. Tesis para optar al Título de Psicólogo y grado de Licenciado en Psicología, Universidad de Chile, Santiago, Chile.
- Zetzel, E. (1956). Current concepts of transference. *International Journal of Psychoanalysis*, 37, 369-376.
- Zetzel, E. (1970). *The capacity for emotional growth*. Nueva York: International Universities Press.