

ADAPTACIÓN DE INVENTARIO DE ALIANZA DE TRABAJO EN SU VERSIÓN OBSERVADOR: WAI-O-A

ADAPTATION OF THE WORKING ALLIANCE INVENTORY IN ITS OBSERVER FORM: WAI-O-A^{1,2}

Waizmann, Vanina³; Roussos, Andrés³

RESUMEN

El objetivo del presente artículo es presentar las tareas de validación del Inventario de Alianza de Trabajo en su Versión Observador para una muestra de pacientes y terapeutas de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Para ello se detallan las diferentes tareas realizadas a fin de obtener datos sobre los distintos tipos de validez (teórica o estructural, concurrencia y de constructo) involucrados en el proceso general de validación.

Se presentan los resultados estadísticos asociados al estudio de la validez de constructo.

Palabras clave:

WAI-O-A - Inventario de Alianza de Trabajo - Versión Observador - Adaptación

ABSTRACT

The aim of the present paper is to present the tasks for the validation of the Working Alliance Inventory in its Observer Form, in a sample of patients and psychotherapists of Buenos Aires. The different tasks made in order to obtain the data about the different types of validity (theoretical or structural, concurrent and construct) involved in the general validation process are detailed.

Statistical results related to the study of construct validity are presented.

Key words:

WAI-O-A - Working Alliance Inventory - Observer Form - Adaptation

¹El presente trabajo se enmarca dentro del proyecto UBACyT P2002009100041 titulado: "Evaluación de condiciones moderadoras y mediadoras de la alianza terapéutica. Un estudio naturalístico sobre efectividad en psicoterapia breve cognitivo-integracionista", programación 2010-2012.

²Queremos expresar nuestro agradecimiento al Lic. Santiago Juan, a Juan Martín Gómez Penedo y a todo el equipo de investigación perteneciente al presente UBACyT, por la colaboración en la preparación de este trabajo.

³Investigadores CONICET, Universidad de Buenos Aires. E-mail de contacto: vaninawa@gmail.com

Antecedentes sobre la Alianza Terapéutica y definición conceptual

Freud (1912), en su trabajo *Sobre la dinámica de la transferencia*, subrayó la importancia de la camaradería y el afecto entre el terapeuta y el paciente en la terapia, siendo, en este sentido, el primero en hablar de la importancia de esta interacción en los tratamientos. El psicólogo vienés Richard Sterba, por su parte, suele ser reconocido como un importante propulsor del concepto de la Alianza Terapéutica en el ámbito del psicoanálisis. Dicho autor subrayó que una identificación positiva con el terapeuta puede a veces motivar al paciente a trabajar hacia el cumplimiento de las tareas terapéuticas. Sterba (1934) postuló que el analista y el paciente se unían en contra de los síntomas de este último, en un "pacto" basado en la libre exploración por parte del paciente y en la discreción y comprensión competente por parte del terapeuta. Si bien estos aportes pueden tomarse como precursores importantes del concepto de Alianza Terapéutica, por lo general se considera que Zetzel, en 1956, fue quien utiliza por primera vez el término de Alianza Terapéutica, al distinguir los aspectos "reales" de la relación entre en paciente y el terapeuta de los aspectos "transferenciales" de la misma (Zetzel, 1956).

Greenson (1976) diferenció la *Alianza de trabajo* de la *Alianza Terapéutica*, al definir a la primera como la habilidad del paciente de incorporar las tareas del tratamiento, y, a la segunda, como la capacidad tanto de paciente como terapeuta de formar un vínculo personal.

Por su parte, Luborsky (Luborsky et al., 1988) sugirió que la Alianza entre paciente y terapeuta se produce en dos fases. En la primera, una Alianza de tipo 1, que representa la percepción que el paciente tiene del terapeuta, como de una persona que le ayuda y le ofrece apoyo, y en segundo lugar, una Alianza de tipo 2, que corresponde a la experiencia del paciente de trabajar conjuntamente con el terapeuta para superar las dificultades.

En los años 70, el concepto de Alianza se trasladó de sus raíces psicodinámicas a otros marcos teóricos, dados los elementos relacionales compartidos por todas las terapéuticas.

Es en 1979 que Bordin realiza una definición transteórica del concepto de Alianza Terapéutica, a partir de tres componentes: 1) el acuerdo entre paciente y terapeuta en las metas del tratamiento; 2) el acuerdo entre paciente y terapeuta en las tareas del mismo, y 3) la calidad emocional del vínculo entre los participantes (Bordin, 1979, 1994). Esta definición fue luego elaborada más detalladamente por Gaston (1990, citado en Crits-Christoph y Connolly Gibbons, 2003), quien sugirió que la Alianza es un constructo multidimensional constituido por cuatro elementos relativamente independientes: 1) la capacidad del paciente de trabajar en la terapia con un propósito, 2) el lazo afectivo del paciente con el terapeuta, 3) la involucración y entendimiento empático del terapeuta, y 4) el acuerdo entre paciente y terapeuta respecto de las metas y tareas del tratamiento. Sin embargo, la definición realizada por Bordin es tomada, actualmente, como una de las más aceptadas y compartidas del concepto de Alianza, ya que atraviesa todos los

marcos teóricos y es empleada como base para la construcción de una gran cantidad de escalas que existen en la actualidad para medir dicho constructo.

Tal vez el resultado de las investigaciones sobre la Alianza terapéutica, más conocido y estudiado, es aquel que la considera la variable que mejor predice el resultado que tendrá un proceso de psicoterapia (Crits-Christoph y Gibbons, 2003, Summers y Barber, 2003, Horvath, 2005, Norcross, 2006). ¿Pero cuál es la naturaleza de este predictor de los resultados terapéuticos?

A partir de la conceptualización de Bordin (1979, 1994), se puede definir a la Alianza Terapéutica como a una función en la cual terapeuta y paciente colaboran mutuamente, tanto en tareas, como en las metas y el vínculo. Este autor entiende, entonces, a la Alianza entre terapeuta y paciente, como una relación formada por dos dimensiones: una relacional o general, formada por el vínculo que se establece entre paciente y terapeuta; y otra técnica o específica, formada por las tareas y las metas de la terapia. Estas dimensiones resultan complementarias entre sí, de modo que la correcta combinación de ambas es lo que produce una buena Alianza Terapéutica (Feixas y Miró, 1993).

Safran y Segal (1994), por su parte, plantean que la Alianza Terapéutica no es una entidad estática e inmutable, sino un aspecto fluctuante y dinámico en el que incide continuamente la percepción por parte del paciente del significado de los actos del terapeuta.

De este modo, se considera que la Alianza Terapéutica es una construcción conjunta entre paciente y terapeuta, de modo que las expectativas, las opiniones, las construcciones que ambos van desarrollando respecto al trabajo que están realizando, la relación establecida y la visión del otro, resultan relevantes para su desarrollo (Corbella y Botella, 2003).

El objetivo del presente artículo es presentar las tareas de validación del Inventario de Alianza de Trabajo en su Versión Observador para una muestra de pacientes y terapeutas de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, acorde a los estándares internacionales de validación de técnicas psicológicas (American Educational Research Association, American Psychological Association, & National Council on Measurements in Education, 1999).

La medición de la Alianza Terapéutica

La relevancia de la Alianza Terapéutica ha despertado el interés por la construcción de instrumentos que posibiliten su evaluación. En la actualidad existen más de 20 medidas diferentes de la Alianza. Corbella y Botella (2003), en un trabajo de sistematización exhaustivo de las mismas, mencionan las siguientes:

- *California Psychotherapy Alliance Scales (CALPAS/ CALTRAS*; Gaston y Ring, 1992; Marmar, Weiss y Gaston, 1989)
- *Penn Helping Alliance Scales Penn/HAQ/HAc/Har* (Alexander y Luborsky, 1986, 1987)
- *Helping Alliance Questionnaire II (HAQ-II*; Luborsky et al., 1996)
- *Integrative Psychotherapeutic Alliance (IPAS, EAPI*;

- Pinsof y Catherall, 1986).
- *Therapeutic Alliance Scale* (TAS; Marziali, 1984)
- *Vanderbilt Therapeutic Alliance Scale* (VPPS/VTAS; Hartley y Strupp, 1983)
- *Working Alliance Inventory* (WAI; Horvath, 1981, 1982). Su adaptación en Argentina (WAI-O-A, Waizmann y Roussos, en preparación).
- Sistema de Observación de la Alianza Terapéutica en Intervención Familiar (SOATIF-o) (Escudero y Friedlander et al., fecha de acceso, 25 de abril de 2007).

Asimismo, existen adaptaciones de estos instrumentos a otros países e idiomas. Un ejemplo es el del WAI, al español. Encontramos la adaptación chilena de las versiones para el paciente y terapeuta (I.A.T., Inventario de Alianza de trabajo; Santibáñez, 2003), una versión observador (Vohringer, Pérez, Altimir, Martínez, y Dagnino, en preparación), la española (Andrade, en preparación), la argentina de las versiones del terapeuta, del paciente y del observador (Waizmann y Roussos, en preparación) y una de Texas, EE. UU. (Horvath, comunicación personal).

A su vez, algunos de estos instrumentos poseen distintas versiones. Existen versiones abreviadas de los mismos, y hasta ampliaciones de versiones abreviadas. Un ejemplo de ello es el Inventario de Alianza Terapéutica y Teoría del Cambio (WATOCI, Corbella y Botella, 2004), que consta de un total de 17 ítems (cinco más que la versión reducida pero 19 menos que la versión original del WAI). Este instrumento agrega a las tres dimensiones de la Alianza propuestas por Bordin, una cuarta acerca de la teoría del cambio. Resulta necesario aclarar que estas escalas no miden exactamente lo mismo que aquellas en las cuales se inspiran, sino que evalúan sólo algunos aspectos del mismo constructo.

En cuanto a su origen teórico, la mayoría de estos instrumentos emergen del marco psicodinámico, pero están basados en concepciones teóricas diferentes. Corbella y Botella plantean que la escala Penn se ve influida por el trabajo de Luborsky, mientras que el WAI y el EAPI están basados en la noción de Alianza Terapéutica propuesta por Bordin. La VPPS también recoge aspectos relacionados con la concepción psicodinámica, pero se ve influida, a su vez, por los aportes de Strupp y por lo tanto contiene contribuciones eclécticas. El WAI y el EAPI están basados en el trabajo de Bordin sobre la Alianza Terapéutica (Horvath y Greenberg, 1989). Las escalas CALPAS y TAS están influidas por la concepción psicodinámica y la propuesta por Bordin (Gaston y Ring, 1992, citados en Corbella y Botella, 2003).

Ha habido estudios comparativos de diferentes escalas de Alianza Terapéutica (Tichenor y Hill, 1999) de versiones abreviadas y de validaciones a otros idiomas de versiones completas y abreviadas, encontrándose confiabilidad en las mismas y el mantenimiento de la validez del constructo.

Inventario de Alianza de Trabajo en su versión observador, en su adaptación en Argentina

No se ha podido encontrar ninguna escala de Alianza

terapéutica validada en Argentina. Anteriormente en el equipo de investigación dirigido por el Dr. Roussos, se había trabajado con la versión en español del Inventario de Alianza Terapéutica y Teoría de Cambio (WATOCI, Duncan y Miller, 1999, en su versión en español realizada por Corbella y Botella, 2004 ; García Rizzo, 2007). También se había realizado un pequeño estudio piloto con una versión en español del HRQ (Helping Relational Questionnaire, de Alexander y Luborsky, 1984, en su versión en español realizada por Ávila Espada, 1991).

El WATOCI y el HRQ no eran instrumentos que permitían observar variabilidad en la alianza entre sesiones y casos), para el presente trabajo se ha debido recurrir al cumplimiento de un objetivo secundario: el de adaptar una medida de Alianza Terapéutica.

El Working Alliance Inventory (WAI, Horvath, 1989) es una escala de medición de la Alianza Terapéutica. Horvath, para la creación del Working Alliance Inventory, toma la definición transteórica de Alianza realizada por Bordin (1976). Bordin claramente define la Alianza como una relación integrada, que a su vez se compone de tres factores: El acuerdo en tareas; el acuerdo en metas, y el vínculo positivo entre paciente y terapeuta. Tomando la versión original, y versiones validadas en Chile y en proceso de validación en España, hemos desarrollado una adaptación de la escala en su versión observador, al español (WAI-O-A, Waizmann y Roussos, en preparación). Parte del proceso de validación está plasmado en la tesis de grado de Serrano (2010).

MÉTODOS

Muestra

La muestra utilizada para la realización de este estudio fue facilitada por el equipo de investigación en psicología clínica, dirigido por el Dr. Andrés Roussos.

Para la confección de dicha muestra el equipo contactó a psicoterapeutas que estuviesen dispuestos a grabar sesiones clínicas con uno o más de sus pacientes. Una vez contactados estos profesionales, se prosiguió a entrenarlos en la tarea de las audiograbaciones. Una vez que tanto paciente como terapeuta completaron un consentimiento informado, se procedió con la grabación de las sesiones. Este consentimiento enuncia que ellos comprenden y acuerdan con la participación en un proyecto de investigación que implica que las sesiones están siendo grabadas, y que han de ser analizadas. Se les explicó también que si los pacientes no se sentían cómodos con las grabaciones, podían arrepentirse y se dejaría de grabar, sin perjuicio del tratamiento que reciben. De todas formas, en caso de publicar extractos de las sesiones, los nombres y otros datos que vuelvan reconocible al paciente o al terapeuta serán cambiados con el fin de mantener la confidencialidad de los mismos. Los terapeutas contactados trabajaron desde su propia orientación teórica, siendo estas, cognitiva o psicoanalítica. Los consentimientos informados se encuentran archivados bajo la supervisión del Dr. Roussos, director del proyecto de investigación.

En esta primera adaptación piloto del instrumento se uti-

lizaron 65 sesiones de pacientes pertenecientes a las 8 diadas paciente-terapeuta de los marcos teóricos psicoanalítico y cognitivo. Cada sesión administrada fue evaluada por 2 o 3 de los jueces entrenados.

Materiales

- WAI-O-A (Working Alliance Inventory - Observador Argentina), descrito anteriormente (ver Anexo 1).
- Sesiones audio-grabadas y transcripciones

Para la grabación en audio de las sesiones terapéuticas utilizadas se han usado diversos formatos de grabación, entre ellos cassette, mini-discs, y grabaciones digitales almacenadas en memorias SD.

Una vez conseguido el material audio-grabado, el equipo entrenó a investigadores en la tarea de la transcripción escrita de las sesiones. Todas las sesiones debieron ser transcritas en un formato estandarizado, siguiendo un protocolo riguroso que abarca tanto cuestiones prácticas como éticas de esta tarea en particular.

Procedimientos

Para la adaptación, se tomaron el Working Alliance Inventory (Horvath y Greenberg, 1989) y sus respectivas versiones traducidas al español, con el fin de llegar a nuestra propia traducción. El Working Alliance Inventory cuenta con 36 ítems, 12 para la sub-escala de metas, 12 para la sub-escala de tareas y 12 para la sub-escala de vínculo. La traducción se realizó con el cuidado necesario para no dañar la distribución de los ítems en este esquema, ya que dicha distribución es la base del Working Alliance Inventory.

Una vez terminada la traducción, se pasó a entrenar a jueces para poder administrar el inventario (se entrenaron con sesiones no pertenecientes a la muestra utilizada para el presente proyecto). Esta capacitación se realizó hasta que todos los jueces consiguieron un acuerdo (ICC - correlación intra clase) mayor a 0.9. El entrenamiento de jueces, a su vez, llevó a la corrección en la traducción de ciertos ítems. Estos ítems resultaban ambiguos, lo cual llevaba a grandes confusiones en los puntajes de dichos ítems por parte de los jueces. Cada sesión de las 65 de la muestra fue evaluada por 2 o 3 de los jueces entrenados.

Este último paso proporcionó los grados de acuerdo con el ICC. Una vez terminada la administración del inventario, con los datos obtenidos, se prosiguió a analizar los resultados. La consistencia interna de las escalas del instrumento se calculó mediante el coeficiente alfa de Cronbach. Se evaluaron los datos mediante el método de cargas factoriales por rotaciones ortogonal (Promax) y oblicua (Varimax).

Tareas para cada tipo de validez

Validez teórica o estructural

La validez estructural se refiere a la configuración interna del test, y su dimensionalidad. Para realizar este tipo de validez se recurrió a especialistas bilingües. Dichos especialistas realizaron una traducción cruzada de la escala; primero del inglés al español, y luego nuevamente al inglés.

Validez por concurrencia

La posibilidad de evaluar la técnica a través de un estudio de validez por concurrencia, se vio obstaculizada por el hecho de no contar con otra escala validada en Argentina que mida Alianza Terapéutica. Si bien, distintas validaciones utilizan técnicas que evalúan constructos asociados, en este caso, se decidió no realizar comparaciones con técnicas ajenas a la Alianza Terapéutica, debido al hecho de no contar con estudios locales que asociasen de forma satisfactoria la alianza con otros factores.

Validez de constructo

Este tipo de validez estudia hasta qué punto cierto instrumento mide un rasgo o característica específica (que se desee medir), y qué tan eficaz es al hacerlo (Ruiz Bolívar, 2006).

Para evaluar la validez de constructo se llevó a cabo un análisis factorial. Este tipo de análisis intenta identificar aquellos factores que puedan explicar la configuración de las correlaciones dentro de un conjunto de variables observadas.

Resultados

A continuación se presentan los resultados de los análisis factoriales.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Los resultados obtenidos a partir de los análisis factoriales Promax y Varimax muestran que cada ítem está asociado al puntaje global y a la sub-escala a la que pertenece. Sin embargo, no se encontró una independencia entre las distintas sub-escalas; es decir que las sub-escalas se mueven de forma interdependiente debido a que las mismas se superponen. Esta misma observación fue hecha por Horvath y Greenberg en 1989, en la versión inglesa. Respecto a la validez factorial de constructo de la versión argentina de la escala, la estructura factorial se evaluó mediante el método de cargas factoriales por rotaciones ortogonal (promax) y oblicua (varimax), con una solución factorial de cuatro factores. La solución factorial elegida finalmente fue la Varimax por presentar un mejor ajuste (ver Tabla 1).

Como se puede ver en la Tabla 1, se graficaron los pesos de los primeros cuatro factores. En el primer factor, conformado por 13 ítems, puede verse que predominan los ítems pertenecientes a la sub-escala de vínculo; se observan 9 de los 12 ítems pertenecientes a dicha sub-escala. En el segundo factor, compuesto por 7 ítems, predomina la sub-escala de las tareas; aunque esa predominancia no es tan marcada como en el primer factor. Ya en el tercer y cuarto factor, la cantidad de ítems por factor disminuye, no pudiéndose asociar con la sub-escala de metas. Este análisis vuelve a mostrar la interdependencia de las que hablan Horvath y Greenberg (1989) mencionada previamente.

CONCLUSIÓN Y DISCUSIÓN

En el presente estudio se ha realizado una adaptación

piloto al español del Inventario de Alianza de Trabajo en su versión Observador. Como se ha mencionado previamente, el análisis factorial demuestra que los 36 ítems de la escala responden al puntaje global del test.

Los valores de las asociaciones entre las tres subescalas y la escala completa han sido muy elevados, señalando que, los tres componentes de la escala, se asocian de manera robusta con el concepto de alianza terapéutica considerado de forma completa, aunque a su vez se superponen. Por esta razón, dichos resultados apoyan la postura de utilizar la puntuación total en la escala, y como correlato el uso de las tres sub escalas parciales.

No fue posible discriminar, a partir del análisis factorial, los 12 ítems que corresponden a cada una de las 3 sub-escalas; sino que dichas escalas parecerían variar de forma interdependiente respondiendo efectivamente al puntaje global del test en cuestión. Estos resultados podrían ser considerados una limitación en relación a la consistencia entre las sub-escalas del instrumento y los factores identificados.

Horvath y Greenberg (1989) observaron este mismo fenómeno en la escala original del Working Alliance Inventory, con lo cual se podría pensar que la validez de constructo realizada a partir de este análisis factorial se corresponde con la validez presentada por el Working Alliance Inventory (Horvath y Greenberg (1989). Santibañez-Fernandez (2003) encontró también una interdependencia entre las 3 sub-escalas del WAI y su efectiva correspondencia con respecto al puntaje global del test.

Una de las cuestiones que debe ser tenida en cuenta en relación con esta adaptación, es que la misma es una adaptación contextual en Argentina. Es necesario que otros grupos trabajen también en otras adaptaciones al idioma español. Carlos Vohringer, (Chile) se encuentra trabajando en una adaptación diferente de la versión observador del Working Alliance Inventory.

La posibilidad de medición de la Alianza Terapéutica contribuirá a la potencial investigación de dicho factor en relación con otros ingredientes del proceso terapéutico, y, en una posterior instancia, con la eficacia del mismo.

Tabla 1

Tabla 2
Resumen de los ítems y el peso de los factores con una rotación ortogonal varimax

Items*	Sub-escalas	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4
17- El cliente es conciente de la genuina preocupación del terapeuta por su bienestar.	Vínculo	,862	,186	-,049	,111
27- El cliente y el terapeuta tienen ideas diferentes acerca de cuáles son los verdaderos problemas del cliente.	Metas	-,830	,000	,110	,059
5- Hay buen entendimiento entre cliente y terapeuta	Vínculo	,796	,253	-,004	-,099
1- Hay cierto disconfort en la relación.	Vínculo	-,793	-,267	,090	,018
20- El cliente siente que el terapeuta <u>no</u> es totalmente honesto en sus sentimientos hacia él/ella.	Vínculo	-,778	,000	-,117	,299
10- Hay <u>desacuerdo</u> en cuanto a las metas de la sesión.	Metas	-,760	-,166	,046	,274
8- El cliente y el terapeuta se agradan mutuamente.	Vínculo	,759	,198	,009	,095
9- Hay necesidad de clarificar el propósito de las sesiones.	Metas	-,709	-,171	-,031	,328
21- El cliente tiene confianza en la habilidad del terapeuta para ayudarlo.	Vínculo	,694	,019	-,046	-,390
23- El cliente siente que el terapeuta lo aprecia como persona.	Vínculo	,673	,255	-,073	,164
36- El cliente siente que el terapeuta lo respeta y se preocupa por él, incluso cuando hace cosas que el terapeuta no aprueba.	Vínculo	,592	,264	-,428	-,292
22- El cliente y el terapeuta se encuentran trabajando en metas mutuamente acordadas.	Metas	,543	,244	,044	-,121
19- El cliente y el terapeuta se respetan mutuamente.	Vínculo	,502	-,202	-,077	-,201
6- Hay una percepción compartida sobre las metas del cliente en la terapia.	Metas	,230	,815	,091	-,050
13- Existe un acuerdo sobre las responsabilidades del cliente en la terapia.	Tareas	,020	,788	-,080	-,151
4- Hay acuerdo sobre la utilidad de la actividad actual en la terapia (ej.: el cliente está viendo nuevas maneras de observar su problema)	Tareas	,311	,754	-,190	,004
16- Hay acuerdo entre paciente y terapeuta en que lo que están realizando en la terapia será de ayuda para que el cliente logre los cambios que quiere.	Tareas	,190	,579	-,293	-,161
11- Se percibe que el tiempo de la terapia no es aprovechado de manera eficiente.	Tareas	-,223	-,497	-,098	-,027
14- Hay una percepción mutua de que las metas de la sesión son importantes para el cliente.	Metas	,457	,482	,170	-,092
2- Hay acuerdo en relación a los pasos realizados para mejorar la situación del cliente.	Tareas	,384	,474	-,406	-,050
29- El cliente teme que si dice o hace cosas incorrectas, el terapeuta dejará de trabajar con él/ella.	Vínculo	-,008	,031	,883	,067
15- Se percibe que lo que el cliente y el terapeuta están haciendo en la terapia <u>no</u> se relaciona con las preocupaciones actuales del cliente.	Tareas	,090	-,144	,746	-,036
24- Hay acuerdo en lo que es importante que trabaje el cliente.	Tareas	,404	,168	-,427	,035
34- El cliente <u>no</u> sabe qué esperar como resultado de la psicoterapia.	Metas	-,120	-,194	-,058	,828
33- El cliente <u>no</u> encuentra el sentido del proceso terapéutico.	Tareas	-,186	,007	,218	,814

*Se presentan los primeros 25 ítems que representan el 54% del peso de los factores

Anexo 1: WAI-O-A

Nombres clave del paciente y terapeuta:.....

Fecha de la sesión analizada:.....

Inventario de Alianza de Trabajo - A

Forma Observador

Instrucciones

En las siguientes páginas se plantean una serie de afirmaciones que describen algunas de las diferentes maneras en que la díada terapeuta/cliente puede interactuar en la terapia. Si hay una afirmación que describe la manera en que usted siempre (consistentemente) percibe la díada marque un círculo en el número 7; si nunca aplica a la díada marque un círculo en el número 1. Utilice los números intermedios para describir las variaciones entre estos extremos.

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

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Rara vez	Ocasionalmente	A veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre

Este cuestionario es CONFIDENCIAL.

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

Gracias por su cooperación.

W.A.I.: A. Horvath, 1981, 1984.
Versiones utilizadas para la realización: Adaptación chilena del I.A.T. (Santibañez, 2000),
y española (Andrade, en preparación)
Adaptación en Argentina: Waizmann y Roussos

Puntajes: T: ----- M: ----- V: -----

1- Hay cierto disconfort en la relación.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Rara vez	Ocasionalmente	A veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre
2- Hay acuerdo en relación a los pasos realizados para mejorar la situación del cliente.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Rara vez	Ocasionalmente	A veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre
3- Hay preocupación con relación al resultado de las sesiones.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Rara vez	Ocasionalmente	A veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre
4- Hay acuerdo sobre la utilidad de la actividad actual en la terapia (ej.: el cliente está viendo nuevas maneras de observar su problema).						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Rara vez	Ocasionalmente	A veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre
5- Hay buen entendimiento entre cliente y terapeuta.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Rara vez	Ocasionalmente	A veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre
6- Hay una percepción compartida sobre las metas del cliente en la terapia.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Rara vez	Ocasionalmente	A veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre
7- Se presenta cierta <u>confusión</u> entre el cliente y el terapeuta sobre lo que están haciendo en la terapia.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Rara vez	Ocasionalmente	A veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre
8- El cliente y el terapeuta se agradan mutuamente.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Rara vez	Ocasionalmente	A veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre
9- Hay necesidad de clarificar el propósito de las sesiones.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Rara vez	Ocasionalmente	A veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre
10- Hay <u>desacuerdo</u> en cuanto a las metas de la sesión.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Rara vez	Ocasionalmente	A veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre
11- Se percibe que el tiempo de la terapia no es aprovechado de manera eficiente.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Rara vez	Ocasionalmente	A veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre
12- Se presentan dudas o falta de entendimiento sobre lo que los participantes intentan lograr en la terapia.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Rara vez	Ocasionalmente	A veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre
13- Existe un acuerdo sobre las responsabilidades del cliente en la terapia.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Rara vez	Ocasionalmente	A veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre
14- Hay una percepción mutua de que las metas de la sesión son importantes para el cliente.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Rara vez	Ocasionalmente	A veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre
15- Se percibe que lo que el cliente y el terapeuta están haciendo en la terapia <u>no</u> se relaciona con las preocupaciones actuales del cliente.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Rara vez	Ocasionalmente	A veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre
16- Hay acuerdo entre paciente y terapeuta en que lo que están realizando en la terapia será de ayuda para que el cliente logre los cambios que quiere.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Rara vez	Ocasionalmente	A veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre
17- El cliente es conciente de la genuina preocupación del terapeuta por su bienestar.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Rara vez	Ocasionalmente	A veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre
18- Hay claridad en lo que el terapeuta quiere que haga el cliente.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Rara vez	Ocasionalmente	A veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre

19-El cliente y el terapeuta se respetan mutuamente.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Rara vez	Ocasionalmente	A veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre
20- El cliente siente que el terapeuta <u>no</u> es totalmente honesto en sus sentimientos hacia él/ella.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Rara vez	Ocasionalmente	A veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre
21- El cliente tiene confianza en la habilidad del terapeuta para ayudarlo.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Rara vez	Ocasionalmente	A veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre
22- El cliente y el terapeuta se encuentran trabajando en metas mutuamente acordadas.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Rara vez	Ocasionalmente	A veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre
23- El cliente siente que el terapeuta lo aprecia como persona.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Rara vez	Ocasionalmente	A veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre
24- Hay acuerdo en lo que es importante que trabaje el cliente.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Rara vez	Ocasionalmente	A veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre
25- Como resultado de estas sesiones hay claridad sobre cómo es posible que cambie el cliente.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Rara vez	Ocasionalmente	A veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre
26- Hay confianza mutua entre el cliente y el terapeuta.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Rara vez	Ocasionalmente	A veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre
27- El cliente y el terapeuta tienen ideas diferentes acerca de cuáles son los verdaderos problemas del cliente.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Rara vez	Ocasionalmente	A veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre
28- Tanto el cliente como el terapeuta ven a su relación como algo importante para el cliente.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Rara vez	Ocasionalmente	A veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre
29- El cliente teme que si dice o hace cosas incorrectas, el terapeuta dejará de trabajar con él/ella.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Rara vez	Ocasionalmente	A veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre
30- Tanto el cliente como el terapeuta colaboraron en establecer las metas para la sesión.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Rara vez	Ocasionalmente	A veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre
31- El cliente está frustrado con lo que se le pide que haga en la terapia.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Rara vez	Ocasionalmente	A veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre
32- El cliente y el terapeuta han establecido un buen entendimiento de los cambios que serían buenos para el cliente.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Rara vez	Ocasionalmente	A veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre
33- El cliente <u>no</u> encuentra el sentido del proceso terapéutico.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Rara vez	Ocasionalmente	A veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre
34-El cliente <u>no</u> sabe qué esperar como resultado de la psicoterapia.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Rara vez	Ocasionalmente	A veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre
35- El cliente cree que la manera en que se está trabajando con su problema es correcta.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Rara vez	Ocasionalmente	A veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre
36-El cliente siente que el terapeuta lo respeta y se preocupa por él incluso cuando hace cosas que el terapeuta no aprueba.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Rara vez	Ocasionalmente	A veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Educational Research Association, American Psychological Association, & National Council on Measurements in Education. (1999). Ch 9: Testing individuals of diverse linguistic backgrounds. *Standards for education and psychological testing*. (pp. 91-97). Washington D.C.: American Educational Research Association.
- Ávila Espada, A. (1991) Versión castellana del HRQ, en Poch y Ávila Espada. *Investigación en Psicoterapia. La contribución psicoanalítica*, 127-128. Paidós, Buenos Aires
- Bordin, E.S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. American Psychological Association, Vol. 16, No. 3.
- Bordin, E. S. (1994). Theory and Research on the Therapeutic Working Alliance: New Directions. En A. Horvath y L. Greenberg. *The Working Alliance. Theory, Research and Practice*. New York. John Wiley and Sons.
- Corbella, S. y Botella, L. (2003). La Alianza Terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de Psicología*, 19 (2), 205-221.
- Corbella, S. y Botella, L. (2004). Psychometric Properties of the Spanish Version of The Working Alliance Theory of Change Inventory (WATOCI). *Psicothema*. 16 (4), 702-705.
- Crits-Christoph, P., y Connolly Gibbons, M.B. (2003) Research developments on the therapeutic alliance in psychodynamic psychotherapy. *Psychoanalytic Inquiry*, 23 , 332-349.
- Escudero, V. y Friedlander, M. El Sistema de Observación de la Alianza Terapéutica en Intervención Familiar (SOATIF): Desarrollo trans-cultural, fiabilidad, y aplicaciones del instrumento. [En red]. Disponible en: <http://www.redsistemica.com.ar/escudero2.htm> (fecha de acceso 25 abril 2007).
- Feixas, G. y Miró, M. T. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia: Una introducción a los tratamientos psicológicos*. Barcelona: Paidós.
- Freud, S. (1912). *Obras completas. Sobre la dinámica de la transferencia* (Vol. 12). Buenos Aires: Amorrortu.
- García Rizzo, C. (2007). *Estudio piloto sobre el vínculo entre el Estilo Personal del Terapeuta, la Alianza Terapéutica y las características psicopatológicas del paciente*. Tesina de Grado. Buenos Aires. Universidad de Belgrano.
- Greenson, R. R. (1976). *Técnica y práctica del psicoanálisis*. México, D. F.: Siglo Veintiuno.
- Horvath, A. O. (2005). The therapeutic relationship: Research and theory. An introduction to the special issue. *Journal of the Society for Psychotherapy Research*, 15, 1-2, 9-24.
- Horvath, A. O. y Greenberg, L.S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36, 223-233.
- Luborsky, L., Barber, J.P., Siqueland, L., Johnson S. et al. (1996). The revised Helping Alliance questionnaire (HAQ-II): Psychometric properties. *Journal of Psychotherapy Practice & Research*, Vol 5(3), pp. 260-271.
- Luborsky, L., Crits-Christoph, P., Mintz, J. y Auerbach, A. (1988). *Who will benefit from psychotherapy? Predicting therapeutic outcomes*. New York: Basic Books.
- Marmar, C. R., Weiss, D. S. y Gaston, L. (1989). Towards the validation of the California therapeutic alliance rating system. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1, 46-52.
- Norcross (2006). Taller Clínico Internacional "Relaciones Psicoterapéuticas que Funcionan". Taller presentado en la Universidad Adolfo Ibáñez. Chile.
- Safran, J.D. y Segal, Z.V. (1994). *El proceso interpersonal en la terapia cognitiva*. Buenos Aires: Paidós.
- Santibáñez, P. (2003). La Alianza Terapéutica en psicoterapia: el "Inventario de Alianza de trabajo" en Chile [Versión electrónica]. *Revista Psykhe*, 1 (12). [En red]. Disponible en: <http://www.ocenet.oceano.com/Salud/viewSimple.do>
- Serrano, S. (2010). *Estudio piloto para la validación del Inventario de Alianza Terapéutica - Versión Observador*. Tesina de Grado. Buenos Aires. Universidad de Belgrano.
- Sterba, R. (1934). The fate of the ego in analytic therapy. *International Journal of Psychoanalysis*, 115, 117-126
- Summers, R. F. y Barber, J. P. (2003). Therapeutic Alliance as a Measurable Psychotherapy Skill. *Academic Psychiatry*, 27:3.
- Tichenor, V. y Hill, C.E. (1989). Comparison of six measures of working alliance. *Psychotherapy*, Vol. 26, Number 2, 195-199.
- Zetzel, E. R. (1956). Current concepts of transference. *International Journal of Psycho-Analysis*, 37, 369-375.

Fecha de recepción: 30 de marzo de 2011

Fecha de aceptación: 4 de octubre de 2011