

Universidad de Palermo
Facultad de Ciencias Sociales
Licenciatura en Psicología

Trabajo Final Integrador

**Alianza Terapéutica en niños/ adolescentes y Estilo Personal del Terapeuta:
Validación de la Escala de Alianza Terapéutica para Niños y Adolescentes revisada
(TASC-r)**

TUTORA: Dra. Gabriela Ramos Mejía

Fiorito, María Paula

Legajo 94.976

Índice

1. Introducción	4
2. Objetivo General	5
2.1. Objetivos Específicos	5
3. Hipótesis	5
4. Marco Teórico	5
4.1. Alianza Terapéutica	5
4.1.1. Historia del concepto de Alianza terapéutica.	5
4.1.2. Alianza Terapéutica en niños y adolescentes	7
4.2. Instrumentos de medición de alianza terapéutica	8
4.2.1. Adaptación de test	9
4.2.2. Validación de test	11
4.3. Cambio terapéutico	15
4.3.1 Alianza y Factores Comunes	15
4.3.2 Un modelo Teórico: Relación terapéutica y factores comunes en psicoterapia infantil	15
4.3.3 Modelo teórico de cambio terapéutico	17
4.3.4 Asociación entre alianza y cambio	19
4.3.5 Características del terapeuta asociadas al cambio	21
4.4. El estilo personal del terapeuta	23
4.4.1. Conceptualización	23
4.4.2. Líneas de investigación a partir de ETP	25
4.5. Alianza y El estilo personal del terapeuta	26
5. Metodología	28
5.1. Tipo de Estudio	28
5.2. Tipo de Diseño	28
5.3. Muestra	28
5.4. Instrumentos de Medición	29
5.4.1. Cuestionario de evaluación del Estilo Personal del Terapeuta (EPTC)	29
5.4.2. Escala de alianza terapéutica en niños revisada (TASC-r)	30
5.4.3. Escala de alianza terapéutica versión para terapeuta (TAST)	30
5.4.4. Cuestionario para jueces expertos sobre la traducción del TASC-r.	30
5.4.5. Cuestionario Socio-demográfico y profesional de los psicoterapeutas.	30
6. Procedimiento	30
7. Análisis de datos	31
8. Desarrollo	31
8.1. Equivalencia semántica y funcional	32

8.2. Validación del TASCr adaptado	32
8.2.1. Validez de contenido	33
8.2.2. Validez de constructo	33
8.2.2.1. Análisis factorial exploratorio	33
8.2.2.2. Análisis factorial confirmatorio.	36
8.2.3. Validez de criterio. Acuerdo entre informantes y puntajes promedio de alianza 38	
8.2.4. Confiabilidad	41
8.2.5. Resumen del análisis de la validación de los resultados obtenidos por el TASCr 42	
8.3. Asociación entre el Estilo Personal del Terapeuta y la Alianza Terapéutica ..	43
9. Conclusiones	45
Anexos	57
Anexo A. EPT-C Cuestionario de evaluación del Estilo Personal del Terapeuta	57
Anexo B. TASC-r	59
Anexo C. TAST	61
Anexo D. Juicio experto	63
Anexo E. Datos sociodemográficos y profesionales	64

Tablas

Tabla 1. Valores de V de Aiken para la comprensión de los ítems de la versión en español	32
Tabla 2. Valores de V de Aiken para la evaluación por jueces expertos sobre la pertinencia y adecuación del contenido de los ítems	33
Tabla 3. Prueba de KMO y Bartlett	34
Tabla 4. Varianza total explicada.....	34
Tabla 5. Matriz de componente*	35
Tabla 6. Matriz de componente rotado*	35
Tabla 7. Agrupación de ítem por factor obtenido en el AFE.....	36
Tabla 8. Agrupación de ítem por factor obtenido en el AFE.....	37
Tabla 9. Correlación entre las puntuaciones de los niños y las puntuaciones de los terapeutas	38
Tabla 10. Correlaciones entre la alianza percibida por el paciente y la percepción del terapeuta de la alianza percibida por el paciente	39
Tabla 11. Correlación ítem-total y Alfa de Cronbach corregido por supresión de ítem.	42
Tabla 12. Correlaciones entre el Estilo Personal del Terapeuta y la Alianza Terapéutica en niños y adolescentes.....	43

Figuras

Figura 1. Modelo teórico de la relación terapéutica y los factores comunes.....	16
Figura 2. Modelo teórico de cambio terapéutico en terapia	18
Figura 3. Relación entre la teoría de la mente y el estilo personal del terapeuta.....	27
Figura 4. Modelo de AFC de la escala de alianza terapéutica en niños y adolescentes	

(TASCr) basado en la carga de factores del modelo de Shirk y Karver (2010)	37
Figura 5. Gráfico de correlación de alianza de trabajo	40
Figura 6. Gráfico de correlación de alianza afectiva	40
Figura 7. Gráfico de correlación de alianza	41
Figura 8. Resumen de la validación de los resultados del TASCr adaptado al español en la muestra estudiada.	43
Figura 9. Perfil del EPT de los terapeutas de la muestra	45

1. Introducción

En el marco de la materia Práctica Profesional y Habilitación de la carrera de Licenciatura en Psicología de la Universidad de Palermo, se realizó la práctica en una fundación que se dedica a la investigación, tratamiento y docencia dentro el modelo Integrativo. Algunas de las tareas realizadas fueron búsqueda de bibliografía, traducción de manuales, investigación en el seguimiento de pacientes, desgrabación de sesiones y participación en el armado de reportes de evaluación psicológica.

La fundación trabaja en el marco del modelo integrativo tanto en el proceso de evaluación como en la formulación y desarrollo de tratamientos. Dicho modelo supone que los aportes de distintos enfoques terapéuticos pueden integrarse en un nivel superior de elaboración conceptual en el que puede basarse. Algo que comparten los distintos modelos en psicoterapia es reconocer la importancia de la alianza terapéutica.

La alianza terapéutica es la condición de posibilidad de adherencia al tratamiento y es un predictor de la efectividad del mismo. Tanto las características del paciente como las del terapeuta intervienen en la conformación o no de la alianza.

La fundación realiza investigaciones sobre el estilo personal del terapeuta y su relación con la alianza y los resultados en la psicoterapia de adultos.

A partir del trabajo realizado surgió el interés por conocer si los estilos del terapeuta también facilitaban la alianza terapéutica en niños y adolescentes.

Debido a la falta de un instrumento validado en Argentina para medir alianza terapéutica en niños y adolescentes, el primer paso del estudio consistirá en la adaptación y validación de la Escala de Alianza Terapéutica en niños y adolescentes revisada (TASCr) para luego determinar que estilos del terapeuta favorecen la alianza.

2. Objetivo General

Adaptar y validar la Escala de Alianza Terapéutica para Niños y Adolescentes revisada (TASC-r), y determinar la correlación entre alianza y estilo personal del terapeuta.

2.1. Objetivos Específicos

- Determinar la equivalencia semántica y funcional de la Escala de Alianza Terapéutica para Niños y Adolescentes revisada (TASC-r) por un panel de traductores y expertos.
- Evaluar la validez y la confiabilidad de los resultados obtenidos por la Escala de Alianza Terapéutica para Niños y Adolescentes revisada (TASC-r).
- Analizar la relación entre la Alianza Terapéutica en niños y adolescentes y el Estilo Personal del Terapeuta.

3. Hipótesis

- H1. Existe equivalencia semántica y funcional de la Escala de Alianza Terapéutica para Niños y Adolescentes revisada (TASC-r) entre la versión original en inglés y la versión adaptada al español.
- H2. Los resultados obtenidos por la Escala de Alianza Terapéutica para Niños y Adolescentes revisada (TASC-r) adaptada al español presentan una adecuada validez y confiabilidad para la muestra.
- H3. Los estilos del terapeuta flexible y próximo correlacionan positivamente con la Alianza Terapéutica en niños y adolescentes.

4. Marco Teórico

4.1. Alianza Terapéutica

4.1.1. Historia del concepto de Alianza terapéutica.

Antecedentes del constructo de Alianza Terapéutica (AT) se pueden rastrear en los escritos de Sigmund Freud. En su trabajo *La dinámica de la transferencia* (Freud, 1912/2001) resalta el vínculo entre el paciente y terapeuta. Para Freud la transferencia era una distorsión de la relación paciente-terapeuta y gran parte del trabajo del terapeuta era interpretar en transferencia. Plantea que la forma de vincularse, la orientación de sus representaciones libidinosas, estaría modulada por disposiciones adquiridas en los primeros años, que luego reproduciría durante el resto de la vida. Enfatiza que solo una parte se hallaría disponible a la conciencia, mientras que otra parte quedaba vetada, interrumpida en su desarrollo, confinada en el inconciente. De este modo, sugiere que los individuos al relacionarse orientan sus representaciones libidinosas, participando tanto la

porción conciente como la inconciente de su libido. En *Puntualizaciones sobre el amor de transferencia* (Freud, 1915/2001), destaca que, si bien el amor hacia el terapeuta es una repetición, no hay que dudar de su autenticidad, no es la resistencia la que crea el amor, sino que lo encuentra dado y se sirve de él, exagerándolo. En un trabajo posterior *Más allá de principio del placer* (Freud, 1920/2001), arriba a la conclusión que la transferencia como repetición que es, no es una resistencia, y afirma que las resistencias son del yo y que la repetición es lo reprimido en acto que sólo quiere abrirse camino a la conciencia. Enfatiza que lo que se repite porque no se puede recordar, porque no ha terminado de desarrollarse y ha quedado fijado. Freud resalta que la tarea del analista debe ir más allá del acto de interpretar, su tarea es hacer surgir lo que ha sido olvidado a partir de las huellas que ha dejado tras sí, o más correctamente, construirlo (Freud, 1937/2001).

Las distintas escuelas de psicoterapia han incorporado el concepto de alianza, distanciándolo de la lectura transferencial que le dio el psicoanálisis (Corbella & Botella, 2003).

Dentro del Humanismo, Rogers (2002) desarrolla su teoría alrededor de la calidad emocional de la relación terapéutica, planteando que las condiciones necesarias y suficientes para el cambio son la percepción por parte del paciente de empatía, la aceptación incondicional y la congruencia ofrecida por el terapeuta.

La revolución cognitiva, aporta nuevos elementos a la comprensión de la alianza. Autores como Bruner (1998) plantean la vuelta al estudio de los significados, ya que estos dan sentido a la experiencia y permiten crear expectativas futuras. Es por ello que, las intervenciones en psicoterapia cognitiva se basan en el desarrollo de estrategias que conduzcan a la resignificación. El terapeuta debe procurar el desarrollo de una relación cálida, segura y de aceptación. Desde la perspectiva cognitiva la empatía promueve la exploración y creación de significados, es la amalgama que mantiene la cooperación entre paciente y terapeuta y permite la comunicación. El entendimiento es importante, ya que uno de los componentes esenciales en la psicoterapia cognitiva es la psicoeducación (Gómez, 2010).

El modelo cognitivo conductual y la psicodinámica difieren principalmente en el lugar que ocupa la alianza terapéutica, el enfoque cognitivo considera a la alianza terapéutica como una variable inespecífica, no técnica, sino auxiliar de las técnicas que emplea para el cambio (Castonguay et al., 2010).

Las diferencias en las visiones de la alianza terapéutica ayudan a profundizar en los distintos ritmos del establecimiento de la alianza en función de la conceptualización

teórica (Corbella & Botella, 2003). Investigaciones muestran que los pacientes a los que les cuesta establecer una buena relación terapéutica pueden beneficiarse más de técnicas específicas, mientras que los que han establecido una buena alianza con el terapeuta pueden beneficiarse de intervenciones menos técnicas y más exploratorias (Corbella & Botella, 2003).

En el desarrollo posterior del concepto se sitúa a Lester Luborsky como uno de los autores que más ha aportado a la comprensión de la alianza; él identifica las fases de la alianza, en una primera fase donde el paciente representa al terapeuta como una fuente de apoyo y cuidado y en una segunda fase el paciente reconoce las cualidades de la terapia y se posiciona a sí mismo como responsable de su proceso (Horvath et al., 2011).

Bordin realiza una conceptualización transteórica, definiendo a la relación entre el paciente y el terapeuta como una *alianza* conformada por una dimensión relacional, integrada por el vínculo entre ambos, y otra técnica, conformada por las tareas y las metas de la terapia. Las metas se refieren a los objetivos generales a los que se dirige la psicoterapia, las tareas son las actividades específicas que se requieren por parte del paciente para beneficiarse del tratamiento. El vínculo es la compleja red de conexiones entre el paciente y el terapeuta, de mutua confianza, cuya calidad determina el tono emocional de la vivencia que el paciente tiene de la relación y que influye en cómo y cuánto se involucra en el proceso terapéutico. Su planteo es el de un modelo simétrico en el trabajo del paciente y el terapeuta, al considerar que ambos son colaboradores activos y que sus contribuciones son igual de importantes en el desarrollo y formación de la alianza terapéutica (Corbella & Botella, 2003).

A partir del concepto de Bordin se construyeron instrumentos para evaluar la alianza terapéutica en pacientes adultos, los más empleados son el Inventario de Alianza de Trabajo (WAI) de Horvath y Greenberg, las Escalas de Alianza Psicoterapéutica de California (CALPAS) de Gaston y el Cuestionario de Alianza de Ayuda Revisado (HAQ-II) de Luborsky (Horvath, Del Re, Flückiger, & Symonds, 2011).

En Argentina Conn, Medrano y Moretti (2013) realizaron la adaptación y validación del Cuestionario de Alianza de Ayuda revisado versión paciente (HAQ-II-P), obteniendo una buena consistencia interna con un $\alpha > .70$.

4.1.2. Alianza Terapéutica en niños y adolescentes

Anna Freud indica que un apego cariñoso entre el niño y el terapeuta es un requisito previo para todo trabajo posterior en terapia infantil, señala que es una cualidad afectiva de la relación terapéutica que permite al niño trabajar en sus problemas. Para los

terapeutas del juego es en la relación interpersonal, que se desarrolla en la terapia, donde se produce la posibilidad de crecimiento. En este contexto, la alianza se refiere al grado en que el terapeuta ofrece y el niño experimenta las condiciones de calidez, aceptación y el respeto. Ya sea un medio para un fin o un fin en sí mismo, una relación emocional positiva entre el niño y el terapeuta se considera esencial para una terapia exitosa (Shirk & Saiz, 1992).

McLeod et al. (2014) y Hudson et al. (2014) hallaron que la alianza puede predecir la participación del niño o adolescente en la psicoterapia. Además, los resultados plantean la posibilidad de que la relación entre la alianza y la participación del paciente sea recíproca. Esto es, que los terapeutas que logran construir una alianza fuerte pueden aumentar la participación del paciente, pero que el aumento de la participación del paciente puede fortalecer la alianza.

4.2. Instrumentos de medición de alianza terapéutica

Un aspecto esencial al desarrollar instrumentos de medición de alianza para la terapia infantil es la identificación de las dimensiones de la alianza que son particularmente relevantes para la terapia en niños y adolescentes (Shirk & Karver, 2003).

La capacidad del terapeuta para desarrollar una relación cálida e involucrar tanto al niño como a los padres en la terapia son cruciales para el éxito de la terapia infantil (Shirk & Saiz, 1992; Diamond, Diamond & Liddle, 2000). Estas dos dimensiones de alianza, fueron denominadas de enlace y tarea, para referirse a los aspectos afectivos de la relación paciente-terapeuta y participación del paciente en la terapia. Estas dimensiones cobran importancia en terapia con niños ya que a menudo están en terapia involuntariamente y pueden no reconocer que experimentan problemas. (Hawley & Weisz, 2003; Yeh & Weisz, 2001).

Teniendo en cuenta lo anterior, la Escala de Alianza Terapéutica en niños (TASC) fue desarrollada específicamente para la terapia infantil. Con base en el modelo de Bordin, se evalúan dos dimensiones: el vínculo entre el niño y el terapeuta, y el nivel de participación en la tarea. Este último no se refiere a acuerdos sobre tareas sino a la colaboración en las mismas como: *Considero que con mi psicólogo trabajamos bien juntos para solucionar mis problemas* (Shirk & Karver, 2010).

Shirk y Karver (2010) señalan que existen 10 instrumentos de medición para alianza terapéutica en niños y adolescentes. Además del TASC, entre los más empleados se encuentra el WAI (Inventario de alianza de trabajo) de Horvath y Greenberg (1989), es un inventario que en principio fue desarrollado para adultos y que luego se adaptó para

su uso en adolescentes. Ambos TASC y WAI son de autorreporte.

Han surgido también varios instrumentos de codificación. McLeod y Weisz (2005) desarrollaron el TPOCS–A, Sistema de codificación observacional del proceso de terapia. Su uso requiere de codificadores entrenados que observen la sesión y completen el formulario. Fue validado en niños de 8-14 años y se halló una buena validez convergente, la correlación y la alianza medida con el TASC fue de .53 ($n = 21$; $p = .02$).

Otro sistema de codificación, formulado para ser usado exclusivamente en adolescentes, es el ATAS (Escala de alianza terapéutica en adolescentes), presenta una buena psicometría, aunque se encuentra aún en una etapa de desarrollo porque ha sido validado en una muestra pequeña no clínica (Faw, Hogue, Johnson, Diamond & Liddle, 2005).

La división 29 de APA alienta a desarrollar investigaciones en niños y adolescentes debido a la escasa producción en esta temática. Señalan que una de las mayores dificultades para investigar en psicoterapia de niños y adolescentes es el desarrollo y validación de instrumentos de medición (Norcross, 2001).

Fjermestad, McLeod, Tully y Libe (2016) marcan como un problema para el desarrollo de investigaciones que a menudo, los instrumentos se construyen para un solo estudio y luego no se usan de nuevo. Recomiendan encarecidamente a los investigadores que usen instrumentos de construcciones críticas con psicometría prometedora como por ejemplo la TASC.

La escala de alianza terapéutica en niños y adolescentes (TASC) ha sido traducida y validada en diferentes idiomas. Ormhaug, Shirk y Wentzel-Larsen (2015) realizaron una adaptación al noruego obteniendo un $\alpha = .91$, Kronmüller et al. (2003) también obtuvieron un valor aceptable de .82 al realizar la adaptación del instrumento al alemán.

Accurso, Hawley y Garland (2013) realizaron una adaptación al español para el TASC-P (escala de alianza terapéutica para padres o cuidadores), se tratan de los mismos 12 ítems que la TASC, pero refieren a la alianza entre el terapeuta del niño o adolescente y el padre o madre o cuidador/a del niño o adolescente. Los autores obtuvieron una buena consistencia interna para ambas versiones inglés (.87) y español (.89).

A la fecha no hay en Argentina ningún instrumento validado para medir la alianza terapéutica en población infanto-juvenil.

4.2.1. Adaptación de test

Cuando no hay test para medir determinado constructo psicológico, se presenta la disyuntiva entre construir o adaptar tests ya existentes.

Al respecto hay dos posturas contrapuestas en función de su posición teórico metodológica distinta. La posición emic estudia los fenómenos a partir del significado que les atribuye la cultura que los produce. Desde esta postura, el relativismo cultural cuestiona la validez o, incluso, considera inviable la comparación entre diferentes culturas, con lo cual se muestran a favor de crear los test. La posición etic adopta una perspectiva universal y aplica criterios uniformes a su estudio, desde esta postura se afirma que la ciencia busca universalidad y sólo son estudiables aquellos fenómenos que pueden universalizarse, plantean que cualquier particularidad cultural es un desvío. Consecuentemente la adaptación de los test, si los hubiese, sería el procedimiento más adecuado (Berry, 1969; Iliescu, 2017).

Los expertos en emic a menudo expresan su desacuerdo con lo que se llama el enfoque de *transport and test* o ética impuesta (Berry, 1969), que se da cuando un investigador toma una medida desarrollada en otra cultura, generalmente occidental, la traduce o adapta en una nueva cultura y la utiliza. La postura emic se manifiesta en contra de evaluar la validez de una medida desarrollada emic, en otra cultura, que no sea aquella en la que se desarrolló, lo toman además como una emic impuesta, desde occidente, particularmente desde Estados Unidos.

Iliescu (2017) describe que para zanjar la discusión han surgido enfoques combinados emic-etic, que proponen realizar medidas que incluyan construcciones etic (universal, impuesta, de arriba a abajo) y emic (autóctonas, específicas de la cultura, de abajo hacia arriba). Estos se ven bien sintetizados por Church (2001), quien sostiene que existe un continuo entre las posturas etic y emic, y no una cuestión de extremos y un punto medio. El autor propone una progresión continua de niveles de adaptación local.

En forma análoga, la Comisión Internacional de Test (ITC) ha estado trabajando desde 1992 para proponer directrices para la traducción intercultural y la adaptación de instrumentos psicológicos. Elaboró una guía que busca que la adaptación proporcione tanto las evidencias de la equivalencia semántica de los ítems como las propiedades psicométricas adecuadas de la versión adaptada (ITC, 2010).

Para ello, tanto la ITC y autores como Hambleton (2005) y Iliescu (2017) proponen los siguientes pasos: (1) traducción del instrumento del idioma de origen al idioma de destino, (2) síntesis de las versiones traducidas, (3) análisis de la versión sintetizada por jueces expertos, (4) traducción inversa, con posterior discusión y aprobación por parte del autor y (5) evaluación psicométrica.

Iliescu (2017) señala la diferencia entre la adaptación y la traducción de un test,

en la adaptación se deben ofrecer pruebas del hecho de que la forma del idioma de destino está lo suficientemente cerca (equivalente) a la forma del idioma de origen, no solo en lenguaje sino también en su uso previsto y sus consecuencias. El autor remarca que, la adaptación de un test es un verdadero proceso científico de trabajo intensivo, que incluye no solo muchas o todas las actividades que se han realizado en el desarrollo inicial de la prueba, sino varias que no se han considerado inicialmente. Lo que incluye decisiones sobre si el test puede medir el mismo constructo en el nuevo idioma y cultura, si la adaptación es posible, sobre la selección de traductores apropiados, sobre el proceso que utilizará el traductor y el proceso que se utilizará para ofrecer evidencia de la calidad de la traducción, sobre qué materiales de prueba deberán adaptarse (instrucciones, procedimientos de administración, ítems, formatos), sobre cualquier investigación complementaria que deba realizarse para que el test sea utilizable en la nueva forma de lenguaje, como la normalización, los estudios de validez en el nuevo contexto, etc.

Como complemento de las etapas de adaptación del instrumento, se deben realizar análisis estadísticos para evaluar el grado en que el instrumento puede considerarse válido para su uso en el nuevo contexto. Adaptar y validar un instrumento son, por lo tanto, pasos diferentes pero complementarios (Hambleton, 2005; Brown, 2006).

4.2.2. Validación de test

Cuando se realiza la adaptación del test se somete la traducción a un panel de expertos, estos se manifiestan no solo en cuan comprensible resultan los ítems, sino que también indican que tan adecuados son los mismos para medir el constructo deseado, esto último se conoce como validez de facies o validez lógica (Aiken, 2003). Para estimar esta validez se emplea el coeficiente de validez V (Aiken, 1980; 1985), éste se computa como la razón de un dato obtenido sobre la suma máxima de la diferencia de los valores posibles. Este coeficiente puede obtener valores entre 0 y 1, a medida que sea más elevado el valor computado, el ítem tendrá una mayor validez de contenido. También puede emplearse el índice de validez de contenido (IVC) (Lawshe, 1975) propuso un índice de validez basado en la valoración de un grupo de expertos de cada uno de los ítems del test como innecesario, útil y esencial. El IVC toma valores entre +1 y -1. Un índice IVC = 0 indica que la mitad de los expertos han evaluado los ítems como esencial. Los ítems con una bajo IVC serán eliminados. Se considera adecuado un IVC = .29 cuando se hayan utilizado 40 expertos, un IVC = .51 para 14 expertos, pero para siete o menos expertos será necesario un IVC de, al menos, .99.

Asimismo, la validación de un instrumento incluye la evaluación de su estructura

factorial o validez de constructo (Hambleton, 2005). Las puntuaciones presentan propiedades de validez cuando se verifica que el test mide el constructo que se desea medir, siendo además necesario que las inferencias estén apoyadas por resultados (APA, 2014).

En general, los instrumentos están diseñados para medir constructos de modo que, incluso cuando están latentes (es decir, no observables), deben tener una estructura relativamente organizada (Hambleton, 2005).

Las técnicas de análisis factorial exploratorio (EFA) y análisis factorial confirmatorio (CFA) deben usarse para ayudar al investigador en su elección de la estructura que sea más plausible para la muestra. Tanto los EFA como los CFA intentan agrupar una gran cantidad de variables observadas con un pequeño número de factores (dimensiones latentes) que explican el conjunto de variables observadas (Brown, 2006).

El EFA y el CFA difieren fundamentalmente por el número y la naturaleza de las especificaciones y restricciones a priori hechas en el modelo de factores. El EFA es un enfoque basado en datos, de modo que no se hacen especificaciones con respecto al número de factores latentes (inicialmente) o al patrón de relaciones entre los factores comunes y los indicadores (es decir, las cargas de factores). Por el contrario, el investigador lo emplea como una técnica exploratoria para determinar el número apropiado de factores comunes y descubrir qué variables medidas son indicadores razonables de las diversas dimensiones latentes (por ejemplo, por el tamaño y la magnitud diferencial de las cargas de factores). En CFA, el investigador especifica de antemano el número de factores y el patrón de las cargas de factor indicador, así como otros parámetros como los que influyen en la independencia o covarianza de los factores y las variaciones únicas de los indicadores. La solución del factor pre-especificado se evalúa en términos de qué tan bien reproduce la matriz de correlación muestral (covarianza) de las variables medidas. Por lo tanto, a diferencia de EFA, CFA requiere una base empírica o conceptual sólida para guiar la especificación y evaluación del modelo de factores. El CFA se usa típicamente en fases posteriores del desarrollo de la escala o la validación de construcciones después de que la estructura subyacente se haya establecido tentativamente mediante análisis empíricos previos utilizando EFA, así como por motivos teóricos. EFA y CFA a menudo se basan en los mismos métodos de estimación (por ejemplo, probabilidad máxima o ML). Cuando se utiliza un estimador de información completa, como ML, los modelos de factores que surgen de EFA y CFA pueden evaluarse en términos de qué tan bien la solución reproduce las varianzas y covarianzas observadas

entre los indicadores de entrada, conocida como evaluación de bondad de ajuste (Brown, 2006).

Para la evaluación de la bondad del ajuste del modelo se emplean múltiples indicadores, el estadístico chi-cuadrado es muy sensible al tamaño de la muestra por lo cual, usualmente se interpreta la razón de chi-cuadrado sobre los grados de libertad (CMIN/DF), valores inferiores a 3 indican un buen ajuste. Como la prueba χ^2 no solo es sensible al tamaño de la muestra, sino también a la violación del supuesto de normalidad multivariante, no debe servir como la única base para juzgar el ajuste del modelo. Se recomienda evaluar varios índices simultáneamente que representan diferentes clases de criterios de bondad de ajuste (Schermelleh-Engel, Moosbrugger & Müller, 2003). Además del índice (CMIN/DF), se recomiendan también el Índice de Bondad de Ajuste (GFI: goodness of Fit Index), análogo en su significado e interpretación al coeficiente de determinación del Análisis de regresión; y otros índices basados en los residuos como el residuo Cuadrático Medio (RMR o RMSR: root Mean Square residual) o error de Aproximación Cuadrático Medio (RMSEA: root Mean Square error of Aproximation). Por otra parte, los índices de incremento de ajuste como: el Índice de Ajuste Comparativo (CFI), el Índice de Ajuste Normalizado (NFI) y el Índice de Ajuste No Normalizado (NNFI), muestran la proporción de mejora que supone el ajuste global del modelo propuesto en relación con el modelo nulo en el que se asume que las variables observadas no están relacionadas. Se considera que se tiene un buen ajuste cuando la prueba de significación *chi-cuadrado* sobre el ajuste del modelo es no significativa; los índices de bondad de ajuste que indican la proporción absoluta o relativa de covarianza observada explicada (GFI, AGFI, NFI, NNFI, CFI) son superiores a 0,90; y los índices basados en los residuos estandarizados (RMR, RMSEA) dan inferiores a 0,10 (Brown, 2006).

El CFA ofrece un marco analítico muy sólido para evaluar la equivalencia de los modelos de medición en distintos grupos, sean grupos por edad, sexo o cultura. Esto se logra mediante soluciones de grupos múltiples, es decir CFA simultáneos en dos o más grupos, o modelos MIMIC, es decir los factores e indicadores se regresan a covariables observadas que representan la pertenencia a grupos (Brown, 2006).

Accurso, Hawley y Garland (2013) al analizar la equivalencia del formulario TAS en niños (TASCr) y en cuidadores (TASP), encontraron que el TASCr presentaba un buen ajuste al modelo teórico de dos factores. Por otro lado, mientras que los puntajes de TASP presentaban una excelente confiabilidad, con buena consistencia interna, la estructura factorial del TASP ajustaba mejor a un modelo de un factor. A pesar de un par

de elementos que debilitan la estructura de dos factores de esta medida, los puntajes totales de TASCp se asociaron con resultados importantes del cuidador, incluida la asistencia a la sesión y la satisfacción del cuidador con la mejora percibida del niño. Además, la alianza deficiente en el TASCp también se asoció con una asistencia deficiente y el abandono de la terapia. Estos resultados respaldaron la validez predictiva de los puntajes de la TASCp. Los autores advierten que si bien la alianza entre niños y cuidadores comparte algunos puntos en común, los dos no son intercambiables. Además concluyen que ambas, TASCr y TASCp, son instrumentos confiables y válidos de medir la alianza entre el niño y adolescentes y el terapeuta, y entre el cuidador y el terapeuta respectivamente.

Además de la validez de un test, es necesario ver su confiabilidad (Aiken, 2003).

La confiabilidad es la consistencia entre los puntajes de un test obtenidos por los mismos individuos en distintas ocasiones o entre diferentes conjuntos de ítems equivalentes (APA, 2014). Lo que se mide es la proporción de variación en las mediciones que se debe a la variedad de valores que toma una variable y que no es producto del error sistemático (sesgo) o aleatorio (azar). En general, la confiabilidad se verifica mediante un coeficiente de correlación entre las medidas repetidas de un fenómeno. Pero hay métodos que permiten verificar la consistencia y que requieren de una sola administración. El alfa de Cronbach calcula una estimación del grado de covarianza de los ítems. Este estadístico puede considerarse como la media de todas las correlaciones de partición por mitades posibles (Olaz, 2008; Aiken 2003). El valor mínimo aceptado para este coeficiente es de .80. Por otro lado, se espera un valor máximo de .90; valores mayores indican que hay redundancia o duplicación, que implica que varios ítems están midiendo exactamente el mismo elemento constructo, para descartar esto se deberá calcular el coeficiente de correlación inter-ítem, menos influido por el número de ítems de una escala. El valor obtenido deberá situarse en el intervalo .15-.50 (Olaz, 2008).

Retomando la disyuntiva entre adaptar o crear un test, como se señaló, uno de los primeros aspectos que debería tenerse en cuenta para pensar si la adaptación es posible, es la variación transcultural de la operacionalización del constructo psicológico que se quiere medir, es decir su equivalencia funcional. La alianza terapéutica definida por Bordin, está basada a su vez en diferentes teorías de psicoterapia: psicoanálisis, cognitivismo y humanismo entre otras. Estas teorías se derivan de las intervenciones en la práctica de la psicoterapia.

4.3. Cambio terapéutico

4.3.1 Alianza y Factores Comunes

Rosenzweig en 1936 observa que todas las psicoterapias producían resultados comparables y propone que probablemente se debía a que tenían factores comunes. En la misma publicación se emplea por primera vez el término de ‘Veredicto del pájaro Dodo’, haciendo una analogía con el personaje de Alicia en el país de las maravillas, que anuncia repentinamente el final de una carrera y afirma que "Todos ganaron y todos deben tener premios" (Norcross, 2010).

Lambert (1992), indica que el 30% del cambio terapéutico podía atribuirse a factores comunes, el 15% a factores específicos, el 40% factores extraterapia y el 15% a efecto placebo. De entre los factores comunes sobresale la alianza. Cuijpers, Reijnders y Huibers (2019) remarcan que estos datos no son empíricos sino simplemente estimaciones aproximadas obtenidas a partir de correlaciones halladas en la literatura y que no deben ser tomados como causales.

La asociación entre la alianza y el resultado de la psicoterapia ha sido ampliamente investigada y en el metaanálisis más reciente basado en más de 200 estudios, se encuentra que las alianzas más fuertes están asociadas con mejores resultados, la magnitud de la asociación es moderada $r = .275$ pero altamente confiable $p < .0001$, (Horvath et al., 2011).

En niños y adolescentes Karver, De Nadai, Monahan y Shirk (2018) reportaron un $r = .19$.

La asociación alianza-resultado a menudo se presenta como prueba contundente a favor de la teoría de los factores comunes (Cuijpers, Reijnders & Huibers, 2019).

4.3.2 Un modelo Teórico: Relación terapéutica y factores comunes en psicoterapia infantil

Karver, Handelsman, Fields y Bickman (2005) armaron un modelo transteórico y heurístico, sobre cómo los factores comunes podrían estar relacionados en la psicoterapia de niños y adolescentes.

En la figura 1 se presenta el modelo. Los autores proponen que los procesos relacionales podrían comenzar con las características de pretratamiento de terapeutas y pacientes que han sido poco investigadas en niños y adolescentes pero que podrían influir en los sentimientos, reacciones y percepciones de los terapeutas durante las primeras interacciones. Habilidades y comportamientos de los terapeutas, revelaciones personales y habilidades interpersonales durante y después de que las interacciones iniciales influyen en la percepción del paciente de cuán creíble y persuasivo es el terapeuta y qué tan

autónomo o auto-dirigido puede ser el paciente en la relación. Estos factores impactarán la alianza terapéutica al influir en el nivel de esperanza, expectativas, disposición a participar y el nivel de participación en el tratamiento, junto con el afecto hacia el terapeuta (Karver et al., 2005).

Figura 1. Modelo teórico de la relación terapéutica y los factores comunes

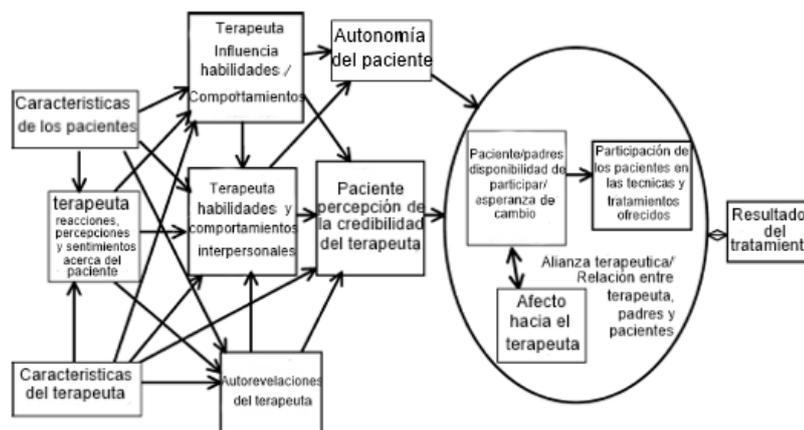


Figura 1. Modelo teórico explicativo de Relación terapéutica y factores comunes en psicoterapia infantil. Adaptado de “A Theoretical Model of Common Process Factors in Youth and Family Therapy”, M.S. Karver, J.B. Handelsman, S. Fields & L. Bickman, 2005, *Mental Health Services Research*, 7 (1), p. 37. Copyright 2005 por Springer Science+Business Media Inc.

Karver, Handelsman, Fields, y Bickman (2006) realizaron un meta-análisis con el objetivo de determinar las asociaciones entre las variables específicas de relación terapéutica y los resultados, en busca de evidencia que apoye el modelo por ellos anteriormente planteado. Recopilaron investigaciones, codificaron y evaluaron las variables, obteniendo así resultados que corroboraron su modelo de proceso de factores comunes. Trabajaron en base a 29 constructos: alianza, empatía, consenso de objetivos, colaboración, resistencia, relación terapéutica, consideración positiva, congruencia, ruptura / impases y reparación, auto-revelación, contratransferencia, interpretaciones relacionales, expectativas y preferencias, asimilación, apego, compromiso, inducción, apertura, vínculo, comodidad, cooperación, dificultad del tratamiento, participación en el tratamiento, disposición, participación, transacciones de tratamiento, calidez, confianza y proceso de terapia. Para la elección de los constructos tomaron como guía a la investigación realizada por Norcross (2001), pero empleando investigaciones realizadas en poblaciones infanto- juveniles.

Entre los hallazgos de este meta-análisis se identifica que ciertos comportamientos del terapeuta pueden tener implicaciones importantes para el resultado del tratamiento juvenil. Además, se encuentra que el uso de las habilidades interpersonales por parte de

los terapeutas (como la empatía, la calidez, etc.) se asociaba con el resultado positivo del tratamiento. Por otro lado, la alianza terapéutica aparecía con una asociación moderada con los resultados terapéuticos (Karver et al., 2006).

Fjermestad et al. (2016) señalan que la revisión de Karver proporcionó apoyo general para la importancia de la relación terapéutica, incluida la alianza y la participación del cliente, pero también reveló que pocos estudios habían evaluado varios aspectos de su modelo conceptual, por lo que fue difícil sacar conclusiones firmes. Destacan el aporte de estos artículos al resaltar las lagunas claves en el campo y cómo sirvieron para llamar a los investigadores para que presten más atención conceptual y empírica en este aspecto de la terapia juvenil.

4.3.3 Modelo teórico de cambio terapéutico

Karver et al. (2008) apuntan que la literatura sobre factores comunes ha crecido rápidamente en los últimos años, y es posible que se encuentre que los factores comunes pudiesen no ser comunes en todos los tipos de tratamientos y que podría haber una variación en los factores de relación efectiva dependiendo de las técnicas terapéuticas específicas o la orientación del terapeuta. Señalan que actualmente, en la literatura sobre el tratamiento existe una gran tensión entre los partidarios de la investigación sobre técnicas empíricamente respaldadas y aquellos que apoyan la investigación sobre factores de relación empíricamente respaldados. Sugieren que ambos grupos pueden estar en lo cierto y que las investigaciones futuras deben analizar cómo las técnicas de relación empíricamente respaldadas y los factores de relación pueden influir en la efectividad en diferentes enfoques para tratar los problemas de salud mental.

En esa línea planteada por Karver et al. (2008), Fjermestad et al. (2016) desarrollan un modelo teórico de cambio terapéutico.

Parten de la revisión del trabajo conceptual y empírico existente que se centra en la alianza y la participación del cliente en la terapia juvenil, dando especial atención a las formas de fortalecer estos factores. Su modelo incluye los aportes del modelo de Karver et al (2005) sobre la relación terapéutica, pero agregan las intervenciones que conducen al cambio al componente relacional del modelo de Karver. Este modelo proporciona más detalles sobre las relaciones hipotéticas entre las características del terapeuta, los elementos del tratamiento (intervenciones terapéuticas, la competencia del terapeuta), la alianza y la recepción del tratamiento (participación del cliente, comprensión del cliente) (Fjermestad et al., 2016).

La figura 2 muestra el modelo de Fjermestad et al (2016). El lado izquierdo del

modelo identifica los componentes pretratamiento que luego influyen o moderan el proceso y el resultado de la terapia juvenil. Estos componentes incluyen: características del niño o adolescente, como el temperamento inhibido) o la gravedad de los síntomas; las características de los padres o tutores, como las expectativas de tratamiento o conductas parentales; y características del terapeuta como variables demográficas, rasgos de personalidad y características profesionales. Estos factores presentes al comienzo del tratamiento pueden influir directamente en los elementos del proceso de la terapia (por ejemplo, tener un impacto positivo o negativo en la calidad de la alianza) y / o moderar la relación entre las variables del proceso y el resultado.

En relación a lo anterior, en investigaciones previas Zorzella, Muller, y Cribbie (2015) encontraron que los pacientes con trastornos internalizantes mostraban alianzas más fuertes que los pacientes con trastornos externalizantes. Concluyen que los niños que mostraban síntomas más internalizantes percibían al terapeuta como más útil, comprensivo y trabajando en terapia con sus mismos objetivos. Dado que las calificaciones de la alianza para niños y terapeutas correlacionan positivamente, los problemas de presentación de los niños al inicio de la terapia pueden haber afectado la forma en que tanto el niño como el terapeuta percibieron y participaron en la relación terapéutica. Es posible que los terapeutas hayan respondido más positivamente a la internalización de los niños, y se enfrentaron a mayores desafíos para conectarse con la externalización de los niños desde el principio. Sugieren que, para aumentar su sensación de seguridad dentro del contexto terapéutico y su disposición a participar en las tareas de terapia, puede ser necesario que los terapeutas pasen más tiempo estableciendo una alianza sólida.

Figura 2. Modelo teórico de cambio terapéutico en terapia

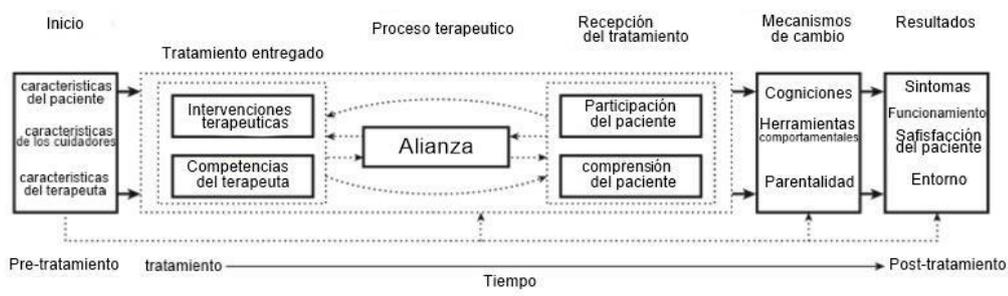


Figura 2. Modelo teórico del cambio terapéutico en psicoterapia infanto-juvenil. Adaptado de (2016). "Therapist characteristics and interventions: Enhancing alliance and involvement." por K.W. Fjermestad, B.D. McLeod, C.B. Tully & J. M. Liber, 2016. En *The Oxford Handbook of Treatment Processes and Outcomes in Psychology: A Multidisciplinary, Biopsychosocial Approach*, p. 99. Copyright

2018 por Oxford University Press.

La segunda sección del modelo se centra en los componentes del proceso: intervenciones terapéuticas, competencia del terapeuta, la alianza, la participación y la comprensión del paciente. Los autores remarcan la importancia de llegar a un consenso en el uso de los constructos de intervención y competencias del terapeuta. Las intervenciones terapéuticas se definen como los comportamientos del terapeuta diseñados para modificar un aspecto específico del funcionamiento del paciente. En los tratamientos basados en la evidencia (EBT) se incluye una colección de intervenciones terapéuticas combinadas que se presentan como manuales de tratamiento. Por otro lado, la competencia del terapeuta se refiere a la calidad del tratamiento, considerando el grado de capacidad de respuesta y el nivel de habilidad exhibido por un terapeuta cuando realiza intervenciones terapéuticas específicas, siendo esta una dimensión más técnica de las competencias. Pero también considerando las competencias generales que se consideran importantes en los enfoques terapéuticos, lo que suele nombrarse como competencias globales, y que hace referencia a la capacidad del terapeuta para involucrar a los jóvenes a través de actividades apropiadas para su edad, como juegos, dibujo y uso del humor, establecer un ritmo de sesión apropiado e infundir esperanza y optimismo para el cambio. (Fjermestad et al., 2016).

Por último en el extremo derecho del modelo se muestran las dimensiones que componen los resultados posteriores al tratamiento. Fjermestad et al. (2016) toman el modelo de resultados propuesto por Hoagwood, Jensen, Petti y Burns en 1996 y que está conformado por cinco dominios: (a) síntomas / diagnósticos; (b) funcionamiento, definido como la capacidad de satisfacer las demandas del hogar, la escuela, el grupo de pares o el vecindario; (c) satisfacción del consumidor, definida como la experiencia y / o satisfacción del paciente con los servicios de salud mental provistos; (d) entornos, cambios en un aspecto específico de la vida del joven (por ejemplo, hogar, escuela, grupo de pares) provocado por la terapia (por ejemplo, cambios en la comunicación familiar); y (e) sistemas, evaluación de los patrones de uso del servicio después del tratamiento.

4.3.4 Asociación entre alianza y cambio

En un meta-análisis Shirk y Karver (2003) examinaron las asociaciones entre las variables de relación niño-terapeuta y el resultado del tratamiento, e identificaron 23 estudios en oposición a más de 2000 estudios de adultos entre el 2000 y el 2003, en dicho meta-análisis se halló una correlación de $r = .24$ entre la calidad de la Alianza y del resultado terapéutico en niños y adolescentes. Aunque estos resultados sugieren que la

variación en los resultados del tratamiento explicado por la alianza terapéutica es comparable para las poblaciones de adultos y niños / adolescentes, no está claro en qué medida la investigación de adultos sobre la alianza terapéutica es generalizable a la psicoterapia infantil y adolescente (Kazdin, Whitley & Marciano, 2006). En el último meta-análisis Karver, De Nadai, Monahan y Shirk (2018) encontraron 28 artículos que relacionaban alianza y resultado (publicados entre 2009 y 2017) con un $r = .19$.

La División 29 de la APA (Psicoterapia) estableció una comisión para identificar y operacionalizar información sobre la relación terapéutica con base empírica, estudiando la asociación entre resultados y los aspectos de la relación y la alianza terapéutica. Alientan a los psicoterapeutas para: 1) crear y cultivar la alianza terapéutica; 2) adaptar la relación terapéutica a las características del paciente; y 3) monitorear las respuestas del paciente frente a la relación terapéutica y al tratamiento (Norcross, 2001).

Las investigaciones sobre la alianza terapéutica se han focalizado especialmente sobre el componente de efectividad y la medición de la alianza, identificando que el establecimiento de una alianza positiva pronostica mejores resultados del proceso e indicadores de cambio (Del Re, Flückiger, Horvath, Symonds & Wampold, 2012; Ormhaug, Shirk & Wentzel-Larsen, 2015).

Sin embargo, McLeod (2011) cuestiona las interpretaciones de resultados de investigaciones sobre la asociación alianza-resultado en la psicoterapia infanto-juvenil, pues considera que los hallazgos referidos a la relación alianza-resultado se han sobrestimado; refiere que para su análisis debe considerarse la conceptualización de la alianza y la perspectiva desde donde es evaluada (padres, adolescentes, terapeutas y observadores), ya que la variabilidad metodológica y el pequeño número de estudios, dificulta hacer conclusiones firmes sobre la fuerza de la asociación alianza-resultado en la psicoterapia de adolescentes. Sostiene que es necesario llevar a cabo investigaciones que contribuyan a la comprensión de la alianza terapéutica con esta población en particular, tomando como referencia la perspectiva de los participantes, pues son ellos quienes de forma más precisa pueden dar cuenta de su proceso psicoterapéutico y lo que allí se produce.

Considerando la importancia de la alianza terapéutica en el proceso de cambio y resultados y empleando la TASC, Ormhaug, Jensen, Wentzel-Larsen y Shirk (2014) desarrollaron una investigación que relacionaba la perspectiva de psicoterapeutas y de algunos adolescentes que presentaban un cuadro de estrés postraumático. Los autores encontraron que los adolescentes relacionaban las actitudes atentas y empáticas de los

terapeutas con la fortaleza y consecuente valoración alta de la alianza. De igual forma, que tales valoraciones estaban en estrecha correlación con la disminución clínica y subjetiva de los síntomas presentados. Por otra parte, hallaron divergencias entre la representación de alianza por parte de los adolescentes y la de los psicoterapeutas, señalando que los adolescentes se centraban en las actitudes empáticas y la cercanía afectiva del terapeuta, mientras que los terapeutas en el vínculo y la disposición para participar de las tareas propuestas. Los investigadores sugieren entonces, que las percepciones de ambos deben ser incluidas en un proceso de investigación y consideradas diferencialmente.

4.3.5 Características del terapeuta asociadas al cambio

La importancia que se le ha dado a la alianza terapéutica en el desarrollo del proceso terapéutico y su resultado, pone de manifiesto la relevancia de la dimensión relacional entre terapeuta y paciente. Consecuentemente, las variables del terapeuta y del paciente adquieren especial consideración para el establecimiento de la alianza y el desarrollo del proceso terapéutico (Corbella & Botella, 2003).

Baldwin e Imel (2013) realizaron una detallada revisión de la literatura sobre los efectos del terapeuta, encuentran que el efecto promedio general del terapeuta era del 5%. Por otro lado, destacan que los terapeutas más efectivos fueron dos veces más efectivos en promedio en comparación con los menos efectivos terapeutas.

Johns, Barkham, Kellett y Saxon (2018) realizaron una nueva revisión tomando una amplia variedad de contextos, tratamientos, medidas de resultado y grupos de pacientes, los efectos del terapeuta son importantes y robustos fenómeno. Encuentran que el efecto promedio del terapeuta era del 5 %, resultado que coincide con revisión sistemática de Baldwin e Imel (2013), lo que implica cierta estabilidad para el efecto terapeuta. Concluye que el efecto del terapeuta es un fenómeno importante y robusto (Johns et al., 2018).

La evidencia sobre los efectos del terapeuta, respalda cada vez más la afirmación de que algunos terapeutas facilitan mejores resultados para los pacientes que otros. Existe una tendencia a la manualización de tratamientos (por ejemplo, directrices del Instituto Nacional de Atención y Excelencia Clínica [NICE]) implicando homogeneidad de entrega (es decir, para el problema x, aplicar la terapia y). Pero los efectos del terapeuta sugieren que, en el punto de entrega, existe una heterogeneidad significativa entre terapeutas (Johns et al., 2018).

Yonatan-Leus, Tishby, Shefler & Wiseman (2018) señalan que aún se sabe muy

poco sobre las variables específicas detrás de la diferencia entre los terapeutas. Pero que se ha encontrado que la edad, el sexo, la experiencia clínica, el estado civil, el origen étnico y el grado profesional no predicen de manera confiable su efectividad.

Elliott, Bohart, Watson, Greenberg (2011) encontraron que la empatía es un predictor moderadamente fuerte del resultado de la terapia $r = .31$ ($p < .001$; intervalo de confianza del 95%). Además, destacaron que la relación empatía-resultado se mantuvo para diferentes orientaciones teóricas.

Investigaciones anteriores señalan que otras características de los terapeutas como la calidez y la autenticidad fomentan la alianza terapéutica (Shirk & Karver, 2003; Thompson, Bender, Lantry & Flynn, 2007).

Del Re, Flückiger, Horvath, Symonds y Wampold (2012) realizaron un meta-análisis con el objetivo de probar los efectos del terapeuta en la alianza terapéutica usando un modelo de medición que evaluaba la relación de los pacientes y los terapeutas como moderador de la fuerza de la correlación de la alianza-resultado. Los estudios seleccionados eran de población adulta y proporcionaron suficiente información acerca de la descripción de la muestra para calcular una variable que denominaron proporción paciente terapeuta (PTR).

La PTR indica que la contribución del terapeuta a la alianza es destacada; aquellos terapeutas que forman una mejor alianza pueden tener mejores resultados que aquellos que no. Debido a que el análisis se basó en la evaluación de pacientes y terapeutas, y en algunos casos de observadores externos, se concluyó que la contribución de la alianza es también un predictor estadísticamente significativo de los resultados del proceso.

Fjermestad et al. (2016) al analizar la evidencia disponible en psicoterapia infanto-juvenil, encuentran que elementos específicos de la administración del tratamiento pueden afectar la alianza y la participación del paciente. Las intervenciones terapéuticas diseñadas para fortalecer el vínculo (por ejemplo, mostrar empatía, ser receptivo), estructurar el tratamiento (por ejemplo, intervenciones de TCC), adoptar una postura de colaboración y abordar las expectativas de tratamiento y la motivación del cliente pueden ayudar a fortalecer la alianza y / o la participación del paciente. Por el contrario, ser demasiado agresivo, estructurar demasiado las sesiones y no conectarse puede afectar negativamente la alianza y / o la participación del paciente.

Brown, Parker, McLeod y Southam-Gerow (2014) señalan que un terapeuta debe entender cómo y cuándo realizar intervenciones terapéuticas específicas para cumplir con el desarrollo personal, y las necesidades culturales de un joven en particular.

Por otro lado, Chu y Kendall (2009) y Hudson et al. (2014) encontraron una correlación entre la flexibilidad del terapeuta y la participación del paciente. Fjermestad et al. (2016) señalan que a esa fecha no había estudios acerca de la flexibilidad y la alianza en psicoterapia infanto-juvenil.

Desafortunadamente, tanto Karver et al. (2006) como Fjermestad et al. (2016) señalan que las características de los terapeutas se han descuidado en gran medida en la investigación de procesos juveniles. Para Fjermestad et al. (2016) identificar las características del terapeuta que influyen en la administración del tratamiento, la alianza y la participación del cliente representa un objetivo importante. Marcan dos líneas de investigación sobre las características del terapeuta, que consideran pueden ser particularmente productivas. Proponen, primeramente, estudiar las características del terapeuta que sean susceptibles de cambio, particularmente a través de la capacitación y la supervisión. Luego en segundo lugar, evaluar cómo las características del terapeuta interactúan con las características del cliente para afectar la alianza y la participación del cliente.

Brown et al. (2017) desarrollaron un test sobre las competencias de los terapeutas infantiles, Escala de competencia global del terapeuta para el tratamiento psicosocial juvenil (G-COM). Plantean un conjunto de dimensiones: construcción de alianzas, promoción de expectativas positivas, instigación al cambio y capacidad de respuesta. La dimensión capacidad de respuesta incluye la flexibilidad en la adaptación de las intervenciones. Los autores estudiaron las correlaciones entre las observaciones de G-COMP y las medidas de alianza obtenidas por auto-reporte con el TASC, las cuales variaron entre $r = .17 - .27$ (resultando significativa sólo con el ítem de la Alianza G-COMP). Señalan ciertas limitaciones en este estudio preliminar. La primera es que debido a que el G-COMP es un instrumento de codificación por observadores externos, se limita el alcance de las habilidades que pueden evaluarse a las que pueden observarse. Otra limitación el G-COMP es que, fue examinado solamente en el contexto de los trastornos de ansiedad y en tratamientos de terapia cognitiva conductual, por lo tanto, no se puede determinar la medida en que los ítems de G-COMP son verdaderamente globales a través de otras orientaciones teóricas y / o problemas del paciente (Brown et al., 2017).

4.4. El estilo personal del terapeuta

4.4.1. Conceptualización

El Estilo Personal del Terapeuta es un constructo multidimensional que hace referencia al conjunto de características que el terapeuta aplica en cada sesión y que

influyen en el proceso y los resultados terapéuticos (Fernández Álvarez, García, Lo Bianco & Corbella Santomá, 2003).

El estilo del terapeuta se va desarrollando por medio de tres variables importantes que corresponden a la posición socio-profesional del terapeuta, su situación vital y los modos dominantes de comunicación que emplea (Fernández Álvarez & García, 1998).

Se trata de un perfil personal que se asocia a la peculiar forma de ser del terapeuta, y es independiente del enfoque de trabajo y las intervenciones que realice (Corbella & Fernández Álvarez, 2006).

Fernández Álvarez y García (1998) lo describen como una serie de funciones que se llevan a cabo de manera integrada y expresan las disposiciones, rasgos y actitudes.

Entre ellas se distinguen las funciones Instruccional, Atencional, Expresiva, Operacional y Compromiso vincular o involucración (Fernández Álvarez, García, Lo Bianco & Corbella Santomá, 2003).

Según las definen Fernández Álvarez y García (2019) la función instruccional refiere a las acciones que realiza el terapeuta con la finalidad de precisar los alcances y las limitaciones de la relación terapéutica, es una función normativa (rigidez vs flexibilidad). La función atencional o de escucha, se centra en las acciones que el terapeuta realiza con el propósito de acceder a la información que el paciente proporciona buscando ayuda para sus problemas (atención abierta vs atención focalizada). La función expresiva se refiere al tono emocional, la calidez y empatía con que se expresa el terapeuta (distancia vs proximidad). La operativa son las acciones que ejecuta el terapeuta para llevar a cabo el plan de tareas (espontánea vs sujeta a pautas). Por último, el compromiso vincular es la disposición para ayudar al que padece. Se divide en dos niveles: interpersonal e intrapersonal. El nivel de compromiso interpersonal hace referencia a terapeutas que se sienten cómodos en una relación en la que no hay una fuerte involucración o compromiso y a terapeutas que prefieren para trabajar un fuerte grado de involucración en esa relación. El compromiso intrapersonal es el grado de compromiso que el terapeuta experimenta con su trabajo, en relación con el resto de las áreas de su vida. Algunos terapeutas incluyen aspectos de su vida personal en el trabajo y otros se sienten comprometidos con su tarea, lo afecta varias áreas de su vida personal (alta involucración vs baja involucración).

Castañeiras et al. (2008) proponen, a partir de estas dimensiones, dos componentes globales. Uno técnico, que engloba los mecanismos atencionales de búsqueda y selección de la información y operaciones terapéuticas; y otro relacionado con la Interacción, que

reúne los aspectos motivacionales, la regulación emocional y el ajuste del grado de involucración en la relación con el paciente y la terapia.

El EPT no es rígido, va modificándose con el tiempo por distintas razones como el entrenamiento recibido, cambios en las condiciones de trabajo, y por factores relacionados a la vida personal del terapeuta, como cambios de tipo evolutivo o circunstancias vitales del terapeuta (Fernández- Álvarez et al., 2003; García & Fernández- Álvarez, 2007).

A partir del constructo Estilo Personal del Terapeuta Fernández Álvarez, García, Lo Bianco y Corbella (2003) desarrollaron el Cuestionario del Estilo Personal del terapeuta (EPT-C).

El EPT-C muestra propiedades psicométricas satisfactorias, la consistencia interna obtenida a partir del alfa de Cronbach, presenta valores aceptables que oscilaron entre 0,69 y 0,80. En tanto la estabilidad temporal, calculada a partir de mediciones de confiabilidad test-retest, arrojaron valores de correlación significativos ($.76 \geq r \leq .82$) (Fernández Álvarez et al., 2003).

También se le aplicó un análisis factorial de componentes principales, para obtener la validez teórica del instrumento. La composición factorial obtenida da 4 factores, ya que se encuentra que la función atencional y la operativa presentan una fuerte correlación con un coeficiente de Pearson de 0,596, lo que muestra un nivel supraordinal de convergencia entre ambos factores. Sin embargo, los autores deciden mantener la distinción conceptual entre ambas dimensiones en vista de sus aplicaciones prácticas (Fernández Álvarez et al., 2003).

Además de la versión original del EPT-C de Fernández Álvarez et al. (2003), se encuentran una versión chilena de 4 factores y 36 ítems, una portuguesa de 5 factores y 20 ítems y la versión brasilera de 4 factores y 16 ítems (Casari, Gómez & Ison, 2019).

4.4.2. Líneas de investigación a partir de ETP

Casari, Gómez e Ison (2019) señalan desde el desarrollo del constructo de Estilo Personal del terapeuta se han realizado 77 investigaciones, 49 de las cuales usan el EPT-C.

Los autores destacan los distintos hallazgos entre el EPT y las variables del terapeuta. Se encuentra que existe una correlación entre el estilo de apego ansioso y la función atencional. Por otra parte, se hallaron correlaciones entre los distintos factores de la personalidad (empleando el Big Five Inventory) y el EPT. Los resultados indican que la función Atencional y la operativa correlacionaban positivamente con neuroticismo y

negativamente con responsabilidad; la función involucración correlacionaba positivamente con neuroticismo y la función expresiva correlacionaba positivamente con extraversión y negativamente con responsabilidad (Casari, Gómez & Ison, 2019).

Casari, Gómez e Ison (2019) refieren que las líneas de investigación más recientes son los estudios con poblaciones específicas. Como por ejemplo el perfil de terapeutas abocados a la atención de pacientes severamente perturbados, pacientes con cáncer, niños con autismo. Los terapeutas de pacientes severamente perturbados mostraron menor grado de involucración y preferencia por intervenciones pautadas. Mientras los terapeutas de pacientes con trastornos del espectro autista presentaron mayor grado de compromiso con la tarea y el paciente. Por su parte, los terapeutas de pacientes oncológicos se mostraron más flexibles y presentaron una atención más abierta.

Es de resaltar que estos estudios no están vinculados al desempeño terapéutico, sino que exploran prototípicamente el perfil del terapeuta especializado en una población con determinada patología. Por ello instan a que futuras líneas de investigación evalúen que perfil se asocia con un mejor resultado terapéutico para las distintas poblaciones ya sea agrupadas por patología, o según el estilo del paciente (Casari, Gómez & Ison, 2019). Esto último supone estudiar las interacciones entre las variables del paciente y del terapeuta, en relación a variables del proceso como la alianza y finalmente el resultado.

Norcross (2002) señala que por conveniencia histórica o de la investigación, el campo ha distinguido entre relaciones y técnicas. Mientras relación se emplea para describir cómo terapeuta y paciente actúan el uno con el otro. La técnica se utiliza para describir lo que hace el terapeuta. A menudo se trata el “cómo” y el “qué” (la relación y el método, lo interpersonal y la intervención) como categorías separadas. Pero dichas categorías no solo son inseparables, sino que debieran ser complementarias. Un psicoterapeuta eficaz emplea métodos específicos, ofrece relaciones sólidas y personaliza tanto los métodos de tratamiento como el tipo de relación, en función de las características individuales del cliente en su contexto. El autor señala que uno de los objetivos de la investigación en psicoterapia debiera ser determinar métodos eficaces para personalizar la psicoterapia para el paciente individual.

Fernández Álvarez, García y Corbella (2019) plantean como futuros desarrollos programas de entrenamiento para que los terapeutas puedan modular su estilo personal.

4.5. Alianza y El estilo personal del terapeuta

La alianza no es una entidad estática, sino que es un aspecto dinámico y cambiante en el que incide constantemente la percepción por parte del paciente del significado de

los actos del terapeuta (Safran & Segal, 1994).

Corbella et al. (2009) proponen, a partir de la teoría de la mente, una reflexión sobre las habilidades del terapeuta que permiten la alianza. El terapeuta como persona ha formado mediante sus vivencias relacionales un posicionamiento relacional. La teoría de la mente es el fundamento de la empatía en el contexto terapéutico. Para el terapeuta es relevante poder predecir estados mentales propios y de los demás, y anticipar y modificar comportamientos. A mayor grado de desarrollo de estas habilidades se facilita tanto la relación como la adaptación del estilo a las características del paciente. El estilo personal del terapeuta se ve influenciado por sus habilidades mentalistas. Por ejemplo, dentro de la dimensión instruccional, un terapeuta más flexible podrá adaptar mejor su estilo al del paciente, y así establecer la alianza terapéutica.

Figura 3. Relación entre la teoría de la mente y el estilo personal del terapeuta

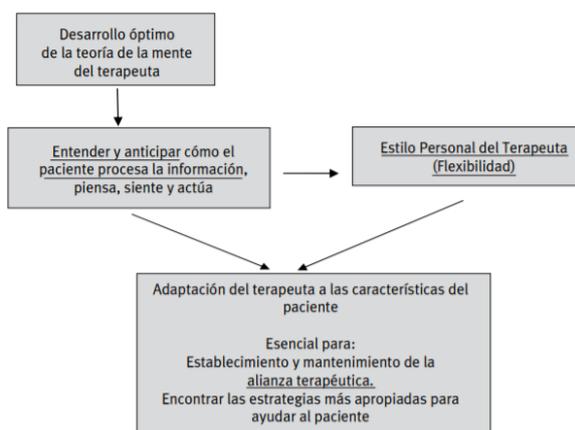


Figura 3. Diagrama explicativo sobre la relación entre la teoría de la mente, el estilo personal del terapeuta y la alianza. Adaptado de (2009). “Estilo personal del terapeuta y teoría de la mente” por S. Corbella, N. Balmaña, H. Fernández-Álvarez, L. Saúl, L. Botella, Luis; & F. García. En Revista Argentina de Clínica Psicológica, 13(2), p. 131.

Copyright 2009 Fundación AIGLÉ.

La mayor parte de las investigaciones sobre la asociación entre el estilo Personal del Terapeuta y la alianza se realizaron dentro del proyecto conjunto de investigación entre Fundación Aiglé (Buenos Aires) y la Universidad Ramón Llull, (Barcelona, España) que se inicia en el año 2000. El objetivo de las investigaciones es estudiar la compatibilidad de estilos entre terapeuta y paciente que facilitan la formación de una buena alianza terapéutica y, por tanto, de un resultado terapéutico positivo (Casari, Ison & Gómez, 2018).

Las investigaciones señalan que la función Operativa tiene un efecto moderador sobre la resistencia del paciente, influyendo dicha interacción en el establecimiento y calidad de la alianza terapéutica durante el tratamiento y en los resultados finales, se

encuentra que pacientes más resistentes con terapeutas menos pautados muestran una mejor alianza terapéutica y mejores resultados. Se identifica también que la función Instruccional del EPT influye sobre la alianza terapéutica, los resultados indican que los terapeutas más flexibles al establecer las instrucciones logran una mejor alianza terapéutica y mejores resultados al final del tratamiento (Casari, Ison & Gómez, 2018).

Moya Cortés (2015) investigó como el EPT se asociaba con la alianza terapéutica, los resultados obtenidos indican una relación positiva entre la función Expresiva y la Alianza Terapéutica (Pearson, $n= 48$, $r= .352$; $p=.014$), es decir, los terapeutas que se perciben capaces de sostener una comunicación emocional con sus pacientes consideran que construyen con ellos una alianza más sólida. Por último, se encuentra que no existe relación entre la función Instruccional, Atencional, Compromiso vincular y Operativa y la Alianza Terapéutica. Con respecto a estos resultados Moya Cortés (2015), señala dos limitaciones para los resultados obtenidos. La primera es el escaso número de sujetos que componen la muestra, la segunda es que el informe de alianza se obtuvo de los terapeutas y no de los pacientes. A pesar de esas limitaciones, destaca que el hecho de haber obtenido resultados significativos al analizar la relación entre la función Expresiva del EPT y la alianza terapéutica, pese al reducido tamaño muestral, ya constituye una gran línea en la que seguir investigando.

Norcross (2002) resalta que los hallazgos en pautas de relación, en lugar de pautas técnicas, son importantes ya que permiten avanzar en relaciones empíricamente respaldadas en lugar de tratamientos empíricamente respaldados.

5. Metodología

5.1. Tipo de Estudio

Estudio psicométrico y descriptivo correlacional.

5.2. Tipo de Diseño

No experimental transversal.

5.3. Muestra

Muestra no probabilística. Formada por:

- Terapeutas: 15 terapeutas compuestos de la siguiente manera: 10 (67%) mujeres y 5 (33%) hombres, con una edad promedio de 37 años, y una experiencia promedio de 8 años. El 60 % (9) realiza su actividad en CABA y el 40 % (6) en la provincia de Buenos Aires. En cuanto a su orientación teórico-práctica 6 (40 %) adhieren al Modelo Integrativo, 5 (33 %) al Psicoanálisis y 4 (27%) al Cognitivo-Conductual. Presentan la siguiente modalidad de atención: 4 (27%) atienden en hospitales

públicos, 8 (53%) en consultorios de forma privada o son prestadores de prepaga u obra social y 3 (20%) en instituciones privadas.

- Pacientes: Una muestra de 71 niños y adolescentes argentinos cuyo criterio de inclusión era tener entre 6 y 16 años, de ambos sexos que hayan realizado cinco o más sesiones de terapia con el terapeuta actual, que tengan español como idioma nativo, que sepan leer y que no posean trastornos cognitivos ni del espectro autista. Siendo la composición de la muestra la que se detalla a continuación: 39 niños (55%) y 32 niñas (45%). Con edades comprendidas entre los 6 y 16 años ($M= 10.56$; $DE = 2.68$).
- Jueces: panel de cinco Psicólogos expertos en psicoterapia infantil, con más de 10 años de experiencia, que no se encuentren en contacto entre sí, pertenecientes dos a modelo psicoanalítico, dos al cognitivo-conductual y uno al modelo integrativo.
- Traductores: Dos traductores públicos del idioma inglés y dos traductores bilingües para la traducción reversa.

Los participantes a excepción de los traductores cumplieron con los criterios de inclusión antes mencionados y además su participación fue anónima, no remunerativa y voluntaria para lo cual prestaron consentimiento informado. Debido a que la participación es voluntaria no se puede saber cómo el análisis de los no participantes podría diferir del de los participantes. En cuanto a los traductores se les pagó por sus servicios el arancel fijado por la asociación de traductores públicos. En el caso de los traductores bilingües su participación fue voluntaria y no remunerada

5.4. Instrumentos de Medición

5.4.1. Cuestionario de evaluación del Estilo Personal del Terapeuta (EPTC)

Este instrumento fue desarrollado y adaptado a la población local por Fernández Álvarez, García, Lo Bianco y Corbella (2003). Es un instrumento de lápiz y papel que consta de 36 ítems, con una escala de formato Likert de 7 opciones de respuesta (Anexo A). Mide el Estilo Personal del Terapeuta que es el conjunto de condiciones singulares que llevan al terapeuta a operar de un modo peculiar en su tarea y que es el producto de diversas funciones que actúan de forma integrada: 1) Función Instruccional, 2) Función Atencional, 3) Función Operativa, 4) Función Expresiva y 5) Función de Compromiso Vincular. Este instrumento presenta una adecuada consistencia interna, los coeficientes Alfa de Cronbach obtenidos para las funciones se hallan entre .69 y .8 (Fernández Álvarez et al., 2003). Posee además una composición factorial que sugiere una adecuada validez teórica, mostrando cinco factores independientes (Castañeiras, Ledesma, García &

Fernández Álvarez, 2008; Fernández Álvarez et al., 2003).

5.4.2. Escala de alianza terapéutica en niños revisada (TASC-r).

Desarrollada por Shirk y Saiz (1992) y luego la versión revisada por Shirk y Karver (2010). Es un instrumento de lápiz y papel, autoadministrable que consta de dos formas paralelas, el cuestionario del niño y el cuestionario del terapeuta ambas con 12 ítems, con una escala Likert de 1 a 4 (Anexo B). Evalúa la alianza terapéutica, posee dos factores que contemplan los aspectos positivos (ejemplo: *me agrada mi psicólogo*) y negativos de la alianza (ejemplo: *Quería que la sesión terminara rápido*). Los ítems negativos se invierten y la escala de alianza terapéutica arroja un valor global.

Los puntajes TASC-r han demostrado una buena confiabilidad y validez en estudios previos, obteniéndose los siguientes Coeficientes alfa de Cronbach: .88 y -.92; y dos factores (Creed & Kendall, 2005).

5.4.3. Escala de alianza terapéutica versión para terapeuta (TAST).

En esta escala (Anexo C), los elementos del TASC-r están redactados de manera que los terapeutas califiquen su evaluación de la experiencia de los niños y adolescentes acerca de la alianza (por ejemplo, "El niño expresa emociones positivas hacia ti"; "Al niño le resulta difícil trabajar contigo para resolver problemas de su vida "). Es un instrumento de lápiz y papel, autoadministrable con 12 ítems, con una escala Likert de 1 a 4. La escala del terapeuta ha demostrado una buena confiabilidad en un estudio previo y una buena confiabilidad interna en esta muestra con unos valores de alfa de Cronbach de .94 y -.96 y dos factores (Creed & Kendall, 2005), y un índice de confiabilidad de Raykov: 0.91 [IC 95%: 0.88–0.95]) (Accurso & Garland, 2015).

5.4.4. Cuestionario para jueces expertos sobre la traducción del TASC-r.

Se desarrolló un cuestionario que permite puntuar los 12 ítems de la TASC-r, en una escala Likert de 1 a 10 (1 es para nada comprensible y 10 muy comprensible, y las puntuaciones intermedias reflejan matices de la opinión). Por otro lado, en el mismo cuestionario se pregunta acerca de la pertinencia y adecuación del ítem para el constructo que se desea determinar (Alianza Terapéutica en Niños y Adolescentes), se trata de una escala dicotómica (Sí, No). Es un instrumento de lápiz y papel, que además consigna el nombre del juez y sus años de experiencia en la psicoterapia infantil. Anexo D.

5.4.5. Cuestionario Socio-demográfico y profesional de los psicoterapeutas.

Encuesta con ítems de opción múltiple para la Edad, Sexo, Años de experiencia, Tipo de Práctica, Orientación teórica y Tipo de patologías que trata. Anexo E.

6. Procedimiento

Se estableció una comunicación vía email con los autores de la versión original y la versión reducida, contándoles la intención de adaptar el test y solicitando información. El Dr. Karver (comunicación personal, 18 de septiembre, 2019) respondió que el Dr. Shirk se hallaba retirado, quedando él a cargo de sus trabajos y envió el test y el contacto personal del Dr. P. Kendall y Dr. Chu (comunicación personal, 21 de octubre, 2019) quien proporcionó la información sobre la puntuación y conformación factorial de la versión reducida.

Se llevó a cabo la traducción al español por dos traductores públicos indicándoles que la población objetivo eran niños y adolescentes de entre 7 y 16 años.

Se procedió a una síntesis de las dos traducciones al español.

A continuación, se realizó la traducción inversa y se verificó que no había diferencia con la proporcionada por los autores.

Luego se sometió la TASC-r a un panel de expertos que calificaron la comprensión de los ítems en una escala de 1 a 10 y por otro lado juzgaron la pertinencia de los ítems con respecto al constructo que se quiere medir.

Una vez efectuados dichos estudios se administraron a los terapeutas el cuestionario de evaluación del Estilo Personal del Terapeuta (EPT-C) y el cuestionario sociodemográfico, previo consentimiento informado de los participantes y garantizando el anonimato de su participación. Se indicó a los terapeutas que podían administrar el TASC-r a partir de la quinta sesión.

Al finalizar la sesión, el terapeuta ofreció al paciente el cuestionario TASCr (CELESTE), le explicó que era para saber cómo se sintió, que él no lo leería y que lo podía completar si lo deseaba y depositar en una caja, a tal efecto se entregó una caja buzón a cada terapeuta. El terapeuta completó el TASTr donde consignó sus iniciales y las del niño.

7. Análisis de datos

A partir de los datos recabados se empleó el software SPSS Statistics Versión 25 para analizar la estructura factorial subyacente, además se estimó la consistencia interna mediante el coeficiente alfa de Cronbach. Se realizó un análisis factorial confirmatorio (CFA) por medio del software LISREL 20.10 versión gratuita para estudiantes.

Por último, se efectuó la correlación entre la alianza y el estilo personal del terapeuta, con el software SPSS Statistics Versión 25.

8. Desarrollo

Se procede a dar tratamiento y respuesta a los objetivos planteados.

8.1. Equivalencia semántica y funcional

En el primer objetivo se propuso establecer la equivalencia semántica y funcional de la versión adaptada del TASC_r. Para ello dicha versión se sometió a una evaluación por un panel de jurados expertos. A partir de los puntajes obtenidos se calculó el *V de Aiken* para determinar el grado de acuerdo entre los jueces, los resultados obtenidos se resumen en la tabla 1.

Tabla 1. Valores de *V de Aiken* para la comprensión de los ítems de la versión en español

Ítem	<i>p</i>	<i>V Aiken</i>
1	.000	1
2	.036	.89
3	.036	.93
4	.036	.93
5	.000	1
6	.000	1
7	.036	.87
8	.036	.98
9	.036	.93
10	.000	1
11	.036	.96
12	.036	.96

En la última fase de la adaptación, el análisis de los resultados del panel de jueces, tabla 1, arrojó valores para la *V de Aiken* entre .87 y 1. Dichos valores superan el valor recomendado de .80, lo cual implica que existe acuerdo en el panel acerca de que la comprensión de los ítems es adecuada. Esto sumado al resultado de la traducción reversa, permite concluir que la adaptación de la escala ha sido exitosa, dando lugar al proceso de validación.

8.2. Validación del TASC_r adaptado

El segundo objetivo refiere a la validación del test TASC_r adaptado al español. La validación de un instrumento requiere la verificación de su validez así como de su confiabilidad. En la evaluación de validez deben contemplarse los distintos tipos: validez de contenido, validez de constructo, validez de criterio y de facies (Hambleton, 2005), ya que como se expuso anteriormente estas complementan su información en cuanto a que el test mida el constructo que dice medir de acuerdo al modelo teórico planteado y que ello quede contrastado contra una medición del mismo constructo con otro instrumento u otro constructo que correlacione con el que

se está validando. En los apartados siguientes se presenta la evaluación de cada una de ellas.

8.2.1. Validez de contenido

Un panel de jueces experto se pronunció acerca de la pertinencia y adecuación del contenido de los ítems. Se empleó una escala dicotómica y a partir de la puntuación se calculó la *V de Aiken*, cuyos valores se encuentran en la tabla 2.

Tabla 2. Valores de *V de Aiken* para la evaluación por jueces expertos sobre la pertinencia y adecuación del contenido de los ítems

Ítem	<i>p</i>	<i>V Aiken</i>
1	.000	1
2	.000	1
3	.000	1
4	.000	1
5	.000	1
6	.000	1
7	.000	1
8	.000	1
9	.000	1
10	.000	1
11	.000	1
12	.000	1

Los valores de *V de Aiken* hallados (tabla 2) fueron superiores a .99, es decir el acuerdo de los jueces fue unánime. A partir de estos resultados se puede concluir que la validez de contenido para el TASC_r en su versión adaptada al español es buena, es decir, los ítems son adecuados para medir alianza terapéutica.

8.2.2. Validez de constructo

Hambleton (2005) señala que la validez de constructo consiste en confirmar la estructura factorial de los datos, de ese modo ver si la misma responde al modelo teórico del constructo.

8.2.2.1. Análisis factorial exploratorio

La estructura factorial se investigó primeramente mediante un análisis factorial exploratorio.

En la tabla 3 se muestran los estadísticos Prueba de KMO y Bartlett, que permiten valorar la bondad de ajuste o adecuación de los datos a un modelo factorial. El Índice Kaiser-Meyer-Olkin mide la adecuación de la muestra. Valores entre .5 y 1 indican que es apropiado aplicar el modelo factorial. El Test de Esfericidad de Bartlett se utiliza para

probar la Hipótesis Nula que afirma que las variables no están correlacionadas en la población. Es decir, comprueba si la matriz de correlaciones es una matriz de identidad. Si el nivel crítico (sig) es mayor a .05 no se puede rechazar la Hipótesis Nula de esfericidad, en ese caso el modelo factorial no sería el más adecuado para explicar los datos.

Tabla 3. Prueba de KMO y Bartlett

Parámetro	valor
Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo	.871
Prueba de esfericidad de Bartlett	430.18
Gl	66
Sig.	.000

El valor obtenido de KMO es .871 se haya en el intervalo .5-1 con lo cual la adecuación muestral indica que sería apropiado aplicar el modelo factorial a los datos. En la prueba de esfericidad de Barlett el valor critico es menor que .5 con lo que se rechaza la hipótesis nula de que la matriz de correlaciones es la matriz identidad. Ambos estadísticos indican que el modelo factorial sería adecuado para los datos analizados. Por consiguiente, se procede a la extracción de los factores. Para la extracción se empleó el método de máxima verosimilitud, para posteriormente tener un mejor análisis factorial confirmatorio. Considerando que las técnicas de ecuaciones estructurales se basan en máxima verosimilitud, es conveniente utilizar un método análogo al factorial, así la divergencia sería mínima entre los resultados que se encuentren aquí y los que luego se encuentren con el análisis factorial confirmatorio

Tabla 4. Varianza total explicada

Factor	Autovalores iniciales			Sumas de cargas al cuadrado de la extracción			Sumas de cargas al cuadrado de la rotación		
	Total	% de varianza	% acumulado	Total	% de varianza	% acumulado	Total	% de varianza	% acumulado
1	5.812	48.435	48.435	5.332	44.433	44.433	3.445	28.705	28.705
2	1.307	10.889	59.323	.790	6.585	51.018	2.678	22.313	51.018
3	.973	8.108	67.431						
4	.766	6.386	73.818						
5	.698	5.815	79.632						
6	.617	5.138	84.770						
7	.491	4.094	88.864						
8	.384	3.200	92.065						
9	.296	2.467	94.532						
10	.256	2.135	96.667						

11	.232	1.933	98.600
12	.168	1.400	100.000

Nota: Método de extracción: máxima verosimilitud.

Como se puede observar en la tabla 4, el análisis de varianza explicada presenta 2 factores con valores propios superiores a 1, que explican el 59.323 de la varianza. Por lo que un modelo de dos factores sería adecuado para los datos analizados.

En la tabla 5 se muestran las cargas de cada uno de los indicadores de cada factor, es conveniente que sean superiores a .5 para un buen análisis exploratorio general y pensando en el análisis factorial confirmatorio es bueno que superen el .6.

Tabla 5. Matriz de componente*

Ítem	Componente	
	1	2
1	.846	-.223
2	.601	.377
3	.684	.118
4	.530	-.315
5	.814	-.043
6	.790	.055
7	.382	.704
8	.739	.254
9	.567	.356
10	.790	-.368
11	.715	-.023
12	.743	-.418

* 2 componentes extraídos.

A pesar de que los resultados de carga son buenos pues todos son superiores a .5 (tabla 5) una rotación ortogonal permite reducir ambigüedades en las cargas factoriales de las variables y hallar una solución mejorada. En la tabla 6 se muestran las cargas factoriales luego de la rotación por el método VARIMAX.

Tabla 6. Matriz de componente rotado*

Ítem	Componente	
	1	2
1	.813	.323
2	.260	.660
3	.480	.501
4	.613	.062
5	.680	.449
6	.602	.514
7	-.111	.793

8	.443	.643
9	.245	.623
10	.854	.174
11	.589	.407
12	.846	.106

Nota: Método de rotación: Varimax con normalización Kaiser.

*La rotación ha convergido en 3 iteraciones.

De la tabla 6 se desprenden los ítems que cargan a cada factor. Si bien todos los indicadores son superiores a .5, los ítems 3, 6, 11 presentan cargas factoriales similares para ambos factores, la decisión de que carguen a uno u otro factor se puede tomar en base al respaldo de la teoría. En la tabla 7 se presentan la agrupación de ítem por factor que se realiza a partir del análisis factorial exploratorio.

Tabla 7. Agrupación de ítem por factor obtenido en el AFE

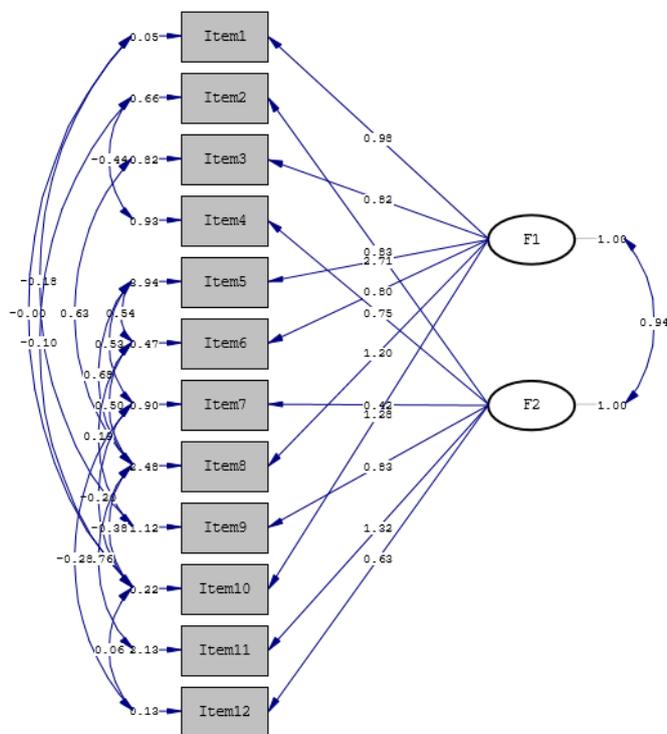
F1	F2
Ítem 1	Ítem 2
Ítem 3	Ítem 7
Ítem 4	Ítem 8
Ítem 5	Ítem 9
Ítem 6	
Ítem 10	
Ítem 11	
Ítem 12	

8.2.2.2. Análisis factorial confirmatorio.

El análisis factorial exploratorio arrojó que los datos podían agruparse en un modelo de dos factores. En la tabla 7 se consolidan las agrupaciones salidas del análisis factorial exploratorio. El AFE es un modelo basado en datos, sin realizar especificaciones a priori. A diferencia de este, en el AFC se especifican de antemano el número de factores y el patrón de las cargas de factor.

En la figura 4 se muestra el modelo de AFC para el TASCr con las cargas factoriales por Shirk y Karver (2010) y validadas por Ormhaug, Shirk y Wentzel-Larsen. (2015). Se trata de un modelo de dos factores, seis de los ítems están desarrollados para cubrir el aspecto de vínculo de la alianza (ítems 1, 3, 5, 6, 8 y 10) y los otros seis cubren la alianza de trabajo (ítems 2,4,7,9,11 y 12).

Figura 4. Modelo de AFC de la escala de alianza terapéutica en niños y adolescentes (TASCr) basado en la carga de factores del modelo de Shirk y Karver (2010)



Chi-Square=75.23, df=38, P-value=0.00030, RMSEA=0.117

La tabla 8 resume la comparación de los estadísticos obtenidos en la aplicación del modelo teórico para los datos analizados junto con sus valores recomendados en la bibliografía consultada (Brown, 2006; Schermelleh-Engel, Moosbrugger & Müller, 2003).

Tabla 8. Agrupación de ítem por factor obtenido en el AFE

Estadísticos		Nivel de ajuste recomendado	Nivel de ajuste Obtenido Modelo Shirk y Karver
Chi-cuadrado (χ^2)		p > .05	1
Ajuste absoluto	CMIN/DF	< 2 excelente 2-3 adecuado	1.98
Ajuste comparativo	CFI		.955
	NFI	> .9	.915
	IFI		.956
Otros	RMSEA	< .10 (buen ajuste)	.117

Nota: CMIN/DF: χ^2 /gl. NFI: Normed Fix Index - índice de ajuste no normalizado.. CFI: Comparative Fit Index - índice de ajuste comparativo. NFI Normed Fit Index IFI Incremental Fit Index.-Índice de ajuste

incremental RMSEA: Root Mean Square Error of Approximation - raíz cuadrada del error cuadrático medio.

Basado en estos índices, esta muestra tiene un ajuste aceptable al modelo dos factores planteado por Shirk y Karver (2010). Los resultados indicaron que las calificaciones de la alianza en niños y adolescentes se agruparon en función del contenido del constructo, de acuerdo con las dimensiones planteadas por Bordin y tomadas por Shirk y Karver (2010) para el desarrollo del test.

8.2.3. Validez de criterio. Acuerdo entre informantes y puntajes promedio de alianza

Para establecer la validez de criterio se usó la información obtenida por el terapeuta en la TAST. Se establecieron las correlaciones entre los ítems puntuados por los niños en la TASCr y los ítems puntuados por los terapeutas en la TAST.

Tabla 9. Correlación entre las puntuaciones de los niños y las puntuaciones de los terapeutas

Ítems correlacionados	<i>Rho de Spearman</i>
1-1	.402**
2-2	.430**
3-3	.344**
4-4	.333**
5-5	.539**
6-6	.517**
7-7	.616**
8-8	.345**
9-9	.320**
10-10	.602**
11-11	.308**
12-12	.492**

** . La correlación es significativa en el nivel 0.01 (bilateral).

En la tabla 9 se presentan *los Rho de Spearman* de las correlaciones entre las puntuaciones de los ítems brindados por los niños o adolescentes y las puntuaciones de los terapeutas para cada ítem. Los valores se encuentran entre .308-.616, lo que muestra una asociación positiva estadísticamente significativa, entre baja y moderada. Esto es evidencia de una convergencia entre el TASC y el TAST, ambos miden la alianza percibida por el niño o adolescente, mientras que el TASC es un autorreporte que realiza el niño o adolescente, el TAST es un reporte que se obtiene del terapeuta evaluando la alianza percibida por el niño o adolescente.

La tabla 10 expone las correlaciones entre la alianza, la alianza afectiva y la alianza de trabajo, percibida por cada paciente con la de su terapeuta.

Tabla 10. Correlaciones entre la alianza percibida por el paciente y la percepción del terapeuta de la alianza percibida por el paciente

correlación	<i>Rho de Spearman</i>
Alianza de trabajo	.558**
Alianza afectiva	.753**
Alianza	.703**

** . La correlación es significativa en el nivel 0.01 (bilateral).

Se obtienen correlaciones moderadas para la alianza de trabajo y fuertes para la alianza afectiva y la alianza global, verificándose la convergencia de los puntajes de alianza percibida por los pacientes y la percepción del terapeuta de la alianza percibida por el paciente.

En la figuras 5, 6 y 7 se grafica dicha correlación, la línea diagonal continua representa la total convergencia de los puntajes, lo que se observa es que para la alianza afectiva y la alianza total las puntuaciones de la percepción de los terapeutas de la alianza percibida por el niño o adolescente se encuentra subestimada, casi todos los puntos paciente-terapeuta se encuentran por debajo de la línea de convergencia total y a la derecha de la puntuación media presentada en el grafico por el entrecruzamiento de una línea vertical y horizontal. Además, los valores de alianza bajos percibidos por los pacientes se hallan sobrestimados por los terapeutas. Hallazgos similares fueron publicados por Ormhaug, Shirk y Wentzel-Larsen (2015). El mismo fenómeno sucede en la terapia con adultos, Bachelor (2011) ha sugerido que las discrepancias en las calificaciones de la alianza pueden estar relacionadas con las diferencias en las opiniones implícitas de los clientes y los terapeutas sobre el constructo de la alianza. El autor sostiene que el acuerdo de tareas y metas suelen acordarse y trabajarse en conjunto, por lo cual es más probable que haya una convergencia entre la percepción del terapeuta de la alianza de trabajo percibida por el paciente. Por otra parte, en la alianza afectiva no hay un acuerdo previo acerca de las expectativas afectivas del paciente. Puede ser que los terapeutas, que a menudo tienen un grupo de pacientes de referencia más amplio, juzguen la alianza de sus pacientes en función de su participación colaborativa en las tareas terapéuticas. Los pacientes, por otro lado, es probable que comparen las actitudes atentas y empáticas de los terapeutas con las respuestas que generalmente reciben de amigos y familiares, y esto puede tener una influencia positiva en sus calificaciones de alianza (Hartmann et al., 2015). El autor señala que la sobrestimación del terapeuta para valores

bajos de alianza percibida por el paciente puede llevarlos a no reconocer y tratar el riesgo de una ruptura de la alianza. Recomienda tanto la autoobservación como la supervisión para tener una mejor percepción de la alianza que perciben los pacientes (Hartmann et al., 2015).

Figura 5. Gráfico de correlación de alianza de trabajo

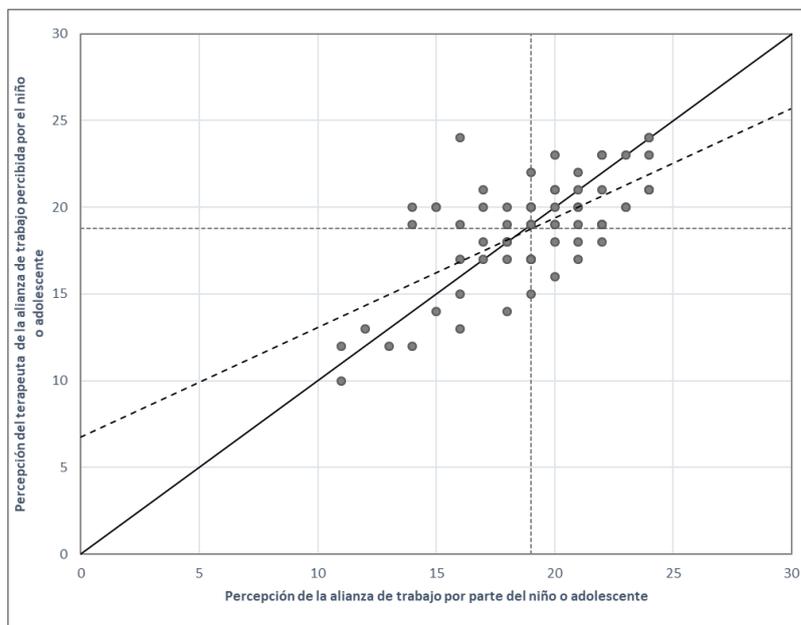


Figura 5. Gráfico de convergencia de los puntajes de alianza de trabajo. La línea diagonal continua representa la total convergencia de los puntajes. Línea discontinua representa la regresión lineal de los puntajes obtenidos. Las líneas horizontal y vertical representan las medias de los puntajes obtenidos.

Figura 6. Gráfico de correlación de alianza afectiva

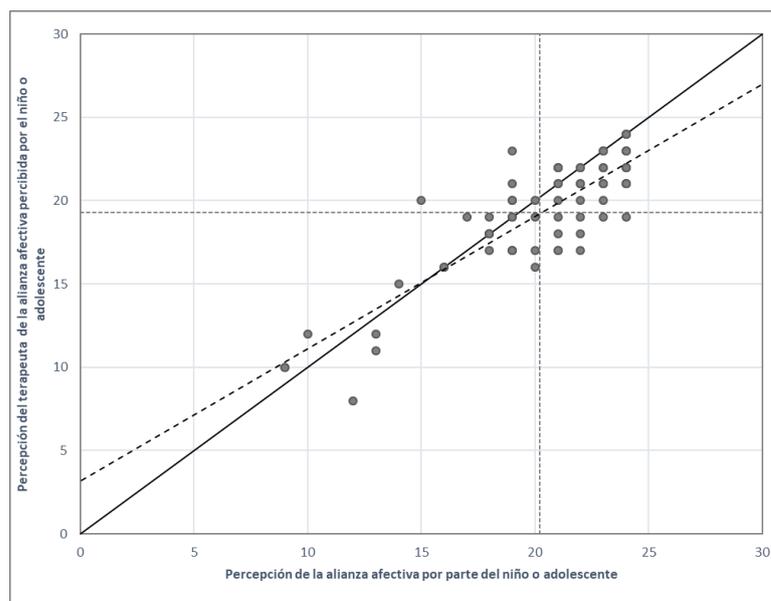


Figura 6. Gráfico de convergencia de los puntajes de alianza afectiva. La línea diagonal continua

representa la total convergencia de los puntajes. Línea discontinua representa la regresión lineal de los puntajes obtenidos. Las líneas horizontal y vertical representan las medias de los puntajes obtenidos.

Figura 7. Gráfico de correlación de alianza

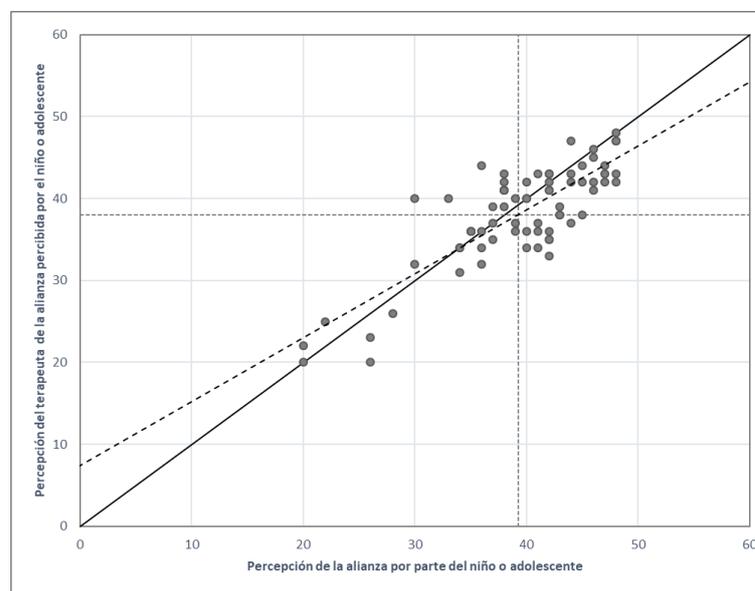


Figura 7. Gráfico de convergencia de los puntajes de alianza. La línea diagonal continua representa la total convergencia de los puntajes. Línea discontinua representa la regresión lineal de los puntajes obtenidos. Las líneas horizontal y vertical representan las medias de los puntajes obtenidos.

8.2.4. Confiabilidad

Como ya se expuso, la validación incluye tanto el análisis de validez como el de confiabilidad. Para verificar la confiabilidad del TASC_r, se calculó el alfa de Cronbach. El método de consistencia interna basado en el alfa de Cronbach permite estimar la fiabilidad de un instrumento de medida a través de un conjunto de ítems que se espera que midan el mismo constructo o dimensión teórica. A partir de los datos se obtuvo un alfa de Cronbach de .892. Cuanto más cerca se encuentre el valor del alfa a 1 mayor es la consistencia interna de los ítems analizados, por lo que el alfa de Cronbach obtenido muestra una buena consistencia interna. Se verifica la confiabilidad del TASC_r. Además, el valor de alfa de Cronbach obtenido es similar al $\alpha = .91$ obtenido por Ormhaug, Shirk y Wentzel-Larsen (2015) en la adaptación y validación al noruego, y al .82 obtenido por Kronmüller et al. (2003) al realizar la adaptación del instrumento al alemán.

En la tabla 10 se muestra la Correlación elemento total corregida. Esta correlación indica la correlación lineal entre el ítem y la puntuación total en la escala, señalando la magnitud y la dirección de esta relación, se la conoce, también, como el índice de homogeneidad. Si el ítem analizado mide lo mismo que el resto de ítems, el índice de

homogeneidad será alto, de manera que los sujetos que puntúan alto en el ítem también tenderán a puntuar alto en la escala y los sujetos que puntúan bajo en el ítem tenderán a puntuar bajo en la escala. Los ítems cuyos coeficientes ítem-total arrojan valores menores a .2 deben ser desechados o reformulados. Los valores obtenidos en la tabla 11 son todos superiores a .2 con lo que se puede inferir que los ítems de la escala miden lo mismo que el resto de ítems y tiene sentido combinarlos en una puntuación total. Por otro lado, en la segunda columna de la tabla se muestra el valor de alfa de Cronbach si se suprime el ítem. Como se observa el valor de Alfa de Cronbach solo se incrementaría con la supresión del ítem 7 pero no se produce una modificación sustancial, ya que su valor sigue estado en el rango $.8 \leq \alpha < .9$ que indica una buena consistencia interna.

Tabla 11. Correlación ítem-total y Alfa de Cronbach corregido por supresión de ítem.

Ítem	Correlación total de elementos corregida (coeficiente ítem-total)	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
1	.767	.875
2	.544	.886
3	.611	.883
4	.440	.890
5	.748	.875
6	.726	.875
7	.345	.899
8	.681	.878
9	.524	.887
10	.690	.879
11	.628	.881
12	.639	.882

8.2.5. Resumen del análisis de la validación de los resultados obtenidos por el TASCr

A modo de resumen de los sub-apartados anteriores se presenta en la figura 8 un diagrama con los aspectos analizados en la validación de los resultados del TASCr y los valores de los estadísticos obtenidos.

Figura 8. Resumen de la validación de los resultados del TASC_r adaptado al español en la muestra estudiada.

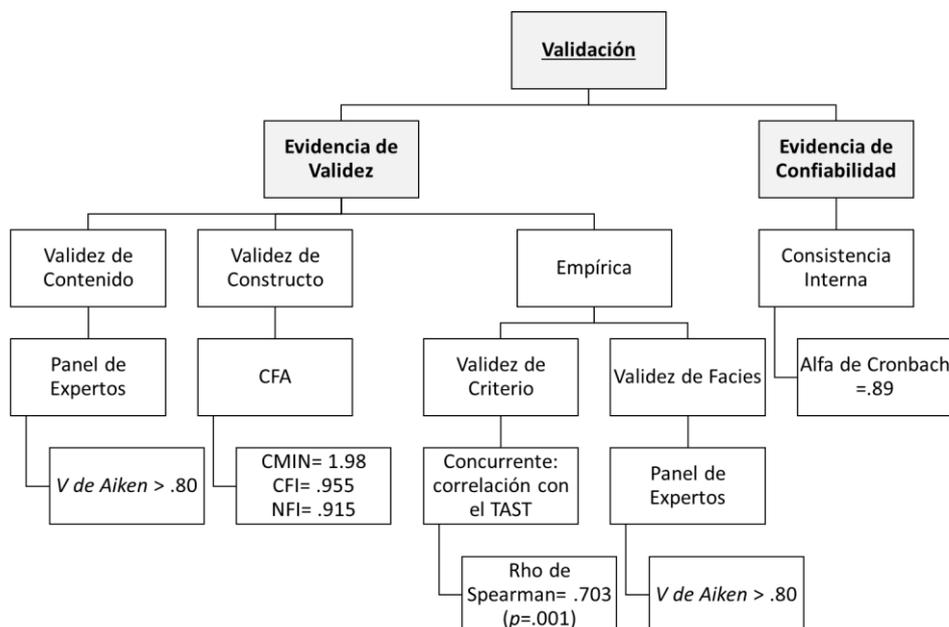


Figura 8. Diagrama de aspectos, método aplicado y estadísticos obtenidos en la validación de los resultados del TASC_r adaptado al español en la muestra estudiada.

8.3. Asociación entre el Estilo Personal del Terapeuta y la Alianza Terapéutica

Con el objetivo de verificar si existía una asociación entre el Estilo Personal del Terapeuta y la Alianza Terapéutica en niños y adolescentes; se calcularon los coeficientes de Rho de Spearman, los resultados se exponen en la tabla 12.

Tabla 12. Correlaciones entre el Estilo Personal del Terapeuta y la Alianza Terapéutica en niños y adolescentes.

	Función Instruccional	Función Involucración
Alianza de trabajo	-.427**	
Alianza afectiva	-.275*	.275*
Alianza Global	-.376**	

** . La correlación es significativa en el nivel 0.01 (bilateral).

* . La correlación es significativa en el nivel 0.05 (bilateral).

Como se observa en la tabla 12, se hallaron asociaciones negativas estadísticamente significativas moderada para la alianza global y débil para la alianza de trabajo y la alianza afectiva con la función instruccional del estilo del terapeuta. Mientras que se halló una asociación positiva débil estadísticamente significativa entre la Función involucración y la alianza afectiva. Es decir, terapeutas con un EPT flexible tendrán alianzas de trabajo, afectiva y global más fuertes que terapeutas rígidos. Terapeutas con

un EPT de mayor involucración tendrán alianzas afectivas más fuertes que los de menor involucración.

Casari, Ison & Gómez (2018) en investigaciones con pacientes adultos, también hallaron que los terapeutas más flexibles al establecer las instrucciones lograban una mejor alianza terapéutica. Corbella et al. (2009) desarrollan una serie de observaciones en base a la teoría mentalista y explican que un terapeuta más flexible podrá adaptar mejor su estilo al del paciente, y así establecer la alianza terapéutica. En niños y adolescentes Fjermestad et al. (2016), encuentran que ser receptivo y adoptar una postura de colaboración ayudaban a fortalecer la alianza. Los autores plantean en su modelo teórico de cambio terapéutico que la competencia del terapeuta, considerando la de capacidad de respuesta y la habilidad para involucrar a los jóvenes a través de actividades apropiadas para su edad, como juegos, dibujo, el uso del humor y el lograr establecer un ritmo de sesión apropiado están asociados a una mayor participación. Por su parte Brown, Parker, McLeod y Southam-Gerow (2014) señalan que el terapeuta debe entender cómo y cuándo realizar intervenciones para cumplir con el desarrollo personal de un joven en particular.

En cuanto a la asociación hallada entre alianza y la función compromiso vincular del EPT, esta función tiene un componente interpersonal que refiere a cuan cómodo está el terapeuta al involucrarse en la relación. Zorzella, Muller, y Cribbie (2015) encontraron que los pacientes con trastornos internalizantes mostraban alianzas más fuertes que los pacientes con trastornos externalizantes. Sugieren que esta diferencia podría deberse a que los terapeutas respondían más positivamente a la internalización de los niños mientras que tenían dificultades para conectarse con la externalización de los niños desde el principio. Los hallazgos de Zorzella, Muller, y Cribbie (2015) están en línea con los resultados obtenidos en la presente investigación, lo cual podría explicarse en que las relaciones en la que los terapeutas se sentían más cómodos al involucrarse en la relación como con niños con trastornos internalizantes, se obtenían alianzas más fuertes. Por el contrario, con los niños con trastornos externalizantes parecían al principio no sentirse cómodos al involucrarse en la relación y los valores de alianza bajaban.

Como se presentó en el marco teórico, una de las líneas de investigación con el EPT se ha dedicado a explorar prototípicamente el perfil del terapeuta especializado en una población con determinada patología (Casari, Gómez & Ison, 2019). El presente estudio trabajó sobre una población específica, la infanto-juvenil, la figura 9 presenta el perfil de los terapeutas para esta muestra de población.

Figura 9. Perfil del EPT de los terapeutas de la muestra

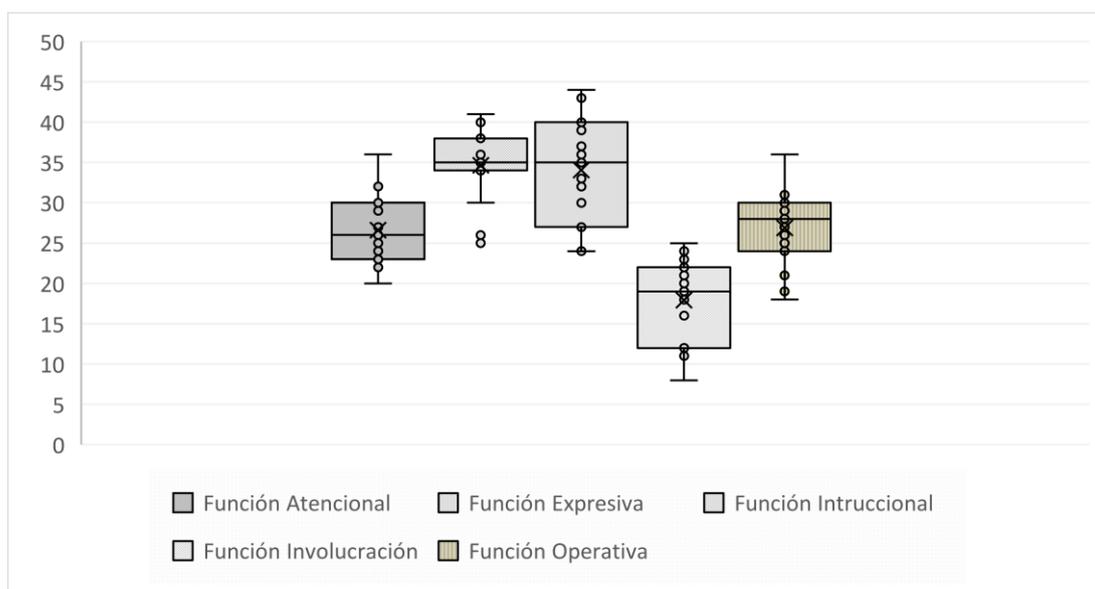


Figura 9. Gráfico de cajas y bigotes para las funciones del EPT de los terapeutas de la muestra.

En los diagramas de caja de la figura 9 se observa que los terapeutas presentan valores elevados de la función expresiva e instruccional. Dichos valores se encuentran dispersos para la función instruccional y condensados para la expresiva.

9. Conclusiones

Los objetivos del presente trabajo eran realizar la adaptación y validación de la Escala de Alianza Terapéutica en Niños y Adolescentes (TASC-r), y además establecer qué dimensiones del Estilo Personal de Terapeuta correlacionan con la alianza terapéutica en niños y adolescentes. Para ello, se desarrollaron tres hipótesis.

En la primera hipótesis se planteó la existencia de una equivalencia semántica y funcional de la Escala de Alianza Terapéutica para Niños y Adolescentes revisada (TASC-r) entre la versión original en inglés y la versión adaptada al español. Esta hipótesis se verificó por medio de la evaluación de la comprensión de los ítems por jueces expertos y del estadístico *V de Aiken* para el grado de acuerdo.

Después de verificar la primera hipótesis se pasó a la segunda, en la que se había planteado que la Escala de Alianza Terapéutica para Niños y Adolescentes revisada (TASC-r) adaptada presenta una adecuada validez y confiabilidad para la muestra. Los resultados encontrados indican que el instrumento posee propiedades psicométricas adecuadas que permiten evaluar la alianza terapéutica en niños y adolescentes.

La tercera hipótesis requería de un instrumento validado de alianza terapéutica en niños y adolescentes, pues en ella se hipotetizó que los estilos del terapeuta flexible y próximo, correlacionan positivamente con la Alianza Terapéutica en niños y adolescentes. La

primera correlación se verificó, hallándose en forma adicional, una correlación entre la función compromiso vincular y la alianza afectiva. Para la función expresiva (estilo próximo) y la alianza, no se halló una correlación estadísticamente significativa. Al evaluar los perfiles del EPT de los terapeutas, se encontró una limitación en el cuestionario. Este resultó ser poco discriminante dentro del clúster de terapeutas infanto-juveniles para la función expresiva. Consecuentemente, los datos presentan una alta similitud, por lo que con el instrumento no se obtiene suficiente granularidad dentro del clúster. El cuestionario de EPT fue validado con una muestra que contenía terapeutas de distintas orientaciones, y trabajaban tanto en adultos como en niños (Fernández Álvarez et al., 2003). Sin embargo, la bibliografía coincide en que las competencias y características del terapeuta y de la relación terapéutica en adultos y en niños no son las mismas (Brown et al., 2017; Fjermestad et al., 2016; Kazdin, Whitley & Marciano, 2006; Shirk & Karver, 2003). Sería congruente con esa línea pensar entonces que tampoco lo son los Estilos Personales del Terapeuta.

Al realizar el presente trabajo han surgido una serie de dificultades que fueron subsanadas pero que merecen ser expuestas para ser contempladas por quienes encaren investigaciones similares. La primera y más importante fue la renuencia de los terapeutas, principalmente de aquellos pertenecientes a la institución en la que se realizó la práctica, a participar en la investigación. Lo cual motivó a la autora a realizar una búsqueda de participantes fuera de la fundación en otros centros privados, hospitales y psicólogos infantiles que estaban en cartillas de prepagas u obras sociales. Esta búsqueda dificultosa resultó ser una gran fortaleza de esta investigación ya que permitió robustecer la muestra en características como tipo de orientación teórica, tipo de práctica de los terapeutas y diversidad sociodemográfica de los pacientes. Mientras que en las validaciones llevadas a cabo por otros autores los datos fueron recogidos dentro de una misma institución (Kronmüller et al., 2003; Ormhaug, Shirk & Wentzel-Larsen, 2015; Shirk y Saiz, 1992).

La adaptación y validación de la escala de alianza terapéutica en niños y adolescentes (TASC) es de importancia, dada la necesidad de contar con instrumentos de evaluación de alianza para poder realizar investigaciones en el campo de la clínica infantil, ya que debido a la falta de instrumentos se encuentra poco desarrollado (Fjermestad, McLeod, Tully & Libe, 2016; Norcross, 2001).

Por otro lado, el hallazgo de que terapeutas flexibles e involucrados en la relación presentan alianzas más fuertes, es de utilidad clínica, pues como se expuso, la alianza está directamente relacionada con el resultado de la terapia (Del Re, Flückiger, Horvath,

Symonds & Wampold, 2012; Karver et al., 2018; Fjermestad et al., 2016; Ormhaug, Shirk & Wentzel-Larsen, 2015). Fjermestad et al. (2016) señalan que a esa fecha no había estudios acerca de la flexibilidad y la alianza en psicoterapia infanto-juvenil. Los autores proponen estudiar las características del terapeuta que pueden modificarse y que influyen en la alianza y los resultados. Como se ha dicho el EPT es modificable y sus autores se hallan trabajando en programas de desarrollo que ayuden al terapeuta a modular su estilo.

Es de destacar que los datos han sido obtenidos en un entorno clínico, con lo cual el aporte hacia la comprensión del proceso terapéutico se da en el mismo entorno en que los terapeutas realizan su trabajo. Como señala Norcross (2002), los hallazgos en pautas de relación, en lugar de pautas técnicas, son importantes ya que permiten avanzar en relaciones empíricamente respaldadas en lugar de tratamientos empíricamente respaldados.

Analizando las investigaciones previas, junto con los resultados de esta investigación, y a la luz del Modelo Teórico de Cambio Terapéutico de Fjermestad et al (2016), surgen en la autora algunas reflexiones y nuevos interrogantes. El modelo de Fjermestad et al (2016) es un modelo complejo que no solo tiene en cuenta a los distintos participantes de la psicoterapia así como la relación en sí, sino que además plantea la temporalidad pretratamiento, tratamiento y post-tratamiento. Al investigar empíricamente el modelo, éste se descompone en diferentes unidades de análisis, que en su conjunto pretenden representarlo. En la presente investigación se muestra la relación entre una condición de tratamiento como es la alianza y una característica pretratamiento del terapeuta como lo es el estilo personal del terapeuta, otras investigaciones analizaron otras relaciones en diferentes contextos culturales y con otros sujetos. Consecuentemente, sería atinado debatir si la suma de los resultados hallados en las distintas investigaciones constituiría una aproximación holística del modelo, una síntesis adecuada, más allá del principio de que el todo es más que la suma de las partes, en este caso esas unidades de análisis (las partes) pertenecen a distintos objetos (diferentes *todo*) y que ese objeto son sujetos y relaciones entre sujetos, concientes, dinámicas y cambiantes.

A partir de los resultados, se hace necesaria también una reflexión acerca de la formación de los psicólogos. Siendo que la alianza y las características del terapeuta son factores importantes para el resultado terapéutico, además de las intervenciones, sería recomendable que la formación no solo contemple los aspectos teóricos de la alianza sino también los aspectos prácticos. Además, tanto los pacientes como los futuros terapeutas podrían verse beneficiados de que los estudiantes de psicología que deseen dedicarse a la

práctica clínica se formen en las competencias que dicha práctica requiere. Si bien la experiencia se va ganando con la misma práctica clínica, sería deseable que las competencias sean desarrolladas ya que la legislación sobre la práctica de psicología clínica no exige supervisión sobre los terapeutas recién egresados. La búsqueda de supervisión y formación en la práctica clínica queda a cargo de la responsabilidad y ética profesional de cada terapeuta novato. Como profesionales de la salud, los psicólogos tienen la responsabilidad de brindar el mejor tratamiento a sus pacientes. El tratamiento como se ha visto no solo incluye las intervenciones, sino la relación terapéutica, así como la forma en que las intervenciones son entregadas, estas dos últimas variables están directamente asociadas a características del terapeuta como su experiencia, sus competencias y su estilo personal entre otras.

Futuras líneas de investigación podrían abarcar más pacientes y terapeutas, para de ese modo poder realizar una diferenciación entre distintas características pretratamiento tanto del paciente como del terapeuta. En cuanto al paciente las características más relevantes podrían ser tipo de trastorno (internalizantes o externalizantes). En tanto que para el terapeuta podrían ser personalidad, estilo de apego, competencias, EPT y orientación teórico-práctica entre otras. En relación a esto la autora se encuentra en la actualidad realizando una investigación de la correlación entre rasgos de la personalidad del terapeuta y alianza terapéutica en niños y adolescentes.

Otra línea de investigación, a partir de los hallazgos de perfiles de EPT de la muestra, podría consistir en el desarrollo de un cuestionario de EPT más sensible en la función expresiva y que contemple otras posibles improntas comunes a los terapeutas infanto-juveniles como capacidad de juego, sentido del humor, adaptación de las intervenciones a la edad y expectativas sobre el paciente.

Por último, sería relevante complementar las investigaciones con el estudio de la alianza del terapeuta con los padres. Como señalan Shirk y Saiz (1992) y Diamond, Diamond y Liddle (2000) en la psicoterapia infanto-juvenil es importante la relación del terapeuta con los padres, ya que estos son responsables de la participación de los niños y de la continuidad del tratamiento, principalmente porque son los padres quienes llevan a los niños a terapia, estos últimos la mayoría de las veces no van voluntariamente (Hawley & Weisz, 2003).

Referencias

- Accurso, E. C., Hawley, K. M., & Garland, A. F. (2013). Psychometric properties of the Therapeutic Alliance Scale for Caregivers and Parents. *Psychological Assessment*, 25(1), 244–252. doi:10.1037/a0030551.
- Accurso E. C & Garland A. F. (2015). Child, caregiver, and therapist perspectives on The therapeutic alliance in usual care child psychotherapy. *Psychological Assessment*.27(1):347–352. Doi: 10.1037/pas0000031.
- Aiken, L. (1980). Content Validity and Reliability of Single Items or Questionnaire. *Educational and Psychological Measurement* ,40, 955-959,
- Aiken, L. R. (1985). Three Coefficients for Analyzing the Reliability and Validity of Ratings. *Educational and Psychological Measurement*, 45(1), 131–142. doi:10.1177/0013164485451012
- Aiken, L. (2003) *Test psicológicos y evaluación*. México: Person Education
- American Psychological Association (APA) (2014). *Standards for psychological and educational tests*. Washington, D.C.: American Educational Research Association.
- Bachelor, A. (2011). Clients' and Therapists' Views of the Therapeutic Alliance: Similarities, Differences and Relationship to Therapy Outcome. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 20(2), 118–135. doi:10.1002/cpp.792
- Baldwin, S. A., & Imel, Z. E. (2013). Therapist effects: Findings and methods. En M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6th ed., pp 258-297). New York: Wiley.
- Bickman, L., Vides de Andrade, A. R., Lambert, W.E., Doucette, A., Sapyta, J., Boyd, S.,... Rauktis, M. (2004). Youth therapeutic alliance in intensive treatment settings. *The Journal of Behavioral Health & Service Research*, 31, 134-148.
- Berry, J.W. (1969). On cross-cultural comparability. *International Journal of Psychology*, 4, 119–128.
- Berry, J. W. (1999). Emics and Etics: A Symbiotic Conception. *Culture & Psychology*, 5(2), 165–171. doi:10.1177/1354067x9952004.
- Brown, T. A. (2006). *Confirmatory factor analysis for applied research*. New York: Guilford.
- Brown, R. C., Parker, K. M., McLeod, B. D., & Southam-Gerow, M. A. (2014). Building a positive therapeutic relationship with the child or adolescent and

- parent. In E.Sburlati, H. Lyneham, C. Schniering, & R. Rapee (Eds.), *Evidence-based CBT for anxiety and depression in children and adolescents: A competencies based approach* (pp. 63–78). London, England: Wiley.
- Brown, R. C., Southam-Gerow, M. A., McLeod, B. D., Wheat, E. B., Tully, C. B., Reise, S. P., ... Weisz, J. R. (2017). The global therapist competence scale for youth psychosocial treatment: Development and initial validation. *Journal of Clinical Psychology, 74*(4), 649–664. doi:10.1002/jclp.22537.
- Bruner, J. (1998a). *Actos de significado: más allá de la revolución cognitiva*. Madrid: Alianza.
- Casari, M., Gómez, B. & Ison, M. (2019). Investigaciones llevadas a cabo con el EPT-C. En H. Fernández Álvarez & F. García (Eds.). *El Estilo Personal del Terapeuta* (pp.91-116). Buenos Aires: Editorial Polemos.
- Casari, M., Ison, M. & Gómez, B. (2018). Estilo Personal del Terapeuta estado actual (1998 – 2017). *Revista Argentina de Clínica Psicológica, 27*(3), 466-477. DOI: 10.24205/03276716.2018.1082.
- Castañeiras, C., Ledesma, R., García, F., & Fernández-Álvarez, H. (2008). Evaluación del estilo personal del terapeuta: Presentación de una versión abreviada del cuestionario EPT-C [Assessment of personal style of the therapist: Presentation of a brief version of the PST-Questionnaire]. *Terapia Psicológica, 26*(1), 5-13. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082008000100001>.
- Castonguay, L. & Beutler, L. (2006). Principles of therapeutic change: A task force on participants, relationships and techniques factors. *Journal of Clinical Psychology, 62*, 631–638.
- Castonguay, L., Constantino, M., McAleavey, A. & Goldfried, M. (2010). The therapeutic alliance in cognitive-behavioral therapy. En: J. Muran & J. Barber (eds) *The therapeutic alliance: an evidence-based guide to practice* (pp 150–171). New York: Guilford.
- Chu, B. C., & Kendall, P. C. (2009). Therapist responsiveness to child engagement: Flexibility within manual-based CBT for anxious youth. *Journal of Clinical Psychology, 65*, 736–754. doi: 10.1002/jclp.20582.
- Conn, H., Medrano, L. & Moretti, L. (2013). Adaptación del cuestionario de alianza de ayuda revisado versión paciente (HAQ-II-P) para la población de cordobeses. *Terapia Psicológica, 31*(2), 165-174. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718->

48082013000200003.

- Corbella, S. (2019). El Estilo personal del terapeuta y la alianza terapéutica. En H. Fernández Álvarez & F. García (Eds). *El Estilo Personal del Terapeuta* (pp.57-81). Buenos Aires: Editorial Polemos.
- Corbella, S., Balmaña, N., Fernández Alvarez, H., Saul, L., Botella, L., & García, F. (2009). Estilo Personal del Terapeuta y Teoría de la Mente. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 18(2), 125-133.
- Corbella, S. & Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de Psicología*, 19(2), 229-241.
- Corbella, S. & Fernández-Álvarez, H. (2006). El terapeuta, posiciones, actitudes y estilos personales. En L. Botella (Ed.), *Construcciones, narrativas y relaciones: Aportaciones constructivistas y construccionistas a la psicoterapia* (pp. 299-340). Barcelona: Edebe.
- Creed T. A., & Kendall P. C. (2005). Therapist alliance-building behavior with a cognitive behavioral treatment for anxiety in youth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 73(3), 498–505. doi: 10.1037/0022-006X.73.3.498
- Cuijpers, P., Reijnders, M. & Huibers, M. (2019). The Role of Common Factors in Psychotherapy Outcomes. *Annual Review of Clinical Psychology*. 15(1), 207-231.
- Del Re, A. C., Flückiger, C., Horvath, A. O., Symonds, D., & Wampold, B. E. (2012). Therapist effects in the therapeutic alliance-outcome relationship: A restricted-maximum likelihood meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 32(7), 642–649. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.07.002>
- DeVet, K. A., Young, K. J., & Charlot-Swilley, D. (2003). The therapeutic relationship in child therapy: perspectives of children and mothers. *Journal of Clinical and Adolescent Psychology*, 32, 277-283.
- Diamond, G. M., Diamond, G. S., & Liddle, H. A. (2000). The therapist parent alliance in family-based therapy for adolescents. *Journal of Clinical Psychology*, 56, 1037–1050.
- Elliott, R., Bohart, A. C., Watson, J. C., & Greenberg, L. S. (2011). *Empathy Psychotherapy*, 48(1), 43–49.
- Faw, L., Hogue, A., Johnson, S., Diamond, G. M., & Liddle, H. A. (2005). The Adolescent Therapeutic Alliance Scale (ATAS): Initial psychometrics and prediction of outcome in family-based substance abuse prevention counseling. *Psychotherapy*

- Research*, 15(1-2), 141–154.
- Fernández-Álvarez, h. & García, F. (1998). *El estilo personal del terapeuta: Inventario para su evaluación*. En S. Gril, A. Ibañez, I. Mosca & P. L. R. Sousa (Eds.), *Investigación en Psicoterapia* (pp. 76-84). Pelotas: Educat.
- Fernández-Álvarez, H. & García, F. (2019). Introducción. En H. Fernández Álvarez & F. García (Eds.). *El Estilo Personal del Terapeuta* (pp.11-31). Buenos Aires: Editorial Polemos.
- Fernández-Álvarez, H., García, F., Bianco, J. L., & Corbella-Santomá, S. (2003). Assessment questionnaire on the personal style of the therapist PST-Q. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 10(2), 116-125. <http://dx.doi.org/10.1002/cpp.358>
- Fernández-Álvarez, H., García, F. & Corbella (2019). Desarrollos futuros En H Fernández Álvarez & F. García (Eds.). *El Estilo Personal del Terapeuta* (pp.117-131). Buenos Aires: Editorial Polemos.
- Fjermestad, K. W., McLeod, B. D., Tully, C. B., & Liber, J. M. (2016). Therapist characteristics and interventions: Enhancing alliance and involvement. En *The Oxford Handbook of Treatment Processes and Outcomes in Psychology: A Multidisciplinary, Biopsychosocial Approach*. (pp. 97-116). NY, NY: Oxford University Press.
- Freud, S. (2001). *Sobre la dinámica de la transferencia*. En Obras completas, Amorrortu editores. Vol. XII (pp.92-105). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1912)
- Freud, S. (2001). *Puntualizaciones sobre el amor de transferencia*. En Obras completas, Amorrortu editores. Vol. XII. Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1915)
- Freud, S. (2001). *Más allá del principio del placer*. En Obras completas, Amorrortu editores. Vol. XVIII. Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1920)
- Freud, S. (2001). *Construcciones en el análisis*. En Obras completas, Amorrortu editores. Vol. XXIII. Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1937)

- Gómez, B. (2010). La relación terapéutica en Terapia Cognitiva. *Revista de la Asociación de Psicoterapia de la República de Argentina*, 3(1), 1-21.
- Hambleton, R. K. (2005). Issues, designs, and technical guidelines for adapting tests into multiple languages and cultures. En R. K. Hambleton, P. F. Merenda, & C. Spielberger (Eds.), *Adapting educational and psychological tests for cross-cultural assessment* (pp. 3-38). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Publishers
- Hartmann, A., Joos, A., Orlinsky, D. E., & Zeeck, A. (2014). Accuracy of therapist perceptions of patients' alliance: Exploring the divergence. *Psychotherapy Research*, 25(4), 408–419. doi:10.1080/10503307.2014.927601
- Hawley, K. M., & Weisz, J. R. (2003). Child, parent, and therapist (dis)agreement on target problems in outpatient therapy: The therapist's dilemma and its implications. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 62–70.
- Horvath, A., Del Re, A., Flückiger, C. & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*. 48,9–16.
- Horvath, A. & Greenberg, L. (1989) Development and validation of the Working Alliance Inventory. *J Couns Psychol* 36, 223–233.
- Hudson, J. L., Kendall, P. C., Chu, B. C., Gosch, E., Martin, E., Taylor, A., & Knight, A. (2014). Child involvement, alliance, and therapist flexibility: Process variables in cognitive-behavioural therapy for anxiety disorders in childhood. *Behavior Research and Therapy*, 52, 1–8. Doi: 10.1016/j.brat.2013.09.011.
- Iliescu, D. (2017). *Adapting Tests in Linguistic and Cultural Situations (Educational and Psychological Testing in a Global Context)*. Cambridge: Cambridge University Press. doi:10.1017/9781316273203.
- International Test Commission. (2017). *The ITC Guidelines for Translating and Adapting Tests (Second edition)*. [www.InTestCom.org].
- Johns, R. G., Barkham, M., Kellett, S., & Saxon, D. (2018). A systematic review of Therapist effects: A critical narrative update and refinement to review. *Clinical Psychology Review*. doi:10.1016/j.cpr.2018.08.004.
- Karver, M. S., De Nadai, A. S., Monahan, M., & Shirk, S. R. (2018). Meta-analysis of the prospective relation between alliance and outcome in child and adolescent psychotherapy. *Psychotherapy*, 55(4), 341-355.
- Karver, M.S., Handelsman, J.B., Fields, S., & Bickman, L. (2005). A Theoretical Model of Common Process Factors in Youth and Family Therapy. *Mental Health*

Services Research, 7 (1), 35-51.

- Karver, M., Shirk, S., Handelsman, J. B., Fields, S., Crisp, H., Gudmundsen, G., & McMakin, D. (2008). Relationship Processes in Youth Psychotherapy. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 16(1), 15–28.
Doi:10.1177/1063426607312536
- Kazdin, A. E., Whitley, M., & Marciano, P. L. (2006). Child-therapist and parent therapist alliance and therapeutic change in the treatment of children referred for oppositional, aggressive and antisocial behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 436-445.
- Kronmuller, K. T., Hartmann, M., Reck, C., Victor, D., Horn, H., & Winkelmann, K. (2003). Die therapeutische Beziehung in der Kinder und Jugendlichen Psychotherapie; Evaluation einer deutschen Version der Therapeutic Alliance Scales for Children. Therapeutic alliance in child and adolescent psychotherapy: Evaluation of a German version of the Therapeutic Alliance Scales for Children. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* [Journal for Clinical Psychology and Psychotherapy], 32 (1), 14–23. DOI: 10.026//1616-3443.32.1.14.
- Lawshe, C. H. (1975). A quantitative approach to content validity. *Personnel Psychology*, 28, 563-575.
- Lambert, M. J. (1992). Implications of Psychotherapy Outcome Research for Eclectic and Integrative Psychotherapies. En J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Ed.), *Handbook of Psychotherapy Integration*. (pp. 94-129). New York, NY, US: Basic Books.
- McLeod, B. D. (2011). Relation of the alliance with outcomes in youth psychotherapy: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 31(4), 603–616.
doi:10.1016/j.cpr.2011.02.001
- McLeod, B. D., Islam, N. I., Chiu, A. W., Smith, M. M., Chu, B., & Wood, J. J.(2014). The relationship between the alliance and client involvement in CBT for youth diagnosed with anxiety disorders. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 43, 735–741. Doi: 10.1080/15374416.2013.850699
- McLeod, B. D., & Weisz, J. R. (2005). The Therapy Process Observational Coding System-Alliance Scale: Measure Characteristics and Prediction of Outcome in Usual Clinical Practice. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(2), 323–333. doi:10.1037/0022-006x.73.2.323
- Moya Cortés, L. (2015). *Influencia del Estilo Personal del Terapeuta en la calidad de*

- la alianza*. Tesis de Lic. en Psicología. Pontificia universidad de Comillas de Madrid.
- Norcross, J. C. (2001). Purposes, process, and products of the task force on empirically supported therapy relationships. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38, 345-356.
- Norcross, J. C. (Ed.). (2010). *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. Oxford University Press.
- Olaz, F. (2008). Confiabilidad. En S.Tornimbeni.; E. Pérez & F. Olaz (Eds). *Introducción a la psicometría*. (pp. 71-99). México:Paidos
- Ormhaug, S. M., Jensen, T. K., Wentzel-Larsen, T., & Shirk, S. R. (2014). The therapeutic alliance in treatment of traumatized youths: Relation to outcome in a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(1), 52–64. <https://doi.org/10.1037/a0033884>.
- Ormhaug, S. M., Shirk, S. R., & Wentzel-Larsen, T. (2015). Therapist and client perspectives on the alliance in the treatment of traumatized adolescents. *European Journal of Psychotraumatology*, 6, 1–10. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v6.27705>
- Rogers, K. (2002). *El proceso de convertirse en persona*. Buenos Aires: Paidos.
- Schermelleh-Engel, K., Moosbrugger, H., & Müller, H. (2003). Evaluating the Fit of Structural Equation Models: Tests of Significance and Descriptive Goodness of-Fit Measures. *Methods of Psychological Research Online*, 8(2), 23–74. <https://doi.org/10.1002/0470010940>
- Shirk, S. R., & Saiz, C. C. (1992). Clinical, empirical, and developmental perspectives on the therapeutic relationship in child psychotherapy. *Development and Psychopathology*, 4(4), 713-728.
- Shirk, S. R., & Karver, M. (2003). Prediction of treatment outcome from relationship variables in child and adolescent therapy: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 452–464.
- Shirk S. R & Karver M. S. (2010). Alliance in child and adolescent psychotherapy. En Ed. J. C. Norcross. *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness*. (pp. 70–91). New York: Oxford Press.
- Shirk SR, Karver MS, Brown R. (2011) The alliance in child and adolescent psychotherapy. *Psychotherapy*, 48, 17–24.
- Thompson, S. J., Bender, K., Lantry, J., & Flynn, P. M. (2007). Treatment engagement: Building therapeutic alliance in home-based treatment with adolescents and their

- families. *Contemporary Family Therapy Journal*, 29, 39–55.
- Yeh, M., & Weisz, J. R. (2001). Why are we here at the clinic? Parent–child (dis)agreement on referral problems at treatment entry. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 1018–1025.
- Yonatan-Leus, R., Tishby, R., Shefler, G. & Wiseman, H. (2018). Therapists' honesty, humor styles, playfulness, and creativity as outcome predictors: A retrospective study of the therapist effect, *Psychotherapy Research*, 28, 793-802. DOI: 10.1080/10503307.2017.1292067
- Zorzella, K. P. M., Muller, R. T., & Cribbie, R. A. (2015). The relationships between therapeutic alliance and internalizing and externalizing symptoms in Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy. *Child Abuse & Neglect*, 50, 171–181. doi:10.1016/j.chiabu.2015.08.002

Anexos

Anexo A. EPT-C Cuestionario de evaluación del Estilo Personal del Terapeuta

El presente inventario está destinado a conocer su estilo personal como terapeuta. No hay respuestas buenas o malas ya que diferentes estilos pueden ser igualmente beneficiosos. Más allá de que su labor varía con los diferentes pacientes, queremos que responda según sea su modo más general y frecuente de llevar adelante su trabajo. No piense demasiado en el significado de cada afirmación. La respuesta más espontánea es la más valiosa. Como puntuar. Un 1 en la escala significa su total desacuerdo con la afirmación. Un 7 indica que usted está totalmente de acuerdo con la afirmación. Todos los números intermedios reflejan matices en su opinión.

Total desacuerdo // 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 \\ Total acuerdo

01	Suelo mantener mi escucha mas bien abierta y receptiva que concentrada y focalizada	
02	Procuro que los pacientes se adecuen al formato habitual de mi trabajo.	
03	Como terapeuta prefiero indicar a los pacientes qué debe hacerse en cada sesión	
04	Mantengo un bajo nivel de involucración con los pacientes para actuar con más objetividad	
05	Me resultan estimulantes los cambios en el encuadre.	
06	Las emociones que me despierta el paciente son decisivas para el curso del tratamiento	
07	Me siento más inclinado a acompañar al paciente en su exploración que a señalarle los caminos a seguir	
08	Evito comunicarme a través de gestos y expresiones muy emotivas	
09	Tiendo a exigir cumplimiento estricto con los honorarios	
10	Los tratamientos pautados me merecen escasa valoración	
11	La expresión de las emociones es un poderoso instrumento de cambio	
12	Muchos cambios importantes en el curso de un tratamiento requieren que el terapeuta opere con un bajo tono emocional.	
13	Fuera de las horas de trabajo dejo de pensar en los pacientes.	
14	Los cambios de consultorio afectan negativamente los tratamientos.	
15	Los verdaderos cambios se producen en el curso de sesiones con un clima emocional intenso	
16	Me considero un terapeuta que trabaja con un encuadre flexible.	
17	Me resulta útil revelar algunos de mis aspectos personales en las sesiones.	
18	Me gusta sentirme sorprendido por el material del paciente sin tener ideas previas	
19	Suelo atender pacientes fuera del ámbito del consultorio.	
20	Las mejores intervenciones en un tratamiento surgen de modo espontáneo.	
21	Lo que les pasa a mis pacientes tiene poca influencia en mi vida personal	
22	En mis intervenciones soy predominantemente directivo.	
23	Pienso bastante en mi trabajo, aun en mis horas libres.	
24	Evito revelar a mis pacientes mis estados emotivos	
25	Puedo planear un tratamiento en su totalidad desde que se inicia.	

Total desacuerdo // 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 \ Total acuerdo

26	La distancia emocional con los pacientes favorece los procesos de cambio	
27	Nunca modifico la duración de las sesiones, a menos que sea imprescindible	
28	Si algo me irrita durante una sesión puedo expresarlo	
29	Una alta proximidad emocional con los pacientes es imprescindible para promover cambios terapéuticos.	
30	Prefiero saber de antemano a qué cosas debo prestar atención en las sesiones.	
31	Prefiero los tratamientos donde están programados todos los pasos a seguir.	
32	Me interesa trabajar con pacientes que presentan problemas focalizados.	
33	Procuro dirigir mi atención a la totalidad de lo que pasa en las sesiones	
34	Tengo en mente los problemas de los pacientes más allá de las sesiones	
35	Soy bastante laxo con los horarios.	
36	Desde el comienzo de las sesiones me dispongo a dejar flotar mi atención	

Anexo B. TASC-r

EDAD _____

Sesión # _____

Tus Iniciales _____

Fecha _____

Iniciales del psicólogo _____

Aquí hay algunas oraciones sobre la sesión que tuviste hoy con tu psicólogo. Luego de leer cada oración, elegí la respuesta que más se adapte a tu experiencia de la sesión de hoy. Recordá que tu psicólogo no va a leer tus respuestas. No hay respuestas correctas o incorrectas, sólo decinos como te sentiste.

1. Me gustó pasar el tiempo con mi psicóloga/o en la sesión de hoy.

1	2	3	4
Nada	Poco	Bastante	Mucho

2. Me resultó difícil trabajar con mi psicóloga/o para solucionar los problemas en mi vida

1	2	3	4
Nada	Poco	Bastante	Mucho

3. Sentí que mi psicóloga/o estaba de mi lado y trató de ayudarme.

1	2	3	4
Nada	Poco	Bastante	Mucho

4. Trabajé con mi psicóloga/o para aprender nuevas maneras de manejar mis sentimientos

1	2	3	4
Nada	Poco	Bastante	Mucho

5. Quería que la sesión terminara rápido.

1	2	3	4
Nada	Poco	Bastante	Mucho

6. Esperé con muchas ganas la sesión con mi psicóloga/o.

1	2	3	4
Nada	Poco	Bastante	Mucho

7. Sentí que mi psicóloga/o pasó demasiado tiempo trabajando en mis problemas.

1	2	3	4
Nada	Poco	Bastante	Mucho

8. Hubiera preferido hacer otras cosas en vez de ver a mi psicóloga/o.

1	2	3	4
Nada	Poco	Bastante	Mucho

9. Usé el tiempo de mi sesión para hacer cambios en mi comportamiento.

1	2	3	4
Nada	Poco	Bastante	Mucho

10. Me agrada mi psicóloga/o.

1	2	3	4
Nada	Poco	Bastante	Mucho

11. Hubiera preferido no trabajar en mis problemas con mi psicóloga/o.

1	2	3	4
Nada	Poco	Bastante	Mucho

12. Considero que con mi psicóloga/o trabajamos bien juntos para solucionar mis problemas.

1	2	3	4
Nada	Poco	Bastante	Mucho

Una vez que hayas completado el cuestionario déjalo en la caja.

Puntajes
Ítems inversos: 2, 5, 7, 8 y 11
Alianza afectiva: 1, 3, 5, 6, 8 y 10
Alianza de trabajo: 2, 4, 7, 9, 11 y 12

Anexo C. TAST

Paciente # _____

Numero de sesión _____

Iniciales del paciente _____

Fecha _____

Iniciales del psicólogo _____

Aquí hay algunas oraciones sobre la sesión que tuvieron hoy con su paciente. Luego de leer cada oración, elija la respuesta que más represente a su paciente.

1. Al niño/adolescente le gustó pasar tiempo contigo.

1	2	3	4
En nada a mi paciente	Un poco a mi paciente	Bastante a mi paciente	Mucho a mi paciente

2. Al niño le resulta difícil trabajar contigo para solucionar los problemas de su vida

1	2	3	4
En nada a mi paciente	Un poco a mi paciente	Bastante a mi paciente	Mucho a mi paciente

3. El niño/adolescente te considera un aliado

1	2	3	4
En nada a mi paciente	Un poco a mi paciente	Bastante a mi paciente	Mucho a mi paciente

4. El niño/adolescente trabajó contigo para solucionar problemas o conflictos.

1	2	3	4
En nada a mi paciente	Un poco a mi paciente	Bastante a mi paciente	Mucho a mi paciente

5. El niño/adolescente parece ansioso por finalizar las sesiones.

1	2	3	4
En nada a mi paciente	Un poco a mi paciente	Bastante a mi paciente	Mucho a mi paciente

6. El niño/adolescente espera con ansias las sesiones.

1	2	3	4
En nada a mi paciente	Un poco a mi paciente	Bastante a mi paciente	Mucho a mi paciente

7. El niño/adolescente siente que pasas demasiado tiempo enfocándote en sus problemas.

1	2	3	4
En nada a mi paciente	Un poco a mi paciente	Bastante a mi paciente	Mucho a mi paciente

8. El niño/adolescente es resistente a venir a terapia.

1	2	3	4
En nada a mi paciente	Un poco a mi paciente	Bastante a mi paciente	Mucho a mi paciente

9. El niño/adolescente usa su tiempo contigo para hacer cambios en su vida.

1	2	3	4
En nada a mi paciente	Un poco a mi paciente	Bastante a mi paciente	Mucho a mi paciente

10. El niño expresa emociones positivas hacia ti.

1	2	3	4
En nada a mi paciente	Un poco a mi paciente	Bastante a mi paciente	Mucho a mi paciente

11. El niño/adolescente preferiría no trabajar sobre sus problemas en terapia.

1	2	3	4
En nada a mi paciente	Un poco a mi paciente	Bastante a mi paciente	Mucho a mi paciente

12. El niño/adolescente y tu trabajan bien juntos.

1	2	3	4
En nada a mi paciente	Un poco a mi paciente	Bastante a mi paciente	Mucho a mi paciente

Puntajes

Ítems inversos: 2, 5, 7, 8 y 11

Alianza afectiva: 1, 3, 5, 6, 8 y 10

Alianza de trabajo: 2, 4, 7, 9, 11 y 12

Anexo E. Datos sociodemográficos y profesionales

Por favor complete los siguientes datos:

Fecha:

Edad:

Sexo: (1) Fem (2) Masc.

Años de experiencia:

Ciudad donde ejerce:

Práctica:

- (1) Consultorio Privado: Particular - Prepaga - Obra Social
- (2) Institución Pública
- (3) Institución privada

Orientación Teórica:

- (1) Cognitiva-conductual
- (2) Humanístico-existencial
- (3) Psicoanálisis
- (4) Sistémico
- (5) Otra
- (6) Integración de varias

Patología:

- (1) Ansiedad y depresión
- (2) Trast. Severos
- (3) Trast. de la conducta
- (4) TDAH
- (5) Otros

Iniciales:

Apellido y Nombre: _____
(Si desea consignarlo)