



Universidad de Belgrano  
Facultad de Humanidades  
Licenciatura en Psicología

---

Trabajo Final de Carrera

**Propiedades psicométricas del Working Alliance Inventory - breve  
versión paciente en adolescentes argentinos**

---

Tutora: Lic. Areas Malenka Alejandra  
Alumna: Farah Agustina

Matrícula 402 21449

# Índice

<b>Índice</b>	<b>2</b>
<b>Agradecimientos</b>	<b>4</b>
<b>Resumen</b>	<b>5</b>
<b>Introducción</b>	<b>6</b>
Presentación del tema	6
Problema de Investigación	7
Preguntas de Investigación	7
Relevancia de la temática	8
<b>Objetivos</b>	<b>8</b>
Objetivo general	8
Objetivos específicos	8
<b>Alcances y limitaciones</b>	<b>9</b>
<b>Antecedentes</b>	<b>10</b>
Antecedentes del Concepto de Alianza Terapéutica	10
Desarrollos Freudianos sobre la transferencia	11
Desarrollos postfreudianos sobre la transferencia	11
Surgimiento del concepto de Alianza Terapéutica	11
Importancia de la relación terapéutica en otros marcos teóricos	12
La definición trans-teórica de la Alianza Terapéutica	12
La definición multidimensional de la Alianza Terapéutica	13
Desarrollos contemporáneos sobre la Alianza Terapéutica	13
<b>Marco Teórico</b>	<b>16</b>
La Alianza Terapéutica en el proceso de psicoterapia	16
La Alianza Terapéutica en el tratamiento de niños y adolescentes	16
Diferencias entre la Alianza Terapéutica en adultos y adolescentes	18
Relación de la Alianza Terapéutica con el resultado de la psicoterapia en adolescentes	19
<b>Estado del Arte</b>	<b>20</b>
Evaluación de la Alianza Terapéutica	20
Instrumentos de evaluación de Alianza Terapéutica en adultos	20
Instrumentos de evaluación de Alianza Terapéutica en niños y adolescentes	21
<b>Metodología</b>	<b>23</b>
Diseño muestral	23
Características de la muestra	23
Materiales	25
Procedimientos	26
Análisis de datos	27
<b>Aspectos éticos</b>	<b>28</b>

<b>Resultados</b>	<b>29</b>
Análisis descriptivos	29
Confiabilidad	30
Validez externa	30
<b>Discusión y conclusión</b>	<b>31</b>
<b>Referencias Bibliográficas</b>	<b>33</b>
<b>Apéndice</b>	<b>41</b>

## Agradecimientos

En primer lugar quiero agradecer a mi directora, Malenka Areas, por su apoyo en todo este proceso. Por acompañarme desde los inicios de este trabajo como también desde los primeros años de la carrera de grado hasta el final.

Quiero agradecer también a Juan Martín Gómez Penedo por sus enseñanzas en los últimos años y el apoyo en el desarrollo de esta tesis como en los inicios de mi formación en investigación en Psicología Clínica. Formar parte de su equipo es un honor para mí.

A Andrés Roussos y todo el equipo del Laboratorio para la Investigación en Psicología y Tecnología de la Información y Comunicación por acompañarme en este proyecto.

A todos los integrantes del Equipo de Investigación en Psicología Clínica por la colaboración en la realización de cada etapa de este proceso como también por contagiar la pasión por la investigación en psicoterapia.

A la Cátedra de Epistemología y Metodología de la Investigación, dirigida por Julieta Olivera, por su excelente enseñanza de la materia lo que hizo despertar en mí el interés por la investigación.

A mis padres, por ser un modelo para mí en todos los aspectos y apoyarme incondicionalmente en cada paso de mi vida.

A mis hermanos, Franco y Lucía, por estar conmigo en todo momento, son también un ejemplo para mí.

A Gaspar, por aparecer a mitad de camino y acompañarme incondicionalmente hasta el final de esta carrera.

A mis compañeras que se volvieron amigas Stef, Santu y Pau por estar ahí, siempre.

Finalmente, a la Universidad de Belgrano y a cada persona que formó parte de mi paso por esta casa de estudios.

## Resumen

La alianza terapéutica (AT) representa un concepto central para la investigación y la práctica clínica en psicoterapia. Varios instrumentos evalúan este constructo pero la mayoría de ellos han sido desarrollados para la población adulta. En diferentes países estos instrumentos han sido adaptados y desarrollados para niños y adolescentes. Específicamente en Argentina encontramos que no existen instrumentos válidos para estudiar la AT con adolescentes. Considerando este vacío, el siguiente estudio tiene como objetivo evaluar las propiedades psicométricas, en términos de confiabilidad y validez, del Working Alliance Inventory versión breve para pacientes (WAI-SF) en población adolescente en Argentina (WAI-SF-Adolescentes). La muestra de este estudio es no probabilística, e incluye 58 pacientes argentinos (entre 11 y 21 años) bajo tratamiento psicoterapéutico. Para estudiar la confiabilidad del instrumento, se utilizaron medidas de consistencia interna (alfa de Cronbach) y de homogeneidad de los ítems (correlaciones ítem-total ajustadas). Para el estudio de la validez del instrumento, la validez concurrente (las correlaciones de Pearson con otra escala de alianza). Se observaron evidencias de adecuada consistencia interna y homogeneidad de ítems, así como también validez concurrente. Estos resultados mostraron evidencia de confiabilidad y validez de la versión argentina para adolescentes del WAI-SF, sugiriendo que podrá representar un instrumento valioso para la evaluación de Alianza Terapéutica en dicha población.

**Palabras claves:** Alianza terapéutica - Inventario de Alianza de trabajo - WAI - Adolescentes - Evaluación alianza terapéutica

# Introducción

## Presentación del tema

La Alianza Terapéutica se define como la relación de colaboración en la cual terapeuta y paciente trabajan en forma conjunta, para alcanzar los objetivos de la terapia. Bordin realiza una definición transteórica del concepto de Alianza Terapéutica, a partir de tres componentes: 1) el acuerdo entre paciente y terapeuta en las metas del tratamiento; 2) el acuerdo entre paciente y terapeuta en las tareas del mismo, y 3) la calidad emocional del vínculo entre los participantes (Bordin, 1979, 1994).

Dentro de los procesos psicoterapéuticos se ha observado que la relación terapéutica predice de forma robusta el resultado de los tratamientos. Es decir, ha sido probado empíricamente que la alianza terapéutica es una de las principales variables predictoras del resultado que tendrá un proceso de psicoterapia (Crits-Christoph y Connolly Gibbons, 2003; Horvath y Bedi, 2002; Norcross y Wampold, 2011; Summers y Barber, 2003; Waizmann et.al, 2015).

La formación y el mantenimiento de la alianza pueden requerir el uso de enfoques de negociación de la alianza. Los mismos se definen como la capacidad de la díada terapéutica para resolver los conflictos en el vínculo tanto cuando surgen como para abordar el desacuerdo en tareas y objetivos de la terapia (Safran y Muran, 2000, 2006).

Considerando los efectos de la Alianza Terapéutica en los resultados del proceso psicoterapéutico, el poseer un instrumento que permita evaluar a la misma se convierte en una necesidad. Para ello, Horvath y Greenberg (1989) crearon el Working Alliance Inventory (WAI) que es un instrumento que analiza el constructo Alianza a partir de tres subescalas que se derivan de los desarrollos de Bordin, estos son Vínculo, Tareas y Objetivos. El mismo, se ha convertido en el instrumento más utilizado a nivel mundial para estudiar la alianza terapéutica (Gomez Penedo, Waizmann y Roussos, 2015; Horvath, Del Re, Fluckiger, y Symonds, 2011). A pesar que el Working Alliance Inventory (WAI; Horvath, 1981, 1982) es un instrumento creado para adultos es el instrumento más utilizado para evaluar alianza terapéutica en adolescentes (Figueiredo, Dias, Lima y Lamela, 2016; Levin, Henderson y Ehrenreich-May, 2012; Lima, Dias y Figueiredo, 2002; Santibañez, 2001), así como también lo es en su versión abreviada (Bhola y Kapur, 2013; Cirasola, Midgley, Fonagy, Consortium y Martin, 2020; Kerver et.al, 2008; Killian, Forester, Wartlake, Antonopoulou, 2015).

En 2006, Hatcher y Gillaspay validaron el Working Alliance Inventory en población adolescente en su versión corta y revisada (sus siglas en inglés WAI-SF). El WAI-SF es un instrumento valioso para la exploración, desde la perspectiva del paciente. El mismo mide los niveles de Alianza de Trabajo durante procesos terapéuticos considerando diferentes marcos teóricos. Debido a la breve

cantidad de ítems, permite una exploración sencilla, pero a su vez robusta de la alianza terapéutica y sus elementos principales.

El inventario evalúa los tres componentes de la alianza identificados por Bordin (1979), en un pool de ítems (12 ítems de tipo escala Likert de 7 puntos, donde el puntaje de 1 representa que “nunca” sucede lo expresado en el ítem, mientras que 7 representa que sucede “siempre”) que explora las tres dimensiones de la alianza: el acuerdo en las tareas de la terapia (Sub-escala Tareas), el acuerdo respecto de los objetivos del tratamiento (Sub-escala Objetivos) y la fortaleza del vínculo emocional entre paciente y terapeuta (Sub-escala Vínculo) (Gómez Penedo, Waizmann y Roussos, 2015).

En Argentina, Gómez Penedo y colaboradores desarrollaron (2015) una adaptación del Working Alliance Inventory breve (WAI-SF-A) versión paciente en adultos argentinos. A su vez, se analizaron las propiedades psicométricas del instrumento que evidencian la validez del constructo y la consistencia interna (Gómez Penedo, Waizmann y Roussos, 2015).

El presente proyecto busca analizar las propiedades psicométricas de dicho inventario en población adolescente argentina. Este desarrollo pretende contribuir a los psicoterapeutas, a los pacientes y a los investigadores de Argentina ofreciendo un instrumento válido y fiable para el análisis de la alianza terapéutica en adolescentes.

### **Problema de Investigación**

En la literatura es posible encontrar diferentes Instrumentos para medir Alianza Terapéutica, en mayor parte para adultos y en su minoría en niños y/o adolescentes. En Argentina específicamente, contamos con el Working Alliance Inventory versión breve adultos validada hace unos años por el equipo de Gómez Penedo (2015).

La principal problemática por la cual resulta importante estudiar la temática presentada es la falta de instrumentos adaptados y validados en población adolescente para medir Alianza Terapéutica en Argentina. Teniendo en cuenta el conocimiento sobre la importancia del WAI-SF a nivel internacional y tanto su utilidad como aportes en la práctica clínica resulta fundamental poseer una adaptación de dicho instrumento en población adolescente argentina. Por este motivo resulta relevante la adaptación del instrumento a nuestra población y el estudio de las propiedades psicométricas del mismo.

### **Preguntas de Investigación**

1. ¿Cuál es la consistencia interna del Working Alliance Inventory versión breve para pacientes en población adolescente argentina?
2. ¿Cuál es la homogeneidad de ítems del Working Alliance Inventory versión breve para pacientes en población adolescente argentina?

3. ¿Cuál es la validez concurrente del Working Alliance Inventory versión breve para pacientes en población adolescente argentina?

### **Relevancia de la temática**

Considerando la importancia de la Alianza Terapéutica en los resultados del proceso terapéutico resulta necesario contar con un instrumento de evaluación adaptado a la población adolescente. Dicha adaptación y validación ofrecería a los terapeutas de adolescentes la oportunidad de conocer la calidad de la alianza y ajustar las intervenciones a lo largo de la psicoterapia.

A su vez esto beneficiaría tanto a clínicos como investigadores en el proceso de conocer la función de dicha variable en el tratamiento en adolescentes y mejorar las alternativas de intervención.

La elección de validar el WAI-SF por sobre otros instrumentos que evalúan el constructo se debe a la ventaja de dicho instrumento al ser breve para facilitar la administración dentro del proceso terapéutico. Además de su uso internacional y su versión ya validada en adultos en nuestro país. Es por ello que consideramos que investigar las propiedades psicométricas del WAI-SF versión pacientes adolescentes en el contexto argentino es un asunto primordial en el campo de la psicoterapia.

## **Objetivos**

Teniendo en cuenta el recorrido hasta aquí realizado la presente tesis busca:

### **Objetivo general**

Estudiar las propiedades psicométricas, en términos de confiabilidad y validez, del Working Alliance Inventory versión breve para pacientes en población adolescente argentina.

### **Objetivos específicos**

1. Estudiar la consistencia interna del Working Alliance Inventory versión breve para pacientes en población adolescente argentina.
2. Estudiar la homogeneidad de ítems del Working Alliance Inventory versión breve para pacientes en población adolescente argentina.
3. Estudiar la validez concurrente del Working Alliance Inventory versión breve para pacientes en población adolescente argentina.



## Alcances y limitaciones

La siguiente tesis incluye un recorrido a lo largo de los distintos trabajos de investigación existentes en la actualidad acerca de la evaluación de la Alianza Terapéutica. En relación a la Alianza Terapéutica específicamente en la población infanto-juvenil, se detalla la situación actual de los estudios de esta variable como también de los instrumentos para medirla.

A su vez, una descripción de los instrumentos de medición más utilizados , según la literatura, en Alianza Terapéutica tanto en niños, adolescentes como en adultos y una breve, comparación de la situación de esta variable entre adultos y adolescentes.

A partir de la elaboración de esta tesis se conocerán las propiedades psicométricas en términos de la confiabilidad y la validez del Working Alliance Inventory versión breve para pacientes en población adolescente argentina.

La tesis se llevó adelante mediante la aplicación del Working Alliance Inventory desarrollado por Horvath y Greenberg (1989). Este instrumento toma la concepción de Alianza Terapéutica de Bordin, lo cual implica una construcción transteórica por lo que no se incluirá a corrientes particulares como el psicoanálisis.

Si bien dicho trabajo permite conocer las propiedades del Instrumento, esta investigación ofrece un primer acercamiento al mismo con sus resultados preliminares para ser utilizado durante el proceso terapéutico con adolescentes y conocer el estado de la alianza durante el transcurso del mismo con un instrumento adaptado y validado empíricamente.

Como se describió en varias oportunidades de esta tesis, y se hará en las próximas líneas, conocer el estado de la alianza en el proceso terapéutico es de vital importancia para predecir los resultados del mismo como para redireccionar el tratamiento buscando personalizar el mismo a las necesidades del paciente adolescente.

En términos de limitaciones, el procedimiento de la tesis, en especial la recolección de la muestra se hizo mediante un muestreo no probabilístico no así la utilización de muestreos probabilísticos que permitan una distribución más representativa de la población en la muestra de estudio, por ende una mayor validez externa de las inferencias psicométricas.

A su vez, el tamaño de la muestra es acotado por lo que se presentan resultados preliminares y se espera ampliar el número de pacientes para alcanzar resultados más consistentes y analizar en profundidad las propiedades psicométricas del instrumento a futuro. Los análisis que aquí se presentan se ajustan a una pequeña muestra, futuras investigaciones incluirán resultados de validez concurrente. Al mismo tiempo, en este estudio no se exploró la validez de constructo, mediante un análisis factorial confirmatorio, propiedad psicométrica que debería ser estudiada en futuras investigaciones.

## Antecedentes

Como parte de los estudios que se dedicaron a demostrar la eficacia de la psicoterapia, en la investigación clínica surgió la necesidad de analizar cuáles eran los componentes de los tratamientos vinculados a sus resultados, desarrollándose los estudios de proceso-resultados (Wampold y Imel, 2015). Del conjunto de variables exploradas en estos trabajos, la alianza terapéutica, entendida habitualmente como la relación de colaboración entre terapeuta y paciente, orientada a producir efectos en estos, ha sido históricamente la que más estudios empíricos ha tenido (Castonguay et al., 2006). La alianza terapéutica se ha posicionado a partir de diversos metaanálisis como un predictor robusto de los resultados de la terapia (Horvath y Bedi, 2002; Horvath et al., 2011; Horvath y Symonds, 1991; Martin, Garske y Davis, 2000). Independientemente de las modalidades de tratamiento estudiadas, los diseños de investigación utilizados y las medidas de resultado aplicadas (Flückiger, Del Re, Wampold, Symonds y Horvath, 2011).

A lo largo de los años se ha creado un debate muy nutrido, con distintas posturas respecto de cuál es la naturaleza de la alianza terapéutica (Bordin, 1979; Hatcher y Barends, 2006; Horvath y Bedi, 2002; Safran y Muran, 2006) y cuál es el mecanismo de acción que subyace a su vínculo con los resultados (Barber, 2009; DeRubeis y Feeley, 1990). Más allá de estas divergencias teóricas, las diferentes corrientes le otorgan un rol importante a la alianza (si bien con distintos grados de valoración) en el proceso psicoterapéutico (Wampold, 2010).

Tanto el concepto como la función de la Alianza Terapéutica sigue siendo estudiado y en debate, pero aun así existe un consenso generalizado respecto de su importancia en los procesos terapéuticos, ya sea como un proceso de cambio, un contexto óptimo para que las intervenciones específicas de un tratamiento funcionen, o un termómetro que nos indican que tan bien se está desarrollando la terapia (Barber, 2009; Gaston, 1990).

### **Antecedentes del Concepto de Alianza Terapéutica**

El siguiente recorrido busca presentar la Alianza Terapéutica desde su surgimiento hasta la actualidad para luego comprender el desarrollo de los instrumentos de medición existentes de la misma.

Los primeros antecedentes del concepto de alianza terapéutica son ubicados por diversos autores en los desarrollos freudianos sobre la transferencia. Gómez Penedo (2017) plantea un recorrido del concepto desde los trabajos de Freud, pasando por los desarrollos postfreudianos, una propuesta trans teórica, multidimensional y por último, autores contemporáneos (Gómez Penedo, 2017).

### **Desarrollos Freudianos sobre la transferencia**

Freud (1912), en su texto *Sobre la dinámica de la transferencia*, ubicó tres componentes que integraban los fenómenos transferenciales: la transferencia negativa, caracterizada por sentimientos hostiles, la transferencia positiva de mociones eróticas inconscientes y la transferencia positiva de sentimientos tiernos y amistosos. Los dos primeros los consideró formas de resistencia que debían ser canceladas haciéndolas conscientes, para poder avanzar en el tratamiento. Mientras que los sentimientos tiernos y amistosos, susceptibles de conciencia, no solo no obstruían el tratamiento sino que incluso, para Freud, eran *“en el psicoanálisis, al igual que en los otros métodos de tratamiento, el portador del éxito”* (Freud, 1912, p.103).

### **Desarrollos postfreudianos sobre la transferencia**

Psicoanalistas postfreudianos continuaron estos estudios. Uno de ellos es Richard Sterba postula que el analista mediante sus interpretaciones transferenciales, buscaba diferenciar los aspectos del yo del paciente centrados en la percepción y afrontamiento de la realidad de aquellos que se encuentran ocupados en la supresión de los deseos inconscientes y su expulsión de la conciencia (Sterba, 1934, 1940). A partir de esa disociación terapéutica en el paciente, el terapeuta podía construir *“una alianza con el yo del paciente contra las fuerzas poderosas de los instintos y la represión”* (Sterba, 1934 p. 120).

Otro aporte significativo para el desarrollo del concepto de alianza fue el de Fenichel (1941) quien identificó una transferencia racional. A diferencia de la transferencia irracional que incluiría sentimientos positivos y/o negativos que funcionan como una resistencia al análisis, la transferencia racional implicaría una forma de transferencia positiva, facilitadora del proceso analítico, que por un largo periodo del tratamiento puede servir para superar las resistencias del análisis.

### **Surgimiento del concepto de Alianza Terapéutica**

El concepto de alianza terapéutica es nombrado por primera vez por Elizabeth Zetzel (1956). Siguiendo con los antecedentes recién descritos, la psicoanalista señaló la existencia de una relación positiva que le permitía al paciente, desde las partes sanas de su yo, trabajar con el terapeuta en las actividades del análisis. Zetzel (1956) postuló que la posibilidad de que el tratamiento analítico fuera exitoso dependía directamente de la capacidad de establecer una alianza terapéutica. No obstante, Zetzel (1956) aclaró que para poder establecer una alianza terapéutica, se requería de un mínimo de fortaleza yoica, que no todos los pacientes tenían antes de empezar un tratamiento.

Continuando con el marco psicoanalítico, Ralph Greenson (1965) propuso utilizar el concepto de alianza de trabajo para denominar el aspecto racional y no neurótico de la relación del paciente

con el terapeuta. Si bien afirmó que la noción de alianza de trabajo incluía a los sentimientos razonables del paciente hacia su terapeuta, sostuvo que el aspecto central de la alianza era la capacidad del paciente para realizar los procedimientos que requiere el análisis (Greenson, 1965).

El autor consideraba que los principales determinantes de la alianza eran la motivación del paciente para mejorar, su actitud cooperativa y su capacidad para realizar las tareas que el terapeuta proponía (Greenson, 1965). Sostuvo, además, que tanto el terapeuta como el encuadre de tratamiento, contribuían fuertemente a su constitución, a partir de interpretaciones y una actitud empática y desprejuiciada (Greenson, 1967).

### **Importancia de la relación terapéutica en otros marcos teóricos**

En forma paralela a los desarrollos sobre alianza en el marco psicoanalítico, otras propuestas terapéuticas resaltaron el valor de aspectos vinculares en el proceso terapéutico y sus resultados. Dentro de esta tendencia, se ubicaron los desarrollos de Carl Rogers (1966) quien otorgaba un papel elemental a la relación que construían paciente y terapeuta. En los modelos de psicoterapia centrados en el cliente era fundamental el respeto, la aceptación y la confianza total del terapeuta en la capacidad del paciente para resolver sus dificultades. Esta aceptación del terapeuta hacia el paciente, le permitiría al que consulta aceptarse a sí mismo y, luego, a los demás (Rogers, 1966). La cooperación entre paciente y terapeuta, para este modelo, jugaba un papel elemental en el proceso de la psicoterapia.

En el año 1976, Lester Luborsky propuso el constructo de alianza de asistencia, también conocido como alianza de ayuda (Helping Alliance, en inglés). Según su comprensión del evento, la alianza estaría integrada por dos fases. La fase Tipo I, centrada en la forma en la que el paciente percibe al terapeuta, describía las creencias del paciente acerca de que el terapeuta era una persona que lo apoyaba y buscaba ayudarlo en su condición. La fase Tipo II, vinculada a la percepción del proceso terapéutico, estaba constituida por la sensación de que paciente y terapeuta trabajaban conjuntamente para resolver la problemática del paciente.

### **La definición trans-teórica de la Alianza Terapéutica**

Bordin planteó una definición de la alianza integrada por tres componentes: el acuerdo mutuo entre paciente y terapeuta respecto de los objetivos de la terapia, el acuerdo entre los participantes respecto de las tareas a realizar en la terapia y el desarrollo de un vínculo afectivo entre ambos (Bordin, 1979). La colaboración entre paciente y terapeuta orientada hacia el cambio, producto de su acuerdo en las tareas y objetivos de trabajo y del vínculo afectivo entre ellos, constituirá el fenómeno de la alianza terapéutica (Bordin, 1979, 1983).

La diferencia se encontraba en el énfasis e importancia que atribuían los terapeutas de los distintos marcos a los distintos objetivos. Un consenso mínimo entre paciente y terapeuta respecto de estos objetivos, variables según el marco teórico de tratamiento, sería un requisito indispensable para

poder alcanzarlos (Bordin, 1983). A su vez, cada abordaje proponía diferentes tareas que el paciente y el terapeuta debían desarrollar en terapia (Bordin, 1979). El grado en el que el paciente podía comprometerse con las tareas, en base a la conexión de estas acciones con sus objetivos, demostraba el resultado de la fortaleza de la alianza. Por último, paciente y terapeuta requerían de un vínculo afectivo que se caracterizaría por sentimientos compartidos de agrado, cuidado y confianza hacia el otro, por parte de los participantes de la díada. El vínculo afectivo necesario tenía la misma forma en todos los tratamientos, constituyendo un verdadero factor común a todas las terapias (Bordin, 1983).

### **La definición multidimensional de la Alianza Terapéutica**

Posterior a la definición transteórica propuesta por Bordin, Louise Gaston (1990) señala que el concepto de alianza de trabajo y la noción de alianza terapéutica daban cuenta de dos formas de definir la colaboración del paciente en la terapia. Por un lado, la alianza terapéutica resalta sobre el componente afectivo de colaboración del paciente orientada a la figura del terapeuta, mientras que la alianza de trabajo se asocia a las capacidades del paciente para trabajar con compromiso en las tareas de la terapia (Gaston 1990). A su vez, la autora suma dos componentes, el compromiso y comprensión empática del terapeuta, y el acuerdo de paciente y terapeuta respecto a las tareas y objetivos de la terapia. De esta manera se define el modelo multidimensional de alianza.

### **Desarrollos contemporáneos sobre la Alianza Terapéutica**

Autores contemporáneos como , Horvath y Bedi (2002) proponen una definición de alianza de carácter genérico que buscaba integrar las ideas de Bordin con las visiones generalizadas en el campo de la clínica: *“la alianza se refiere a la calidad y la fortaleza de la relación de colaboración entre el paciente y el terapeuta”* (Horvath y Bedi, 2002, p.41).

Los autores afirmaron que esta noción incluía la existencia de un vínculo afectivo positivo entre los participantes, caracterizado por sentimientos de confianza, agrado mutuo y respeto, entre otros. Pero además, la alianza estaba integrada por lo que los autores denominaron “el aspecto más cognitivo de la relación” (Horvath y Bedi, 2002, p.41): un consenso respecto de los objetivos de la terapia y un mutuo compromiso de trabajar conjuntamente para alcanzarlos, así como un sentido de responsabilidad de que cada uno iba a realizar las tareas que eran apropiadas a esos fines. La alianza, sostienen los autores, representaba un aspecto consciente e intencional de la relación, a pesar de que pueda tener múltiples determinantes, entre ellos las experiencias tempranas de los participantes (Horvath y Bedi, 2002).

Por su parte, Hatcher y Barends (1996) realizaron un análisis factorial exploratorio de las respuestas a ítems de tres de las medidas más difundidas de alianza: el Inventario de Alianza de Trabajo (WAI, por su sigla en inglés, Horvath y Greenberg, 1989), la Escala de Alianza Psicoterapéutica de California (CALPAS por su sigla en inglés; Gaston, 1991) y el Cuestionario de Alianza de Ayuda (HAQ por su sigla en inglés, Luborsky et al., 1996). Los resultados del análisis

extrajeron dos factores que correspondían a las dimensiones propuestas por Bordín (Hatcher y Barends, 1996). Uno de los factores incluyó ítems asociados al vínculo terapéutico. Otro de los factores, agrupó ítems referidos al acuerdo de tareas y objetivos, lo que significaría que forman parte de un solo componente y no de dos distintos, como postuló Bordin (1979). Además, los autores identificaron a partir del análisis otros dos factores que no estaban presentes en las principales teorizaciones de alianza, de valor teórico y clínico, denominados Colaboración de confianza y Relación idealizada (Hatcher y Barends, 1996). La colaboración de confianza, implicaba el compromiso del paciente para facilitar la realización de un proceso terapéutico que percibe como beneficioso. Dicho factor tuvo una asociación directa con la mejoría posterior de los pacientes. El otro factor, la relación idealizada, describía la tendencia a tener una colaboración con el terapeuta pero marcada por desacuerdos importantes. Los pacientes que tuvieron puntajes altos en este factor, y por ende mantuvieron una buena relación con sus terapeutas a costa de no expresar desacuerdos relevantes en la relación, presentaron peores resultados en la psicoterapia.

Para Hatcher y Gillaspay (2006) la definición de Bordin era la más consolidada en la investigación en psicoterapia sobre alianza, pero carecía de algunos componentes que podrían enriquecer la teoría. La alianza, según Bordín, se centraba en la medida en que los participantes instalaban una relación de colaboración para realizar el trabajo necesario. De esta definición, como ya se mencionó, derivan las tres dimensiones.

Sin embargo, sostienen los autores que la definición de Bordín implicaba dos supuestos subyacentes: (i) pensar a la alianza como algo interpersonal y co-construido en la interacción de paciente y terapeuta en la búsqueda de alcanzar los objetivos de la terapia y (ii) entender a la alianza como un fenómeno vinculado a la realización de un trabajo terapéutico significativo para los participantes (Hatcher y Gillaspay, 2006). Además, Hatcher y Gillaspay (2006) afirmaron que la definición de la alianza de Bordin, focalizada en la colaboración, transcendía al mero señalamiento de un aspecto relacional en la terapia, y en cambio proveía de una teoría general acerca de cómo debía funcionar un tratamiento, convirtiéndose en un marco conceptual más amplio. Desde esa perspectiva se podía evaluar cualquier evento de la terapia, a partir de si contaba o no con ese rasgo colaborativo.

La alianza para los autores debe ser pensada como un constructo que permite evaluar cualquier aspecto de la terapia, ya que no sería un componente de los tratamientos, sino una propiedad de dichos componentes, en tanto involucran al paciente en un trabajo valioso y colaborativo. Como la alianza se manifiesta en el trabajo colaborativo en sesión, es esperable que todos los elementos de la terapia estén asociadas a esta. Por otra parte, Hatcher y Gillaspay (2006) se preguntan si existe un nivel óptimo de fortaleza del vínculo (por ejemplo, agrado hacia el terapeuta), que superado podría redundar en peores resultados (hasta traducirse en un fenómeno iatrogénico). Desde su postura, el nivel de vínculo necesario depende del tipo de terapia. Para los autores un nivel vincular puede ser demasiado débil para conducir determinados tratamientos y óptimo para otros.

Mientras que también podría existir un nivel vincular excesivo para la terapia que podría menoscabar la autonomía e independencia del paciente.

A pesar del surgimiento de estas teorizaciones que intentan enriquecer la conceptualización de la alianza, mostrando otras facetas del fenómeno, la definición primigenia de Bordin ha sido históricamente y continúa siendo en la actualidad la conceptualización más aceptada y utilizada para comprender la alianza y para diseñar instrumentos para evaluarla (Doran, Safran, Waizmann, Bolger y Muran, 2012; Waizmann, 2010). De esta forma, la alianza continúa siendo mayoritariamente conceptualizada a partir de aquellos aspectos consensuales y colaborativos, que le permiten al paciente y terapeuta trabajar en pos de los objetivos del tratamiento (Doran, 2014).

## Marco Teórico

En el siguiente apartado se presenta el rol de la Alianza Terapéutica en el proceso de psicoterapia. A su vez, la importancia y características de este factor común en la terapia de adolescentes específicamente. Luego se desarrollan las diferencias encontradas en la literatura acerca de la Alianza Terapéutica en adolescentes y adultos. Para finalizar, se describe la relación de la Alianza Terapéutica con el resultado de la psicoterapia en adolescentes.

### **La Alianza Terapéutica en el proceso de psicoterapia**

La Alianza Terapéutica ha sido estudiada en las últimas décadas en profundidad. Los resultados indican que la alianza tiene un rol fundamental en el proceso de psicoterapia. Siendo considerado uno de los principales predictores en el estudio del cambio en el proceso psicoterapéutico (Gómez Penedo, 2017).

La relación terapéutica, como toda relación, evoluciona con el paso del tiempo (Horvath, 2006). Entonces, se considera fundamental incorporar la evolución de la alianza a lo largo del tratamiento en las mediciones utilizadas (Roussos, Gómez Penedo, y Muiños, 2016), además de una comprensión más dinámica de los aspectos previos de pacientes y terapeutas que influyen en el encuentro relacional (Gómez Penedo, Morgade, Alalu, y Roussos, 2018). En este escenario, es posible visualizar la alianza a partir de su naturaleza tanto intrapersonal, como interpersonal y conscientemente colaborativa. Existiría evidencia que soporta ambas miradas, en donde la unión de los dos procesos contribuiría a la calidad general de una alianza positiva (Horvath, 2006).

Debido al avance de la investigación en psicología clínica, se han observado muchos cambios en el campo de la psicoterapia, pero el énfasis en la relación terapéutica se mantiene como una fuerza estable para la literatura (Doran, 2014). A pesar de que existen distintos factores comunes en psicoterapia, la alianza terapéutica es el más investigado dado que puede utilizarse en diferentes marcos teóricos y cuenta con instrumentos de medición de la misma, todos ellos con altos niveles de validez y confiabilidad (Flückiger, Del, Wampold y Horvath, 2018).

### **La Alianza Terapéutica en el tratamiento de niños y adolescentes**

A pesar de conocer la importancia de la Alianza Terapéutica en el proceso psicoterapéutico, la gran mayoría de estudios se han realizado en población adulta, lo cual implica un faltante de información al trabajar con otras poblaciones. Dicha falta de información puede implicar dificultades al momento de interpretar el constructo en la práctica clínica. Uno de los ejemplos que se observó en la búsqueda bibliográfica es lo desarrollado por Zack, Castonguay y Boswell (2007) quienes encontraron que al estudiar la alianza terapéutica en niños y adolescentes, el componente de Bordin relativo a las metas no ha sido plenamente apoyado (Zack, Castonguay y Boswell, 2007). Lo cual podría deberse a que a los niños y adolescentes se les atribuye un nivel menor de conciencia,



agencia y motivación cuando comienzan un tratamiento, ya que suelen ser llevados a consulta por otros, y no por una iniciativa propia.

Los pacientes niños y adolescentes se caracterizan a menudo por considerar que no tienen problemas, no necesitan tratamiento y encontrarse en una etapa precontemplativa de cambio (Zack, Castonguay y Boswell, 2007). Lo cual se atribuye a la presencia de mecanismos de defensa, limitaciones debido a su estadio de desarrollo, o falta de preocupación, por lo ello son los adultos los que tienden a identificar los problemas en la vida de estos. Otra de las explicaciones con respecto a la falta de importancia de la formulación de objetivos puede ser que en los niños las metas y las tareas no sean consideradas substancialmente diferentes (Zack, Castonguay y Boswell, 2007; Areas, Olivera, y Roussos, 2020).

Al abordar la psicoterapia infanto-juvenil, la relación terapéutica puede considerarse un factor incluso más crítico que en el tratamiento de adultos, ya que los niños/as y adolescentes no suelen referirse por sí mismos a la terapia, asistiendo a menudo desconociendo sus principales problemáticas clínicas, en conflicto con sus padres respecto a la motivación a consultar y/o resistentes al cambio (Clark, 2013; Elvins y Green, 2008; Karver, Handelsman, Fields, y Bickman, 2006; Shirk y Karver, 2003). La motivación al cambio generalmente refleja los intereses de otros actores en la vida del niño o adolescente (Baylis, Collins y Coleman, 2011). Al ser llevados a psicoterapia por el mundo adulto que los rodea (padres, cuidadores y/o escuela), el desarrollo de relaciones terapéuticas sólidas con los/as niños/as y adolescentes, y su familia, se convierte en un elemento fundamental para fortalecer el compromiso hacia la terapia y facilitar su proceso (Karver et al., 2006).

Otra de las cuestiones a tomar en consideración, es que en la psicoterapia infanto-juvenil, la relación terapéutica trasciende la clásica díada paciente-terapeuta, ya que los adultos, generalmente los padres, son una tercera parte (igualmente importante) en el sistema terapéutico. La relación entre los padres y el terapeuta del niño o adolescente se ha estudiado escasamente, a pesar de que la participación de los padres en la terapia infanto-juvenil está asociada directamente a los resultados de ésta (DeVet et al., 2003, Shirk y Saiz, 1992).

La niñez y la adolescencia son períodos en esencia evolutivos, que se caracterizan por su constante cambio y desarrollo (Nuñez y Gómez Penedo, 2019). Ello influye en la naturaleza de los problemas de los niños y adolescentes, sus habilidades cognitivas, su desarrollo emocional y consecuentemente cómo se relacionan con el terapeuta y el proceso de tratamiento (Baylis, Collins y Coleman, 2011). Los niños/as más pequeños pueden tener menor comprensión de la necesidad de tratamiento debido a su estadio evolutivo, y los adolescentes, por su parte, pueden estar en desacuerdo con sus padres tanto en la naturaleza del problema, como en la necesidad de tratamiento. El foco del tratamiento puede ser complejo y diferente en varias partes de la familia. Ello hace pensar que la alianza terapéutica con pacientes infanto juveniles es más compleja y variable, y por ende más crítica para el resultado terapéutico (Green, 2006). En este escenario, lograr vincular a los niños/as y adolescentes a la terapia es un desafío particular para los terapeutas infantojuveniles

(Shirk & Karver, 2011), y previo a la construcción de cualquier alianza, prescindiendo del aspecto colaborativo que el concepto de Bordin fórmula. El clínico infanto-juvenil tiene el desafío particular de enganchar al consultante en un proceso que no necesariamente visualiza como necesario o de potencial ayuda, pudiendo existir desacuerdos entre los niños/as y adolescentes y sus padres respecto de lo que el tratamiento debiera ser (Baylis Collins, D. y Coleman, H. 2011; Nuñez y Gómez Penedo, 2019)

### **Diferencias entre la Alianza Terapéutica en adultos y adolescentes**

En relación a la diferencia del efecto de la alianza terapéutica en el proceso terapéutico en adultos y adolescentes se ha demostrado consistentemente, por un vasto cuerpo de investigación, una asociación moderada entre una buena alianza y un resultado positivo en la psicoterapia de adultos (Flückiger, Del, Wampold y Horvath, 2018). Por otro lado, en la psicoterapia de jóvenes una asociación débil (Karver, De Nadai, Monahan y Shirk 2018; Shirk, Karver y Brown, 2011). Estos hallazgos parecen sugerir, tal como ya venimos presentando, que la alianza es un elemento central de todas las terapias psicológicas eficaces (Cirasola, Midgley, Fonagy y Martin, 2021; Norcross, 2011).

Shirk y colaboradores (2011) llevaron adelante un metaanálisis donde examinan los puntos de vista más destacados sobre la alianza con los jóvenes y considera una serie de cuestiones que distinguen la alianza con los jóvenes de su contraparte adulta. En el mismo se presenta un análisis de las asociaciones entre la alianza y los resultados en la terapia individual con jóvenes. Con el fin de proporcionar una comparación directa con la literatura para adultos, la revisión incluyó sólo estudios prospectivos de terapia individual para jóvenes que utilizaron una medida explícita de alianza. Los resultados de 16 estudios revelaron consistencia con la literatura para adultos, con una correlación media ponderada de 0,22 ( $k = 16$ ,  $n = 1306$ ,  $p = 0,001$ ) entre la alianza y el resultado ( $CI = 0,06$ ). Aunque había tendencias que mostraban asociaciones más fuertes entre la alianza y el resultado para la terapia de niños frente a la de adolescentes y para las terapias conductuales frente a las no conductuales, sólo el tipo de problema (abuso de sustancias y problemas mixtos frente a trastornos de la alimentación) moderó significativamente las asociaciones entre la alianza y el resultado (Shirk 2018; Shirk, Karver y Brown, 2011).

Dado que la alianza es el producto de la interacción entre el paciente y el terapeuta, no puede ser manipulada experimentalmente y asignada al azar a un grupo selecto de díadas terapeuta-cliente. Por lo tanto, es difícil proporcionar pruebas causales convincentes de su papel como mecanismo de cambio (Crits-Christoph, Gibbons, Hamilton, Ring-Kurtz, y Gallop, 2011). Sólo se pueden utilizar pruebas indirectas para apoyar la posibilidad de una relación causal entre la alianza y el resultado del tratamiento.

Para la interpretación de estos resultados, se debe tener en cuenta que en la psicoterapia de adultos se han utilizado métodos sofisticados para estudiar mejor la dirección de la relación entre la alianza y los resultados, este no es el caso de la psicoterapia de jóvenes. A pesar de su reciente

crecimiento, la investigación sobre las alianzas en los jóvenes sigue estando por detrás de la literatura para adultos y presenta varias limitaciones metodológicas (Cirasola et. al.,2021).

### **Relación de la Alianza Terapéutica con el resultado de la psicoterapia en adolescentes**

Hasta la fecha, se han realizado seis revisiones meta-analíticas sobre la relación alianza-resultado en la psicoterapia con jóvenes. Sus hallazgos han demostrado consistentemente una asociación débil a media entre la alianza y los resultados, que van de .14 a .29 (Karver et al., 2006, Karver et al., 2018; McLeod, 2011; Shirk et al., 2011; Shirk y Karver, 2003). Sin embargo, estas revisiones, especialmente las anteriores, presentan varias limitaciones metodológicas y deben interpretarse con precaución. En primer lugar, todas ellas incluyen un número limitado de estudios (que van de 9 a 28). En segundo lugar, dos de estos meta-análisis no se centraron directamente en la alianza, sino que incluyeron un conjunto más amplio de variables de relación (es decir, la participación en el tratamiento, la capacidad de respuesta terapéutica, la empatía del terapeuta, etc.; Karver et al., 2006; Shirk y Karver, 2003); por lo tanto, sus hallazgos podrían o no ser atribuibles a la alianza. En tercer lugar, la mayoría de los meta-análisis incluyeron diferentes tipos de terapia (es decir, intervenciones centradas en los niños, los padres y la familia) y la alianza podría funcionar de manera diferente en la terapia familiar que en la terapia individual (Karver et al., 2006; Murphy y Hutton, 2018; Shirk y Karver, 2003). Además, en la mayoría de los meta-análisis no se requirió administrar las calificaciones de la alianza antes de las medidas de resultado (Karver et al., 2006; Murphy y Hutton, 2018; Shirk y Karver, 2003). La medición de las variables de relación en una etapa tardía de la terapia podría confundirse con los resultados y, por lo tanto, estar sesgada por la percepción concurrente del progreso. Además, dada la gran variabilidad dentro de los estudios incluidos en las revisiones meta-analíticas, es importante tener en cuenta el impacto de los aspectos metodológicos y otras variables en la asociación estimada entre la alianza y los resultados (Cirasola et. al.,2021).

Algunas de las razones que se atribuye a la dificultad del estudio de este constructo en niños y adolescentes implica las múltiples relaciones que atraviesan la terapia con niños. Como la relación entre el terapeuta y el niño, la relación entre los cuidadores y el terapeuta, y las múltiples perspectivas de esas relaciones (Accurso et.al., 2015). Los autores destacan que estas cuestiones complican la interpretación de los distintos resultados en la literatura. Que el número de publicaciones sea tan bajo implica una gran dificultad para poder afirmar la importancia de la alianza terapéutica asociada a los resultados de la psicoterapia en niños y adolescentes. Es por ello que no puede asegurarse que la alianza terapéutica sea un predictor del éxito de un tratamiento psicológico en esta población. Por lo cual resulta de vital importancia continuar estudiando este fenómeno en niños y adolescentes (Accurso et.al., 2015; Areas, Olivera, y Roussos, 2020).

## Estado del Arte

En el siguiente apartado se presentan diversas investigaciones que estudiaron la Alianza Terapéutica. En primer lugar se mencionan los instrumentos de medición de alianza terapéutica en adultos. Luego, de manera más detallada, se presentan los instrumentos de medición en población infante juvenil encontrados en la literatura.

Por último se presentan las adaptaciones hasta el momento del Working Alliance Inventory, instrumento de medición de alianza terapéutica utilizado en esta investigación.

### **Evaluación de la Alianza Terapéutica**

#### **Instrumentos de evaluación de Alianza Terapéutica en adultos**

En la actualidad se han diseñado diversos instrumentos para evaluar la alianza terapéutica en adultos. Los instrumentos más destacados son la California Psychotherapy Alliance Scales (CALPAS/CALTRAS; Gaston y Ring, 1992; Marmar, Weiss y Gaston, 1989); la Penn Helping Alliance Scales (Penn/HAQ/HAcS/Har; Alexander y Luborsky, 1986); el Helping Alliance Questionnaire II (HAQ-II; Luborsky et al., 1996); la Therapeutic Alliance Scale (TAS; Marziali, 1984); la Vanderbilt Therapeutic Alliance Scale (VPPS/VTAS; Hartley y Strupp, 1983); la Integrative Psychotherapeutic Alliance (IPAS, EAPI; Pincus y Catherall, 1986) y el Working Alliance Inventory (WAI; Horvath, 1981, 1982).

Corbella y Botella (2003) afirman que la escala Penn surge del marco psicodinámico influido por el trabajo de Luborsky (Luborsky et al., 1985), mientras que la VPPS también recoge aspectos de la concepción psicodinámica, pero mezclados con aportaciones eclécticas influidas por el trabajo de Strupp (1974). El WAI y el EAPI están basados en el trabajo de Bordin sobre la alianza terapéutica (Horvath y Greenberg, 1989). Las escalas CALPAS y TAS están influidas por la concepción psicodinámica y la propuesta por Bordin (Gaston y Ring, 1992). Hay distintas versiones de cada uno de estos instrumentos y la mayoría han sido adaptados para ser contestados por el cliente, el terapeuta y observadores externos, mostrando unas propiedades psicométricas aceptables (Horvath y Symonds, 1991). El origen y distinto desarrollo de los diferentes instrumentos de evaluación hace que haya algunas diferencias en los componentes de la alianza de cada instrumento (Horvath y Luborsky, 1993), pero parece que hay dos aspectos nucleares y comunes en todos ellos: la colaboración y el acogimiento (sentirse bien).

Las altas correlaciones encontradas entre las subescalas de cada instrumento de evaluación plantean la duda de si estas subescalas reflejan o no las diferentes dimensiones teóricas de la alianza (Salvio, Beutler, Wood y Engle, 1992). Se han realizado distintos estudios con el objetivo de comparar diferentes instrumentos de medida de la alianza (Hatcher, Barends, Hansell y Gutfreund, 1995; Hatcher y Barends, 1996). Safran y Wallner (1991) compararon las versiones para clientes del

WAI y el CALPAS y encontraron una variancia global compartida que llegaba al 76% mientras que la comparación del Penn, VPPS y TAS en formato de autoinforme para el cliente sugiere que hay una amplia gama de comunalidades en las subescalas (Bachelor, 1991). Hatcher y Barends (1996) estudiaron la relación entre el HAQ, WAI y CALPAS mediante un análisis factorial y encontraron que el aspecto nuclear de la visión del paciente respecto la alianza era el factor de colaboración segura (Confident Collaboration). Luborsky (1994) encontró que no había evidencia de que algún tipo de medida de la alianza terapéutica fuera mejor predictor del resultado del tratamiento que otro.

### **Instrumentos de evaluación de Alianza Terapéutica en niños y adolescentes**

En relación a los instrumentos para evaluar la alianza terapéutica encontramos que en población infanto juvenil escasea la diversidad de instrumentos en comparación a la población adulta. La escasez de instrumentos podría vincularse a dificultades metodológicas. En consecuencia, los instrumentos para medir la relación terapéutica pueden carecer de una base consistente. Esto se debe a la falta de conocimientos sobre qué aspectos de la relación terapéutica medirá cada escala y cómo estos factores se relacionan unos con otros. A su vez, muchas escalas para evaluar la relación terapéutica en adolescentes habrían sido adaptadas de instrumentos ideados para adultos lo cual también representa una dificultad al momento de la evaluación (McLeod, 2011; Mendoza, 2016).

Dentro de las escalas más utilizadas de acuerdo con Shirk y Karver (2011) se encuentran la Therapeutic Alliance Scales for Children (TASC) y la Adolescent Working Alliance Inventory (AWAI).

Por un lado, la Therapeutic Alliance Scales for Children. La misma se desarrolló específicamente para población infanto juvenil, basándose en el modelo de Bordin (Shirk, Karver, y Brown, 2011). Consta de una forma para niños de 7 a 12 años y otra para terapeutas, ambas de 8 ítems cada una (Elvins y Green, 2008). Esta escala permite una evaluación del vínculo entre el niño y el terapeuta, y una evaluación de la colaboración en las tareas de la psicoterapia, entendidas desde la participación del niño en éstas, y no desde el acuerdo sobre las actividades del tratamiento, como es comprendida en el adulto. La subescala de colaboración en las tareas, varía dependiendo del tipo de tratamiento, ya sea terapia cognitiva-conductual o psicodinámica (Shirk y Karver 2011).

Por otro lado, la escala Adolescent Working Alliance Inventory (AWAI), es una adaptación para adolescentes del Working Alliance Inventory de Horvath y Greenberg (1989). En su versión para adolescentes, Lindscott, DiGiuseppe y Jilton (1993 citado en DiGiuseppe, Lindscott y Jilton, 1996), ajustaron los ítems de la escala de adultos, de acuerdo a un nivel de lectura que fuese fácilmente comprendido por adolescentes de 11 a 18 años de edad. Al igual que en adultos, la escala de adolescentes se basa en el modelo de Bordin, midiendo la calidad de la relación terapéutica a través del vínculo, las tareas y las metas (Elvins y Green, 2008; Shirk y Karver 2011).

En relación a la adaptación del WAI en población adolescente, en sus siglas en inglés, Working Alliance Inventory for Children and Adolescents (WAI-CA), se llevó adelante un trabajo en el que se pensó cada ítem y se discutió sobre el significado de cada uno con una muestra de

adolescentes entre 8 y 10 años a partir de la versión portuguesa del WAI para adultos (Machado y Horvath, 1999). A partir de comentarios y dudas de los participantes, se acortaron los ítems, se reformuló el vocabulario, sustituyendo por sinónimos más adecuados para el desarrollo y se simplificó la estructura de las frases (Figueredo, et.al, 2016).

A su vez, siguiendo con el objetivo de adaptar el instrumento a la población infanto-juvenil, debido a dificultades que encontraron los participantes, la amplitud de la escala de Likert fue modificada, pasando de 7 puntos a 5. Así es que se ha adaptado el Inventario de Alianza Terapéutica a adolescentes. La versión final del WAI-CA, según la versión para adultos, incluye 36 ítems de escala Likert de 5 puntos, organizados en 3 subescalas (12 ítems cada una): Vínculo, Tareas y Objetivos (Machado y Horvath, 1999; Figueredo, et.al., 2016).

Tal como se mencionó anteriormente, debido a la falta de conocimiento y por lo tanto las dificultades metodológicas, algunas escalas utilizadas en adolescentes son adaptadas de instrumentos ideados para adultos. Una de ellas es el Working Alliance Inventory (WAI; Horvath, 1981, 1982) que a pesar de ser un instrumento creado para adultos es el instrumento más utilizado para evaluar alianza terapéutica en adolescentes (Figueredo, Dias, Lima y Lamela, 2016; Levin, Henderson y Ehrenreich-May, 2012; Lima, Dias y Figueiredo, 2002), así como también en su versión abreviada (Bhola y Kapur, 2013; Cirasola, Midgley, Fonagy, Consortium y Martin, 2020; Kerver et.al, 2008; Killian, Forester, Wartlake y Antonopoulou, 2015).

En la región, nos encontramos que Chile cuenta con el Inventario de Alianza Terapéutica versión adultos adaptado en chilenos por Santibáñez (2003) pero no en adolescentes. Dicha investigación concluye que el IAT (Inventario de Alianza Terapéutica, siglas en castellano) mostró ser un instrumento de fácil y rápida aplicación, que permite ser utilizado en tratamientos realizados desde distintos enfoques psicoterapéuticos, en diferentes motivos de consulta y fases de la terapia. En relación a los hallazgos de la investigación chilena, se permite hablar de una adecuada confiabilidad del IAT. A su vez, sugieren seguir investigando propiedades psicométricas respecto a la validez (Santibáñez, 2003)

Entonces, en la actualidad contamos con diversos instrumentos para medir Alianza Terapéutica en población infanto juvenil. Los más mencionados en la literatura fueron Therapeutic Alliance Scales for Children (TASC), la Adolescent Working Alliance Inventory (AWAI), Working Alliance Inventory for Children and Adolescents (WAI-CA) y el Working Alliance Inventory (WAI) en su versión original y breve adaptada en la población adolescente.

En la presente investigación, la elección de validar el WAI-SF por sobre otros instrumentos que evalúan el constructo se debe a la ventaja de dicho instrumento al ser breve para facilitar la administración dentro del proceso terapéutico. Además de su uso internacional y su versión ya validada en adultos en nuestro país.

## Metodología

Para el desarrollo del WAI-SF versión paciente adolescente, se utiliza como base los ítems del Working Alliance Inventory versión breve para pacientes en población adulta previamente validado y adaptado al contexto argentino por Gómez Penedo y su equipo (2015) mostrando buenas propiedades psicométricas.

### Diseño muestral

El criterio para que el adolescente participe fue que estuviese realizando un tratamiento psicoterapéutico.

Para convocar a los participantes se utilizó un diseño de bola de nieve, el cual consiste en localizar a algunos individuos según las características determinadas para la investigación. La técnica se sirve de las redes sociales y las amistades de los sujetos, para la captación de nuevos participantes. A partir del encuentro con el primer representante, éste puede conducir a otro, y éste a un tercero, y así sucesivamente hasta conseguir una muestra suficiente (Cantoni Rabolini, 2009).

Se apuntó a conseguir heterogeneidad dentro del marco poblacional para dar cuenta de la diversidad del objeto de estudio. Aunque, no puede ni debe considerarse una muestra exhaustiva en términos de variedad de opciones, ya que el tamaño de la muestra es pequeño y algunas variables no tienen una representación significativa.

Los criterios de inclusión de la muestra para este trabajo, requirieron que el participante:

- Tuviera entre 11 y 21 años de edad
- Se ofreciera voluntariamente a participar (con autorización de los padres)
- Que estuviera realizando un tratamiento psicoterapéutico a la hora de responder el cuestionario.

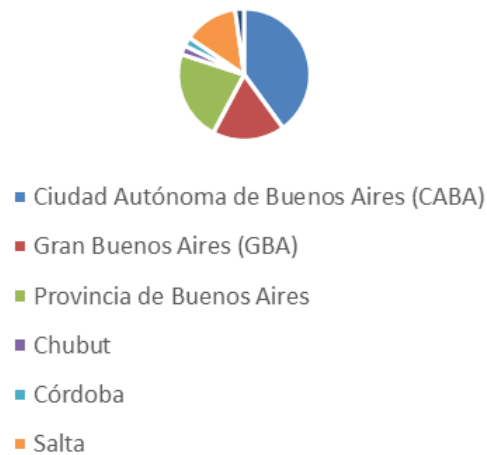
Se excluyeron de la muestra aquellos adolescentes con indicios de criterios diagnósticos de trastorno mental grave. Si bien no se aplicó ninguna evaluación psicopatológica para establecer diagnósticos, se tuvo en cuenta la capacidad de los niños y adolescentes para poder leer y entender las preguntas del cuestionario, y poder elaborar una respuesta.

### Características de la muestra

La muestra del estudio estuvo integrada por 58 sujetos adolescentes que se encuentran realizando un tratamiento psicoterapéutico. Para la convocatoria de los mismos se empleó un muestreo no probabilístico con una estrategia de bola de nieve mediante contactos directos y el uso de diversas redes sociales. De los 58 participantes que indicaron su género, el 85,19% eran mujeres y el 16,81% eran hombres. El rango de edades osciló entre los 11 y los 21 años, con una edad promedio de 17,3 años (Desvío Estándar [DE]= 2,081). El 57,78% de la muestra residía en el Área

Metropolitana de Buenos Aires (40% CABA, 17,78% GBA), El 22,22% residía en Provincia de Buenos Aires, mientras que el 20% restante vivía en otras provincias de Argentina. Estos datos se ilustran en la Figura 1.

### Lugar de Residencia



La mayoría de los participantes de la muestra llevaba un tratamiento avanzado, al preguntar la cantidad de sesiones los adolescentes no supieron decir el número de sesiones que llevaban, pero si un estimado.

El 75, 56% de la muestra realizaba psicoterapia una vez a la semana, mientras que el 15.56% de los participantes lo hacían cada 15 días. En menor medida, el 6, 67% asistía a psicoterapia una vez al mes y el 2,2% dos veces por semana. En la Figura 2 se puede observar los datos.

Tal como se presenta en la Figura 3, el 73, 33% de la muestra inició tratamiento psicoterapéutico en los últimos 6 o más de 6 meses mientras que el 26, 67% iniciaron tratamiento hace menos de 6 meses desde administrados los instrumentos.

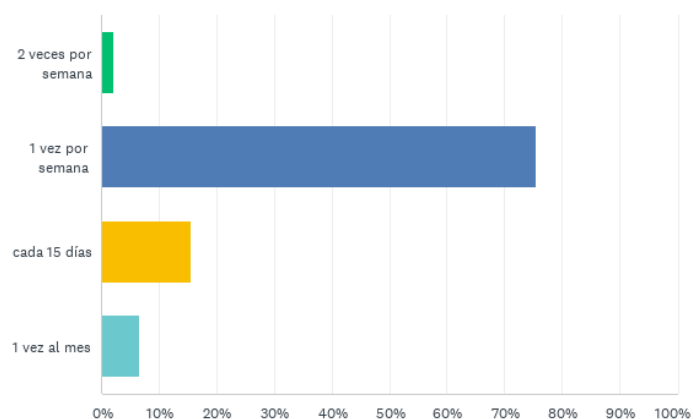


Figura 2. ¿Con qué frecuencia asistes a psicoterapia?



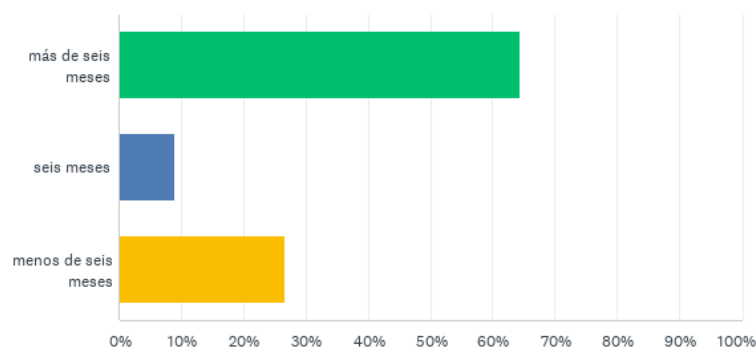


Figura 3. ¿Hace cuánto asistes a psicoterapia?

## Materiales

**WAI-SR-A Working Alliance Inventory - Short Form - adultos.** Validación Argentina (Gómez Penedo, Waizmann y Roussos, 2015). Es la adaptación argentina de una versión abreviada del Working Alliance Inventory (WAI, Hatcher y Gillapsy, 2006), un instrumento dirigido a estudiar la alianza terapéutica. El inventario evalúa los tres componentes de la alianza identificados por Bordin (1979), en un pool de ítems (12 ítems de tipo escala Likert de 7 puntos, donde el puntaje de 1 representa que “nunca” sucede lo expresado en el ítem, mientras que 7 representa que sucede “siempre”) que explora las tres dimensiones de la alianza: el acuerdo en las tareas de la terapia (Sub-escala Tareas), el acuerdo respecto de los objetivos del tratamiento (Sub-escala Objetivos) y la fortaleza del vínculo emocional entre paciente y terapeuta (Sub-escala Vínculo).

**ANS - Alliance Negotiation Scale** (Waizmann et.al, 2015) La Escala de Negociación de Alianza (Alliance Negotiation Scale, ANS; Doran et al., 2012), es una escala de tipo Likert de 7 puntos, integrada por 12 ítems que exploran la forma en que paciente y terapeuta negocian la Alianza Terapéutica. Para la generación de la escala en inglés, rankeos por parte de expertos y dos estudios de análisis factoriales fueron realizados y ofrecieron soporte a la validez de constructo. Respecto de la validez de constructo de la escala en inglés, un análisis factorial de componentes principales y rotación Varimax mostró una solución de dos factores. El factor 1 refleja el confort del paciente y el terapeuta con los desacuerdos o la expresión de sentimientos negativos en terapia y fue denominado “Confort con sentimientos negativos”, mientras que el factor 2 refleja la percepción del paciente respecto de la falta de flexibilidad o incapacidad/voluntad del terapeuta para negociar tareas y metas de la terapia y fue denominado “Postura flexible y negociadora”. El factor 1 presentó un autovalor de 4,67 e incluyó seis ítems todos con cargas entre 0,65 y 0,84. Por su parte, el factor 2 presentó un autovalor de 2,31 y seis ítems con cargas entre 0,59 y 0,83. Ambos factores explicaron un 58,03% de

la varianza de los resultados. En relación a confiabilidad del instrumento, los coeficientes alpha de Cronbach de la escala total ( $\alpha = 0,84$ ) y de cada factor fueron adecuados ( $\alpha$  Factor 1= 0,86;  $\alpha$  Factor 2 = 0,81). En cuanto a la validez convergente y discriminante, los puntajes del ANS y del Inventario de Alianza de Trabajo en su versión breve (WAI-BP-A, por sus siglas en inglés) mostraron una correlación significativa de fuerte magnitud ( $r = 0,754$ ,  $p < 0,001$ ).

## Procedimientos

Los participantes fueron convocados para participar del estudio a través de sus terapeutas o servicios de mensajería y distintas redes sociales. En la invitación enviada a los potenciales participantes, se incluía un enlace que los dirigía a un sitio web especializado en la recolección de información para investigaciones (*SurveyMonkey*®). Se informaba que la participación era voluntaria y anónima. Una vez que se obtenía el consentimiento de los participantes y sus padres o tutores, éstos completaron el WAI-SF y el ANS (ver materiales). Al finalizar las escalas, se presentaban preguntas sociodemográficas y algunas preguntas clínicas (las mismas se describen en la Tabla 1).

### Tabla 1.

*Preguntas sociodemográficas y sus respectivas opciones de respuesta*

---

1. Edad
2. Género
  - a. Femenino
  - b. Masculino
  - c. Otro
3. Lugar de Residencia
  - a. Capital Federal
  - b. Gran Buenos Aires
  - c. Provincia de Buenos Aires
  - d. Catamarca
  - e. Chaco
  - f. Chubut
  - g. Córdoba
  - h. Corrientes
  - i. Entre Ríos
  - j. Formosa
  - k. Jujuy
  - l. La Pampa
  - m. La Rioja
  - n. Mendoza
  - ñ. Misiones

- o. Neuquén
- p. Río Negro
- q. Salta
- r. San Juan
- s. San Luis
- t. Santa Cruz
- u. Santa Fe
- v. Santiago del Estero
- w. Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur
- x. Tucumán
- z. Otro

4. ¿Cuántas sesiones tuviste aproximadamente con tu terapeuta?

5. ¿Con qué frecuencia asistes a psicoterapia?

- a. dos veces por semana
- b. una vez por semana
- c. cada 15 días
- d. una vez al mes

6. ¿Hace cuanto asistes a psicoterapia?

- a. más de seis meses
  - b. seis meses
  - c. menos de seis meses
- 

## **Análisis de datos**

### **Estrategias de análisis de datos**

Todos los análisis de este trabajo se realizarán en el software libre *R* (*R* Core Team, 2020). Más específicamente, se utilizarán los paquetes *psych* (Revelle, 2019), *Hmisc* (Harrell, 2020) y *lavaan* (Rosseel, 2012). Se presentará el código completo de los análisis realizados y sus resultados, usando el paquete *rmarkdown* (Allaire et al., 2020).

Para estudiar la confiabilidad del instrumento se utilizarán medidas de consistencia interna y homogeneidad de ítems. Por un lado, se evaluará la consistencia interna del WAI-SF-Adolescentes calculando el alfa de Cronbach y el alfa ordinal. Si bien el alfa de Cronbach es la medida de consistencia interna más utilizada en la literatura, diversos estudios sugieren que no es la mejor estrategia cuando los ítems tienen una escala Likert con menos de siete opciones de respuestas (Freiberg Hoffmann, Stover, de la Iglesia, y Fernández Liporace, 2013; Gadermann, Guhn y Zumbo, 2012). En dichos casos se recomienda la utilización del alfa ordinal, una medida basada en correlaciones policóricas (Elosua Oviden y Zumbo, 2008; Zumbo, Gadermann y Zeisser, 2007). El

estado del arte sugiere que un valor aceptable de alfa oscila entre 0,70 y 0,90. Valores más bajos representan una consistencia interna cuestionable, mientras que valores más altos implicaría que algunos ítems son redundantes (representando la misma pregunta con diferente formato) (Tavakol y Dennick, 2011). Por otro lado, para evaluar la homogeneidad de ítems, se analizarán las correlaciones ítem-total corregidas (es decir, correlación promedio de cada ítem con el resto de los ítems de la escala). En este caso, se sugieren valores de correlación ítem-total en el rango de 0,30 a 0,80 (Rattray y Jones, 2007). Correlaciones más débiles de 0,30 implican una escasa homogeneidad del ítem con el resto de los reactivos, mientras correlaciones más fuertes señalan que el ítem sería repetitivo.

Para el estudio de la validez del instrumento, se evaluará específicamente la validez concurrente. El estudio de la validez concurrente del WAI-SF-Adolescentes se realizará mediante correlaciones de Pearson producto-momento entre la escala y otra medida de alianza terapéutica. Particularmente, se analizarán las correlaciones del instrumento con ANS (escala de negociación de la alianza). En este caso, las correlaciones deberían oscilar en el rango entre 0,50 y 0,85, indicando asociación, pero, a su vez, independencia de los constructos (Rial Boubeta, Varela Mallou, Abalo Piñeiro y Lévy Mangin, 2006).

## Aspectos éticos

Para el presente estudio se siguieron las normativas éticas postuladas por el punto 6.03 del código de ética de la Asociación de Psicólogos de Buenos Aires (APBA, 2013), compatible con la Ley Nacional de Salud Mental vigente en la República Argentina (Ley No 26.657, 2013) y las normativas planteadas por la American Psychological Association (Ver punto 8; APA, 2010). La participación de los sujetos incluidos en la muestra fue voluntaria. Para ello se les informó sobre las intenciones del trabajo, y la posibilidad de retirarse en cualquier momento que lo desearan, sin que esto influyera en su tratamiento. Para garantizar la protección de los participantes, se les entregó, con la primera evaluación, un consentimiento informado digital con la información pertinente, con un vocabulario acorde al lenguaje de los participantes. Al tratarse de participantes menores de edad, se solicitó además, la autorización de los responsables de los mismos. En caso de estar de acuerdo con su participación, se les pidió que marcaran que acceden voluntariamente a participar del estudio. También se tuvo en cuenta que los datos de los participantes fueran de carácter anónimo y a su vez no almacenará en la base de datos digital, ningún dato que permita identificar a los participantes como tales.

## Resultados

### Análisis descriptivos

En la Tabla 2 se presentan los análisis descriptivos de los ítems del WAI -SF versión adolescentes argentinos. Asimismo, en la Tabla 3 se reportan las medias y desvío estándar de los puntajes totales de todos los instrumentos utilizados en el estudio.

**Tabla 2.**

*Análisis descriptivos y correlaciones ítem-total corregidas de los ítems del WAI -SF versión adolescentes*

Ítem	Media	Desvío estándar	r ítem-total corregida	Rango
1) Siento que mi terapeuta me aprecia.	5,75	1,92	0,62	[3,7]
2) Estamos de acuerdo acerca de que es importante que yo trabaje en terapia.	5,64	1,44	0,61	[3,7]
3) Lo que hacemos en terapia me brinda nuevas maneras de mirar mi problema.	5,74	1,35	0,71	[3,7]
4) Creo que le agrado a mi terapeuta.	5,83	1,42	0,62	[3,7]
5) Mi terapeuta no entiende lo que estoy tratando de lograr en la terapia.	5,16	1,97	0,39	[3,7]
6) Confío en la habilidad de mi terapeuta para ayudarme.	6,12	1,33	0,84	[3,7]
7) Mi terapeuta y yo estamos trabajando para lograr objetivos mutuamente acordados	5,78	1,51	0,49	[3,7]
8) Mi terapeuta y yo estamos de acuerdo sobre las cosas que necesito hacer en terapia para ayudarme a mejorar mi situación.	5,69	1,40	0,74	[3,7]
9) Mi terapeuta y yo confiamos el uno en el otro.	5,95	1,51	0,72	[3,7]
10) Hemos llegado a un buen entendimiento del tipo de cambios que serían buenos para mí.	5,74	1,45	0,80	[3,7]
11) Mi terapeuta y yo parecemos tener ideas diferentes acerca de cuáles son mis problemas.	4,88	1,72	0,18	[3,7]
12) Creo que la manera en que estamos trabajando mi problema es correcta.	5,72	1,52	0,84	[3,7]

*Nota.* Los ítems se contestan en una escala de 1 a 7. La interpretación de los puntajes en la escala de respuesta se distribuye de la siguiente manera: 1 = "Nunca"; 2= "Casi Nunca"; 3= "Ocasionalmente"; 4= "A veces", 5= "Frecuentemente", 6= "Casi Siempre" 7= "Siempre".

**Tabla 3.***Análisis descriptivos de los puntajes totales de los instrumentos utilizados en el estudio*

Escalas	Media	Desvío estándar	Rango
WAI -SF	5,64	1,07	[4]
ANS	4,74	1	[3,67]

### **Confiabilidad**

**Consistencia interna.** El WAI-SF versión adolescentes presentó un alfa de Cronbach de 0,89. Considerando que los ítems del instrumento tienen una naturaleza ordinal y únicamente siete categorías de respuestas, además del alfa de Cronbach se calculó también el alfa ordinal, una medida de consistencia interna menos difundida, pero considerada más adecuada para este tipo de reactivos (Elosua Oviden y Zumbo, 2008; Zumbo, Gadermann y Zeisser, 2007). El alfa ordinal del WAI-SF versión adolescentes en este caso fue de 0,91.

**Homogeneidad de ítems.** Las correlaciones ítem-total corregidas de los reactivos del WAI-SF versión adolescentes se presentan en la Tabla 2. Como se observa en dicha tabla, únicamente el ítem 11 (i.e., "Mi terapeuta y yo parecemos tener ideas diferentes acerca de cuáles son mis problemas.") presentó una correlación ítem-total corregida por debajo de 0,30. Por otra parte, ningún ítem obtuvo correlaciones ítem-total corregidas por encima de 0,85.

### **Validez externa**

**Validez concurrente.** Las correlaciones de Pearson producto-momento, mostraron asociaciones directas significativas del WAI-SF versión adolescentes, moderadas a fuertes, con el ANS ( $r = 0,65, p < 0,001$ ).

## Discusión y conclusión

El objetivo de este trabajo ha sido presentar la adaptación al contexto argentino en población adolescente del Working Alliance Inventory versión breve (WAI- SF) y explorar sus propiedades psicométricas. Los resultados de los análisis realizados mostraron evidencias de confiabilidad (consistencia interna y homogeneidad de ítems) y validez externa (validez concurrente) de la versión argentina del instrumento en adolescentes.

En cuanto a la consistencia interna, como primera medida de confiabilidad del instrumento, tanto el alfa de Cronbach (medida de confiabilidad más difundida;  $\alpha = 0,89$ ) como el alfa ordinal (alternativa para variables ordinales;  $\alpha$  ordinal =0,91) se ubican dentro del rango de 0,70 y 0,90. Esto implica que los ítems presentan un nivel aceptable de consistencia interna sin que los reactivos sean redundantes (Tavakol y Dennick, 2011).

Por otra parte, al evaluar la homogeneidad de los ítems, como otra medida de confiabilidad, todos los ítems menos uno presentaron correlaciones ítem-total en el rango sugerido (Rattray y Jones, 2007). Únicamente un reactivo (ítem 11: “Mi terapeuta y yo parecemos tener ideas diferentes acerca de cuáles son mis problemas”) presentó una escasa homogeneidad con el resto de los ítems (es decir, correlaciones por debajo de 0,30). Por otra parte, todos los ítems presentaron correlaciones ítem-total por debajo de 0,85, sugiriendo nuevamente que los ítems no eran repetitivos ni redundantes (Rattray y Jones, 2007).

Al analizar los resultados en relación al ítem 11 “Mi terapeuta y yo parecemos tener ideas diferentes acerca de cuáles son mis problemáticas” y su escasa homogeneidad con el resto de los ítems podría vincularse con lo estudiado por Zack, Castonguay y Boswell (2007) sobre la dimensión de objetivo en la psicoterapia en niños y adolescentes. Tal como se presentó en el desarrollo del presente trabajo, los objetivos en el proceso psicoterapéutico en niños y adolescentes suelen no responder como en adultos. Es necesario profundizar sobre esta cuestión en futuras investigaciones.

Las correlaciones de Pearson del WAI - SF versión adolescente con otras medidas de alianza terapéutica ( $r$  con ANS=0,65) sugieren evidencia de validez concurrente del instrumento. Al ubicarse todas las correlaciones en el rango de 0,50-0,85, esto implica que los instrumentos se ven asociados entre sí, pero a su vez exploran constructos independientes (Rial Boubeta, Varela Mallou, Abalo Piñeiro y Lévy Mangin, 2006).

Estos resultados en su conjunto presentan al WAI-SF versión adolescentes argentinos como un instrumento con evidencias de confiabilidad y validez que puede representar un recurso valioso para evaluar alianza terapéutica durante tratamientos psicoterapéuticos.

Cabe aclarar que este estudio presenta una serie de limitaciones que deberán ser abordadas en futuras investigaciones. En primer lugar, la exploración de la validez concurrente se realizó sobre la base de correlaciones del WAI-SF versión adolescente con otra medida, el ANS, completadas también mediante auto reportes de los participantes. Es posible que el hecho de que todas las medidas sean completadas por el mismo sujeto “infla” las correlaciones, debido a la existencia de

una fuente común. Futuros trabajos se beneficiarían de utilizar y triangular medidas de alianza terapéutica completadas por otras fuentes (observadores externos, terapeutas, etc.), para explorar la validez concurrente del WAI-SF versión adolescentes. Además, en este estudio no se analizó la validez de contenido del instrumento, mediante la evaluación del grado de acuerdo de jueces expertos, respecto de la relevancia de los ítems utilizados. Sería útil estudiar esta dimensión de validez en la versión Argentina del WAI-SF en futuros trabajos. Así como también, en este estudio no se exploró la validez de constructo, mediante un análisis factorial confirmatorio, propiedad psicométrica que debería ser estudiada en futuras investigaciones.

En relación a las características de la muestra, no se ha explorado el motivo de consulta ni diagnóstico a la hora de administrar el cuestionario. Solo se tuvo en cuenta que el adolescente no padecía de un trastorno mental o discapacidad que le impediría leer, comprender y responder las preguntas del mismo.

A la hora de generalizar los resultados es importante tener en cuenta que al llevar adelante un diseño muestral no probabilístico, los participantes de las provincias del interior del país tienen baja representación en la muestra total. Esto último puede implicar amenaza en la validez externa. Debido a que la muestra estudiada fue pequeña análisis más profundos como el análisis factorial confirmatorio no pudieron ser realizadas lo cual representa una limitación. Al alcanzar una muestra con mayor cantidad de participantes, futuras investigaciones podrán incluir este tipo de análisis.

Nuevas investigaciones sobre el WAI-SF deberían utilizar muestreos probabilísticos o por cuotas, que permitan una distribución más representativa de la población en la muestra de estudio, y por ende, mayor validez externa de los inferencias psicométricas. Por otra parte, la muestra de este trabajo fue recolectada exclusivamente mediante redes sociales, utilizando una estrategia de bola de nieve. Al no contar con datos de participantes convocados mediante otras estrategias, no es posible determinar si la estrategia seleccionada pudo haber sesgado los resultados obtenidos en una dirección específica. A futuro sería relevante analizar las propiedades del WAI-SF en Argentina, usando muestras recolectadas con distintas estrategias para observar si el método de muestreo influye en sus propiedades psicométricas (por ejemplo, testeando la invarianza factorial en el análisis confirmatorio, entre participantes convocados vía redes sociales en comparación con participantes convocados por otros medios).

Más allá de estas limitaciones, los resultados presentan al WAI-SF versión adolescentes como un instrumento con evidencias de confiabilidad y validez en Argentina. Si bien resulta necesario continuar estudiando dicho instrumento en una muestra amplia para poder profundizar el potencial del mismo, el instrumento puede convertirse en un recurso importante para la evaluación de la alianza terapéutica en adolescentes en el país.



## Referencias Bibliográficas

- Accurso, E. C., Fitzsimmons-Craft, E. E., Ciao, A., Cao, L., Crosby, R. D., Smith, T. L., Klein, M. H., Mitchell, J. E., Crow, S. J., Wonderlich, S. A., y Peterson, C. B. (2015). Therapeutic Alliance in a Randomized Clinical Trial for Bulimia Nervosa. Journal of Consulting and Clinical Psychology, *83*(3), 637–642. <https://doi.org/10.1037/ccp0000021>
- Alexander, L. B. y Luborsky, L. (1986). The Penn Helping Alliance Scales. [Las escalas de Penn Helping Alliance] En L. S. Greenberg y W. M. Pinsof (Eds.), *The psychotherapeutic process: A research handbook* (pp. 325-366), New York: Guilford.
- Allaire, JJ, Yihui Xie, Jonathan McPherson, Javier Luraschi, Kevin Ushey, Aron Atkins, Hadley Wickham, Joe Cheng, Winston Chang, and Richard Iannone. 2021. Rmarkdown: Dynamic Documents for r. <https://CRAN.R-project.org/package=rmarkdown>.
- American Psychological Association (2010, 1 de Enero) Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct. Obtenido de: <http://www.apa.org/ethics/code/principles.pdf>
- Areas, M., Olivera, J. y Roussos, A. (2020). Cambio y psicoterapia: la perspectiva del niño. Diversitas: Perspectivas en Psicología, *16*(2), 245-257. <https://doi.org/10.15332/22563067.5553>
- Asociación de Psicólogos de Buenos Aires (2013). Código de ética de la Asociación de Psicólogos de Buenos Aires. Punto 6.03. Obtenido de: <http://psicologos.org.ar/wp-content/uploads/2019/12/C%C3%B3digo-de-%C3%89tica-de-la-APBA.pdf>
- Bachelor, A. (1991). Comparison and relationship to outcome of diverse dimensions of the helping alliance as seen by client and therapist. Psychotherapy, *28*, 534- 549.
- Barber, J. P. (2009). Toward a working through of some core conflicts in psychotherapy research. Psychotherapy Research, *19*, 1–12. <http://doi.org/10.1080/10503300802609680>
- Baylis, P., Collins, D. & Coleman, H. (2011). Child Alliance Process Theory: A Qualitative Study of a Child Centred Therapeutic Alliance. Child Adolesc Soc Work J, *28*, 79-95. DOI 10.1007/s10560- 011-0224-2
- Bhola, P., & Kapur, M. (2013). The development and role of the therapeutic alliance in supportive psychotherapy with adolescents. Psychological Studies, *58*(3), 207-215.
- Bordin, E.S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. Psychotherapy: Theory, Research, and Practice, *16*, 252-260.
- Bordin, E. S. (1983). A Working Alliance. Based Model of Supervision. The Counseling Psychologist, *11*, 35–42.
- Bordin, E. S. (1994). Theory and research on the therapeutic working alliance: New directions. [Teoría e investigación sobre la alianza terapéutica de trabajo: Nuevas direcciones.] In A.O. Horvath, & L.S. Greenberg (Eds.), *The working alliance: theory, research and practice* (pp. 13-37). New York: John Wiley y Sons.

- Cantoni, N. (2009). Técnicas de muestreo y determinación del tamaño de la muestra en investigación cuantitativa. Revista argentina de humanidades y ciencias sociales, *7*(2), 1-12.
- Castonguay, L. G., Holtforth, M. G., Coombs, M. M., Beberman, R., Kakouros, A. A., Boswell, J. F., ... Jones, E. E. (2006). Relationship factors in treating dysphoric disorders. En L. G. Castonguay y L. E. Beutler (Eds.), Principles of Therapeutic Change that Work (pp. 65–82). New York: Oxford University Press.
- Cirasola A., Midgley N., Fonagy P. y Martin P. (2021) The Alliance–Outcome Association in the Treatment of Adolescent Depression. Psychotherapy, Vol. *58*, No. 1, pp. 95–108. View article: <https://doi.org/10.1037/pst0000366> .
- Cirasola, A., Midgley, N., Fonagy, P., Consortium, I., y Martin, P. (2020). The Factor Structure of the Working Alliance Inventory Short-Form in Youth Psychotherapy: an Empirical Investigation. Psychotherapy Research, *31*(4), 535–547. <https://doi.org/10.1080/10503307.2020.1765041>
- Clark, C. (2013). Irreducibly Human Encounters: Therapeutic Alliance and Treatment Outcome in Child and Adolescent Psychotherapy. Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy, *12*:3, 228-243, D01: 10.1080/15289168.2013.822751
- Crits-Christoph, P., y Connolly Gibbons, M.B. (2003). Research Developments on the Therapeutic Alliance in Psychodynamic Psychotherapy. Psychoanalytic.
- Crits-Christoph, P., Gibbons, M. B. C., Hamilton, J., Ring-Kurtz, S., & Gallop, R. (2011). The dependability of alliance assessments: The alliance–outcome correlation is larger than you might think. Journal of Consulting and Clinical Psychology, *79*(3), 267–278. <https://doi.org/10.1037/a0023668>
- Corbella, S., & Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. Anales de Psicología/Annals of Psychology, *19*(2), 205-221.
- DeVet, K., Kim, Y., Charlot-Swiley, D. & Ireys, H. (2003). The Therapeutic Relationship in Child Therapy: Perspectives of Children and Mothers. Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, *32*:2, 277-283, D01: 10.1207/S15374424JCCP3202 13
- DeRubeis, R. J. y Feeley, M. (1990). Determinants of change in cognitive therapy for depression. Cognitive Therapy and Research, *14*, 469–482.
- DiGiuseppe, R., Linscott, J. y Jilton, R. (1996). Developing the Therapeutic Alliance in Child-adolescent Psychotherapy. Applied & Preventive Psychology, *5*, 85-100.
- Doran, J. M., Safran, J. D., Waizmann, V., Bolger, K. y Muran, J. C. (2012). The Alliance Negotiation Scale: Psychometric construction and preliminary reliability and validity analysis. Psychotherapy Research, *22*, 1–10. <http://doi.org/10.1080/10503307.2012.709326>
- Doran, J. M. (2014). The Working Alliance: Where Have We Been, Where Are We Going? Psychotherapy Research, *26*, 146–163. <http://doi.org/10.1080/10503307.2014.954153>
- Elvins, R. y Green, J. (2008). The Conceptualization and Measurement of Therapeutic Alliance: An Empirical Review. Clinical Psychology Review *28*, 1167-1187.

- Elosua Olliden, P., & Zumbo, B. D. (2008). Coeficientes de fiabilidad para escalas de respuesta categórica ordenada. Psicothema, *20*(4), 896–901.
- Eubanks, C. F., Muran, J. C., y Safran, J. D. (2018). Alliance Rupture Repair: A Meta-analysis. Psychotherapy, *55*, 508-519. doi:10.1037/pst0000185 Inquiry, *23*, 332-349.
- Fenichel, O. (1941). Problems of psychoanalytic technique. Psychoanalytic Quarterly, *VII*, 421– 442.
- Figueiredo, B., Dias, P., Lima, V. S., & Lamela, D. (2016). Working alliance Inventory for Children and adolescents (WAI-CA). European Journal of Psychological Assessment. doi: 10.1027/1015-5759/a000364
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., Symonds, D. y Horvath, A. O. (2011). How central is the alliance in psychotherapy? A multilevel longitudinal meta-analysis. Journal of Counseling Psychology, *59*, 1–8. <http://doi.org/10.1037/a0025749>
- Flückiger, C., Del, A. C., Wampold, B. E., y Horvath, A. O. (2018). The Alliance in Adult Psychotherapy: A Meta-analytic Synthesis. Psychotherapy: Theory, Research, and Practice, *55*(4), 316–340. <https://doi.org/10.1037/pst0000172>
- Freiberg Hoffmann, A., Stover, J. B., de la Iglesia, G., & Fernández Liporace, M. (2013). Correlaciones policóricas y tetracóricas en estudios factoriales exploratorios y confirmatorios. Ciencias Psicológicas, *7*(2), 151–164.
- Freud, S. (1912). Sobre la dinámica de la transferencia. Obras completas, Buenos Aires, Amorrortu Editores, Vol. XII, 97-106.
- Gaston, L. (1990). The Concept of the Alliance and its Role in Psychotherapy: Theoretical and Empirical Considerations. Psychotherapy, *27*, 143–153. <http://doi.org/10.1037/0033-3204.27.2.143>
- Gaston, L. y Ring, J. M. (1992). Preliminary Results on the Inventory of Therapeutic Strategies. Journal of Psychotherapy Practice and Research, *1*(2), 135-146.
- Gaston, L. (1991). Reliability and criterion-related validity of the California Psychotherapy Alliance Scales--patient version. Psychological Assessment, *3*, 68–74. <http://doi.org/10.1037/1040-3590.3.1.68>
- Gadernann, A. M., Guhn, M., y Zumbo, B. D. (2012). Estimating ordinal reliability for likert-type and ordinal item response data: A conceptual, empirical, and practical guide. Practical Assessment, Research and Evaluation, *17*(3), 1–13.
- Gómez Penedo, J. M., Morgade, F., Alalu, N., & Roussos, A. J. (2018). El rol de los procesos interpersonales en la psicoterapia: efectos sobre el tratamiento y recursos de adaptación clínica. Enciclopedia Argentina de Salud Mental
- Gómez Penedo, J. M., Waizmann, V., y Roussos, A. J. (2015). Propiedades psicométricas de la adaptación argentina del Inventario de Alianza de Trabajo breve - versión paciente (WAI-SR-A): un análisis factorial confirmatorio. Investigaciones En Psicología, *20*(1), 49–62.
- Gomez Penedo, J.M., (2017) Variables del paciente y del proceso psicoterapéutico vinculadas a predictores tempranos de cambio [Tesis Doctoral, Universidad de Buenos Aires] Repositorio

académico de la Universidad de Buenos Aires.

- Gómez Penedo, J. M., Zilcha-mano, S., y Roussos, A. J. (2019). Interpersonal Profiles in Emotional Disorders Predict the Importance of Alliance Negotiation for Early Treatment Outcome. Journal of Consulting and Clinical Psychology. <https://doi.org/10.1037/ccp0000417>
- Greenson, R. R. (1965). The Working Alliance and the Transference Neurosis. Psychoanalytic Quarterly, *34*, 155–181.
- Greenson, R. R. (1967). Technique and Practice of Psychoanalysis. New York, NY: International Universities Press.
- Green, J. (2006). Annotation: The therapeutic alliance - a significant but neglected variable in child mental health treatment studies. Journal of Child Psychology and Psychiatry, *47*(5), 425-435. doi:10.1111/j.1469-7610.2005.01516.x
- Hatcher, R. L. y Barends, A. (1996). Patients ' View of the alliance in psychotherapy: exploratory factor analysis of three alliance measures. Journal of Consulting and Clinical Psychology, *64*, 1326–1336.
- Hartley , D. y Strupp, H. (1983). The Therapeutic Alliance: Its Relationship to Outcome in Brief Psychotherapy. [La alianza terapéutica: Su relación con los resultados en la psicoterapia breve] En J. Masling (Ed.), Empirical studies in analytic theories (pp. 1-37). Hillside. Nj: Erlbaum.
- Hatcher, R. y Barends, A. (2006). How a return to theory could help alliance research. Psychotherapy, *43*, 292–299. <http://doi.org/10.1037/0033-3204.43.3.292>
- Hatcher, R. L., Barends, A., Hansell, J. y Gutfreund, M. J. (1995). Patients' and therapists' shared and unique views of the therapeutic alliance: An investigation using confirmatory factor analysis in a nested design. Journal of Consulting and Clinical Psychology, *63*(4), 636- 643.
- Harrell, F. E. Jr (2020). Hmisc: Harrell Miscellaneous. R package version 4.4-0. [Rstudio]. Recuperado de: <https://CRAN.R-project.org/package=Hmisc>
- Horvath, A. O. (1981). An Exploratory Study of the Working Alliance: Its Measurement and Relationship to Therapy Outcome., U British Columbia, Vancouver, Canada.
- Horvath, A. O. (1982). Working Alliance Inventory (Revised). Instructional Psychology Research Group, *82* (1). Simon Fraser University, Burnaby, British Columbia, Canada
- Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. Journal of counseling psychology, *36*(2), 223.
- Horvath, A.O., y Bedi, R.P. (2002). The Alliance.[La Alianza] In J. C. Norcross (Ed.), Psychotherapy relationships that work (pp. 37-70). New York: Oxford University Press.
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Fluckiger, C. y Symonds, D. (2011). Alliance in Individual Psychotherapy. Psychotherapy, *48*(1), 9-16. doi:10.1037/a0022186
- Horvath, A. O. y Symonds, B. D. (1991). Relation between alliance and outcome in psychotherapy: A metaanalysis. Journal of Counseling Psychology, *38*, 139-149.
- Horvath, A. O. y Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. Journal of

- Consulting and Clinical Psychology, 51(4), 561-573.
- Karver, M. S., Handelsman, J. B., Fields, S., y Bickman, L. (2006). Meta Analysis of Therapeutic Relationship Variables in Youth and Family Therapy: The Evidence for Different Relationship Variables in the Child and Adolescent Treatment Outcome Literature. Clinical Psychology Review, 26(1), 50–65. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.09.001>
- Karver, M. S., De Nadai, A. S., Monahan, M., y Shirk, S. R. (2018). Meta-analysis of the Prospective Relation Between Alliance and Outcome in Child and Adolescent Psychotherapy. Psychotherapy: Theory, Research, and Practice, 55(4), 341–355. <https://doi.org/10.1037/pst0000176>
- Karver, M., Shirk, S., Handelsman, J. B., Fields, S., Crisp, H., Gudmundsen, G., & McMakin, D. (2008). Relationship processes in youth psychotherapy: Measuring alliance, alliance-building behaviors, and client involvement. Journal of Emotional and Behavioral Disorders, 16(1), 15-28.
- Killian, M., Forrester, D., Westlake, D., y Antonopoulou, P. (2015). Validity of the Working Alliance Inventory Within Child Protection Services. Research on Social Work Practice, 27(6), 704–715. <https://doi.org/10.1177/1049731515596816>
- Luborsky, L. (1976). Helping Alliances in Psychotherapy: the Groundwork for a Study of their Relationship to its Outcome. En J. L. Claghorn (Ed.), Successful psychotherapy (pp. 92–116). New York, NY: Brunner/Mazel.
- Luborsky, L. (1994). Therapeutic alliances as predictors of psychotherapy outcomes: Factors explaining the predictive success. En A. O. Horvath y L. S. Greenberg (Eds.), The working alliance: Theory, research, and practice (pp. 38-50). New York: Wiley
- Luborsky, L., McLellan, A.T., Woody, G.E., O'Brien, C.P. y Auerbach, A. (1985). Therapist success and its determinants. Archives of General Psychiatry, 42, 602-611.
- Luborsky, L., Barber, J. P., Siqueland, L., Johnson, S., Najavits, L. M., Frank, A., y Daley, D. (1996). The Revised Helping Alliance Questionnaire (HAQ-II): Psychometric Properties. The Journal of psychotherapy practice and research, 5(3), 260.
- Lima, V., Dias, P., y Figueiredo, B. (2002). Adaptação para criança do Working Alliance Inventory. Manuscrito não publicado. Braga: Universidade do Minho.
- Levin, L., Henderson, H. A., y Ehrenreich-May, J. (2012). Interpersonal Predictors of Early Therapeutic Alliance in a Transdiagnostic Cognitive-Behavioral Treatment for Adolescents with Anxiety and Depression. Psychotherapy, 49(2), 218–230. <https://doi.org/10.1037/a0028265>
- Ley No 26.657, Boletín Oficial de la República Argentina, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina, 29 de mayo de 2013
- Martin, D. J., Garske, J. P. y Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables : A meta-analytic Review. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68, 438–450. <http://doi.org/10.1037/0022-006X.68.3.438>

- McLeod, B. D. (2011). Relation of the Alliance with Outcomes in Youth Psychotherapy: A meta-analysis. Clinical Psychology Review, *31*(4), 603–616.  
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.02.001>
- Marmar, C. R., Weiss, D. S. y Gaston, L (1989). Towards the validation of the California therapeutic alliance rating system. Journal of Consulting and Clinical Psychology, *1*. 46-52
- Marziali, E. (1984). Three Viewpoints on the Therapeutic Alliance: Similarities, Differences, and Associations with Psychotherapy Outcome. Journal of Nervous and Mental Disease, *172*(7), 417-423
- Mendoza M. P., (2016) Relación terapéutica y cambio psicoterapéutico, desde la experiencia subjetiva de adolescentes y sus terapeutas. [Tesis de Maestría, Universidad de Chile] Repositorio académico de la Universidad de Chile.
- Machado, P. P., & Horvath, A. O. (1999). Inventário da Aliança Terapêutica – W.A.I [Working Alliance Inventory – WAI]. In M. Simões, M. M. Gonçalves, & L. S. Almeida (Eds.), Testes e Provas Psicológicas em Portugal (Vol. 2). Braga, Portugal: APPORT/SHO.
- Murphy, R., & Hutton, P. (2018). Practitioner review: Therapist variability, patient-reported therapeutic alliance, and clinical outcomes in adolescents undergoing mental health treatment—A systematic review and meta-analysis. Journal of Child Psychology and Psychiatry, *59*(1), 5-19.
- Núñez, L y Gómez Penedo J.M (2019). Capítulo 4: La alianza terapéutica en el tratamiento de niños/as y adolescentes. En: Manual de Psicoterapia y Psicopatología. p: 49 - 62 Akadia Ed.
- Norcross, J. C. (2011). Psychotherapy Relationships that Work. Oxford University Press.  
<https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199737208.001.0001>
- Norcross, J.C., y Wampold, B.E. (2011). Evidence-based Therapy Relationships: Research Conclusions and Clinical Practices. Psychotherapy, *48*(1), 98-102.
- Pinsof, W. M. y Catherall, D. R. (1986). The Integrative Psychotherapy Alliance: Family, Couple and Individual Therapy Scales. Journal of Marital and Family Therapy, *12*(2), 137-151
- Rattray, J., & Jones, M. C. (2007). Essential elements of questionnaire design and development. Journal of Clinical Nursing, *16*, 234–243. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01573.x>
- Rial Boubeta, A., Varela Mallou, J., Abalo Piñeiro, J. y Lévy Mangin, J.P. (2006). El análisis factorial confirmatorio. En: J.P. Lévy Mangin y J. Varela (Eds.), Modelización con estructuras de covarianzas en ciencias sociales (pp. 119-143). Coruña: Netbiblo.
- Rogers, C. R. (1966). Psicoterapia centrada en el cliente: práctica, implicaciones y teoría. Buenos Aires: Paidós.
- R Core Team (2020). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. URL <https://www.R-project.org/>.
- Revelle, W. (2019) psych: Procedures for Personality and Psychological Research, Northwestern University, Evanston, Illinois, USA. Recuperado de:  
<https://CRAN.R-project.org/package=psych> Version = 1.9.12.

- Rosseel, Y. (2012). lavaan: An R Package for Structural Equation Modeling. *Journal of Statistical Software*, 48(2), 1-36. Recuperado de: <http://www.jstatsoft.org/v48/i02/>
- Roussos, A. J., Gómez Penedo, J. M. y Muiños, R. (2016). A time-series analysis of therapeutic alliance, interventions, and client's clinical status in an evidence-based single-case study: Evidence for establishing change mechanisms in psychotherapy. *Psychotherapy Research*. Publicación on-line de avance. <http://doi.org/10.1080/10503307.2016.1174346>
- Salvio, M.-A., Beutler, L. E., Wood, J. M. y Engle, D. (1992). The strength of the therapeutic alliance in three treatments for depression. *Psychotherapy Research*, 2(1), 31-36.
- Safran, J. D., y Muran, J. C. (2000). *Negotiating the Therapeutic Alliance: A Relational Treatment Guide*. Nueva York, NY: Guilford Press.
- Safran, J. D., y Muran, J. C. (2006). Has the Concept of the Therapeutic Alliance Outlived its Usefulness? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43, 286–291. doi:10.1037/0033-3204.43.3.286
- Safran, J. D. y Wallner, L. K. (1991). The relative predictive validity of two therapeutic alliance measures in cognitive therapy. *Psychological Assessment*, 3(2), 188- 195.
- Santibáñez, P. (2001). La alianza terapéutica en psicoterapia: traducción, adaptación y examen inicial de las propiedades psicométricas del Working Alliance Inventory en Chile. [Tesis maestría, Pontificia Universidad Católica de Chile] Santiago, Chile
- Santibáñez, P. S. (2003). La Alianza Terapéutica en Psicoterapia: El "Inventario de Alianza de Trabajo" en Chile. *Psykhé*, 12(1).
- Sterba, R. (1934). The Fate of the Ego in Analytic Therapy. *International Journal of Psychoanalysis*, 115, 117–126.
- Sterba, R. (1940). The Dynamics of the Dissolution of the Transference Resistance. *Psychoanalytic Quarterly*, IX, 363–379
- Shirk, S. R., Karver, M. S., y Brown, R. (2011). The Alliance in Child and Adolescent Psychotherapy. *Psychotherapy*, 48(1), 17–24. <https://doi.org/10.1037/a0022181>
- Shirk, S. R., y Karver, M. S. (2003). Prediction of Treatment Outcome from Relationship Variables in Child and Adolescent Therapy: A meta-analytic Review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(3), 452–464. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.71.3.452>
- Shirk, S., & Saiz, C. (1992). Clinical, empirical, and developmental perspectives on the therapeutic relationship in child psychotherapy. *Development and Psychopathology*, 4, 713-728.
- Summers, R.F., y Barber, J.P. (2003). Therapeutic Alliance as a Measurable Psychotherapy Skill. *Academic Psychiatry*, 27:3.
- Tavakol, M., & Dennick, R. (2011). Making sense of Cronbach's alpha. *International journal of medical education*, 2, 53-55.
- Wampold, B. E. (2010). *The basics of psychotherapy: An introduction to theory and practice*. Washington, DC: American Psychological Association.

- Wampold, B. E. y Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work* (2nd ed.). New York, NY: Routledge.
- Waizmann, V., Doran, J., Bolger, K., Gómez Penedo, J. M., Safran, J., y Roussos, A. J. (2015). Escala de negociación de alianza terapéutica (ANS-A): Evidencias de su validez y confiabilidad. Revista Argentina de Clínica Psicológica, 24(3), 243–254.
- Waizmann, V. (2010). *Alianza terapéutica e intervenciones psicoterapéuticas en tratamientos cognitivos y psicoanalíticos*. Tesis doctoral, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.
- Zack, S. E., Castonguay, L. G. y Boswell, J. F. (2007). Youth Working Alliance: A Core Clinical Construct in Need of Empirical Maturity. Harvard Review of Psychiatry, 15, 278–288. <https://doi.org/10.1080/10673220701803867>
- Zetzel, E. R. (1956). Current Concept of Transference. International Journal of Psychoanalysis, XXXVII, 369–376. <http://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.00>
- Zumbo, B. D., Gadermann, A. M., & Zeisser, C. (2007). Ordinal versions of coefficients alpha and theta for likert rating scales. *Journal of Modern Applied Statistical Methods*, 6, 21–29. <https://doi.org/10.22237/jmasm/1177992180>



## Apéndice

## 1. Introducción

Estamos trabajando en la adaptación de un instrumento para evaluar la alianza terapéutica. Todos los datos que nos brindas son de carácter anónimos y no tendrán otro uso que no sea la validación del instrumento.

Este desarrollo pertenece a una investigación con sede en la Universidad de Buenos Aires y auspicio del CONICET.

Una vez validado dicho instrumento, dichos datos serán eliminados. No se almacenará ningún dato que permita identificarte como participante.

Tene en cuenta que para participar tenes que tener **entre 12 y 20 años**.

Tu participación nos será de gran ayuda. Tene en cuenta que, al ser menor de edad, precisamos de que tus padres estén de acuerdo con que participes.

Es importante que respondas todas las preguntas, ya que de no hacerlo la plataforma no te dejará continuar. Esto puede llevarte entre 5 y 10 minutos.

Desde ya te agradecemos por tu participación.

Equipo de Investigación en Psicología Clínica (EIPSI)

Ante cualquier duda, contactarse con el investigador responsable del proyecto:

Lic. Malenka Areas

malenka.areas@gmail.com

\* 1. La presente encuesta tiene como objetivo la validación del WAI-SF en población Adolescente Argentina.

Podes retirarte de la misma cuando lo deseess.

- Deseo participar y mis padres acuerdan.
- No deseo participar.

\* 2. ¿Cuántos años tenés?









4. Datos sociodemográficos

\* 1. Lugar de residencia

\* 2. ¿Cuántas sesiones tuviste aproximadamente con tu terapeuta?

\* 3. ¿Con qué frecuencia asistes a terapia?

\* 4. ¿Hace cuánto asistes a terapia?

5. ¡Muchísimas gracias por participar!

Tu participación fue muy importante para seguir mejorando la calidad de vida de las personas. ¡Gracias!

Equipo de Investigación en Psicología Clínica (EIPSI)  
Malenka Areas