



## **Centros de Integración Juvenil, A.C.**

**Especialidad para el Tratamiento de las Adicciones  
9° Generación  
2012-2013**

### **Reporte de Investigación**

Para concluir el Programa Académico de la  
Especialidad para el Tratamiento de las Adicciones

#### **Tema:**

**“Alianza Terapéutica en una Muestra de Pacientes  
Mexicanos Consumidores de Sustancias Adictivas”**

#### **Alumno:**

Lic. Carla Fernández de la Fuente

#### **Asesor:**

Dr. Rodrigo Marín Navarrete

**Ciudad de México, 31 de marzo de 2014**

## AGRADECIMIENTOS

A Centros de Integración Juvenil A.C. y sus maestros con los que pude compartir 18 meses de enseñanza en el campo de las adicciones.

Al Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, por abrirme las puertas a la experiencia clínica y científica.

Al Dr. Rodrigo Marín Navarrete, mentor y tutor de este trabajo, por darme su confianza y oportunidad de ser parte de su equipo.

Especialmente también agradezco a la Mtra. Liliana Templos y el Mtro. Luis Villalobos quienes con paciencia y carisma me acompañaron en este trabajo, estoy agradecida por lo que aprendí de ellos y por su disposición a enseñarme.

A Marian Algara y a Tania Díaz Michel por su valioso apoyo en la edición de mi trabajo.

## FINANCIAMIENTOS

El presente trabajo de tesis forma parte de la producción científica y de diseminación del protocolo de investigación **REC-INPRFM: 001: *Intervención de Incremento Motivacional para Mejorar la Retención y Resultados del Tratamiento en Pacientes Mexicanos que Buscan Atención por Consumo de Sustancias***, el cual forma parte de los proyectos de la Red de Ensayos Clínicos en Adicciones y Salud Mental del INPRFM.

El protocolo REC-INPRFM: 001 fue financiado en parte por el Departamento de Estado de los EE.UU (Grant No. SINLEC11GR0015). Las opiniones, hallazgos y conclusiones aquí presentadas son las de los autores y no necesariamente reflejan las del Departamento de Estado de los EE.UU.

“Whoever reaches his ideal transcends it eo ipso”.  
Friedrich Nietzsche

## Dedicatorias y Agradecimientos

Gracias a mi madre, Perla de la Fuente porque en ella encuentro apoyo y consuelo para seguir siempre adelante, no olvidaré que tuvo para mí, un café caliente cada mañana para comenzar mis días. *“Todas las madres dan el ser. Pero algunas mucho más” José Narosky.*

También a mi padre Luis Miguel Fernández por darme consejo y transmitirme motivación para lograr mis metas, gracias a él tendré presente el “to do list” año con año, lo que me facilitará cumplir mis encomiendas.  
*“Un buen padre vale por cien maestros” Jean-Jacques Rousseau.*

A Luis Miguel, mi hermano. Por ser mi compañero y cuidarme en todas las etapas de mi vida. *“Nada prende tan pronto de unas almas en otras como esta simpatía de la risa.” Jacinto Benavente*

A Gaby H., Mayte G., Mariangela G., Elisa L., Mariana D., Maythesita E., Michelle A. Greta C. y Ana Lourdes P., ya que *“La amistad da seguridad, libera del miedo y es condición esencial para la verdadera felicidad.” Epicuro*  
y *“Un amigo es una persona con la que se puede pensar en voz alta.” R.W. Emerson*

A Norma J. y Liz S. por estar a mi lado durante este proceso educativo.  
*“Vivir es un oficio para especialistas” José Narosky.*

A todos mis compañeros del INPRF por animarme y hacer del trabajo un lugar de aprendizaje ameno. *“La broma y la burla nos sirven de alivio, nos prestan energías para nuevas actividades” Friedrich Nietzsche.*  
*“No vivimos propiamente para el conocimiento, sino para la pasmosa y abundante amenidad en el buscar y en el encontrar de éste” Friedrich Nietzsche.*

## ÍNDICE.

<b>A. INTRODUCCIÓN</b>	<b>6</b>
<b>B. MARCO TEÓRICO</b>	<b>7</b>
<b>1. EPIDEMIOLOGÍA DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS.....</b>	<b>7</b>
<b>2. CONCEPTO DE ALIANZA TERAPEUTICA.....</b>	<b>8</b>
<b>3. MEDICIÓN DE ALIANZA TERAPÉUTICA.....</b>	<b>12</b>
<b>4. ANTECEDENTES DEL HELPING ALLIANCE QUESTIONAIRE – II.....</b>	<b>19</b>
<b>5. IMPORTANCIA DE LA MEDICIÓN DE ALIANZA TERAPÉUTICA.....</b>	<b>22</b>
<b>C. INVESTIGACIÓN</b>	<b>24</b>
<b>1. JUSTIFICACIÓN .....</b>	<b>24</b>
<b>2. PROBLEMA .....</b>	<b>26</b>
<b>3. OBJETIVOS .....</b>	<b>27</b>
3.1. Objetivos Generales .....	27
3.2. Objetivos Específicos .....	27
<b>4. MÉTODO .....</b>	<b>29</b>
4.1 Definición de las Principales Variables.....	29
4.3 Tipo de Estudio .....	29
4.4 Participante .....	30
4.5 Sedes .....	30
4.6 Sujetos .....	31
• Criterios de Inclusión.....	31
• Criterios de Exclusión .....	32
• Criterios de Eliminación .....	32
4.7 Procedimiento .....	33
4.8 Análisis de Datos .....	34
4.9 Consideraciones Éticas .....	36
<b>5. RESULTADOS .....</b>	<b>37</b>
<b>6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....</b>	<b>46</b>
<b>7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>49</b>
<b>8. ANEXOS.....</b>	<b>62</b>

## A. INTRODUCCIÓN.

La demanda de atención para consumidores de sustancias se ha incrementado en los últimos años de manera exponencial y paralela con el problema del consumo; gran cantidad de esta población busca atención psicológica, por lo tanto es necesario conocer los factores que influyen en el éxito de estos tratamientos para disminuir la prevalencia del consumo.

El objetivo de este reporte de investigación fue analizar la “alianza terapéutica” que resulta de la interacción entre terapeuta y paciente dentro del contexto de un ensayo clínico controlado y aleatorizado mismo que se describirá mas adelante.

Al inicio de este reporte de investigación se describe el problema del consumo de sustancias en México y la importancia del tratamiento para disminuirlo. Más adelante se ilustra la historia del concepto de “alianza terapéutica” y su medición. En la segunda sección se abordan las propiedades psicométricas del instrumento utilizado para medir la alianza terapéutica (HAq-II Helping Alliance Questionnaire – II) y los procedimientos de la investigación en la cuál el instrumento fue aplicado. Finalmente se encuentran los resultados de la relación de la alianza terapéutica con las variables demográficas de terapeutas y pacientes mexicanos en una intervención breve para disminuir el consumo de sustancias.

## **B. MARCO TEÓRICO**

### **1. EPIDEMIOLOGÍA DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS.**

En el contexto nacional los problemas asociados al consumo de sustancias de abuso afectan a una parte importante de la población mexicana.<sup>1</sup> Relacionado a esto los reportes científicos presentan que la tendencia de mayor consumo nacional es del grupo de edad de 18 a 34 años. Además de hacer énfasis en el incremento de consumo de cualquier droga en hombres que en mujeres en los últimos 3 años.<sup>1</sup>

Aunado a lo anterior la demanda de atención para consumidores de alcohol se encuentra cerca de las 830 mil personas, es decir cien mil personas mas que las reportadas hace 11 años, con respecto a la búsqueda de tratamiento en consumidores de otras sustancias la cifra de usuarios que han recibido tratamiento en el último año es de casi 239 mil personas, de los cuales el 45.1% reportaron haber sido atendidos por un psicólogo.<sup>1</sup>

Es así que frente a la gran demanda de atención de los problemas relacionados al consumo de sustancias psicoactivas (abuso y dependencia) y a la insuficiente oferta de tratamiento profesional para los consumidores con mayor severidad de la adicción se suma la poca disponibilidad de estudios basados en evidencia científica que indiquen las variables específicas que intervienen en el éxito de los tratamientos psicoterapéuticos en población mexicana que permitan reducir la brecha entre el costo y la efectividad.

## 2. CONCEPTO DE ALIANZA TERAPÉUTICA.

A principios del siglo XX Freud en su trabajo sobre la dinámica de la transferencia introduce por primera vez el concepto de alianza, como un proceso de transferencia en el cual el paciente puede establecer una relación positiva con el terapeuta si éste expresa interés y comprensión.<sup>2</sup>

Las primeras manifestaciones psicoterapéuticas tienen raíces psicoanalíticas y quien mejor en describirlo que Richard Sterba, psicólogo vienés e importante propulsor del concepto que ahora estudiamos explicándolo sobre la base de una disociación terapéutica del yo (del paciente) en la que se destacan dos partes; la que se opone al analista y la que colabora con él, esta última se debe a que el terapeuta ha reaccionado con una actitud de observación y reflexión respecto a su discurso, por consiguiente el paciente se identifica con el terapeuta y adquiere la capacidad de observar y criticar su propio funcionamiento. Esta disociación terapéutica permite al paciente la toma de conciencia de sus contenidos inconscientes. A manera de síntesis la teoría de Sterba expone que el trabajo del analista consiste en superar la resistencia de la transferencia que obstruye el avance del proceso mediante la constante invitación a la identificación, condición necesaria para el tratamiento analítico.<sup>3</sup>



Más tarde Zetzel<sup>4</sup> sería la pionera del término que ahora conocemos *como alianza terapéutica*, al distinguir los aspectos “reales” de la relación entre el paciente y el terapeuta de los aspectos transferenciales de la misma. La teoría de la psicoanalista se basa en que la regresión terapéutica ocupa un lugar central en la resolución del conflicto ya que moviliza las defensas.

Por otra parte Greenson<sup>5</sup> propone el concepto de *alianza de trabajo* y lo diferencia de la *alianza terapéutica* al definir a la primera como la habilidad del paciente de incorporar las tareas del tratamiento y, a la segunda como la capacidad tanto del paciente como del terapeuta de crear un vínculo personal. Describe a la alianza de trabajo como un rapport que surge a partir de la relación relativamente racional entre el paciente y el terapeuta. El analista contribuye a este fenómeno con su empatía y actitud de aceptación sin juzgar al paciente.

En 1974 Horwitz<sup>6</sup> define la alianza terapéutica como la capacidad del paciente de percibir al terapeuta como un objeto positivo como influencia para establecer una alianza de trabajo fuerte. Mas tarde Bordin<sup>7</sup> realizó un marco teórico sobre la alianza terapéutica definiendo este concepto como la colaboración entre el cliente y el terapeuta identificando tres componentes que la constituyen; a) mutuo acuerdo en las tareas, b) vínculo positivo y c) acuerdo en los objetivos. Por otro lado diferencia el concepto en dos dimensiones, la relacional (formada por el vínculo formada entre el paciente y el terapeutas) y la técnica (formada por las metas de la terapia).

Parecía que los métodos clínicos y psicodinámicos serían los únicos medios para explicar el concepto que engloba los diferentes términos de alianza terapéutica<sup>4</sup> como son *alianza de trabajo*<sup>5</sup> ; *alianza de ayuda*<sup>8</sup> y *relación terapéutica*; a pesar de que cada autor tiene diferentes conceptos para el término de alianza estos términos se refieren al mismo fenómeno pero con diferentes variantes. Pero a finales de los años 70 y a principios de los 80 se desarrollaron métodos de clínica cuantitativa para evaluar los diferentes factores influyentes dentro de la psicoterapia, como por ejemplo; tipo de intervención, características del terapeuta, características del paciente y a nuestra conveniencia la relación paciente-terapeuta. El estudio realizado por Luborsky sobre estos factores mostró que el concepto que hemos estado describiendo obtuvo correlaciones significativas con el éxito del tratamiento psicoterapéutico.<sup>9</sup>

Luborsky definió la alianza de ayuda como el grado en que el paciente experimenta la relación con el terapeuta como potencialmente de apoyo o ayuda para que el paciente pueda lograr sus metas en psicoterapia, la llamó una entidad dinámica que evoluciona paralelamente con las demandas de cada etapa de la terapia y expuso que ésta entidad se encuentra compuesta de dos factores que propician una relación de ayuda: a) si el paciente percibe al terapeuta como agente de apoyo; b) si existe un trabajo conjunto entre el terapeuta y el paciente para luchar contra cual sea la dificultad del paciente. El factor a) puede ocurrir en etapas tempranas, es decir, al inicio de la terapia y el factor b) se presenta en etapas posteriores.<sup>10</sup>

A pesar de las finas diferencias entre las conceptualizaciones de cada autor la mayor parte de las definiciones teóricas tienen tres factores comunes: a) el espíritu colaborativo de la relación b) el lazo afectivo entre el paciente y el terapeuta, y c) la habilidad del paciente y el terapeuta para estar de acuerdo con las metas y objetivos del tratamiento.<sup>7, 11,12,13</sup>

### 3. MEDICIÓN DE ALIANZA TERAPÉUTICA.

A finales de los años 60 se había concluido que la psicoterapia era una entidad de resultados impredecibles y que éstos se observarían únicamente durante el proceso,<sup>14</sup> pero con las influencias de Bordin, Luborsky<sup>8</sup> no sólo definió el fenómeno de alianza terapéutica si no que fue el primero en utilizar medidas operacionales de este concepto para evaluar las sesiones de tratamiento.

A principios de los 70, Luborsky realizó una revisión de 166 estudios cuantitativos con el objetivo de evaluar los factores influyentes para obtener resultados de la psicoterapia; la revisión reveló predicciones significativas para la efectividad de cualidades como la adecuación del funcionamiento de la personalidad, habilidades sociales, nivel de ansiedad, presencia del afecto, similitudes entre el terapeuta y el paciente, experiencia y alta empatía por parte del terapeuta; pero no todos los estudios mostraron niveles significativos de predicción de estos factores y tampoco fue clara la distinción entre los factores que tuvieron éxito y los que no.<sup>15</sup>

Posteriormente se llevó a cabo el *Penn Psychotherapy Project*<sup>16</sup>, proyecto basado en el estudio de Fiske<sup>17</sup> y los factores influyentes revelados en la revisión antes mencionada de Luborsky<sup>15</sup> con el objetivo de reportar un estudio que permitiera hacer predecibles los efectos deseables de la psicoterapia en los pacientes, antes de que el terapeuta y el paciente tuvieran contacto. La recolección de datos del proyecto tuvo una duración de 5 años, en el cual participaron 73 pacientes a los cuales les fue aplicada una batería de pruebas extensa antes y después de iniciar

su tratamiento psicodinámico en el Departamento de Consulta Externa del Hospital de la Universidad de Pensilvania en Filadelfia, de ahí la raíz del nombre del proyecto. La conclusión sobre este estudio fue que los factores predecibles de resultados pueden medirse hasta que el paciente y terapeuta tienen la oportunidad de interactuar.

Debido a que los resultados del *Penn Psychotherapy Project* mostraron que las variables pre-tratamiento de los pacientes y terapeutas no tuvieron mayor valor predictivo, Luborsky<sup>8</sup> desarrolló una evaluación operacionalizada del concepto de alianza terapéutica llamado *Penn Helping Alliance Counting Signs Method (HACs)* y más tarde Morgan<sup>19</sup> con la colaboración de Luborsky desarrolló el *Penn Helping Alliance Rating Method (HAR)* también herramienta para evaluar la interacción terapeuta-paciente durante las primeras sesiones de la intervención psicoterapéutica. Ambos métodos fueron realizados por jueces con experiencia clínica, los jueces evaluaban los primeros 20 minutos de cada sesión, se les solicitaba que localizaran sobre las transcripciones de las sesiones, todas las “señales” expresadas por el paciente que identificaran como relevantes y que pudieran ser clasificados dentro de uno de los tipos y subtipos de alianza de ayuda.<sup>18</sup>

La medida de alianza del HAcS fue clasificada en dos tipos de “señales”:

- ***Tipo 1: Si el paciente experimenta al terapeuta como alguien que es capaz de proveer la ayuda que necesita.***
  - El paciente cree que el terapeuta le está ayudando.
  - El paciente se siente cambiado desde el inicio del tratamiento.
  - El paciente siente rapport con el terapeuta.
  - El paciente tiene una posición optimista y confiada de que el tratamiento y el terapeuta pueden ayudarlo.
  
- **Tipo 2: Si el paciente experimenta el tratamiento como un proceso de trabajo en equipo con el terapeuta para lograr los objetivos**
  - El paciente se percibe a si mismo trabajando en equipo con el terapeuta un esfuerzo conjunto.
  - El paciente comparte con el terapeuta ideas similares sobre la fuente de sus problemas. Para que esto sea posible, es necesario que el paciente conozca las ideas del terapeuta.
  - El paciente demuestra cualidades similares a las del terapeuta, especialmente las relacionadas con herramientas de comprensión.

El HAR midió estas señales pero de una manera más detallada, contenía dos subtipos extra en la alianza tipo 1 y un subtipo extra en la alianza tipo 2. El HAR tuvo ventajas sobre el HAcS: el HAR consumía menos tiempo, por lo tanto tuvo una ventaja práctica; su evaluación fue más clínica que la del HAcS, ya que el juez no tenía que restringirse a contar “señales” literales. El HAcS debía ser forzosamente evaluado sobre la transcripción de la sesión y el HAR podía evaluarse escuchando las sesiones en grabación sin ser transcritas, el HAR permitió reunir cada tipo de “señal” en una evaluación global.<sup>18,19</sup>

Los métodos para evaluar la alianza de ayuda fueron reemplazados por un instrumento más simple: El *Helping Alliance Questionnaire (HAQ)*, el primer cuestionario de alianza de ayuda probado por Woody y Luborsky como medida predictora de resultados de la psicoterapia;<sup>20,9</sup> este pretendía medir la relación terapeuta-paciente mostrando alta correlación con la efectividad de los tratamientos, el HAQ contenía 11 reactivos con el objetivo de medir el nivel en que el paciente percibe la terapia y al terapeuta como apoyo. Se utilizaron los mismos factores del *Helping Alliance Counting Signs (HAcS)* y se transformaron en un auto-reporte llamado *Helping Alliance Questionnaire Method (HAQ)*. Se aplicó el instrumento en la tercera sesión psicoterapéutica ya que se había mostrado que la habilidad de desarrollar una alianza terapéutica con el paciente en las primeras sesiones tenía correlación con resultados subsecuentes de efectividad en el tratamiento<sup>21</sup> y los pacientes tienden a percibir una alianza de manera consistente a través del tratamiento por lo tanto si en las primeras sesiones de la intervención el paciente expresa una alianza terapéutica poderosa probablemente al final de la

intervención se mantenga esta postura en la evaluación de alianza dirigida a pacientes. Por tanto los terapeutas deben establecer una alianza positiva con sus pacientes desde el inicio del proceso terapéutico.<sup>35</sup>

Antes de este instrumento, se habían medido patrones de relación entre el terapeuta y el paciente en forma de cuestionario con el Barrett-Lennard Relationship Inventory<sup>22</sup> y el Patients Perceived Mutual Understanding Questionnaire,<sup>23</sup> pero no hasta el HAq se formularon reactivos para medir el concepto denominado “alianza”.

Debido a que existen diferentes teorías sobre el concepto de alianza, algunos grupos de investigadores independientes a Luborsky y sus colaboradores han construido instrumentos que miden las diferentes modalidades de este constructo con metodologías distintas a las Escalas de Pensilvania. Las escalas de Luborsky y las que serán descritas a continuación han mostrado altas correlaciones entre ellas.<sup>24,25,26</sup> Cada grupo de escalas lleva el nombre de la universidad de donde provienen los investigadores que las han desarrollado.

#### *Escalas de Vanderbilt.*

Strupp y sus colegas desarrollaron primero el Vanderbilt Psychotherapy Process Scale (VPPS)<sup>27</sup> que con 88 reactivos, describía la relación y el proceso psicoterapéutico entre el paciente y el terapeuta, este instrumento era evaluado por observadores clínicos. Posteriormente desarrollaron un instrumento llamado Vanderbilt Therapeutic Alliance Scale (VTAS)<sup>28</sup> con 44 reactivos y finalmente



recomendaron el Benjamin's Structural Analysis of Social Behavior System (SASB)<sup>29</sup> como una medida de alianza.

#### *Escalas de Toronto.*

La escala Therapeutic Alliance Rating Scale (TARS)<sup>30</sup> creada por Marziali y sus colaboradores en el Instituto de Psiquiatría en San Francisco Langley Porter estaba enfocada en los aspectos afectivos de la alianza. La primera versión era evaluada por observadores y en un mismo instrumento se evaluaban los aspectos del terapeuta y del paciente. En la siguiente versión los observadores podían evaluar al terapeuta y al paciente por separado. Ambas versiones contenían 42 reactivos.<sup>31</sup>

#### *Escalas de California.*

Marmar, Gaston, Gallagher y Thompson realizaron las California Psychotherapy Alliance Scales (CALPAS), basadas en la escala TRAS de Marziali. El instrumento evalúa los 4 aspectos de la alianza introducidos por Gaston<sup>11</sup> y hay versiones en modo de auto-reporte para paciente, terapeuta y observador cada uno de 24 reactivos.

#### *Working Alliance Inventory (WAI).*

Fue desarrollado por Horvath y sus colegas<sup>32</sup> para medir los tres aspectos descritos por Bordin<sup>7</sup> de la alianza: el lazo, mutuo acuerdo en las metas y mutuo acuerdo en las tareas. La primer versión del WAI tenía versiones para terapeutas, pacientes y evaluadores externos con 36 reactivos cada uno. Posteriormente otros

investigadores<sup>33</sup> desarrollaron una nueva versión del WAI pero cada uno de 24 reactivos.

*Therapeutic Bond Scales (TBS).*

Miden las tres dimensiones del lazo terapéutico de Orlinsky y Howard<sup>34</sup> con 50 reactivos : alianza de trabajo, resonancia empática y afirmación mutua. El TBS fue desarrollado por Saunders y sus colegas.<sup>13</sup>

La conclusión de Horvath y Luborsky<sup>35</sup> sobre la intención de la mayoría de las escalas de alianza fueron dos aspectos medulares: a) apego efectivo entre el terapeuta y el paciente y b) colaboración y voluntad para invertir en el proceso terapéutico. (Véase Anexo 3, Escalas que Miden Alianza Terapéutica)

Las escalas que han mostrado mayor confiabilidad son las Escalas de Pensilvania y Vanderbilt, ambas mostrando un .91 de alfa de Cronbach. El instrumento elegido para ser aplicado y medido en ensayos clínicos aleatorizados y controlados ha sido la última versión del HAQ en versión auto-reporte del paciente y terapeuta, ya que tiene 19 reactivos a diferencia del VTAS con 44 reactivos.

#### 4. ANTECEDENTES DEL HELPING ALLIANCE QUESTIONNAIRE – II

Posteriormente en 1996 se realizó una nueva versión del HAq ya que el anterior contenía ítems que pretendían evaluar explícitamente mejoras en la sintomatología temprana<sup>36, 37</sup> y todos los ítems del cuestionario eran redactados con connotaciones positivas. Para el *Helping Alliance Questionnaire – II (HAq-II)* se eliminaron los 6 reactivos que evaluaban mejoras tempranas y se añadieron 14 reactivos que concordaran en mayor medida con la visión de alianza terapéutica descrita por Bordin y Luborsky, de los ítems que se añadieron: 5 ítems evalúan el esfuerzo colaborativo del paciente y el terapeuta, 5 ítems evalúan la percepción del paciente, un ítem explora la motivación del paciente y otra de las preguntas se encuentra relacionada con la percepción que tiene el paciente sobre los sentimientos que el terapeuta tiene de él. En contraste con el HAq-I, el instrumento actual tiene 5 preguntas con connotaciones negativas. El instrumento consiste en 19 preguntas dirigidas a terapeuta o paciente con respuestas en escala de Likert de 6 puntos. Fue probado en una muestra de 246 pacientes ambulatorios con diagnóstico de dependencia a cocaína.<sup>37</sup>

*Validación del HAq-II:* Se realizó una validación convergente con otra medida de alianza terapéutica llamada *California Psychotherapy Alliance (CALPAS)*, se encontraron correlaciones significativas entre las dos medidas. La correlación entre las escalas fue de 0.38 a 0.71 indicando una varianza común justa. No se encontró relación entre la alianza terapéutica y las variables sociodemográficas (edad, raza, género, estado civil, empleo), tampoco hubo indicadores de que una

mayor alianza terapéutica estuviera relacionada con las medidas de admisión del ASI (evaluación pre-tratamiento). Se correlacionó la variable: ¿Cuántas veces has consumido cocaína en la última semana?, con la prueba de Spearman hallando que entre mayor alianza terapéutica, menor cantidad de consumo de drogas a lo largo de la misma semana.<sup>37</sup>

*Confiabilidad:* Se encontró una confiabilidad de test retest entre el HAq-II y el CALPAS de 0.78 (n=168) en el HAq-II versión paciente y 0.56 (n=166) en el HAq-II versión terapeuta. Se tomó en cuenta el HAq-II aplicado en la sesión 2 y la sesión 5, una mediana de  $16.3 \pm 10.3$  días transcurrieron entre cada sesión. Los coeficientes tardíos pudieron reducirse debido a cambios en la relación del paciente-terapeuta durante el curso normal de tratamiento. También se encontró una adecuada consistencia interna en las escalas tanto del terapeuta como del paciente. Se encontró una alta validez convergente entre el HAq-II y el CALPAS.<sup>37</sup>

*Limitaciones:* El estudio se realizó únicamente en usuarios de Cocaína. No se puede concluir con confianza que el instrumento actual es mas válido que el anterior. El nuevo instrumento tiene una mejora en la medición de la alianza comparado con el anterior ya que el patrón de covarianza entre el HAq-II y otras variables no difiere con el patrón de covarianza entre el CALPAS y otras variables.<sup>37</sup>

Estructura de los Factores: El Factor 1 entendido por *alianza terapéutica positiva* se compuso por los reactivos 1, 2, 3, 5, 6, 7, 9, 10, 12, 13, 15, 17 y 18 que explican el 43.3% de la varianza. El Factor 2 entendido por *alianza terapéutica negativa* esta compuesto por los reactivos 4, 8, 16 y 19 explicando el 10.6% de la varianza. El tercer factor únicamente estaba compuesto por el reactivo 11 y 14 por lo tanto este factor no fue conservado.<sup>37</sup>

El *Helping Alliance Questionnaire II* (HAq-II),<sup>37</sup> utilizado en nuestros días, es un instrumento de evaluación de alianza terapéutica adaptado de las *Penn Helping Alliance Scales* (Penn/HAq/HAcS/Har)<sup>38,39</sup> en versiones de auto-reporte para aplicación en terapeutas y pacientes. Estos métodos de medición de alianza terapéutica han mostrado predecir exitosamente la eficacia de los tratamientos.<sup>12</sup>

El *HAq-II* ha sido efectivo para medir la disminución en la frecuencia del consumo de sustancias en pacientes que se encuentran en tratamiento<sup>37</sup>. Ha sido aplicado en diferentes ensayos clínicos que evalúan tratamientos para disminuir el consumo de sustancias.<sup>40</sup> El cuestionario dirigido a pacientes a mostrado vincularse en mayor medida al éxito de los tratamientos.<sup>41</sup> Se han realizado diversos estudios meta-analíticos en los cuáles la calidad de alianza terapéutica es predictora de cambios esperados en los tratamientos terapéuticos.<sup>12, 41</sup>

## 5. IMPORTANCIA DE LA MEDICIÓN DE ALIANZA TERAPEUTICA.

El concepto de alianza ha crecido y sido estudiado en los últimos 20 años debido a los hallazgos consistentes de que la calidad de la alianza se encuentra relacionada a efectos positivos subsecuentes en la psicoterapia. También el interés por este concepto se debe a la inhabilidad de los investigadores para encontrar evidencia consistente de efectividad a través de los diferentes tipos de intervenciones.<sup>42,43,44</sup> Algunos investigadores han argumentado que la calidad de la alianza terapéutica tiene mayor importancia que el tipo de tratamiento para obtener efectos positivos de la terapia.<sup>45</sup>

Investigadores no han encontrado relación entre el desarrollo de una relación terapéutica en el tratamiento de sustancias psicoactivas y las variables demográficas (variables pretratamiento) de los pacientes como edad,<sup>37,46,47</sup> género,<sup>37,46, 48</sup> estado civil y empleo;<sup>37, 46</sup> tampoco variables diagnósticas como el uso de sustancias,<sup>37,46,48,49</sup> ni problemas psicológicos.<sup>37,46,48</sup>

Una de las variables propias de los pacientes que se ha relacionado con la predicción de la alianza en procesos terapéuticos es un estilo de apego seguro, es decir, la capacidad de sentirse cómodo con relaciones emocionales cercanas.<sup>50,51,52,53</sup> La actitud negativa del paciente, es decir, atacar y criticar al terapeuta hostilmente, se ha relacionado con inhabilidad para comprometerse con el terapeuta.<sup>30,54,55</sup>

Con respecto a los factores del terapeuta que podrían influenciar en el nivel la alianza, los estudios han arrojado distintos resultados: algunos estudios señalan que la edad y el género del terapeuta no tienen correlación con mejor relación terapéutica<sup>47</sup>. La experiencia es la variable del terapeuta que más evidencia de influencia ha tenido.<sup>56,57</sup>

Una amplia gama de estudios científicos reportan los efectos de la relación cliente-terapeuta en la retención<sup>37,48,49,58,59,60,61,62</sup> y éxito de los tratamientos para los trastornos por el consumo de sustancias.<sup>47,49,60,63,64,65,66,67,68,69,70,71,72</sup>

Estudios recientes han medido la alianza terapéutica en tratamientos de distintas modalidades; ya sea por el tipo de tratamiento o la población a la cual este se encuentra dirigida. Por ejemplo existen estudios que miden la alianza terapéutica en tratamientos para depresión,<sup>73</sup> en modelo grupal,<sup>74</sup> en pacientes psiquiátricos;<sup>75,76,77</sup> también tratamientos dirigidos a minorías,<sup>78</sup> adolescentes,<sup>67,71,80</sup> y mujeres,<sup>77,78</sup>

## C. INVESTIGACIÓN

### 1. JUSTIFICACIÓN.

La demanda de atención para consumidores de sustancias se ha incrementado en los últimos años de manera paralela con el consumo de la población. Ya que casi la mitad de los consumidores de sustancias en nuestro país busca atención psicológica<sup>1</sup>, es preciso tener certidumbre sobre los factores involucrados en las intervenciones psicológicas que causan éxito en los tratamientos.

Dicho lo anterior se encuentra presente la necesidad de definir los factores influyentes en la prevalencia de una mayor alianza entre el terapeuta y el paciente ya que se ha observado que ésta variable se relaciona en mayor medida con la eficacia de los tratamientos para la disminución del consumo de sustancias,<sup>8,12,40,49,61</sup> que el tipo de intervención o técnicas utilizadas.<sup>7,42,82,83</sup> Existe evidencia que indica que las características específicas de los terapeutas (comportamientos de facilitación)<sup>18</sup> incrementan las bondades de los tratamientos como sería la alianza terapéutica, un factor no específico de tratamiento.<sup>9</sup> También se ha visto correlacionada la similitud entre paciente y terapeuta con un nivel alto de alianza.<sup>18</sup>

Se ha mostrado en diversos estudios que la variable Alianza Terapéutica es uno de los mas poderosos predictores de eficacia en los tratamientos psicoterapéuticos para disminuir el consumo de sustancias sin importar la modalidad ni la muestra en la que sea medida.<sup>8,9,12,40,41,48,49,84,85,86</sup>



Existen estudios enfocados en correlacionar el éxito de los tratamientos (retención y disminución del consumo) para el consumo de sustancias como alcohol,<sup>47,60,65,66,67</sup> cocaína,<sup>60,68,79</sup> opioides,<sup>46,59,69,70</sup> cannabis,<sup>71</sup> heroína.<sup>46,72</sup>

A pesar de que existen diversas investigaciones disponibles en este campo, en México no existen publicaciones sobre el efecto de un alto nivel de alianza terapéutica entre el paciente y el terapeuta, ya sea en tratamientos para pacientes con consumo de sustancias u otros tratamientos.

## **2. PROBLEMA.**

El tratamiento para las adicciones se espera que tenga por objetivo, lograr que las personas sean funcionales en el ámbito familiar, laboral y en la comunidad. La mayoría de las personas que comienzan un tratamiento y se adhieren a éste dejan de consumir sustancias, disminuyen la actividad criminal y mejoran su funcionamiento ocupacional, social y psicológico. El éxito de los tratamientos individuales depende de diversos factores como son el grado y naturaleza de los problemas del paciente, tratamiento pertinente, los servicios utilizados para tratar esos problemas y la calidad de las interacciones entre el paciente y sus proveedores de tratamiento.<sup>87</sup> Estos factores han sido medidos y estudiados en E.U. y otros países pero en México se desconoce el efecto de estos en el proceso de recuperación del consumo de sustancias.

### **3. OBJETIVOS.**

#### *3.1 Generales:*

- Determinar si existe relación entre las características de terapeutas y pacientes con los puntajes de los auto-reportes de alianza terapéutica.

#### *3.2 Específicos:*

- Analizar diferencias en el nivel de alianza terapéutica reportada por la carga de pacientes de cada terapeuta participante.
- Conocer si existen correlaciones estadísticamente significativas en la diferencia de edad del paciente y terapeuta con el puntaje de la alianza terapéutica del HAq-II.
- Analizar diferencias entre la coincidencia en el género del paciente y el terapeuta con el puntajes de la alianza terapéutica del HAq-II.
- Analizar diferencias entre la coincidencia de estado civil con los puntajes del Haq-II
- Conocer si existen correlaciones estadísticamente significativas en los años de experiencia del terapeuta con los puntajes del Haq-II
- Analizar diferencias entre la orientación teórica de los terapeutas con los puntajes del HAq-II.
- Analizar diferencias entre la situación laboral de los terapeutas y pacientes con los puntajes del HAq-II.

- Analizar diferencias entre el tipo de sustancia consumida con los puntajes del Haq-II de los terapeutas y pacientes.
- Conocer si existen correlaciones estadísticamente significativas en los años de educación de los pacientes con los puntajes del Haq-II de pacientes y terapeutas.
- Analizar diferencias entre los puntajes del Haq-II y si los terapeutas se encuentran en algún proceso de psicoterapia como pacientes.
- Conocer si existen correlaciones estadísticamente significativas en los grados académicos de los terapeutas con los puntajes del Haq-II

## **4. MÉTODO.**

### *4.1 Definición de las Principales Variables*

La variable alianza terapéutica fue medida con el instrumento llamado *Helping Alliance Questionnaire* (Haq-II) versión paciente y terapeuta. Las características y propiedades del instrumento han sido descritas en un apartado anterior.

Formulario Demográfico (DEM): Las variables edad, género, estado civil, escolaridad, sustancia de consumo y empleo fueron registradas en el formulario demográfico aplicado antes de aleatorizar al participante.

Formulario Demográfico para Terapeutas (DEMNT): Las variables demográficas del Terapeuta fueron adquiridas con el auto-reporte

### *4.2 Tipo de Estudio*

El presente estudio fue un ensayo clínicos multicéntrico, aleatorizado y controlado de dos brazos en el que se comparan 2 intervenciones psicológicas en pacientes que buscan atención por un problema de consumo de sustancias.

El diseño del análisis secundario de los datos que fueron tomados de el ensayo antes mencionado fue de tipo no experimental, descriptivo, transversal, observacional implementado en tres centros de tratamiento ambulatorios, dos de ellos se localizaron

en la Ciudad de México y el tercero se localiza en la Ciudad de Puebla.

#### *4.3 Participantes*

Se aleatorizaron 120 participantes ubicados en zonas urbanas de dos ciudades de la República Mexicana con el objetivo de que fueran 40 participantes por centro, estos fueron aleatorizados en un lapso de 14 meses para que la mitad de la muestra recibiera la Intervención de Incremento Motivacional (IIM) y la otra mitad recibiera el Tratamiento Usual (TU).

La IIM es una intervención manualizada basada en la plática de cambio y el espíritu colaborador que incita a la evocación propio de la Entrevista Motivacional. El TU es el tratamiento que es parte de los procedimientos tradicionales de cada centro de tratamiento.

Se aleatorizaron 13 terapeutas, participaron 4 de ellos en cada centro de tratamiento participante, uno de ellos finalizó su participación por lo tanto un terapeuta más fue aleatorizado

#### *4.4 Sedes*

Clínica de Trastornos Adictivos (CTA) del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

Centro de Tratamiento para las Adicciones Centros de Integración Juvenil A.C. Azcapotzalco.

Unidad de Especialidad Médica, Centro de Atención Primaria en Adicciones (UNEME-CAPA) Puebla Sur.

#### *4.5 Sujetos*

120 pacientes fueron aleatorizados en cada una de las intervenciones del estudio (IIM y TU).

#### *Criterios de Inclusión*

Pacientes de ambos sexos.

Edad cumplida de entre 18 y 65 años.

Pacientes que busquen tratamiento ambulatorio para cualquier trastorno por consumo de sustancias.

Consumo de sustancias en los últimos 28 días antes de ingresar a tratamiento.

Contar con domicilio estable cerca de las instalaciones del centro de tratamiento por los 4 meses de duración del estudio.

Disposición para ser aleatorizado a cualquiera de las intervenciones psicoterapéuticas ya sea IIM o TU.

Disposición y disponibilidad de ser contactados por el personal de la investigación durante los 4 meses de duración del estudio.

### Criterios de Exclusión

Diagnóstico de demencia, deterioro cognitivo o cualquier otra condición orgánica-cerebral. Síntomas psicóticos no controlados. Ideación o conductas suicidas u homicidas al momento de iniciar tratamiento.

Situación legal que implique la posibilidad de encarcelamiento o acudir a una entidad del sistema judicial durante los 4 meses siguientes a su ingreso al tratamiento.

Mujeres en el octavo mes de embarazo o pasado el octavo mes, cuyo estado de puerperio pudiera interferir con su participación en el estudio.

Solicitud de tratamiento para desintoxicación.

Solicitud de tratamiento por sustitución de opiáceos.

Con pareja, familiar u otro significativo que ya se encuentre participando en el estudio.

### Criterios de Eliminación

El participante decide retirarse del estudio y/o retirar su consentimiento informado.

Si a criterio del investigador principal el participante: a) no recibe ningún beneficio clínico por continuar su participación en el estudio; b) representa un riesgo para sí mismo o para terceros.



#### 4.6 Procedimiento

El reclutamiento de los participantes ocurrió desde Abril hasta Noviembre del 2013. Así mismo se ofreció información acerca del estudio a aquellos sujetos que buscaran tratamiento ambulatorio en los centros de tratamiento seleccionados y que mostraran interés en participar en la investigación. El personal de investigación asignado en cada centro proporcionó a los posibles participantes, la información sobre el propósito y objetivos del estudio. Una vez que los participantes confirmaron su interés en participar en la investigación, los asistentes de investigación (AI) aplicaron el consentimiento informado (CI).

Los AI confirmaron que el paciente entendió el contenido mediante un breve examen de comprensión del documento. Si el participante aceptó proporcionar su firma para participar, se le solicitaba a dos testigos que firmaran el CI para confirmar la participación voluntaria del paciente.

Los participantes elegibles se aleatorizaron de manera electrónica para que fuese definida la maniobra terapéutica a la que asistirían.

El Instrumento de Alianza Terapéutica (HAq-II) versión paciente y terapeuta fueron aplicados por el asistente de investigación al

finalizar la segunda o tercera sesión de intervención. El instrumento fue aplicado únicamente en una ocasión.

El protocolo del estudio fue una adaptación del protocolo 0021 del NIDA-CTN92, que evaluó una versión del IIM en español para usuarios de sustancias que hablaran español en E.U.

Para evaluar la fidelidad de la intervención experimental (IIM) de los terapeutas, dos evaluadores expertos certificados evaluaron todas las sesiones utilizando escalas de adherencia/competencia.

Todos los procedimientos del estudio, consentimiento informado, formularios y materiales que tuvieron contacto con los participantes fueron aprobados por los comités de investigación y ética pertinentes.

#### *4.7 Análisis de Datos*

Todos los análisis se llevaron a cabo en base a las versiones del HAq de los terapeutas y pacientes participantes; para conformar el análisis se utilizaron los totales de las respuestas de dichas versiones.

Las variables interactivas que recibieron tratamiento fueron edad, sexo y género. La edad es una variable de intervalo por lo tanto se calculó la diferencia absoluta entre la edad del paciente y la del terapeuta como variable independiente. Las variables estado civil y género se consideraron en dos niveles; coincidencia y no coincidencia. El resto de las variables se analizaron sin ser procesadas (Grado académico de terapeutas, orientación teórica de terapeuta, años de experiencia del terapeuta, si el terapeuta se encuentra en un proceso de psicoterapia, la sustancia consumida por el paciente, el empleo del paciente y la educación del paciente).

Para encontrar diferencias en el nivel de alianza de los terapeutas se utilizó ANOVA de una vía para establecer diferencias entre cada terapeuta (1 vs. 2, 1 vs 3, 1 vs 4, etc.), se utilizó la prueba post-hoc de Tuckey para analizar las diferencias significativas de los puntajes de alianza de los terapeutas dependiendo de su orientación teórica o grado académico. Se utilizó ANOVA para analizar la situación laboral y el tipo de sustancia consumida por el paciente.

Se utilizó la prueba T de student para correlacionar las diferencias de coincidencia entre el género y el estado civil del terapeuta y el paciente. Esta prueba también fue utilizada para correlacionar las diferencias en los puntajes del HA-q de los terapeutas si se encontraban en un proceso psicoterapéutico.

Se aplicó la prueba Pearson para correlacionar la diferencia de edad de los terapeutas y pacientes, los años de experiencia del terapeuta y los años de educación de los pacientes con los puntajes del HAq.

#### *4.8 Consideraciones Éticas*

Todos los documentos, protocolo, manuales, formularios y material que estuvo en contacto con los participantes fueron aprobados por el Comité de Ética e Investigación del INPRFM. Todos los pacientes participantes firmaron un consentimiento informado previamente a su aleatorización.

La seguridad de los participantes fue monitoreada a lo largo de todos el estudio. Todos los participantes de la investigación realizaron una certificación en protección de sujetos humanos previo al inicio del estudio.

## **5. RESULTADOS**

De los datos obtenidos de los instrumentos que miden la alianza terapéutica percibida por los terapeutas y pacientes participantes en el estudio se analizaron las características demográficas, que a continuación se presentan en la Tabla 1 y 2. Se puede observar que el sexo predominante en los pacientes fue el masculino, mientras que la mayoría de los terapeutas fueron mujeres. Mas de la mitad de los pacientes son solteros y su promedio de edad es de 30 años. Con respecto al estado civil de los terapeutas la mayor parte de la muestra se distribuye entre casados y no casados, mientras que la edad promedio de estos es de 37 años.

**Tabla 1: Características demográficas, de consumo y puntajes promedio de HAq-II Pacientes (n= 117)**

	Frec.	%
<b>Sexo</b>		
Femenino	97	82.9
Masculino	20	17.1
<b>Estado Civil</b>		
Legalmente casado	13	11.1
Unión libre / viviendo con su pareja	14	12
Separado	13	11.1
Divorciado	9	7.7
Nunca se ha casado	68	58.1
<b>Sustancia</b>		
Alcohol	45	38.5
Cocaína	28	23.9
THC	64	29.1
Inhalables	5	4.3
Otras	5	4.3
<b>Empleo en los últimos 3 años</b>		
Tiempo Completo (35+ horas/semana)	58	49.6
Medio Tiempo (Horario regular)	17	14.5
Medio Tiempo (Irregular, trabajo por día)	11	9.4
Estudiante	23	19.7
Ama de Casa	2	1.7
Desempleado(a)	6	5.1
<b>Empleo en los últimos 30 días</b>		
Tiempo Completo (35+ horas/semana)	34	29.1
Medio Tiempo (Horario regular)	14	12.0
Medio Tiempo (Irregular, trabajo por día)	15	12.8
Estudiante	18	15.4
Retirado(a)/Deshabilitado(a)/Pensionado(a)	1	.9
Ama de Casa	1	.9
Desempleado(a)	34	29.1
	Media	DS
Edad	30.	9.1
Cualquier sustancia	12.7	9.0
Alcohol	6.3	6.1
Drogas	9.5	10.2
Educación (años)	10.5	3.0
<b>Haq P</b>	92.8	10.6

**Tabla 2: Características demográficas terapeutas (n= 14)**

	Frec.	%
<b>Sexo</b>		
Femenino	12	92.3
Masculino	1	7.7
<b>Estado Civil</b>		
Legalmente casado	4	30.8
Unión libre / viviendo con su pareja	1	7.7
Separado	1	7.7
Divorciado	2	15.4
Nunca se ha casado	5	38.5
<b>Grados Académicos</b>		
Diplomado y Licenciatura	2	15.4
Diplomado, Licenciatura y maestría	2	15.4
Diplomado, licenciatura, maestría y doctorado	0	0
Especialidad y licenciatura	1	7.7
Licenciatura	7	53.8
Licenciatura y maestría	1	7.7
<b>Orientación Teórica</b>		
Psicoanalítica/Psicodinámico	1	7.1
Sistémico/Familiar	1	7.1
Cognitivo Conductual	7	53.8
Ecléctico (Utiliza varias de estas opciones en su ejercicio clínico)	4	30.8
<b>Paciente en Algún Proceso de Psicoterapia</b>		
Sí	8	61.5
No	5	38.5
	Media	DS
Edad	37,00	11,9
Años de Experiencia Trabajando con Pacientes Adictos	7,46	7,79
<b>Haq T</b>	77.5	8.4

Al analizar los puntajes del HA-q-II versión paciente no se hallaron diferencias significativas entre los terapeutas participantes, esto es,  $F(12,104) = 0.625$   $p = 0.817$ . Sin embargo cuando se realizó el análisis en los puntajes de la versión del terapeuta se hallaron diferencias significativas entre los terapeutas participantes con una  $F(12,104) = 19.434$   $p < 0.001$ .

Los promedios de los puntajes de alianza terapéutica reportada por los clínicos se muestran con la finalidad de ubicar las diferencias de las puntuaciones entre los terapeutas (Tabla 3). Hubo diferencias significativas entre los puntajes de algunos terapeutas comparados entre sí.

Los promedios de los puntajes de alianza terapéutica reportada por los pacientes no mostraron diferencias significativas en la comparación entre sus puntajes. (Tabla 4)



Tabla 3

Puntajes promedio de HAq-II Terapeutas

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1	1.59	4.20	4.56	1.24	12.17 <sup>†</sup>	6.82	10.03 <sup>*</sup>	4.38	17.78 <sup>†</sup>	3.52	7.10	2.75	
2	1.59	5.79	6.15	0.34	10.58 <sup>†</sup>	5.23	8.44	2.79	16.19 <sup>†</sup>	5.11	5.50	4.34	
3	4.2	5.79	0.36	5.44	16.37 <sup>†</sup>	11.02 <sup>†</sup>	14.23 <sup>†</sup>	8.5 <sup>*</sup>	21.98 <sup>†</sup>	0.67	11.30 <sup>†</sup>	1.44	
4	4.5	6.15	0.3	5.80	16.74	11.39	14.60	8.95 <sup>*</sup>	22.34 <sup>†</sup>	1.04	11.66 <sup>**</sup>	1.80	
5	1.24	0.34	5.44	5.80	10.93 <sup>†</sup>	5.58	8.79	3.14	16.53 <sup>†</sup>	4.76	5.85	4.00	
6	12.17 <sup>†</sup>	10.58 <sup>†</sup>	16.37 <sup>†</sup>	16.74 <sup>†</sup>	10.93 <sup>†</sup>	5.34	2.13	7.79	5.60	15.70 <sup>†</sup>	5.07	14.93	
7	6.82	5.23	11.02 <sup>†</sup>	11.39 <sup>†</sup>	5.58	5.34	3.21	2.44	10.95 <sup>†</sup>	10.35 <sup>**</sup>	0.27	9.58 <sup>**</sup>	
8	10.03 <sup>*</sup>	8.44	14.23 <sup>†</sup>	14.60 <sup>†</sup>	8.79	2.13	3.21	5.65	7.74	13.56 <sup>†</sup>	2.93	12.79 <sup>**</sup>	
9	4.38	2.79	8.58 <sup>*</sup>	8.95 <sup>*</sup>	3.14	7.79	2.44	5.65	13.39 <sup>†</sup>	7.91	2.71	7.14	
10	17.78 <sup>†</sup>	16.19 <sup>†</sup>	21.98 <sup>†</sup>	22.34 <sup>†</sup>	16.53 <sup>†</sup>	5.60	10.95 <sup>†</sup>	13.39 <sup>†</sup>	21.30 <sup>†</sup>	10.68 <sup>**</sup>	20.53 <sup>†</sup>		
11	3.52	5.11	0.67	1.04	4.76	15.70 <sup>†</sup>	10.35 <sup>**</sup>	7.91	21.30 <sup>†</sup>	10.62 <sup>*</sup>	0.76		
12	7.10	5.50	11.30 <sup>**</sup>	11.66 <sup>**</sup>	5.85	5.07	2.93	2.71	10.68 <sup>**</sup>	10.62 <sup>*</sup>	9.85 <sup>*</sup>		
13	2.75	4.34	1.44	1.80	14.93 <sup>†</sup>	9.58 <sup>**</sup>	12.79 <sup>**</sup>	7.14	20.53 <sup>†</sup>	0.76	9.85 <sup>*</sup>		

\* \*\*

p<.05 p<.01 p<.001

Tabla 4  
Puntajes Promedio de HAq-II Pacientes

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1		9.39	4.40	5.51	9.44	3.56	2.56	4.81	4.95	2.00	1.22	4.50	2.81
2	9.39		4.99	3.87	0.049	5.83	6.82	4.57	4.43	7.39	8.16	4.89	6.58
3	4.40	4.99		1.11	5.04	0.83	1.83	0.41	0.55	2.40	3.17	0.10	1.58
4	5.51	3.87	1.11		3.92	1.95	2.94	0.69	0.55	3.51	4.29	1.01	2.70
5	9.44	0.049	5.04	3.92		5.88	6.87	4.62	4.48	7.44	8.21	4.94	6.63
6	3.56	5.83	0.83	1.95	5.88		0.99	1.25	1.39	1.56	2.33	0.93	0.74
7	2.56	6.82	1.83	2.94	6.87	0.99		2.25	2.38	0.56	1.34	1.93	0.24
8	4.81	4.57	0.41	0.69	4.62	1.25	2.25		0.13	2.81	3.59	0.31	2.00
9	4.95	4.43	0.55	0.55	4.48	1.39	2.38	0.13		2.95	3.73	0.45	2.14
10	2.00	7.39	2.40	3.51	7.44	1.56	0.56	2.81	2.95		0.77	2.50	0.81
11	1.22	8.16	3.17	4.29	8.21	2.33	1.35	3.59	3.73	0.77		3.27	1.58
12	4.50	4.89	0.10	1.01	4.94	0.93	1.93	0.31	0.45	2.50	3.27		1.68
13	2.81	6.58	1.58	2.70	6.63	0.74	0.24	2.00	2.14	0.81	1.58	1.68	

\* \*\*

p<.05 p<.01 p<.001

En las correlaciones de los puntajes del HAq versión terapeuta y paciente con las variables diferencia absoluta de edad entre el paciente y el terapeuta, años de experiencia del terapeuta trabajando con pacientes con problemas por consumo de sustancias y la cantidad de años de educación del paciente, se encontró que entre más diferencia de edad exista entre el paciente y el terapeuta, menor puntaje en el HAq versión terapeuta y viceversa, además, no hubo correlación significativa entre la diferencia de edad y los puntajes del HAq de los pacientes (ver Tabla 5).

**Tabla 5: Correlaciones**

	Diferencia Edad	Experiencia del Terapeuta	Años Educación Paciente
HAq-C	-0.063	-0.047	0.077
HAq-T	-0.332+	-0.343+	-0.046
*	**	+	
p< .05	p< .01	p<.001	

Los años de experiencia del terapeuta trabajando con pacientes con problemas por consumo de sustancias se correlacionan significativamente de forma negativa con los puntajes en el HAq versión terapeuta, no hubo correlaciones significativas de esta variable con los puntajes de alianza terapéutica de los pacientes.

No se encontraron correlaciones significativas entre los puntajes del HAq versión terapeuta y paciente con los años de educación completada por los pacientes (ver Tabla 5).

Con respecto a la coincidencia de género no se encontraron diferencias significativas con los puntajes del HAq versión paciente ni terapeuta. Para la versión del terapeuta el resultado fue  $t(115) = -0.885$   $p=0.378$  y para la versión del paciente  $t(115) = 0.407$   $p= 0.684$ .

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los puntajes de la versión del terapeuta cuando se compara la coincidencia del estado civil entre el terapeuta y el paciente. Por otra parte, no se encontraron esas diferencias en el HAq versión del paciente. Para la versión del terapeuta el resultado fue  $t(115) = 2.542$   $p=0.012$  y para la versión del paciente  $t(115) = -0.661$   $p= 0.510$ .

Al realizar el análisis de ANOVA en la situación laboral de los últimos 30 días de los pacientes con los puntajes de HAq, no se hallaron diferencias. Se obtuvo  $F(2,114) = 1.095$   $p=0.338$  en la versión terapeuta y  $F(2,114) = 1.211$   $p=0.302$  en la versión paciente.

Al comparar las diferencias en las medias de los puntajes de ambas versiones del HAq encontramos que no había diferencias si los pacientes eran consumidores de alcohol en comparación con los pacientes consumidores de otras drogas, para la versión del terapeuta el resultado fue  $t(115) = -0.852$   $p=0.396$  y para la versión del paciente  $t(115) = -0.224$   $p= 0.823$ .

Al comparar las diferencias en las medias de los puntajes de ambas versiones del HAq encontramos que no había diferencias en los casos en los que el terapeuta se encontraba en un proceso de psicoterapia en comparación con los terapeutas que no se encontraban en un proceso de psicoterapia, para la versión del terapeuta el resultado fue  $t(115)= 0.145$   $p=0.885$  y para la versión del paciente  $t(115)=-0.380$   $p= 0.704$ .

Al realizar una prueba post-hoc (HSD de Tukey) se encontró que los terapeutas con una orientación psicodinámica presentaban diferencias al compararse con quienes refirieron usar un modelo cognitivo-conductual, sistémico o ecléctico, así mismo, entre estas tres orientaciones no se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

Al realizar una prueba post-hoc (HSD de Tukey) se encontró que los terapeutas con grado académico de nivel maestría obtuvieron puntajes altos en el HAq versión terapeuta con diferencias estadísticamente significativas con los terapeutas con nivel licenciatura, diplomado y especialidad.

## 6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.

Estos datos presentan información significativa sobre la relación entre las variables demográficas de los terapeutas y pacientes con su perspectiva sobre la alianza terapéutica en tratamientos para disminuir el consumo de sustancias.

A diferencia de los estudios que no han encontrado relación entre las variables pre-tratamiento (variables demográficas) de los pacientes con el desarrollo de una alianza terapéutica,<sup>37,46,47,48,49</sup> el presente reporte halló que las variables demográficas interactivas como edad y estado civil de los terapeutas y pacientes, son relevantes en el nivel de alianza terapéutica percibida por los clínicos. No hubo relevancia en los puntajes de la alianza reportada por los pacientes. Se encontró que a mayor diferencia de edad entre el clínico y el paciente menor puntaje en la alianza terapéutica reportada por el clínico. El promedio de edad de la muestra de pacientes y terapeutas es altamente similar, por lo tanto se puede inferir que debido a esta similitud demográfica la alianza terapéutica reportada es mayor.

También se halló que si había coincidencia en el estado civil entre el paciente y el terapeuta, los puntajes del Haq-II versión terapeuta fueron significativamente mayores. Por otro lado no hubo diferencias significativas en los puntajes de alianza ni de pacientes ni terapeutas cuando fueron correlacionadas con las variables demográficas de los pacientes como estatus laboral, educación y sustancia consumida.

Algunos investigadores como Kivlighan<sup>56</sup> y Mallinckrodt<sup>57</sup> han hallado que la experiencia del terapeuta es una variable que puede influenciar en la alianza terapéutica. En el presente reporte encontramos que las variables demográficas académicas de los terapeutas como años de experiencia y grado académico fueron influyentes en que estos refirieran altos puntajes de alianza terapéutica.

Puede ser que la perspectiva de los terapeutas sobre la alianza terapéutica de los pacientes refleje mayor influencia en los efectos positivos de los tratamientos para las adicciones, también la probabilidad de que la perspectiva del terapeuta proyecte también la alianza terapéutica percibida por el paciente sería una inferencia aventurada.

Existe la posibilidad de que las puntuaciones elevadas de los pacientes se encuentren influenciadas por su participación dentro de un Ensayo Clínico Aleatorizado Controlado, es decir, pudo haber sesgo de opinión respecto a la alianza terapéutica debido a los beneficios de la investigación. Los pacientes participantes recibieron llamadas semanales por parte de un asistente de investigación para agendar y recordar las citas para asistir a el centro de atención a recibir su intervención, los pacientes recibieron un incentivo económico por su participación en el estudio en cada visita, los pacientes se mantuvieron en contacto y asistiendo al centro de tratamiento no sólo por la intervención con el terapeuta sino también para completar sus evaluaciones, el espíritu de colaboración y deseo por participar de los terapeutas pudo haber influenciado en

que su participación fuera mas completa o tuvieran un mejor desempeño en sus respectivas maniobras.

En futuras mediciones sobre la alianza terapéutica en contextos psicoterapéuticos para disminuir el consumo de sustancias en México se recomendaría validar el instrumento Haq-II o elegir un instrumento que mida el mismo constructo que se encuentre validado en población mexicana. También aplicar el instrumento en diferentes momentos durante la intervención permitirá realizar comparaciones en el tiempo. Asegurar un equilibrio en el género de los terapeutas en futuras investigaciones permitiría realizar un análisis de coincidencia de género con pacientes más ilustrativo. Balancear la orientación teórica de los terapeutas también nos orientaría para conocer el impacto de cada enfoque psicoterapéutico en la alianza terapéutica.

La alianza terapéutica es una variable que surge de la interacción entre el paciente y el clínico dentro de una intervención terapéutica; hasta ahora este reporte es una de las primeras aproximaciones científicas que pretende motivar a la comunidad científica a explorar más sobre este fenómeno en población mexicana, ya que si resulta relevante, podría incrementar las bondades de los tratamientos psicoterapéuticos.



## 7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Encuesta Nacional de Adicciones 2011. Consejo Nacional Contra las Adicciones, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, Instituto Nacional de Salud Pública y Fundación Gonzalo Río Arronte. México, 2012.
2. Freud S. (1912/1958) The Dynamics of the Transference. In J. Strachey (Ed. And Trans.) The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud (Vol. 12, pp 99-108) London, England: Hogarth Press.
3. Sterba, R. (1934). The fate of the ego in analytic therapy. *International Journal of Psychoanalysis*, 115, 117-126.
4. Zetzel, E. R. (1956). Current concepts of transference. *International Journal of Psycho-Analysis*, 37, 369-375.
5. Greenson, R. R. (1965). The working alliance and the transference neuroses. *Psychoanalysis Quarterly*, 34, 155-181.
6. Horwitz L. (1974). *Clinical Prediction in Psychotherapy*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
7. Bordin, E. S. (1979). The generalization of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16, 252-260.
8. Lubrosky, L. (1976) *Helping Alliances in Psychotherapy the groundwork for a study of their relationship to its outcome*. On J.L. Claghorn (Ed.) *Successful psychotherapy* (pp. 92-116). New York: Brunner /Mazel

9. Luborsky, L., McLellan A.T., Woody G.E., O'Brien C.P., Ambelbach A. (1985) Therapist Success and Its Determinants. *Archives of General Psychiatry*, 42:602-611
10. Lubrosky, L. (1984) Principles of psychoanalytic psychotherapy: A manual for supportive-expressive treatment (SE) (pp. 79-85). New York: Basic Books
11. Gaston, L. (1990). The concept of the alliance and its role in psychotherapy: Theoretical and empirical considerations. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 27, 143-153
12. Horvath AO, Symonds BD: Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: a metaanalysis. *Journal of Counseling Psychology* 1991; 38: 139-149
13. Saunders, S. M., Howard, K. I., & Orlinsky, D. E. (1989). The Therapeutic Bond Scales: Psychometric characteristics and relationship to treatment effectiveness. *Psychological Assessment*, 1, 323-330.
14. Auerbach AH, Luborsky L, Johnson M: Clinicians predictions of outcome of psychotherapy: A trial of a prognostic Index. *Am J Psychiatry* 128:830-835, 1972.
15. Luborsky, L., Chandler M, Auerbach A, et al: Factors influencing the outcome of pschotherapy: A review of quantitative research. *Psychol Bull* 75:145-185, 1971.
16. Luborsky L, Mintz J, Auerbach A, et al: Predicting the outcome of Psychotherapoy: Findings of the Penn Psychotherapy Project. *Archives ofGeneral Psychiatry*, 1980;37:471-481

17. Fiske, D. W., Cartwright, D. S., & Kirtner, W. L. Are psychotherapeutic changes predictable. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 1964, 69, 418-426
18. Luborsky, L.; Crits-Christoph, P.; Alexander, L.; Margolis, M.; and Cohen, M. Two helping alliance methods for predicting outcomes of psychotherapy: A counting signs versus a global rating method. *J Nerv Ment Dis* 171:480-492, 1983.
19. Morgan R.; Luborsky, L.; Crits-Christoph, P.; Curtis, H.; and Solomon, J. Predicting the outcomes of psychotherapy by the Penn Helping Alliance Rating Method. *Arch Gen Psych* 39:397- 402, 1982.
20. Woody GE, Luborsky L., McLellan AT, O'Brien CP, Beck AT, Blaine J, Herman J, Hole A: Psychotherapy for opiate addicts: Does it help? *Arch Gen Psychiatry* 1983;40:639-645
21. Ackerman, S. J., Hilsenroth, M. J., Baity, M. R., & Blagys, M. D. (2000). Interaction of therapeutic process and alliance during psychological assessment. *Journal of Personality Assessment*, 75, 82-109.
22. Barrett-Lennard GT: Dimensions of therapist response as casual factors in therapeutic change. *Psychol Mongr* 1962;76 (43, Whole No. 562)
23. Saltzman, C., Luetgert, M. J., Roth, C. H., Creaser, J., & Howard, L. (1976). Formation of a therapeutic relationship: Experiences during the initial phase of psychotherapy as predictors of treatment duration and outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 44,546-555.

24. Hatcher, R. L., & Barends, A. W. (1996). Patients' view of the alliance in psychotherapy: Exploratory factor analysis of three alliance measures. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 1326–1336
25. 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.
26. Tichenor, V., & Hill, C. E. (1989). A comparison of six measures of working alliance. *Psychotherapy, 26*, 195-199.
27. Suh, C. S., Strupp, H. H., & O'Malley, S. S. (1986). The Vanderbilt process measures: The Psychotherapy Process Scale (VPPS) and the Negative Indicators Scale (VNIS). In L. S. Greenberg & W. M. Pinsof (Eds.), *The psychotherapeutic process: A research handbook* (pp. 285- 323). New York: Guilford Press
28. Hartley, D.E., & Strupp, H.H. (1983). The therapeutic alliance: Its relationship to outcome in brief psychotherapy. In J. Masling (Ed.) *Empirical Studies in Analytic Theories* (pp. 1-37). Hillside, NJ Lawrence Erlbaum.SASB
29. Benjamin, L. S. (1974). Structural analysis of social behavior. *Psychological Review, 81*, 392-425.
30. Marziali, E., Marmar, C., & Krupnick, J. (1981). Therapeutic alliance scales: Development and relationship to psychotherapy outcome. *American Journal of Psychiatry, 138*, 361—364.

31. Marziali, E. (1984). Prediction of outcome of brief psychotherapy from therapist interpretive interventions. *Archives of General Psychiatry*, 41, 301-304.
32. Horvath, A. O. (1981). An exploratory study of the working alliance: Its measurement and relationship to outcome. Unpublished doctoral dissertation, University of British Columbia, Vancouver, British Columbia, Canada.
33. Tracey, T. J., & Kokotovic, A. M. (1989). Factor structure of the Working Alliance Inventory. *Psychological Assessment*, 1, 207-210.
34. Orlinsky, D. E., & Howard, K. I. (1986). Process and outcome in psychotherapy. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (3rd ed., pp. 311-381). New York: Wiley.
35. Horvath, A. O., & Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 561-573.
36. Gaston, L. (1991). Reliability and criterion-related validity of the California Psychotherapy Alliance Scales—Patient version. *Psychological Assessment*, 3, 68-74.
37. Luborsky, L., Barber, J.P., Siqueland, L. & Johnson, S. (1996). The revised Helping Alliance questionnaire (Haq-II). *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 5, 260-271.
38. Alexander, L., & Luborsky, L. (1986). The Penn. Helping Alliance Scales. In L. Greenberg & W. Pinsof (Eds.), *The psychotherapeutic process: A research handbook* (pp. 325-366). New York: Guilford Press.

39. Alexander, L.B. & Luborsky, L. (1987). The Penn Helping Alliance Scales. In L.S. Greenberg & W.M. Pinsof (Eds.), *The psychotherapeutic process: A research handbook* (pp 325-356). New York: Guilford.
40. Crits-Christoph (2009). The Alliance in Motivational Enhancement Therapy and Counseling as Usual for Substance Use Problems *J Consult Clin Psychol.* 77(6): 1125–1135.
41. Martin DJ, Garske JP, Davis MK. Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2000;68:438–450.
42. Lambert, M. J., & Bergin, A. E. (1994). The effectiveness of psychotherapy. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., pp. 143-189). New York: Wiley.
43. Smith, M. L., Glass, G. V., & Miller, T. I. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
44. Stiles, W. B., Shapiro, D., & Elliot, R. (1986). Are all psychotherapies equivalent? *American Psychologist*, 41, 165-180.
45. Safran, J. D., & Muran, J. C. (Eds.). (1995). The therapeutic alliance [Special issue]. In *Session: Psychotherapy in Practice*, 1(1).
46. Belding, M., Iguchi, M. and Lamb, R. (1997) Stages and processes of change as predictors of drug use among methadone maintenance patients. *Experimental and Clinical Psychology*, 5, 65–73
47. Connors GJ, DiClemente CC, Dermen KH, Kadden R, Carroll KM, Frone MR. Predicting the therapeutic alliance in alcoholism treatment. *Journal of Studies on Alcohol.* 2000;61:139–149.

48. De Weert-Van Oene, G. H., De Jong, C. A., Jorg, F. and Schrijvers, G. J. (1999) The Helping Alliance Questionnaire: psychometric properties in patients with substance dependence. *Subst Use Misuse* 34, 1549-69.
49. Barber, J.P., Luborsky, L., Crits-Christoph, P. Thase, M., Weiss, R. Frank, A., Onken, L.S. & Gallop, R. (1999). Therapeutic alliance as a predictor of outcome in treatment of cocaine dependence. *Psychotherapy Research*, 9(1), 54-73.
50. Mallinckrodt, B., Gantt, D. L., & Coble, H. M. (1995). Attachment patterns in the psychotherapy relationship: Development of the Client Attachment to Therapist Scale. *Journal of Counselling Psychology*, 42, 307-317.
51. Dunkle, J. H., & Friedlander, M. L. (1996). Contribution of therapist experience and personal characteristics to the working alliance. *Journal of Counseling Psychology*, 43, 456-460.
52. Eames, V., & Roth, A. (2000). Patient attachment orientation and the early working alliance: A study of patient and therapist reports of alliance quality and ruptures. *Psychotherapy Research* , 10(4), 421—434.
53. Mallinckrodt, B. (2000). Attachment, social competencies, social support and interpersonal process in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 10, 239–266.
54. Gomez-Schwartz, B., Hadley, S.W. & Strupp, H. H. (1978). Individual psychotherapy and behavior therapy. *Annual Review of Psychology*, 29, 435-447.
55. Tracey, T. J., & Kokotovic, A. M. (1989). Factor structure of the Working Alliance Inventory. *Psychological Assessment*, 1, 207-210.

56. Kivlighan, D. M., Jr., Patton, M. J. y Foote, D. (1998). Moderating effects of client attachment on the counselor experience-working alliance relationship. *Journal of Counseling Psychology*, 45(3), 274-278.
57. Mallinckrodt, B. y Nelson, M. L. (1991). Counselor training level and the formation of the psychotherapeutic working alliance. *Journal of Counseling Psychology*, 38(2), 133-138.
58. Simpson, D. D. (1997). Effectiveness of drug-abuse treatment: A review of research from field settings. In J. A. Egertson, D. M. Fox, & A. I. Leshner (Eds.), *Treating drug abuser: effectively* (pp. 42-73). Cambridge, MA: Blackwell Publishers of North America.
59. Petry, N., Bickel, W. K., & Arnett, M. (1998). Shortened time horizons and insensitivity to future consequences in heroin addicts. *Addiction*, 93, 729–738.
60. Barber, J. P., Luborsky, L., Gallop, R., Crits-Christoph, P., Frank, A., Weiss, R., Thase, M. E., Connolly, M. B., Gladis, M., Foltz, C. & Siqueland, L. (2001) Therapeutic alliance as a predictor of outcome and retention in the National Institute on Drug Abuse Collaborative Cocaine Treatment Study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69.
61. De Weert-Van Oene, G. H., Schippers, G. M., De Jong, C. A. & Schrijvers, G. J. (2001) Retention in substance dependence treatment: the relevance of in-treatment factors. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 20, 253–264.
62. Fenton, L. R., Cecero, J. J., Nich, C., Frankforter, T. L. & Carroll, K. M. (2001) Perspective is everything: the predictive validity of six working



- alliance instruments. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 10, 262–268.
63. Gibbons, C. J., Nich, C., Steinberg, K., Roffman, R. A., Corvino, J., Babor, T. F., Carroll, K. M. (2010). Treatment process, alliance and outcome in brief versus extended treatments for marijuana dependence. *Addiction*, 105(10), 1799–1808.
64. Myers BJ, Pasche S, Adam M. Correlates of substance abuse treatment completion among disadvantaged communities in Cape Town, South Africa. *Subst Abuse Treat Prev Policy* 2010; 5:3.
65. Carroll KM, Connors GJ, Cooney NL, DiClemente CC, Donovan DM, Kadden RR, et al. Internal validity of Project MATCH treatments: Discriminability and integrity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1998;66:290–303.
66. Dundon, W. D., Pettinati, H. M., Lynch, K. G., Xie, H., Varillo, K. M., Makadon, C., & Oslin, D.W. (2008). The therapeutic alliance in medical-based interventions impacts outcome in treating alcohol dependence. *Drug and Alcohol Dependence*, 95(3), 230–236.
67. Feldstein, S. W. y Forcehimes, A. A. (2007). Motivational interviewing with underage college drinkers: a preliminary look at the role of empathy and alliance. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 33, 737-746.
68. Glazer, S. S., Galanter, M., Megwinoff, O., Dermatis, H., & Keller, D. S. (2003). The role of therapeutic alliance in network therapy: A family and peer support-based treatment for cocaine abuse. *Substance Abuse*, 24(2), 93-100.

69. Woody GE, Luborsky L., McLellan AT, O'Brien CP, Beck AT, Blaine J, Herman J, Hole A: Psychotherapy for opiate addicts: Does it help? Arch Gen Psychiatry 1983;40:639-645
70. Gerstley L., McLellan A.T., Alterman A.L., Woody G.E., Luborsky L, Prout M. (1989) Ability to form an alliance with the therapist: a possible marker of prognosis for patients with antisocial personality disorder. American Journal of Psychiatry 146,508-512
71. Diamond, G. S., Liddle, H. A., Wintersteen, M. B., Dennis, M. L., Godley, S. H., & Tims, F. (2006). Early Therapeutic Alliance as a Predictor of Treatment Outcome for Adolescent Cannabis Users in Outpatient Treatment. The American Journal on Addictions, 15(Suppl. 1), 26–33.
72. Iliopoulou, L.; Koutras, V.; Komninou, K.; Fidi, E.; Gonta, S.; Basogianni, V. The management of relapse in an outpatient program for heroin user by administration of naltrexone. European Psychiatry vol. 26 2011. p. 55
73. Constantino, Michael J.; Schwaiger, Elizabeth M.; Smith, Julianna Z.; DeGeorge, Joan; McBride, Carolina; Ravitz, Paula; Zuroff, David C. Patient interpersonal impacts and the early therapeutic alliance in interpersonal therapy for depression. Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, Vol 47(3), Sep 2010, 418-424
74. Lorentzen, S., Bakali, J. V., Hersoug, A. G., Hagtvet, K. A., Ruud, T. Y Hoglend, P. Psychodynamic Group Psychotherapy: Impact of Group Length and Therapist Professional Characteristics on Development of Therapeutic Alliance. Clinical Psychology and Psychotherapy Clin. Psychol. Psychother. 19, 420–433 (2012)

75. De Leeuw, M., Van Meijel, B., Grypdonck, M., Kroon, H. (2012) The quality of the working alliance between chronic psychiatric patients and their case managers: process and outcomes. *Journal of Psychiatric and mental Health Nursing* (Vol.19, pp 1-7)
76. Johansen R, Melle I, Iversen VC, Hestad K: Personality traits, interpersonal problems and therapeutic alliance in early schizophrenia spectrum disorders. *Compr Psychiatry*. 2013; doi: 10.1016/j.comppsy.2013.05.016.
77. Ruglass, L. M., Miele, G. M., Hien, D. A., Campbell A., Hu, M., Caldeira, N, Jiang, H., Litt, L., Killeen, T., Hatch-Maillette M., Najavits, L, Brown, C, Robinson, J. A., Brigham S. and Nunes, E. Helping Alliance, Retention, and Treatment Outcomes:A Secondary Analysis From the NIDA Clinical Trials Network Women and Trauma Study. *Substance Use & Misuse*, 47:695–707, 2012.
78. Davis, T.A., Ancies J., Look to the Relationship: A Review of African American Women Substance Users' Poor Treatment Retention and Working Alliance Development. *Substance Use Misuse*. May 2012, Vol. 47, No. 6 , Pages 662-672 .
79. Flückiger, C., Del Re, A. C., Horvath, A.O., Symonds, D, Ackert, M. and Wampold B. E. Substance Use Disorders and Racial/Ethnic Minorities Matter: A Meta-Analytic Examination of the Relation Between Alliance and Outcome. Online First Publication, July 1, 2013. doi: 10.1037
80. Baylis, P. J., Collins, D., Coleman, H. (2011) Child Alliance Process Theory: A Qualitative Study of a Child Centred Therapeutic Alliance. Volume 28, Issue 2, pp 79-95.

81. Rogers N, Lubman DI, Allen NB. (2008). Therapeutic alliance and change in psychiatric symptoms in adolescents and young adults receiving drug treatment. *Journal of Substance Use* 13:325-39
82. ASAY, T. P., & LAMBERT, M. J. (1999). The empirical case for the common factors in therapy. In M. A. Hubble, B. L. Duncan, & S. D. Miller (Eds.), *The heart and soul of change: What works in therapy* (pp. 23-55). Washington, DC: American Psychological Association.
83. Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
84. Meier, P. S., Barrowclough, C., & Donmall, m. C. (2005). The role of the therapeutic alliance in the treatment of substance misuse: A critical review of the literature. *Addiction*, 100, 304–316.
85. Meier, P. S., Donmall, m. C., Barrowclough, C., mcelduff, P., & heller, R. F. (2005). Predicting the early therapeutic alliance in the treatment of drug misuse. *Addiction*, 100, 500–511.
86. Dillon FR; Measurement equivalence of the revised helping alliance questionnaire across African American and non-Latino White substance using adult outpatients. *Journal of Substance Abuse Treatment* 2013 Aug; 45(2):173-8.
87. National Institute on Drug Abuse, National Institutes of Health, U.S. Department of Health and Human Services. (2009) *Principles of drug addiction treatment: a research-based guide*. National Institutes of Health, Bethesda, Maryland.

88. Joe, G. W., Simpson, D. D., & Broome, K. M. (1999). Retention and patient engagement models for different treatment modalities in DATOS. *Drug and Alcohol Dependence*, 57(2), 113-125.
89. Orlinsky, D.E., Howard, K.I., 1987. A generic model of psychotherapy. *J. Integr. Eclectic Psychother.* 6, 6–27.
90. Dansereau, D.F., Joe, G.W., Simpson, D.D., 1993. Node-link mapping: a visual representation strategy for enhancing drug abuse counseling. *J. Counseling Psychol.* 40, 385–395.
91. Horvath, A.O., Greenberg, L.S., 1986. The development of the Working Alliance Inventory. In: Greenberg, L., Pinsof, W. (Eds.), *The Psychotherapeutic Process: A Resource Handbook*. Guilford Press, New York, pp. 529–556.
92. Carroll KM, et al. A Multisite Randomized Effectiveness Trial of Motivational Enhancement Therapy for Spanish-Speaking Substance Users. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2009;77(5):993-999.

## 8. ANEXOS

### Anexo 1

Escalas que Miden de Alianza Terapéutica				Referencia
	Investigadores responsables	Reactivos	Versiones	
Escalas de Vanderbilt	Strupp	88	Vanderbilt Psychotherapy Process Scale (VPPS)	Suh, C. S., Strupp, H. H., & O'Malley, S. S. (1986). The Vanderbilt process measures: The Psychotherapy Process Scale (VPPS) and the Negative Indicators Scale (VNIS). In L. S. Greenberg & W. M. Pinsof (Eds.), <i>The psychotherapeutic process: A research handbook</i> (pp. 285-323). New York: Guilford Press.
		44	Vanderbilt Therapeutic Alliance Scale (VTAS)	Hartley, D.E., & Strupp, H.H. (1983). The therapeutic alliance: Its relationship to outcome in brief psychotherapy. In J. Masling (Ed.) <i>Empirical Studies in Analytic Theories</i> (pp. 1-37). Hillsdale, NJ Lawrence Erlbaum.SAS
Escalas de Toronto	Marziali	42	Therapeutic Alliance Rating Scale (TARS)	Marziali, E., Marmar, C., & Krupnick, J. (1981). Therapeutic alliance scales: Development and relationship to psychotherapy outcome. <i>American Journal of Psychiatry</i> , 138, 361—364.
Escalas de California	Marmar, Gaston, Gallagher y Thompson	24	California Psychotherapy Alliance Scales (CALPAS)	Gaston, L. (1990). The concept of the alliance and its role in psychotherapy: Theoretical and empirical considerations. <i>Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training</i> , 27, 143-153
Working Alliance Inventory (WAI)	Horvath	36	Working Alliance Inventory (WAI)	Horvath, A. O. (1981). An exploratory study of the working alliance: Its measurement and relationship to outcome. Unpublished doctoral dissertation, University of British Columbia, Vancouver, British Columbia, Canada.
	Tracey y Kokotovic	24	Working Alliance Inventory (WAI)	Tracey, T. J., & Kokotovic, A. M. (1989). Factor structure of the Working Alliance Inventory. <i>Psychological Assessment</i> , 1, 207-210.
Therapeutic Bond Scales (TBS)	Saunders y Orlinsky	50	Therapeutic Bond Scales (TBS)	Saunders, S. M., Howard, K. I., & Orlinsky, D. E. (1989). The Therapeutic Bond Scales: Psychometric characteristics and relationship to treatment effectiveness. <i>Psychological Assessment</i> , 1, 323-330.
		Señales	Penn Helping Alliance Counting Signs Method (HACS)	Lubrosky, L. (1976) <i>Helping Alliances in Psychotherapy the groundwork for a study of their relationship to its outcome.</i> On J.L. Claghorn (Ed.) <i>Successful psychotherapy</i> (pp. 92-116). New York: Brunner /Mazel
Escalas de Pensilvania	Luborsky	Señales	Penn Helping Alliance Rating Method (HAR)	Morgan R.; Luborsky, L.; Crits-Christoph, P.; Curtis, H.; and Solomon, J. Predicting the outcomes of psychotherapy by the Penn Helping Alliance Rating Method. <i>Arch Gen Psych</i> 39:397-402, 1982.
		11	Helping Alliance questionnaire Haq	Woody GE, Luborsky L, McLellan AT, O'Brien CP, Beck AT, Blaine J, Herman J, Hole A: Psychotherapy for opiate addicts: Does it help? <i>Arch Gen Psychiatry</i> 1983;40:639-645
		19	Helping Alliance questionnaire (Haq-II)	Luborsky, L., Barber, J.P., Siqueland, L., & Johnson, S. (1996). The revised Helping Alliance questionnaire (Haq-II). <i>Journal of Psychotherapy Practice and Research</i> , 5, 260-271.

## Anexo 2

<b>Folio del Px.</b>	0	0	1								
<b>No. de visita:</b>				<b>Fecha</b> (año/mes/día)							
<b>Fase:</b>			<b>Secuencia:</b>			<b>Abreviatura</b> (de FRC):	H	AQ	T		
<b>Estatus de FRC:</b>	1 <input type="radio"/> Formulario completado según se solicitó 2 <input type="radio"/> Paciente se rehusó a contestar formulario 3 <input type="radio"/> No completado (No llenado por persona responsable) 4 <input type="radio"/> No completado (No hubo tiempo durante la visita) 5 <input type="radio"/> Paciente no asistió a la visita 6 <input type="radio"/> Otro (especifique): _____										

## CUESTIONARIO DE ALIANZA TERAPÉUTICA - VERSIÓN DEL TERAPEUTA

*Adaptado de Helping Alliance Questionnaire –Therapist Form*

*Instrucciones:* A continuación se le presentan distintas maneras en que una persona puede sentirse o comportarse en relación a otra: su cliente. Piense detenidamente en la relación que tiene con su cliente y después marque la opción que describa mejor qué tan de acuerdo está usted con lo que cada una dice.

### 1. El paciente siente que puede apoyarse en mí.

- 1  Totalmente en desacuerdo
- 2  En desacuerdo
- 3  Ligeramente en desacuerdo
- 4  Ligeramente de acuerdo
- 5  De acuerdo
- 6  Totalmente de acuerdo

### 2. El paciente siente que lo entiendo.

- 1  Totalmente en desacuerdo
- 2  En desacuerdo
- 3  Ligeramente en desacuerdo
- 4  Ligeramente de acuerdo
- 5  De acuerdo
- 6  Totalmente de acuerdo

**3. El paciente siente que quiero que él logre las metas (del tratamiento).**

- 1  Totalmente en desacuerdo
- 2  En desacuerdo
- 3  Ligeramente en desacuerdo
- 4  Ligeramente de acuerdo
- 5  De acuerdo
- 6  Totalmente de acuerdo

**4. Por momentos, el paciente desconfía de mi opinión.**

- 1  Totalmente en desacuerdo
- 2  En desacuerdo
- 3  Ligeramente en desacuerdo
- 4  Ligeramente de acuerdo
- 5  De acuerdo
- 6  Totalmente de acuerdo

**5. El paciente siente que estamos trabajando juntos en un esfuerzo común.**

- 1  Totalmente en desacuerdo
- 2  En desacuerdo
- 3  Ligeramente en desacuerdo
- 4  Ligeramente de acuerdo
- 5  De acuerdo
- 6  Totalmente de acuerdo

**6. Creo que el paciente y yo tenemos las ideas similares acerca de la naturaleza de sus problemas.**

- 1  Totalmente en desacuerdo
- 2  En desacuerdo
- 3  Ligeramente en desacuerdo
- 4  Ligeramente de acuerdo
- 5  De acuerdo
- 6  Totalmente de acuerdo

**7. Por lo general, el (la) paciente respeta mi opinión sobre él (ella).**

- 1  Totalmente en desacuerdo
- 2  En desacuerdo
- 3  Ligeramente en desacuerdo
- 4  Ligeramente de acuerdo
- 5  De acuerdo
- 6  Totalmente de acuerdo

**8. El paciente cree que los procedimientos usados en su tratamiento y/o terapia no son los adecuados para sus necesidades**

- 1  Totalmente en desacuerdo
- 2  En desacuerdo
- 3  Ligeramente en desacuerdo
- 4  Ligeramente de acuerdo
- 5  De acuerdo
- 6  Totalmente de acuerdo



**9. Yo le agrado al paciente como persona.**

- 1  Totalmente en desacuerdo
- 2  En desacuerdo
- 3  Ligeramente en desacuerdo
- 4  Ligeramente de acuerdo
- 5  De acuerdo
- 6  Totalmente de acuerdo

**10. En la mayoría de las sesiones, el paciente y yo encontramos formas de trabajar juntos en sus problemas.**

- 1  Totalmente en desacuerdo
- 2  En desacuerdo
- 3  Ligeramente en desacuerdo
- 4  Ligeramente de acuerdo
- 5  De acuerdo
- 6  Totalmente de acuerdo

**11. El paciente cree que me relaciono con él de maneras que retrasan su progreso en la terapia.**

- 1  Totalmente en desacuerdo
- 2  En desacuerdo
- 3  Ligeramente en desacuerdo
- 4  Ligeramente de acuerdo
- 5  De acuerdo
- 6  Totalmente de acuerdo

**12. El paciente cree que hemos formado una buena relación entre nosotros.**

- 1  Totalmente en desacuerdo
- 2  En desacuerdo
- 3  Ligeramente en desacuerdo
- 4  Ligeramente de acuerdo
- 5  De acuerdo
- 6  Totalmente de acuerdo

**13. El paciente cree que tengo experiencia en ayudar personas.**

- 1  Totalmente en desacuerdo
- 2  En desacuerdo
- 3  Ligeramente en desacuerdo
- 4  Ligeramente de acuerdo
- 5  De acuerdo
- 6  Totalmente de acuerdo

**14. Tengo muchos deseos de que el paciente solucione sus problemas.**

- 1  Totalmente en desacuerdo
- 2  En desacuerdo
- 3  Ligeramente en desacuerdo
- 4  Ligeramente de acuerdo
- 5  De acuerdo
- 6  Totalmente de acuerdo

**15. El paciente y yo tenemos diálogos significativos.**

- 1  Totalmente en desacuerdo
- 2  En desacuerdo
- 3  Ligeramente en desacuerdo
- 4  Ligeramente de acuerdo
- 5  De acuerdo
- 6  Totalmente de acuerdo

**16. El paciente y yo en algunas ocasiones tenemos diálogos poco productivos y/o benéficos.**

- 1  Totalmente en desacuerdo
- 2  En desacuerdo
- 3  Ligeramente en desacuerdo
- 4  Ligeramente de acuerdo
- 5  De acuerdo
- 6  Totalmente de acuerdo

**17. De vez en cuando, volvemos a hablar sobre los mismos eventos importantes de su pasado.**

- 1  Totalmente en desacuerdo
- 2  En desacuerdo
- 3  Ligeramente en desacuerdo
- 4  Ligeramente de acuerdo
- 5  De acuerdo
- 6  Totalmente de acuerdo

**18. El paciente cree que me agrada como persona.**

- 1  Totalmente en desacuerdo
- 2  En desacuerdo
- 3  Ligeramente en desacuerdo
- 4  Ligeramente de acuerdo
- 5  De acuerdo
- 6  Totalmente de acuerdo

**19. Por momentos, el paciente me percibe distante.**

- 1  Totalmente en desacuerdo
- 2  En desacuerdo
- 3  Ligeramente en desacuerdo
- 4  Ligeramente de acuerdo
- 5  De acuerdo
- 6  Totalmente de acuerdo

### Anexo 3

<b>Folio Px.</b>	0	0	1								
<b>No. de visita:</b>				<b>Fecha</b> (año/mes/día)							
<b>Fase:</b>			<b>Secuencia:</b>				<b>Abreviatura</b> (de FRC):	<b>H</b>	<b>AQ</b>	<b>C</b>	
<b>Estatus de FRC:</b>	1 <input type="radio"/> Formulario completado según se solicitó 2 <input type="radio"/> Paciente se rehusó a contestar formulario 3 <input type="radio"/> No completado (No llenado por persona responsable) 4 <input type="radio"/> No completado (No hubo tiempo durante la visita) 5 <input type="radio"/> Paciente no asistió a la visita 6 <input type="radio"/> Otro (especifique): _____										

## CUESTIONARIO DE ALIANZA TERAPÉUTICA - VERSIÓN DEL PACIENTE

*Adaptado del Helping Alliance Questionnaire*

*Instrucciones:* A continuación se le presentan distintas maneras en que una persona puede sentirse o comportarse en relación a su terapeuta. Piense detenidamente en la relación que tiene con su terapeuta y marque la opción que describa mejor qué tan de acuerdo está con lo que cada frase dice. Por favor elija UNA sola respuesta para cada pregunta. Recuerde contestar de la forma más honesta posible, que sus datos son confidenciales y que no hay respuestas buenas ni malas.

#### 1. Siento que puedo depender del terapeuta.

- 1  Totalmente en desacuerdo
- 2  En desacuerdo
- 3  Ligeramente en desacuerdo
- 4  Ligeramente de acuerdo
- 5  De acuerdo
- 6  Totalmente de acuerdo

#### 2. Siento que el (la) terapeuta me entiende.

- 1  Totalmente en desacuerdo
- 2  En desacuerdo
- 3  Ligeramente en desacuerdo
- 4  Ligeramente de acuerdo
- 5  De acuerdo
- 6  Totalmente de acuerdo

#### 3. Siento que el (la) terapeuta quiere que logre mis metas.

- 1  Totalmente en desacuerdo
- 2  En desacuerdo
- 3  Ligeramente en desacuerdo
- 4  Ligeramente de acuerdo
- 5  De acuerdo
- 6  Totalmente de acuerdo

**4. Por momentos, desconfío del criterio de el (la) terapeuta**

- 1  Totalmente en desacuerdo
- 2  En desacuerdo
- 3  Ligeramente en desacuerdo
- 4  Ligeramente de acuerdo
- 5  De acuerdo
- 6  Totalmente de acuerdo

**5. Siento que el tratamiento es un trabajo mutuo entre el (la) terapeuta y yo**

- 1  Totalmente en desacuerdo
- 2  En desacuerdo
- 3  Ligeramente en desacuerdo
- 4  Ligeramente de acuerdo
- 5  De acuerdo
- 6  Totalmente de acuerdo

**6. Creo que el (la) terapeuta y yo tenemos ideas similares acerca del porqué de mis problemas.**

- 1  Totalmente en desacuerdo
- 2  En desacuerdo
- 3  Ligeramente en desacuerdo
- 4  Ligeramente de acuerdo
- 5  De acuerdo
- 6  Totalmente de acuerdo

**7. Generalmente respeto la opinión que tiene el (la) terapeuta sobre mí.**

- 1  Totalmente en desacuerdo
- 2  En desacuerdo
- 3  Ligeramente en desacuerdo
- 4  Ligeramente de acuerdo
- 5  De acuerdo
- 6  Totalmente de acuerdo

**8. Creo que los procedimientos usados en mi tratamiento y/o terapia no fueron los adecuados para mis necesidades.**

- 1  Totalmente en desacuerdo
- 2  En desacuerdo
- 3  Ligeramente en desacuerdo
- 4  Ligeramente de acuerdo
- 5  De acuerdo
- 6  Totalmente de acuerdo

**9. Me agrada el (la) terapeuta como persona**

- 1  Totalmente en desacuerdo
- 2  En desacuerdo
- 3  Ligeramente en desacuerdo
- 4  Ligeramente de acuerdo
- 5  De acuerdo
- 6  Totalmente de acuerdo

**10. En la mayoría de las sesiones, el (la) terapeuta y yo encontramos formas de trabajar juntos en mis problemas.**

- 1  Totalmente en desacuerdo
- 2  En desacuerdo
- 3  Ligeramente en desacuerdo
- 4  Ligeramente de acuerdo
- 5  De acuerdo
- 6  Totalmente de acuerdo

**11. El (la) terapeuta se relaciona conmigo de formas que retrasan mi progreso en el tratamiento.**

- 1  Totalmente en desacuerdo
- 2  En desacuerdo
- 3  Ligeramente en desacuerdo
- 4  Ligeramente de acuerdo
- 5  De acuerdo
- 6  Totalmente de acuerdo

**12. He formado una buena relación con mi terapeuta.**

- 1  Totalmente en desacuerdo
- 2  En desacuerdo
- 3  Ligeramente en desacuerdo
- 4  Ligeramente de acuerdo
- 5  De acuerdo
- 6  Totalmente de acuerdo

**13. El (la) terapeuta parece tener experiencia ayudando a la gente.**

- 1  Totalmente en desacuerdo
- 2  En desacuerdo
- 3  Ligeramente en desacuerdo
- 4  Ligeramente de acuerdo
- 5  De acuerdo
- 6  Totalmente de acuerdo

**14. Deseo mucho solucionar mis problemas.**

- 1  Totalmente en desacuerdo
- 2  En desacuerdo
- 3  Ligeramente en desacuerdo
- 4  Ligeramente de acuerdo
- 5  De acuerdo
- 6  Totalmente de acuerdo

**15. El (la) terapeuta y yo tenemos diálogos significativos.**

- 1  Totalmente en desacuerdo
- 2  En desacuerdo
- 3  Ligeramente en desacuerdo
- 4  Ligeramente de acuerdo
- 5  De acuerdo
- 6  Totalmente de acuerdo

**16. Algunas veces el (la) terapeuta y yo tenemos diálogos poco productivos y/o benéficos.**

- 1  Totalmente en desacuerdo
- 2  En desacuerdo
- 3  Ligeramente en desacuerdo
- 4  Ligeramente de acuerdo
- 5  De acuerdo
- 6  Totalmente de acuerdo

**17. De vez en cuando, hablamos sobre los mismos eventos importantes de mi pasado.**

- 1  Totalmente en desacuerdo
- 2  En desacuerdo
- 3  Ligeramente en desacuerdo
- 4  Ligeramente de acuerdo
- 5  De acuerdo
- 6  Totalmente de acuerdo

**18. Creo que a el (la) terapeuta le agrado como persona**

- 1  Totalmente en desacuerdo
- 2  En desacuerdo
- 3  Ligeramente en desacuerdo
- 4  Ligeramente de acuerdo
- 5  De acuerdo
- 6  Totalmente de acuerdo

**19. El (la) terapeuta, por momentos, parece distante.**

- 1  Totalmente en desacuerdo
- 2  En desacuerdo
- 3  Ligeramente en desacuerdo
- 4  Ligeramente de acuerdo
- 5  De acuerdo
- 6  Totalmente de acuerdo