

Alianza terapéutica en pacientes adictos de dos instituciones de Antofagasta

Therapeutic alliance in addict patients of two institutions of Antofagasta

Juan Carlos Méndez V.¹, René Maluenda M.², Ximena Loo T.³, Rogelio Isla P.⁴ y Alvaro Anza⁵

Objectives: 1) To evaluate the therapeutic alliance in addict patients of the Psychiatry Unit of the Hospital of Antofagasta and the Therapeutic Community CREA; 2) To observe the results of the scales of the Working Alliance Inventory -Bond, Goals and Tasks- in this group of patients. **Methodology:** This is a descriptive study, in which the Working Alliance Inventory was applied to a group of 50 patients of the two institutions. Inclusion criteria were defined. **Results:** The most of the cases were men (84%). More than two third of patients were less than 40 years of age. The main drug consumed was alcohol. The secondary drug consumed was tobacco. Ninety two percent of the cases consumed more than two drugs. In the whole group the best evaluated scale was bond, followed by tasks and goals. **Conclusions:** WAI was a useful and easy to use instrument. The results of the scales put the necessary question about the reasons of the observed differences. These may be due to different approaches of the psychotherapist and different the models of the institutions. These results allow us to conclude the necessity of more research in this area given the importance of this topic.

Key words: addiction, therapeutic alliance, drugs, alcohol.
Rev Chil Neuro-Psiquiat 2007; 45 (2): 141-147

Introducción

¿Dónde comenzó el concepto de alianza terapéutica? (AT). Si bien el término fue acuñado por E. Zetzel en 1956¹, ya antes Freud

había expresado que lo primero era establecer un rapport como parte de desarrollar una alianza con el paciente como elemento central de un tratamiento efectivo. En 1912, ofreció dos recomendaciones especiales para mejorar el rapport

Recibido: 20 agosto 2006

Aceptado: 13 abril 2007

¹ Universidad de Antofagasta.

² Estadístico. Universidad de Antofagasta.

³ Psicóloga. Hospital Clínico Regional de Antofagasta.

⁴ Universidad de Chile.

⁵ Psicólogo. Comunidad Terapéutica CREA.

Conflicto de intereses: los autores no declaran posibles conflictos de intereses.

Este trabajo fue financiado por la Fundación Minera Escondida y la Dirección de Investigación de la Universidad de Antofagasta. Los organismos que financiaron este trabajo no participaron en ninguna etapa del presente trabajo (diseño, recolección, análisis, interpretación de los datos o redacción del manuscrito).

entre paciente y terapeuta: “no haga nada que interfiera con el desarrollo natural del rapport y escuche con comprensión empática”². Posteriormente, Bordin³ elaboró una concepción teórica que estableció las bases para el desarrollo posterior de mediciones de Alianza Terapéutica. Para Bordin la alianza es una entidad colaborativa que tiene tres componentes: acuerdo en las metas, consenso respecto de las tareas de la terapia y el vínculo entre paciente y terapeuta. Este autor propuso que a medida que la terapia progresa la fuerza de la alianza de trabajo se refuerza y se quiebra de acuerdo a los eventos. La reparación de esos quiebres era la tarea fundamental de cualquier relación de ayuda³. Esta idea ha sido especialmente destacada por los autores que enfatizan una perspectiva intersubjetiva en psicoterapia⁴. En las últimas tres décadas ha habido un gran crecimiento en el interés en estudiar el concepto de alianza entre los clínicos e investigadores; entre los años 1977 y 2000 se registró un total de 2.055 publicaciones⁵. Se puede argumentar una serie de razones para este fenómeno: una de ellas es la evidencia de la efectividad de las diferentes formas de psicoterapia. De acuerdo a esto parece lógico prestar atención a los factores genéricos pan-teóricos compartidos por las diferentes modalidades de terapia y la relación terapéutica en general, y la alianza en particular es el factor común compartido por la mayoría de las psicoterapias. Otra razón parece residir en el interés que ha provocado la teoría de Rogers de la Psicoterapia Centrada en el Paciente que ha ubicado la relación terapéutica en el centro del proceso de curación, lo cual ha generado un importante cuerpo de conocimientos orientados a explorar la realidad de la relación interpersonal en la psicoterapia. El tercer factor que puede influir es la tendencia hacia la integración de las diferentes orientaciones⁵.

En la investigación en psicoterapia existe un cuerpo de conocimientos que respaldan la relación entre Alianza Terapéutica (AT) y resultados^{6,7}, sin embargo, en el área de adicciones no se ha estudiado el tema en profundidad a pesar que existen razones para que este sea un tema de im-

portancia. Sólo basta pensar en la dificultad que significa retener este tipo de pacientes y los resultados exiguos de los tratamientos.

Los objetivos del presente trabajo fueron los siguientes: 1) Evaluar la AT en un grupo pacientes adictos del Servicio de Psiquiatría del Hospital de Antofagasta (HRA) y de la Comunidad Terapéutica CREA; 2) Observar el comportamiento de las diferentes subescalas que componen la AT -Vínculo, Metas y Tareas-, en estos pacientes.

Metodología

Mediante un diseño descriptivo se aplicó el Inventario de Alianza de Trabajo (IAT), traducción hecha en Chile por Santibáñez P.⁸ del Working Alliance Inventory (WAI) de A. Horvath⁹. Este instrumento fue aplicado a una casuística de pacientes de la Unidad de Adicciones del HRA y de la Comunidad Terapéutica CREA de Antofagasta. El IAT fue aplicado entre la segunda y tercera sesión de psicoterapia al final de la sesión respectiva. Con el fin de facilitar la valoración de los puntajes de las subescalas, se calcularon los porcentajes respectivos. Una vez seleccionados los participantes que cumplían los criterios de inclusión, se aplicó un instrumento destinado a recolectar información sociodemográfica relevante y el IAT versión del paciente. Las personas encargadas de aplicar ambos instrumentos, con criterios acordados y uniformados fueron dos profesionales psicólogos uno de cada institución. Los criterios de inclusión fueron los siguientes: a) tener al menos 18 años de edad; b) saber leer y escribir; c) encontrarse en control regular en la Unidad de Adicciones de HRA o en rehabilitación en CREA y cumplir con los criterios de dependencia a alguna sustancia por la cual se encuentren en control; d) no presentar psicosis en cualesquiera de sus formas; e) no presentar retardo mental o deterioro psicoorgánico significativo y f) encontrarse en psicoterapia individual con algunos de los psicólogos miembros del equipo investigador. Una vez cumplidas las condi-

ciones para calificar como participante, se le solicitó su consentimiento verbal y escrito. El análisis estadístico se llevó a cabo mediante el programa Statgraphic 5.1 utilizando métodos descriptivos. La significación estadística se analizó mediante tests paramétricos y no paramétricos.

Resultados

Algunas características sociodemográficas de la casuística se pueden observar en la Tabla 1. El 84% fueron hombres, siendo la relación hombre/mujer de 5,25 a 1. El promedio de edad del grupo fue de 35,8 años, no observándose diferencias significativas según sexo ($p = 0,3706$). Más de dos tercios de los pacientes son menores de 40 años. El grupo de hombres se mostró más homogéneo en la distribución de edad, siendo el coeficiente de variación menor (31,3% versus 42,1%). Con relación al nivel de educación, el mayor porcentaje tenía educación media y universitaria (completa o incompleta). La caracterización de las

drogas consumidas se puede observar en la Tabla 2. Como droga principal -y motivo de consulta- se encontró en ambos sexos el alcohol, seguido de cocaína y pasta base de cocaína. La droga secundaria más consumida en ambos sexos es el tabaco, seguido en los hombres de pasta base de cocaína y alcohol. La menor edad de inicio del consumo fue siete años y la mayor 24. Sólo en cuatro casos (8%) había sólo una droga consumida; el resto de los pacientes (92%) consumían dos o más drogas. El comportamiento de las subescalas de la AT en el grupo total se observa en la Tabla 3. Los porcentajes más altos y más homogéneos en el grupo total se observaron en Vínculo, seguido de Tareas y Metas. El comportamiento de Vínculo presenta valores menores en desviación estándar, rango y coeficiente de variación. Las tres subescalas muestran una distribución hacia los valores más altos (distribución no normal manifestada en Curtosis estandarizada y Sesgo estandarizado fuera del intervalo de normalidad estadística). El comportamiento de las subescalas de acuerdo a la institución se puede

Tabla 1. Características sociodemográficas de pacientes adictos en dos instituciones de Antofagasta

Edad	Hombres	Mujeres	Total	%	% acumulado
Total	42	8	50	100	100
-19	1	1	2	4	4
20-29	10	3	13	26	30
30-39	17	2	19	38	68
40-49	8	1	9	18	86
50 y más	6	1	7	14	100
Promedio	33,5	32,4	35,8		
Mediana	36,5	28	33		
DS	11,40	13,62	11,74		
Coef. Var. (%)	31,3	42,1	32,8		
Escolaridad					
Básica	7	1	8	16	16
Media	15	3	18	36	52
Técnica	8	2	10	20	72
Universitaria	12	2	14	28	100

observar en la Tabla 4. En HRA Vínculo y Tareas obtienen los porcentajes más altos, mientras que Metas es el mejor evaluado en CREA. Existen diferencias estadísticamente significativas (usan-

do método paramétrico y no paramétrico) entre las dos instituciones en las subescalas de Metas ($p = 0,0022$) y Vínculo ($p = 0,0055$), pero no Tareas ($p = 0,10$).

Tabla 2. Caracterización de las drogas consumidas según sexo en pacientes adictos de dos instituciones Antofagasta

	Hombres	Mujeres	Total	%
Droga principal consumida				
Total	42	8	50	100
Alcohol	28	5	33	66
Cocaína	6	1	7	14
P. Base cocaína	5	1	6	12
Marihuana	1	1	2	4
Flunitrazepan	1	0	1	2
Ketamina	1	0	1	2
Droga secundaria consumida				
Total	42	8	50	100
Tabaco	16	5	21	42
P. Base de cocaína	10	0	10	20
Alcohol	7	2	9	18
Cocaína	2	0	2	4
Marihuana	2	1	3	6
Anfetaminas	1	0	1	2
Sin consumo	4	0	4	8

Tabla 3. Valores estadísticos porcentuales de las escalas de Alianza Terapéutica en pacientes adictos de dos instituciones de Antofagasta, grupo total

Total observaciones	Metas 50	Tareas 50	Vínculo 50
Media	87,88	92,88	95,52
Mediana	90,48	96,43	98,81
Desviación estándar	10,41	8,99	6,24
Mínimo	52,38	52,38	67,86
Máximo	100	100	100
Rango	47,62	47,62	32,14
Cuartil inferior	82,14	86,90	92,86
Cuartil superior	92,86	100	100
Curtosis	2,11	7,19	7,80
Coficiente de variación	11,85	9,68	6,53
Curtosis estandarizada	3,05	10,38	11,27
Sesgo estandarizado	-3,59	-6,37	-7,04

Tabla 4. Promedios, desviaciones estándares y significación estadística de las escalas de Alianza, en pacientes adictos de dos instituciones de Antofagasta según institución

	HRA		CREA		p value ANOVA	p value K-Wallis
	Promedio	DS	Promedio	DS		
Metas	91,44	7,99	94,37	11,47	0,0014	0,0022
Tareas	94,39	6,81	90,41	11,51	0,1302	0,1052
Vínculo	97,47	3,42	92,36	8,35	0,0039	0,0055

Discusión

El instrumento IAT demostró ser útil y fácil de aplicar en esta población. Sólo presentó dificultades en algunas preguntas que se plantean como negación, lo cual lleva a confusión en los pacientes. En general, las preguntas son simples de comprender y de respuesta rápida. Respecto de las drogas se hace evidente que las que tienen más peso como motivos de consulta son las drogas legales -alcohol y tabaco- y que la edad promedio de inicio de consumo es precoz (15,3 años). Es importante considerar que si bien la muestra es de tamaño suficiente, el número de mujeres es pequeño lo cual obliga a ser cuidadoso en las conclusiones diferenciadas según sexo. Llama la atención los altos porcentajes recogidos en las subescalas, lo cual contrasta con los resultados observados del tratamiento en el área de adicciones. En este punto es necesario recordar que a diferencia de otros terrenos de la psicoterapia, en adicciones, la estimación de la AT no se ha demostrado predictor consistente de resultados. Pareciera, como ha sido expuesto por otros investigadores¹⁰, que la AT se comporta diferente en el área de adicciones al compararlo a la psicoterapia de otros desórdenes. Meier ha expresado que el rol restrictivo de los terapeutas en el terreno de las adicciones podría debilitar esta relación¹⁰. Cabe preguntarse por las diferencias en las subescalas de cada institución. Probablemente éstas pueden radicar en los estilos de los terapeutas y las diferencias en los modelos de las instituciones. El HRA es un servicio clínico de agudos que recibe pacientes que comienzan el proce-

so de ayuda, teniendo un abordaje propio del modelo biomédico; mientras que CREA es una comunidad terapéutica que recibe pacientes que ya tienen al menos una mayor conciencia de enfermedad y que se encuentran en general más avanzados en el proceso de recuperación. Como fortaleza de este trabajo se puede citar el tamaño de la casuística. Como debilidad se puede mencionar que se aplicó el IAT en sólo una oportunidad y temprano en el proceso de ayuda. Los datos aquí presentados no permiten ser generalizados a la población de ninguna de las dos instituciones, debido a varias razones: en primer lugar se trata de una casuística no elegida al azar y en segundo lugar se estimó AT de pacientes en control. No sabemos el comportamiento para aquellos pacientes que no continuaron tratamiento. El rol de la AT en predecir resultados de tratamiento en pacientes alcohólicos ha sido estudiado por Connors^{11,12}. De acuerdo a este autor los resultados a la fecha no son concluyentes pues en ciertos grupos se ha demostrado predictor de participación en el tratamiento mientras que en otros grupos no ha sido así. Siendo el tema poco explorado hasta ahora, y considerando la utilidad del IAT, se hace necesario efectuar nuevas investigaciones que permitan dilucidar el panorama. Por de pronto y con el fin de aumentar la efectividad de los terapeutas, Beck¹³ ha expresado que una relación positiva y de colaboración es un componente esencial de la terapia cognitiva de pacientes adictos. En esta misma línea Newman¹⁴ se ha referido a algunos aspectos que podrían ser considerados por los terapeutas en adicciones.

Resumen

Objetivos: 1) *Evaluar Alianza Terapéutica en pacientes adictos del Servicio de Psiquiatría del Hospital de Antofagasta y de la Comunidad Terapéutica CREA;* 2) *Observar el comportamiento de las diferentes subescalas que componen la Alianza Terapéutica -Vínculo, Metas y Tareas-, en este grupo de pacientes.* **Metodología:** *Estudio descriptivo en que se aplicó el Inventario de Alianza de Trabajo a una casuística de 50 pacientes de las dos instituciones citadas. Se definieron criterios de inclusión para la casuística.* **Resultados:** *El mayor porcentaje de casos fueron hombres (84%). Más de dos tercios son pacientes menores de 40 años. La droga principal más consumida es el alcohol, mientras que la droga secundaria es el tabaco. El 92% de los casos consumía dos o más drogas. En el IAT la subescala mejor evaluada en el grupo total fue Vínculo seguido de Tareas y Metas.* **Conclusiones:** *El IAT demostró ser un instrumento útil y fácil de aplicar. Los resultados en las subescalas varían de acuerdo a la institución, lo cual obliga a preguntarse por las razones de estas diferencias. Probablemente estas pueden radicar en los estilos de los psicoterapeutas y las diferencias en los modelos de las instituciones. La experiencia arrojada en esta investigación nos permite decir que se hace necesario investigar más en este tema dada la importancia que tiene la Alianza Terapéutica en este grupo de pacientes.*

Palabras clave: *Adicción, alianza terapéutica, drogas, alcohol.*

Referencias

- Zetzel E R. Current concepts of transference. *Int J Psychoanal* 1956; 37: 369-76.
- Freud S. The dynamics of transference. In: Strachey J editor. *The Standard edition of the Complete Psychological Works of S. Freud. Vol 12.* London: Hogarth Press 1958; p 99-108.
- Horvath A O, Bedi R P. The Alliance. In: Norcross J C editors. *Psychotherapy relationship that work.* New York: Oxford University Press 2002; p 37-69.
- Safran J D, Muran J C, Samstag L S. Resolving Therapeutic Alliance Ruptures: A task of analytic investigation. In: Horvath AO, Greenberg LS, editors. *The working alliance: Theory, research and practice.* New York: Wiley 1994; p 225-55.
- Luborsky L, Barber J P, Siqueland L, Mc Lellan Th, Woody G. Establishing a Therapeutic Alliance With Substance Abusers. In: Onken LS, Blaine JD, and Boren JJ editors. *Beyond the Therapeutic Alliance: Keeping the Drug-Dependent Individual in Treatment.* NIDA Research Monograph 165; 1997. p 233-43.
- Martin D J, Garske J P, Davis M K. Relation of the Therapeutic Alliance with Outcome and Other Variables: A Meta-analytic Review. *J Consult Clin Psychol* 2000; 68: 438-50.
- Orlinsky D E, Grawe K, Parks B K. Process and Outcome in Psychotherapy. In: Bergin AE, Garfield SL, editors. *Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change.* 3rd edition. New York: Wiley; 1994. p 311-81.
- Santibáñez P. La Alianza Terapéutica Medida con el Inventario Alianza de Trabajo. Presentado en el IV Encuentro Psicoterapéutico Comité de Psicoterapia SONEPSYN, Reñaca, Chile, Agosto 9. 2003.
- Horvath A O, Greenberg L S. Development and Validation of the Working Alliance Inventory. *J Couns Psychol* 1989; 36 (2): 223-33.
- Meier P S, Barraclough C, Donnell M C. The role of the therapeutic alliance in the treatment of substance misuse: a critical review of the literature. *Addiction* 2004; 100: 304-16.
- Connors G J, Di Clemente C, Dermen K H, Kadden

- R, Carroll K M, Frone M R. Predicting the Therapeutic Alliance in Alcoholism Treatment. *J Stud Alcohol* 2000; 61: 139-49.
12. Connors G J, Carroll K M, Di Clemente C C, Longabaugh R, Donovan D M. The Therapeutic Alliance and Its Relationship to Alcoholism Treatment Participation and Outcome. *J Consult Clin Psychol* 1997; 65 (4): 588-98.
 13. Beck A T, Wright F D, Newman C F, Liese B S. *Cognitive Therapy of Substance Abuse*, New York, Guilford Press, 1993.
 14. Newman C F. Establishing and Maintaining Therapeutic Alliance with Substance Abuse Patients: A cognitive approach. In: Onken LS, Blaine JD, Boren JJ. editors. *Beyond the Therapeutic Alliance: Keeping the Drug-Dependent Individual in Treatment*, NIDA Research Monograph 165; 1997. p 181-206.

Correspondencia:

Juan Carlos Méndez V.
Facultad de Medicina y Odontología de la
Universidad de Antofagasta
Avenida Argentina 2000 Antofagasta.
Fono: 55-253337 - Fax: 55-229955
E-mail: jcmendez@vtr.net