

Trabajo final de maestría: “La medición de la alianza de trabajo en la supervisión clínica:
adaptación al español del Working Alliance Inventory of Supervisory Relationships (WAI-SR)”

Para optar al título de Magíster en Psicología con énfasis en Psicología Clínica

Mónica Pachón Basallo
Dirigido por: Óscar Mauricio Gallego

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Ciencias Humanas
Departamento de Psicología
Maestría en Psicología- Profundización Clínica

Bogotá, D.C. Octubre de 2016

Tabla de contenido

Resumen.....	5
Introducción	7
Alianza terapéutica	8
Evaluación de la alianza terapéutica.....	10
Supervisión clínica	12
Evaluación de la supervisión clínica	18
Procedimiento.....	19
Resultados	20
Confiabilidad interna	21
Validez.....	23
Puntaje	28
Discusión	32
Referencias.....	39

Lista de tablas

Tabla 1. Resumen de procesamiento de casos	20
Tabla 2. Estadísticas de fiabilidad	21
Tabla 3. Estadísticas de fiabilidad por ítem	21
Tabla 4. Estadísticas de fiabilidad por factores	23
Tabla 5. Varianza total explicada.....	24
Tabla 6. Análisis factorial limitado a tres factores	25
Tabla 7. Puntajes WAI-SR grupo 1	30
Tabla 8. Puntajes WAI-SR grupo 2	30
Tabla 9. Puntajes WAI-SR grupo 3	31
Tabla 10. Puntajes WAI-SR grupo 4	31

Índice de Anexos

Anexo 1: Instrumento original.....	45
Anexo 2: Instrumento en español	51
Anexo 3: Análisis de validez realizado para el instrumento original	57
Anexo 4: Consentimiento informado	60
Anexo 5: Puntaje total y por factores de todos los participantes.....	62

Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo realizar la adaptación al español de un instrumento que midiese la alianza de trabajo en la supervisión clínica. El Inventario de Alianza de Trabajo-Relaciones de Supervisión (WAI-SR) fue aplicado a 197 participantes practicantes de psicología clínica en cuatro Universidades de Bogotá. A través del análisis psicométrico se pudo establecer que el instrumento cumple con criterios de validez y confiabilidad significativos; se encontró un alfa de cronbach de .96 y se realizó un análisis factorial limitado a tres factores con el fin de conservar elementos significativos de la investigación de la que surgió el instrumento original la cual se basó en la teoría de alianza de trabajo propuesta por Edward Bordin en la que se divide este proceso en tres factores: metas, tareas y vínculo. La existencia de este instrumento al español servirá como una herramienta de evaluación y retroalimentación para supervisores y universidades que estén interesados en promover espacios de formación eficaces.

Palabras clave: Alianza de trabajo en la supervisión clínica, supervisión clínica, psicología clínica, psicometría, evaluación de supervisión

Abstract

The principal aim of this research was to perform an adaptation of an instrument that measures the working alliance in clinical supervision to spanish. La Alianza de Trabajo inventario Relaciones de Supervisión (WAI-SR) was applied to 197 participants who were doing their practices in clinical psychology at four universities in Bogota. Through psychometric analysis it was established that the instrument meets significant criteria of validity and reliability; Cronbach's alpha was .96, and it was made an a factor analysis limited to three factors in order to preserve relevant elements of the research of the original instrument, which was based on the

theory of working alliance by Edward Bordin in which this process is divided into three factors: goals, tasks and bond. The existence of this Spanish instrument would serve as a tool of evaluation and feedback to supervisors and universities that are interested in promoting opportunities for more effective trainings.

Keywords. Working alliance in clinical supervision, clinical supervision, clinical psychology, psychometrics, supervision assessment.

“La medición de la alianza de trabajo en la supervisión clínica: adaptación al español del Working Alliance Inventory of Supervisory Relationships (WAI-SR)”

Los llamados factores inespecíficos son abiertamente reconocidos como fundamentales para la comprensión del éxito terapéutico, es por ello que desde distintos espacios de investigación se ha estudiado por décadas la importancia de uno de ellos; la relación terapéutica, y específicamente la influencia de la alianza de trabajo como un factor transversal a los diferentes modelos terapéuticos en relación a resultados positivos en los procesos clínicos (Opazo, 2001; Elvins & Green, 2008; Fernández, Mella, & Vinet, 2009; McLeod, 2011), así mismo, se ha podido identificar características similares en la relación supervisado-supervisor. La supervisión clínica está directamente relacionada con las diferentes habilidades y aspectos fundamentales para la adecuada formación de nuevos terapeutas (Campbell, 2000).

Puntualmente, en relación al tema de supervisión clínica, en literatura especializada no se ha evidenciado un recorrido investigativo como el existente en el tema de alianza terapéutica, sin embargo, en la década de 1980 se planteó la alianza de trabajo en la supervisión como un aspecto y modelo similar al del proceso terapéutico y por ende fundamental para que los diversos aprendizajes del terapeuta se reflejen en actitudes y aprendizajes que se relacionen con el éxito terapéutico en sus casos.

El grueso de la evidencia empírica ha favorecido la creación de instrumentos de medida para la alianza de trabajo terapéutica (Corbella & Botella, 2003), sin embargo, no se encuentra evidencia significativa relacionada a instrumentos de medición de un modelo de alianza de trabajo especializado en el proceso de supervisión clínica (Wood, 2005). Es por ello, que partiendo de los planteamientos paralelos existentes en los espacios de supervisión y el espacio terapéutico, y puntualmente en el tema relacional, la presente investigación tuvo como propósito

adaptar un instrumento que permita evaluar la alianza de trabajo en la supervisión clínica con el fin de favorecer y optimizar este espacio, pensando en la influencia que podría tener en las relaciones terapéuticas del supervisado y por ende en el favorecimiento del éxito terapéutico de sus casos, así mismo, se esperaba identificar si el instrumento cumplía con criterios estadísticos de validación y confiabilidad usando como muestra practicantes de psicología clínica de universidades bogotanas.

Al validar este instrumento se espera brindar una herramienta significativa para los supervisores en términos de retroalimentación metodológica y práctica, optimizando el espacio de supervisión y garantizando obtener un resultado que se correlacione con aspectos relacionales fundamentales que favorezcan el aprendizaje del supervisado y por ende los resultados positivos de sus procesos terapéuticos.

La alianza terapéutica

A partir de diferentes estudios de procesos psicoterapéuticos, Opazo (2001) menciona que muchos investigadores han concluido que el cambio del consultante en la psicoterapia deriva en gran medida de la influencia de variables inespecíficas o factores comunes compartidos por los diferentes enfoques terapéuticos. Estas variables o factores serían entendidos como aquellos aspectos del paciente, del terapeuta y de la relación entre ambos que son comunes a cualquier psicoterapia independiente de las técnicas o marco teórico empleado. Diversas investigaciones permiten hoy afirmar que la evidencia más sólida que relaciona proceso y resultado, es la alianza terapéutica (Orlinsky, Ronnestad & Willutzki, 2004). Uno de los personajes más emblemáticos en esta temática es Edward Bordin, quien en varios de sus trabajos (1979; 1983) refiere haber realizado una comprensión transversal para el concepto de la alianza terapéutica de trabajo, señalando que la visión tradicional de este factor como psicoanalítico refiere solo a una de las

posibles opciones terapéuticas desde donde se puede comprender, por lo que lo plantea como un elemento crucial para la psicoterapia en general. Es así como Bordin (1983) define la alianza de trabajo como una colaboración entre terapeuta y consultante necesaria para el cambio.

Del mismo modo, en la investigación en psicoterapia se ha logrado identificar la alianza terapéutica como un indicador de éxito en el proceso terapéutico e igualmente se ha concluido que la percepción que el consultante tiene sobre la alianza en las primeras fases del tratamiento predice en gran medida el resultado de las próximas sesiones (Horvath & Symonds, 1991; Bachelor, 1991). A propósito de la adecuada comprensión de lo que es la alianza terapéutica Bordin (1983) señala tres aspectos fundamentales que serán explicados a continuación:

El primer aspecto se refiere a los acuerdos mutuos o metas, este es un aspecto transversal a las diferentes modalidades de terapia (individual, grupal y familiar) y requiere al menos un nivel básico del entendimiento de los objetivos de cambio en conjunción a la claridad de las metas específicas. El segundo aspecto es el de tareas, relacionado con el anterior, su eje se centra alrededor de la comprensión de las acciones específicas que debe realizar cada uno (incluyendo al terapeuta) para el cumplimiento de estas metas; estas tareas están relacionadas generalmente con la tradición terapéutica del terapeuta, sin embargo, lo crucial es que el consultante pueda entender la conexión entre la realización de las tareas y las metas terapéuticas, es crucial considerar las habilidades necesarias que el consultante debe tener para llevarlas a cabo teniendo en cuenta sus problemáticas y limitaciones.

Por último, el tercer aspecto mencionado por el autor hace referencia al vínculo entre terapeuta y consultante donde resaltan aspectos relacionales como mutua aceptación, preocupación y confianza. Este, es un aspecto relevante puesto que determina el entorno emocional en el que surge la terapia y la vivencia del consultante en relación a la misma lo que

influye notablemente en su colaboración hacia el proceso. De igual manera y considerando la perspectiva de los consultantes, Krause (2001) señaló que la ausencia de este tercer aspecto mencionado por Bordin en términos de un sentimiento de simpatía y de confianza hacia el terapeuta pone en peligro el proceso de cambio y con frecuencia lleva a la ruptura de la relación de ayuda. La autora resalta que la calidad del vínculo es percibida por los consultantes en las fases tempranas del proceso terapéutico. Es así como el concepto de alianza terapéutica en términos generales permite explicar y describir la relación existente entre terapeuta y consultante durante la psicoterapia (Hartley, 1985).

Teniendo en cuenta la relevancia de estos tres aspectos, Bordin (1983) señaló que la reparación de la alianza es un aspecto fundamental para la constitución de la misma, al respecto el autor resalta que las consecuencias emocionales como el dolor o la insatisfacción que suscitan en la psicoterapia llevan a la existencia de "rupturas" en la relación de trabajo, para lo que Safran, Muran y Samstag (1994) refieren que de igual manera, la forma adecuada en la que el terapeuta asume responsabilidad en la situación y sobrelleva estos malentendidos favorece positivamente la relación terapéutica, así que Crowley (2001) menciona que las habilidades sociales del terapeuta favorecen la construcción y la reparación de la alianza de trabajo.

Evaluación de la alianza terapéutica. Es así, como a raíz de los desafíos que se presentan alrededor de la validez de evaluación en psicoterapia, Valdivieso (1994) ha planteado la necesidad de inclusión de las múltiples variables que influyen en el proceso a través del desarrollo de distintos criterios operacionales medibles y la disposición de muestras de consultantes que permitan obtener resultados significativos. Por lo que pensar en la evaluación de este proceso relacional ha cobrado importancia a la luz de las teorías planteadas, es así, que en el campo de evaluación Fernández, Mella y Vinet (2009) señalan que la perspectiva del

consultante tiende a ser más predictiva del resultado que las otras fuentes (como la del terapeuta) y que como se mencionaba párrafos anteriores, la evaluación precoz de la alianza es mejor predictor que las evaluaciones hechas en otros momentos del proceso. En literatura especializada, se encuentra una variedad significativa de investigaciones asociadas a instrumentos de evaluación, algunas se mencionarán a continuación con el objetivo de identificar aspectos fundamentales de las mismas.

Uno de los instrumentos específicos que ha sido ampliamente usado es el de las escalas de Alianza de Pinsof y Catherall (1986); dichas escalas se basan en las respuestas que dan los consultantes que asisten a terapia en un breve cuestionario. La investigación sobre esta medida, -que está basada en la conceptualización tripartita de la Alianza realizada por Bordin- ha demostrado que es fiable y que predice el impacto de las sesiones en la construcción de la alianza de trabajo, el alfa de Cronbach de estas escalas ha oscilado en distintas aplicaciones entre .70 a .95, y así mismo se ha encontrado que el resultado de su aplicación está correlacionado con medidas de progreso terapéutico (Pinsof, Zinbarg & Knobloch-Fedders, 2008).

Por otro lado, Escudero y Friedlander (2003), crearon el SOATIF un instrumento diseñado para evaluar la alianza en intervenciones familiares, para ello generaron dimensiones de evaluación (enganche en el proceso terapéutico, conexión emocional con el terapeuta, seguridad de los consultantes hacia el proceso y el sentido de compartir el propósito de la terapia en la familia) y pudieron demostrar que su instrumento medía eficazmente el proceso de alianza a través de observación de las sesiones, se evidenciaron correlaciones intra-clase que oscilaron de .75 a .95.

Según Martin et al. (2000) los instrumentos con mayor éxito para la medición de la alianza son la Escala de Alianza Psicoterapéutica de California (CALPAS) y el Inventario de

Alianza de Trabajo (WAI).

El CALPAS (California Psychotherapy Alliance Scale), según Delsignore y colaboradores (2014) consiste de una escala tipo likert que agrupa distintos ítems con el fin de medir: a) la capacidad del consultante de trabajar activamente en la terapia, b) la disposición y compromiso del consultante para completar el tratamiento, c) el acuerdo existente entre terapeuta y consultante en objetivos y estrategias terapéuticas y d) la perspectiva del consultante en relación a la responsabilidad y vínculo del terapeuta. Este instrumento ha demostrado ser fiable para medir la alianza terapéutica a nivel individual y grupal al igual que demuestra que se consolida la alianza mejor a nivel individual que grupal.

Por su parte la WAI (Working Alliance Inventory) es una prueba diseñada por Horvath y Greenberg (1989) para medir a través de una escala tipo likert las tres dimensiones de la alianza propuestas por Bordin alrededor de distintos tipos de terapias, las estimaciones de la fiabilidad para el instrumento completo se estimaron en ,93 para el consultante y de ,87 para el consejero/terapeuta a través del alfa de Cronbach. Así mismo, ha sido usada en un número significativo de estudios, validada para distintos tipos de población y adaptada para ser usada con niños (Klein et al. 2003).

Así mismo, Elvins y Green (2008) realizaron una revisión exhaustiva sobre instrumentos de medida para la alianza terapéutica, encontraron alrededor de 31 instrumentos con diferentes características poniendo de manifiesto la diversidad de medidas disponibles para medir la alianza y recalcan que se identifica un consenso general sobre los conceptos clave para medirla pero no un modelo unificador.

La supervisión clínica

La alianza de trabajo cobra sentido en la relación terapéutica, sin embargo, el terapeuta ha

debido recorrer un proceso específico para poderse situar en ese rol relacional llevando a cabo de la mejor manera posible los aspectos necesarios de cada proceso terapéutico. Las intervenciones del terapeuta y los avances de la terapia, conforman una red de factores que se desarrollan a lo largo del curso del tratamiento y que han sido estudiados en gran medida a través de la instrucción y entrenamiento del terapeuta, por lo que las instancias de supervisión clínica que el terapeuta ha tenido durante su proceso de formación deben considerarse como factor clave y básico del entrenamiento y proceso clínico (Daskal, 2008; Fernández-Álvarez, 2008).

La supervisión clínica es altamente reconocida como un espacio fundamental para el transcurso de formación del psicólogo clínico, es un proceso en el cual como mencionan Milne y Watkins en Blackwell (2014) se propicia el aprendizaje de habilidades correlacionables con la efectividad terapéutica. Según Ladany y colaboradores (2005) la supervisión individual debe llevarse a cabo con el fin de garantizar eficacia del trabajo del supervisado, en general los temas llevados a cabo se dirigen a conversar sobre el rol del terapeuta, sus problemas personales y otros temas puntuales de sus casos. Así mismo, refiere que el espacio de supervisión puede tener semejanzas con el proceso terapéutico en aspectos como permitir al supervisado empezar la sesión con un tema puntual que requiera hablar y promover la aparición de objetivos y metas revisadas en conjunto, además, hace referencia sobre propiciar temas personales del supervisado en relación a su influencia en el proceso y la recomendación, por ejemplo, de asistir a terapia cuando el supervisor lo crea necesario.

Así mismo, la autora menciona que dada la naturaleza evaluativa que tiene la supervisión, se ha pensado que tiende a generar un obstáculo en la relación supervisado-supervisor dado que es un espacio en el que debe ser observado y confrontado en relación a sus debilidades y habilidades, es por ello que el supervisor debe generar a través de la relación un manejo

adecuado de este tema de manera que el supervisado comprenda cómo la evaluación es pertinente para convertirse en un terapeuta más eficaz.

De igual forma Campbell (2000) señala que la supervisión es una relación parecida a la relación terapéutica, donde su principal objetivo es asegurar calidad sobre el cuidado del consultante a través del entrenamiento y la enseñanza de diversas habilidades, y es por ello que la supervisión en sí misma debe proveer al supervisado un escenario cercano a lo que es un proceso terapéutico. Según lo planteado por esta autora, dentro las habilidades que se han identificado como importantes en los supervisores se resaltan: el humor, la empatía, respeto, genuinidad, habilidad de confrontación, inmediatez, preocupación hacia el supervisado en relación a su bienestar y crecimiento, flexibilidad, preocupación por el bienestar del consultante, habilidades de inspección personal, valentía, habilidades de comunicación y congruencia personal. Así mismo, los siguientes son algunos de los comportamientos que la autora menciona como efectivos para el supervisor: clarificar expectativas y estilo de supervisión, mantener límites consistentes y apropiados, enseñar habilidades prácticas, ser accesible y disponible para las necesidades del supervisado, propiciar autonomía, servir como modelo para el supervisado, proveer críticas constructivas y refuerzo positivo, tener valentía para exponer vulnerabilidades, no ser autoritario, tener la habilidad de comunicarse efectivamente, ser capaz de aceptar y conocer sus limitaciones y fortalezas, negociar y trabajar colaborativamente para identificar metas específicas por cada supervisado. En relación a las cualidades y comportamientos inefectivos que pueden tener los supervisores la autora menciona: no estar disponible para el supervisado, ser inconsistente, no ser considerado, ser dogmático, cerrado, prejuicioso, inflexible, arrogante, propenso a la crítica y desinteresado.

De igual manera, Sousa y Costa Padovani (2015) mencionan que la relación supervisado-supervisor debe ser un proceso que lleve al supervisado al reconocimiento y cuestionamiento de su propio conjunto de creencias puesto que estas desempeñan un papel central en la gestión de su sufrimiento y su rol como terapeuta, es a raíz de allí que los supervisados se capacitan para entender la relación entre creencias, emociones y comportamientos, tanto en ellos como en sus consultantes. Es importante señalar que, en relación con la supervisión clínica, los estudios son escasos, limitando la posibilidad de incorporar resultados significativos a la preparación de estudiantes de psicología resaltando la necesidad de generar investigaciones en esta área. Este planteamiento es apoyado por Barletta, Fonseca y Delabrida (2012), quienes refieren que el escaso grueso de investigación en el tema se relaciona con lo difícil que resulta compartir diversas prácticas eficientes de formación para terapeutas.

Así mismo, resaltando la importancia de la alianza que al igual que en la terapia existe en el espacio de supervisión, Bordin (1983) planteó tres elementos interrelacionados fundamentales para explicar lo que llamó *la alianza de trabajo de la supervisión*; el primero refiere al acuerdo de metas entre supervisado y supervisor, entre lo que encontramos el aprendizaje de habilidades para la terapia, para el manejo de conceptualización, la consideración propia sobre los resultados terapéuticos, el autor recalca que lo importante no recae en el tipo de objetivos sino en el acuerdo de los mismos. El segundo elemento se centra en el acuerdo en las tareas, el cual está influido por el acuerdo de metas y para encaminar su éxito es importante permitir que el supervisado plantee diferentes temas que le interesan para las distintas discusiones al igual que proponer perspectivas alternativas para el trabajo terapéutico. Finalmente, como tercer elemento se encuentra un vínculo emocional significativo en el cual es fundamental la empatía, la confianza y el balance de retroalimentación de elementos críticos y de fortaleza.

Así mismo, Bordin propone componentes específicos para cada elemento; en relación con las metas, refiere que deben ser las siguientes: 1) Relacionadas a habilidades específicas, 2) la comprensión de la situación del consultante, 3) la comprensión de los posibles problemas del proceso, 4) incrementar la conciencia en sí mismo y el impacto en el proceso de cambio, 5) superar obstáculos personales e intelectuales a través del aprendizaje, 6) profundizar en el entendimiento de conceptos y teorías específicas, 7) promover la investigación y 8) mantener estándares de servicio. Por otro lado, en relación con las tareas el autor propone que: 1) el supervisado debe preparar reportes de las consultas atendidas propiciando la retroalimentación del supervisor en relación a respuestas o conductas alternativas, 2) el supervisor debe promover tener una observación objetiva del supervisado a través de grabaciones u observación directa con el fin de ayudar a reconocer al supervisado distintos elementos positivos y por mejorar, 3) el supervisado debe poder seleccionar problemas específicos en relación a sus consultas para presentar en la hora de supervisión. El vínculo al igual que en la alianza terapéutica es un aspecto crucial que debe repararse cuando sea necesario ya que permite en gran medida el avance en los objetivos y metas del proceso, también debe establecerse aún si la supervisión se realiza grupalmente, se debe tener en cuenta que la evaluación puede ser un problema para la relación.

Es importante mencionar que la construcción de una fuerte alianza de trabajo implica un acuerdo mutuo y entendimiento en relación con los objetivos que se buscan en el proceso de cambio y las tareas del supervisado y supervisor, además, implica el desarrollo de un vínculo emocional entre ambos (Bordin, 1983). Cabe resaltar que en un estudio de arte alrededor de la supervisión clínica realizado por Falender & Shafranske (2014) resaltó la importancia de considerar la alianza entre supervisado y supervisor como un aspecto crucial de las prácticas efectivas del supervisor, así mismo se señala la relevancia de la capacidad del supervisor en

cuento a sus habilidades para reparar la alianza en aquellas situaciones en las que percibe que se están presentando malentendidos o impases en la relación.

Bernnet-Levy (2006) propone que la supervisión debe permitir llegar a distintos niveles de aprendizaje: uno declarativo, que hace referencia a los conocimientos específicos de los modelos teóricos utilizados en la comprensión del caso, un conocimiento procedimental, haciendo referencia a las habilidades que se despliegan en el espacio terapéutico (también está aquí la técnica) y finalmente un aprendizaje reflexivo que hace referencia a la capacidad de observar, analizar, evaluar y reflexionar sobre sus propias acciones terapéuticas.

Por su parte, Ladany et al. (2005) han desarrollado un modelo de supervisión centrado en las tareas necesarias para resolver eventos críticos, identificando algunas acciones relevantes para tener en cuenta donde encontramos el aspecto de la alianza como fundamental en la supervisión, así mismo, mencionan que se debe explorar en profundidad los sentimientos y enfocarse en la contratransferencia o aspectos emocionales que suscitan en el supervisado en la terapia, así, lograr normalizar estas experiencia a través de aspectos reflexivos. Mencionan que otro aspecto fundamental es trabajar en los mecanismos de autoeficacia y la evaluación del proceso.

Como un aspecto adicional, Bennett-Levy (2006) refiere que hay aspectos éticos que se deben desarrollar teniendo en cuenta los posibles riesgos a los que se enfrenta el clínico, por lo que el supervisor debe propiciar al adecuado manejo de la confidencialidad, estar informado de los que el supervisado realiza en sesión, identificar las limitaciones que el supervisor tiene en relación a orientaciones teóricas, favorecer el reconocimiento de cualidades y la existencia del respeto, entrenar al supervisado en atención en crisis, habilidades específicas y establecer límites

en aquellos aspectos personales del supervisado que se pueden tratar apropiadamente en la supervisión.

Evaluación de la alianza de trabajo en la supervisión. Teniendo en cuenta el recorrido realizado sobre la supervisión para la formación del clínico y el paralelo significativo entre la alianza de trabajo terapéutica y en supervisión, Palomo, Beinart y Cooper (2010) desarrollaron y validaron el Cuestionario de Relación en Supervisión (SRQ) que tiene el objetivo de evaluar la relación desde el punto de vista del supervisado, este instrumento contiene seis sub-escalas (base segura, estructura, compromiso, educación reflexiva, modelo a seguir y retroalimentación formativa), consta de 67 ítems en una escala tipo Likert. La consistencia interna de la escala global fue de ,98.

Por otro lado, Ellis y Rousmaniere (2013), crearon un instrumento preliminar midiendo con un grupo de 252 supervisados la relación colaborativa, la Escala de Comportamientos Colaborativos en Supervisión (CSBS) tiene validez y sus resultados muestran que las conductas colaborativas son distintas a la alianza de trabajo, en relación a la fiabilidad alfa de cronbach fue de ,93.

En relación a la alianza de trabajo en supervisión, Efstation, Patton y Kardash (1990) crearon el Inventario de Alianza de Trabajo en Supervisión (SWAI), que está compuesta de 23 ítems para el supervisor y 19 ítems para el supervisado, la consistencia interna de factores como el rapport fue de ,90.

Así mismo, Smith, Younes y Lichtenberg (2002) desarrollaron el instrumento llamado Working Alliance Inventory of Supervisory Relationships (WAI-SR) para investigar cómo la relación de la supervisión se desarrolla en las categorías de metas, tareas y vínculo. En la creación de su instrumento los participantes fueron 53 estudiantes de diversas universidades, 28

estaban en consejería psicología, 8 en psicología clínica para adultos, 3 en psicología clínica para niños, 12 en psicología educativa, y 2 de otros programas. Los participantes indicaron estar 29 en maestría, 23 en doctorado y 2 en otros programas, sus edades oscilaban entre los 23 y los 58 años ($m=31.06$), solo uno de sus participantes era hispanico. En confiabilidad, el coeficiente de Alpha fue de 91. para la categoría de vínculo, 92. para la categoría de metas, 94. para la categoría de tareas y 97. para todo el instrumento. Los autores mencionaron que una de las limitaciones de su investigación fue la pequeña muestra utilizada.

Es por lo mencionado, que teniendo en cuenta la inexistencia de instrumentos de este tipo en latinoamérica, el objetivo general de la presente investigación era validar al español el instrumento diseñado por Smith, Younes y Lichtenberg (2002); este se escogió por la similitud teórica entre ambas investigaciones. La muestra estuvo compuesta por 197 practicantes de psicología clínica de la ciudad de Bogotá.

Procedimiento

Después de contactarse con la autora principal del instrumento y contar con su aprobación y el instrumento original (Anexo 1), se adaptó al español el WAI-SR. Para esto se tuvo en cuenta lo importante de adaptar culturalmente la versión original y comprobar que se continuaba conservando las características psicométricas bajo las cuales fue diseñado (Argimon & Jiménez, 2004; Carvajal, et al., 2011). Con el objetivo de asegurar la mayor equivalencia de la traducción al español posible se siguieron lineamientos propuestos por la Organización Mundial de la Salud (Sartorius, 1996): 1) un grupo bilingüe (dos expertos) revisó la estructura conceptual del instrumento en el idioma original (inglés) y revisaron la factibilidad de este para ser traducido, 2) después de identificar esta factibilidad, procedieron a traducir el instrumento, 3) el grupo bilingüe y otro grupo de dos expertos en psicología clínica revisaron la traducción, se

revisaron las consideraciones ajustando la traducción hasta llegar a un consenso, 4) un experto bilingüe tradujo a inglés la versión en español. Finalmente Tammison Smith, autora principal de la investigación del instrumento original, revisó y comparó la traducción en inglés aprobando que la versión en español fuera equivalente al instrumento original.

Una vez finalizado el proceso de traducción se llevó a cabo el contacto con varias Universidades que contaban con servicios de atención psicológica en la ciudad de Bogotá, se trabajó con las cuatro que aceptaron a colaborar en la investigación, de allí se prosiguió a la aplicación del instrumento a un total de 197 practicantes que estaban recibiendo supervisión clínica. A estos participantes se les dio la instrucción de leer y diligenciar el consentimiento informado (Anexo 4) con el fin de participar en la presente investigación.

El paso a seguir fue digitalizar los resultados de cada participante (Anexo 5) e identificar la validación del instrumento a través de la comprobación de sus propiedades psicométricas. Las propiedades que se midieron fueron de confiabilidad interna y validez, para esto se utilizó el programa estadístico SPSS en su versión número 22.

Resultados

Para el análisis de resultados se procedió a identificar si la muestra había respondido correctamente el instrumento con el fin de determinar si alguien debía ser eliminado del proceso de análisis de datos, se identificó que las 197 personas respondieron adecuadamente, por lo que el 100% de los casos fue considerado válido (Tabla 1).

Tabla 1
Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	197	100,0
	Excluido	0	0,0
	Total	197	100,0

Como características descriptivas de esta muestra se identificó que 20 de los participantes pertenecían a programa de posgrado y 177 a pregrado, 39 fueron hombres y 158 mujeres. Así mismo, de las cuatro instituciones con las que se trabajó, 29 pertenecieron a la primera, 15 a la segunda, 6 a la tercera y 147 a la cuarta.

Confiabilidad interna

A través del análisis de las respuestas dadas por los participantes en los 36 ítems se pudo identificar que hubo una consistencia interna significativa en la prueba (Tabla 2) con un alfa de cronbach de .96. Así mismo, se pudo identificar que todos los ítems aportan confiabilidad a la prueba, como se puede observar en la Tabla 3, si se eliminara algún ítem del instrumento, la confiabilidad total del instrumento disminuiría por lo que se puede decir que todos los ítems están sirviendo para medir algún aspecto de la alianza de trabajo.

Tabla 2
Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de ítems
,963	36

Tabla 3
Estadísticas de fiabilidad por ítem

ítem	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
ítem 1	,963
ítem 2	,962
ítem 3	,964
ítem 4	,962
ítem 5	,961
ítem 6	,961
ítem 7	,962

ítem 8	,962
ítem 9	,964
ítem 10	,964
ítem 11	,962
ítem 12	,961
ítem 13	,963
Ítem 14	,963
ítem 15	,962
ítem 16	,961
ítem 17	,961
ítem 18	,961
ítem 19	,963
ítem 20	,963
ítem 21	,961
ítem 22	,961
ítem 23	,962
ítem 24	,961
ítem 25	,961
ítem 26	,961
ítem 27	,963
ítem 28	,963
ítem 29	,962
ítem 30	,962
ítem 31	,961
ítem 32	,961
ítem 33	,962
ítem 34	,961
ítem 35	,961
ítem 36	,962

Por otra parte, se procedió a identificar índices independientes según factores (Tabla 4),

se evidencia que el factor que tiene una mayor fiabilidad en relación a los otros dos es el de tareas, sin embargo, se espera más adelante entablar algunos aspectos de discusión que podrían relacionarse con estas diferencias, así mismo, se hace relevante mencionar que cada factor cuenta con el mismo número de ítems (12).

Tabla 4
Estadísticas de fiabilidad por factores

Factor	Alfa de Cronbach	Número de elementos
Tareas	,932	12
Metas	,869	12
Vínculo	,909	12

Así mismo, teniendo en cuenta que en la validación original el alfa de cronbach fue de .97 para el total del instrumento, de .91 para el factor de vínculo, .92 para metas y .94 para tareas (Smith, Younes y Lichtenberg, 2002) se pueden identificar similitudes con el instrumento en español exceptuando el factor de metas en el que se encuentra una diferencia de -.5.

Validez

Para la construcción del instrumento, Smith, Younes y Lichtenberg (2002) se basaron en el instrumento realizado por Horvath and Greenberg's (1989) (Working Alliance Inventory (WAI)) adaptando los ítems de este instrumento al contexto de supervisión, realizaron un proceso de validación a través de un acuerdo entre expertos donde se evidenció la permanencia de los tres factores propuestos por Bordin, así mismo, señalaron que los errores presentados en la adecuada ubicación de ítems se relacionaba con aquellos pertenecientes al factor de tareas que se confundían con los ítems pertenecientes al factor de metas (Anexo 2). Para el presente análisis, con el fin de identificar la viabilidad de llevar a cabo un análisis factorial se realizó un análisis de Kaiser-Meyer-Olkin, dado lo favorable de este resultado (.952) se procedió a realizar un análisis con rotación ortogonal por ejes principales limitado a tres factores (Tabla 5), en donde se pudo

identificar que se logra explicar la mayoría de la varianza total del instrumento (58, 3%). Es pertinente señalar que se limitó intencionalmente el análisis a 3 factores para realizar el contraste con los tres factores expuestos por Bordin y por ende, con la investigación en la que se validó el instrumento original.

Tabla 5
Varianza total explicada

Factor	Auto valores iniciales		
	Total	% de varianza	% acumulado
1	17,177	47,715	47,715
2	2,057	5,714	53,429
3	1,762	4,895	58,324

En la Tabla 6 se muestra el análisis factorial, se señala en negrilla el factor en el que predomina la carga de cada ítem, siendo .1 la carga máxima. Como se puede evidenciar hay ítems que cargan mayoritariamente en un factor pero de igual forma tienen una carga en los otros dos factores, estos ítems son: El 5. Mi supervisor y yo, nos entendemos mutuamente, que pertenece el factor de vínculo, pero se distribuye casi uniformemente en los tres factores (.535 en tareas, .492 en metas y .394 en vínculo). El ítem 6. Mi supervisor percibe adecuadamente cuáles son mis objetivos, que pertenece al factor de metas (.321) pero en el análisis tiene una mayor carga en el factor de tareas (.644) y una menor en vínculo (.320). Así mismo, se evidencia que el ítem 21. Tengo confianza en la habilidad de mi supervisor para ayudarme a mejorar mis habilidades terapéuticas, que perteneciendo al factor de vínculo (.321) se encontró una mayor carga en tareas (.665) y una menor en metas (.300), por su parte, el ítem 22. Mi supervisor y yo estamos trabajando hacia objetivos mutuamente acordados, perteneciente al factor de metas (.330) cargó mayoritariamente en tareas (.708) y en menor medida en vínculo (.378). El ítem

35. Creo que la forma como estamos trabajando la supervisión es correcta, perteneciente al factor de tareas (.707) cargo de igual forma en metas (.408 y vínculo .333).

Tabla 6
Análisis factorial limitado a tres factores

	Factor		
	Tareas	Metas	Vínculo
ítem 1		,535	
ítem 2	,693		
ítem 3		,491	
ítem 4	,731		
ítem 5	,535	,492	,394
ítem 6	,644	,321	,320
ítem 7	,453	,513	
ítem 8		,370	,608
ítem 9		,427	
ítem 10		,466	
ítem 11	,447	,421	
ítem 12	,568	,560	
ítem 13	,488		,303
Ítem 14	,566		
ítem 15	,517	,494	
ítem 16	,723	,394	
ítem 17	,472		,619
ítem 18	,641	,404	,360
ítem 19	,346		,449
ítem 20		,481	,343
ítem 21	,665	,300	,327
ítem 22	,708	,330	,378
ítem 23			,679

ítem 24	,709		,350
ítem 25	,778	,354	
ítem 26	,412	,371	,541
ítem 27		,378	
ítem 28	,441		,453
ítem 29		,582	,418
ítem 30	,640		
ítem 31	,482	,588	
ítem 32	,692		,324
ítem 33	,573	,436	
ítem 34	,420	,607	
ítem 35	,707	,408	,333
ítem 36	,348		,725

Teniendo en cuenta las distintas cargas presentadas en la tabla se pudo identificar que en el factor de tareas, se ubicaron acorde a lo planteado en el instrumento original los siguientes ítems: 2. Mi supervisor y yo estamos de acuerdo sobre las cosas que necesitaré hacer en supervisión para mejorar mis habilidades terapéuticas (.693), 4. Lo que estoy haciendo en supervisión me da nuevas perspectivas para ver mis sesiones de terapia (.731), 11. Creo que el tiempo que mi supervisor y yo estamos teniendo juntos no se gasta eficientemente (.447), 13. Tengo claridad sobre cuáles son mis responsabilidades en la supervisión (.488), 15. Creo que lo que mi supervisor y yo estamos haciendo en supervisión no está relacionado con mis preocupaciones (.517), 16. Siento que las cosas que hago en supervisión me ayudarán a mejorar mis habilidades terapéuticas de la forma en que me gustaría (.723), 18. Tengo claridad sobre lo que mi supervisor quiere que yo haga en supervisión (.641), 24. Estamos de acuerdo sobre lo que es importante que yo trabaje (.709), 33. Las cosas que mi supervisor me está pidiendo hacer no tienen sentido (.573), 35. Creo que la forma como estamos trabajando la supervisión es correcta (.707). Aunque el ítem 31. Me siento frustrado por las cosas que estoy haciendo en

supervisión, faltante a este factor, cargó mayoritariamente en el factor de metas (.588) tuvo una carga en este factor de .482.

Por su parte, en el factor de metas se ubicaron según lo esperado los siguientes ítems: 3. Estoy preocupado por el resultado de la supervisión (.535), 9. Deseo que mi supervisor y yo podamos aclarar el propósito de nuestras sesiones de supervisión (.427), 10. Estoy en desacuerdo con mi supervisor sobre lo que yo debería obtener como resultado de la supervisión (.466), 27. Mi supervisor y yo tenemos diferentes ideas sobre las habilidades terapéuticas que necesito mejorar (.378), 34. No sé qué esperar como resultado de la supervisión (.607). A este factor también pertenecen los siguientes ítems que quedaron con una carga mayor en el factor de tareas: 6. Mi supervisor percibe adecuadamente cuáles son mis objetivos (.644 para el factor de tareas y .321 para el factor de metas), 12. Mi supervisor no entiende lo que estoy intentando obtener de la supervisión (.568 para el factor de tareas y .560 para el factor de metas), 14. Los objetivos de la supervisión son importantes para mí (.566), 22. Mi supervisor y yo estamos trabajando hacia objetivos mutuamente acordados (.708 para el factor de tareas y .330 para el factor de metas), 25. Como resultado de la supervisión tengo mayor claridad sobre cómo podría mejorar mis habilidades terapéuticas (.778 para el factor de tareas y .354 para el factor de metas), 30. Mi supervisor y yo colaboramos en el establecimiento de objetivos para la supervisión (.640) y 32. Hemos establecido una buena comprensión sobre el tipo de cambios que ayudarían a mejorar mis habilidades terapéuticas (.692).

Finalmente, en el factor de vínculo quedaron ubicados los siguientes ítems: 8. Creo que le agrado a mi supervisor (.608), 17. Creo que mi supervisor se preocupa genuinamente por mi bienestar (.619), 19. Mi supervisor y yo nos respetamos mutuamente (.449), 23. Siento que mi supervisor me aprecia (.679), 26. Mi supervisor y yo confiamos el uno en el otro (.541), 28. Mi

relación con mi supervisor es muy importante para mí (.453) y 36. Siento que mi supervisor se preocupa por mí incluso cuando hago cosas que él/ella no aprueba (.725). De este factor también pertenecían los siguientes ítems: 5. Mi supervisor y yo, nos entendemos mutuamente (.535 para el factor de tareas y .394 para el factor de vínculo) y 21. Tengo confianza en la habilidad e mi supervisor para ayudarme a mejorar mis habilidades terapéuticas (.665 para el factor de tareas y .327 para el factor de vínculo), ambos como se ve en la tabla quedaron ubicados mayoritariamente en el factor de tareas, así mismo, los ítems: 1. Me siento incómodo con mi supervisor (.535 en el factor de metas), 20. Siento que mi supervisor no es totalmente honesto/a sobre sus sentimientos hacia mí (.481 para el factor de metas y .343 para el factor de vínculo), y 29. Tengo la sensación de que si digo o hago las cosas mal, mi supervisor dejará de trabajar conmigo (.582 para el factor de metas y .418 para el factor de vínculo).

Puntaje

Teniendo en cuenta que uno de los objetivos de la presente investigación era aportar un instrumento en español para la evaluación de la alianza de trabajo en el proceso de supervisión, se señalan a continuación las descripciones de los puntajes arrojados por grupos según los puntajes totales del instrumento. Para ello es relevante señalar que en el instrumento existen 14 ítems que se deben calificar inversamente dada la redacción de los mismos, estos son: 1. Me siento incómodo con mi supervisor, 3. Estoy preocupado por el resultado de la supervisión, 7. Encuentro lo que estoy haciendo en supervisión confuso, 9. Deseo que mi supervisor y yo podamos aclarar el propósito de nuestras sesiones de supervisión, 10. Estoy en desacuerdo con mi supervisor sobre lo que yo debería obtener como resultado de la supervisión, 11. Creo que el tiempo que mi supervisor y yo estamos teniendo juntos no se gasta eficientemente, 12. Mi supervisor no entiende lo que estoy intentando obtener de la supervisión, 15. Creo que lo que mi

supervisor y yo estamos haciendo en supervisión no está relacionado con mis preocupaciones, 20. Siento que mi supervisor no es totalmente honesto/a sobre sus sentimientos hacia mí, 27. Mi supervisor y yo tenemos diferentes ideas sobre las habilidades terapéuticas que necesito mejorar, 29. Tengo la sensación de que si digo o hago las cosas mal, mi supervisor dejará de trabajar conmigo, 31. Me siento frustrado por las cosas que estoy haciendo en supervisión, 33. Las cosas que mi supervisor me está pidiendo hacer no tienen sentido y 34. No sé qué esperar como resultado de la supervisión.

Por lo que siendo una escala tipo Likert de 7 puntos y de 36 ítems el puntaje máximo sería de 252, lo que señalaría el nivel de alianza como excelente o máximo, así mismo, el puntaje mayor para cada factor sería de 84 teniendo en cuenta que cada uno tiene un número equivalente de ítems. Con el fin de identificar los distintos niveles de alianza dividiendo en porcentajes el puntaje total, como criterio de los investigadores, se sugieren los siguientes puntajes: De 0 a 63 el puntaje significaría un muy bajo nivel de alianza (25%), de 64 a 126 sería medio-bajo (50%), de 127 a 189 sería medio-alto (75%) y de 190 a 252 sería alto o excelente (100%)

En la Tabla 7 se plasman los resultados del grupo 1, se evidencia que no hay diferencia significativa entre valores de media y mediana, el valor promedio en el factor de tareas es de 73 en el de vínculo de 71,4 y el de metas 68,4 el puntaje promedio total es de 212,9. En cuanto a la desviación estándar total es de 21 puntos lo que señala gran variabilidad en las respuestas de los participantes, una muestra de ello son los puntajes mínimos y máximos que se alcanzan a separar por más de 30 puntos en el factor de metas.

En cuanto a los extremos de los resultados totales vemos que hubo un puntaje total mínimo de 163 y uno máximo de 239.

Tabla 7
Puntajes WAI-SR grupo 1

	Tareas	Vínculo	Metas	Total
Número de participantes	Válido	29	29	29
	Perdidos	0	0	0
Media	73,0345	71,4828	68,4483	212,9655
Mediana	75,0000	71,0000	69,0000	215,0000
Desviación estándar	7,87166	6,74865	8,93063	21,28293
Mínimo	54,00	58,00	48,00	163,00
Máximo	83,00	84,00	84,00	239,00

En el grupo 2 (Tabla 8) se puede identificar que el valor promedio para el factor de tareas fue de 69,4, para vínculo de 69,8 y 63,2 para metas, la puntuación total promedio fue de 202 ubicándose igual que en el grupo 1 en un nivel excelente de alianza, la desviación estándar total fue de 29 puntos. En cuanto a los extremos de las respuestas vemos que hubo un puntaje total mínimo de 154 y uno máximo de 240.

Tabla 8
Puntajes WAI-SR grupo 2

	Tareas	Vínculo	Metas	Total
Número de participantes	Válido	15	15	15
	Perdidos	0	0	0
Media	69,4000	69,8667	63,2667	202,5333
Mediana	73,0000	69,0000	68,0000	211,0000
Desviación estándar	10,94662	7,11002	12,93095	29,13973
Mínimo	49,00	60,00	39,00	154,00
Máximo	82,00	81,00	79,00	240,00

Por su parte, en el grupo 3 (Tabla 9) se puede evidenciar que el puntaje promedio para el factor de tareas es de 66,8, para vínculo de 60,8 y para metas de 64,5, para el puntaje total se

evidenció un promedio de 192,1. Así mismo, se pudo identificar que hubo una desviación estándar de 21 puntos, siendo 171 el puntaje total mínimo y 228 el puntaje total máximo. Vemos que este grupo tuvo un rendimiento menor en comparación a los dos grupos iniciales.

Tabla 9
Puntajes WAI-SR grupo 3

		Tareas	Vínculo	Metas	Total
Número de participantes	Válido	6	6	6	6
	Perdidos	0	0	0	0
Media		66,8333	60,8333	64,5000	192,1667
Mediana		66,5000	62,5000	64,0000	189,5000
Desviación estándar		9,72454	8,10967	6,83374	21,14159
Mínimo		52,00	48,00	55,00	171,00
Máximo		80,00	72,00	76,00	228,00

Finalmente en el último grupo, donde se concentra la mayor parte de la muestra se evidenció una gran variabilidad de puntajes, siendo la desviación estándar superior a 36 puntos. El puntaje promedio para el factor de tareas fue de 64,7, de 61,8 para vínculo y de 59,2 para metas. Así mismo, el puntaje total mínimo es de 86 puntos y 252 puntos para el puntaje máximo, lo que indica que hubo al menos un participante que obtuvo el puntaje máximo del instrumento.

Tabla 10
Puntajes WAI-SR grupo 4

		Tareas	Vínculo	Metas	Total
Número de participantes	Válido	147	147	147	147
	Perdidos	0	0	0	0
Media		64,7483	61,8163	59,2313	185,7959
Mediana		69,0000	64,0000	61,0000	195,0000
Desviación estándar		13,41224	13,39138	11,83162	36,64396
Mínimo		27,00	23,00	29,00	86,00
Máximo		84,00	84,00	84,00	252,00

Discusión

A raíz del análisis de datos realizado se puede llegar a distintos puntos de discusión, inicialmente se puede identificar que los tres factores no son mutuamente excluyentes, como se pudo evidenciar a través del análisis estadístico, por ejemplo, hay aspectos fundamentales del factor de vínculo que afectan a su vez el establecimiento de metas y tareas, como en el ítem 1. Me siento incómodo con mi supervisor, que aunque según Smith, Younes y Lichtenberg (2002) se ajustó con más del 85% de acuerdo entre expertos en el factor de vínculo (Anexo 3), en el presente análisis se encuentra ubicado en el factor de metas, lo que podría significar que debe existir un ambiente que el supervisado perciba como cómodo en relación a su supervisor para establecer adecuadamente las metas del proceso de supervisión. De igual forma, como se señaló anteriormente, aquellos ítems que tuvieron una carga significativa en los tres factores comprueban que en algunos aspectos, el establecimiento de los mismos ocurre simultáneamente.

Sin embargo, se hace relevante aclarar que el factor de vínculo fue el único que en el análisis factorial no tuvo ítems pertenecientes a otros factores lo que señalaría que es un proceso que puede establecerse independientemente de la comprensión que tenga el supervisado sobre las metas y tareas específicas que tiene dentro del proceso, un ejemplo de esto se encuentra en lo expuesto a través del participante 179 (Anexo 5), quien aunque puntuó 70/84 en el factor de vínculo, en los factores de tareas y metas puntuó por debajo de la mitad 39/84 y 29/84 respectivamente, lo que señalaría en este caso que aunque haya una percepción agradable del vínculo con el supervisor, no hace explícito que los factores de metas y tareas estén puntuando de la misma forma. De igual forma, en el participante 146, el factor de vínculo estuvo debajo de la mitad 45/84, cercano al resultado de factor de metas 58/84 pero significativamente inferior al factor de tareas 71/84 lo que en este caso en particular podría indicar que aunque el participante

no percibe tener un vínculo cercano o significativo con su supervisor, siente tener claridad sobre las metas en el proceso, es interesante señalar que en este caso el factor de metas pareciese estar en medio de estos dos factores. Aunque los dos casos señalados no representan una parte significativa de la muestra, indican que el instrumento podría ser de utilidad para identificar situaciones específicas relacionadas a alguno de los factores que estén afectando la constitución de la alianza.

Es por ello, que siendo que no era un objetivo de la presente investigación, sería interesante analizar las medias de los puntajes con el fin de identificar si hay correlaciones significativas entre los factores, sin embargo, lo expuesto anteriormente tiende a señalar que varios de los ítems se agrupan en los tres factores aunque en el acuerdo entre expertos realizado por Smith, Younes y Lichtenberg (2002) hayan sido ubicados 100% en uno de ellos, por ejemplo el ítem 5. Mi supervisor y yo nos entendemos mutuamente, fue ubicado por los expertos en su totalidad en el ítem de vínculo, pero en el análisis factorial tuvo una carga de .535 en el factor de tareas, de .492 en el factor de vínculo y de .294 en el factor de metas.

Así mismo, otro ejemplo de lo mencionado está en el ítem 8. Creo que le agrado a mi supervisor, que igualmente fue ubicado por expertos 100% en el factor de vínculo pero en el análisis factorial se ubicó con una carga de .370 en vínculo y .608 en metas. Por otra parte, ítems como el 6. Mi supervisor percibe adecuadamente cuáles son mis objetivos, que pertenece al factor de metas (.321) pero en el análisis tiene una mayor carga en el factor de tareas (.644) y una menor en vínculo (.320), reflejó lo expuesto en el análisis de expertos donde tuvo un acuerdo de 28,6% para vínculo, de 64,3 para metas y 7,1 para tareas, mostrando que incluso a nivel teórico hay dificultades para radicalizar los contenidos pertenecientes a cada factor, por lo que esta investigación aunque no invalida la pertinencia de los tres factores, aporta al debate sobre la

división de los mismos, ya que los resultados señalados parecieran mostrar la alianza como un solo proceso en el que se incluyen los tres factores.

Retomando lo expuesto por Krause (2001) donde señaló la ausencia de el factor de vínculo como un sentimiento de simpatía y de confianza hacia el terapeuta, en este caso en el supervisor, pone en peligro el proceso de cambio y con frecuencia lleva a la ruptura de la relación de ayuda influenciando en el establecimiento de los otros dos factores podría evidenciarse en respuestas como las de los participantes 55, 90, 131 y 187 donde el puntaje de vínculo fue bajo (24/84, 28/84, 23/84 y 33/84 respectivamente) y así mismo los puntajes en los otros dos factores se encontraron por debajo del 50% del puntaje máximo, y si bien no se podría identificar causalidad entre factores, que el factor de vínculo haya sido el único que en el análisis factorial no tuvo ítems de otros factores, lleva a pensar que debe ser un aspecto específico y fundamental en el establecimiento total de la alianza.

Así bien, ya que en la investigación en psicoterapia se ha logrado identificar la alianza terapéutica como un indicador de éxito en el proceso terapéutico e igualmente se ha concluido que la percepción que el consultante tiene sobre la alianza en las primeras fases del tratamiento predice en gran medida el resultado de las próximas sesiones (Horvath & Symonds, 1991; Bachelor, 1991), en la presente investigación, se pretende invitar a futuras investigaciones a identificar posibles correlaciones entre puntajes de alianza de trabajo en supervisión y en terapia, para ello sería relevante identificar el número de la sesión de supervisión en la que se realiza el instrumento ya que en la aplicación de este instrumento esa no fue una variable que se tuvo en cuenta.

Con respecto a lo que Bordin (1983) señaló afirmando que la reparación de la alianza es un aspecto fundamental para la constitución de la misma, el autor resaltó que las consecuencias

emocionales como el dolor o la insatisfacción que suscitan en la psicoterapia llevan a la existencia de "rupturas", es relevante señalar que este tipo de instrumentos no permiten identificar la existencia de estas rupturas ni el manejo de las mismas, sin embargo los altos puntajes en la escala podrían indicar que según la percepción del supervisado, un puntaje favorable en el factor de vínculo señalaría las habilidades del supervisor en el manejo de las mismas.

Como se señalaba páginas anteriores, la supervisión clínica es altamente reconocida como un espacio fundamental para el transcurso de la formación del psicólogo clínico, es un proceso en el cual como mencionan Milne y Watkins en Blackwell (2014) se propicia el aprendizaje de habilidades correlacionales con la efectividad terapéutica, por lo que podría pensarse que brindar a los supervisados un espacio en el que se genere una adecuada alianza podría reflejarse en sus casos, por ello de nuevo, sería interesante comparar la aplicación de este tipo de instrumentos en ambos procesos, como mencionaban Falender & Shafranske (2014) se debe considerar la alianza entre supervisado y supervisor como un aspecto crucial de las prácticas efectivas del supervisor.

Por otro lado, retomando lo señalado por Campbell (2000) sobre la naturaleza evaluativa de la supervisión como un factor que puede generar un obstáculo en la relación supervisado-supervisor dado que es un espacio en el que el supervisado debe ser observado y confrontado en relación a sus debilidades y habilidades, se hace pertinente señalar que teniendo en cuenta que hubo varios participantes con un puntaje cercano al máximo, pareceise que esta no es una variable que afecte significativamente al establecimiento de la alianza de trabajo en la supervisión.

Como un aspecto adicional, Bennett-Levy (2006) refiere que hay aspectos éticos que se deben desarrollar teniendo en cuenta los posibles riesgos a los que se enfrenta el clínico, por lo

que el supervisor debe propiciar al adecuado manejo de la confidencialidad, estar informado de lo que el supervisado realiza en sesión e identificar las limitaciones que el supervisor tiene en relación a orientaciones teóricas, por ende, la inclusión de este tipo de instrumentos en la cotidianidad de los procesos de supervisión permitirían una participación más activa de los supervisores en relación a cómo el establecimiento de la alianza en sus relaciones con supervisados propicia de alguna forma espacios más efectivos para los consultantes; en la presente investigación 31 de los 197 participantes puntuaron por debajo del 60% del puntaje máximo, lo que genera inquietud en primer lugar, sobre el conocimiento de sus respectivos supervisores sobre la situación y el manejo de la misma, y en segundo lugar, sobre cómo esto puede estar afectando actualmente el rendimiento de estos participantes en sus prácticas clínicas. Esto, tiene una relación evidente con lo mencionado por Bambling y King (2000) quienes señalan que se aunque se ha escrito bastante sobre las características de la supervisión clínica, existe poca evidencia empírica que dé cuenta de sus efectos y de la posible influencia en los resultados terapéuticos de los supervidados.

Hay que mencionar, además, que existe una necesidad continua de los profesionales para acceder a supervisiones de alta calidad para mantener su desarrollo profesional y propiciar el bienestar y la eficacia en sus servicios (Dunsmuir, Lang & Leadbetter, J. 2015), por lo que sería interesante – teniendo en cuenta que en este tema se suele hablar sobre “mutuo entendimiento y participación”- señalar que hay aspectos por identificar del supervisado que influirían en el establecimiento óptimo de la alianza de trabajo y por ende, darle visibilidad a su protagonismo y responsabilidad en la adquisición de lo que podría llamarse una supervisión de alta calidad.

Así mismo, utilizar este instrumento como un ejercicio de retroalimentación y de crítica constructiva, podría propiciar la mejora de habilidades, como señalan Ellis y Rousmaniere

(2013) existe una necesidad de capacitación de los supervisores para asegurar un proceso respetuoso, ético y competente. Según Patton y Kivlighan (1997), existe evidencia empírica que sugiere que la percepción del supervisado en relación a la alianza de trabajo en supervisión, está relacionada con la percepción de alianza de trabajo terapéutica de sus consultantes.

Como limitaciones en la presente investigación, es importante señalar que aunque se contó con una muestra significativamente mayor en comparación a la investigación original, hubiese sido interesante contar con más grupos poblacionales para enriquecer los resultados, así mismo, no se cuenta con una adaptación de la versión del instrumento para supervisores, lo que a su vez aportaría significativamente al análisis de la investigación. Similarmente, aunque el modelo de Bordin es reconocido no solo como relevante en la psicoterapia, sino que según Strupp (1973) correspondiente a un "constructo panteórico" que influye en la efectividad de las intervenciones de cualquier modelo psicoterapéutico, puede ser útil para esta línea de investigación identificar similitudes o diferencias en los resultados arrojados por supervisados de diferentes líneas terapéuticas.

Así mismo, es relevante señalar que para la aplicación del instrumento no se identificó el número de sesiones que habían transcurrido, por lo que no se podría garantizar que las percepciones de los supervisados estuviesen en las primeras fases del proceso de supervisión, lo que se ha identificado como un tiempo idóneo para la medición de la alianza en relación a la predicción del proceso terapéutico (Horvath & Symonds, 1991; Bachelor, 1991), por lo que en este aspecto no se podrían arrojar conclusiones significativas.

Finalmente, retomando a la Organización Mundial de la Salud (OMS) que ha recomendado tener instrumentos validados en el ámbito de salud con el fin de poder realizar estudios comparativos (Patrick & Erickson, 1993) haciendo evidente la necesidad de contar con

adecuadas adaptaciones de instrumentos (Muñiz & Fernández-Hermida, 2000), se puede asegurar a raíz de los hallazgos de la presente investigación el cumplimiento de los objetivos planteados: la adaptación al español del Working Alliance Inventory of Supervisory Relationship, instrumento de Smith, Younes y Lichtenberg (2002) en español, el Inventario de Alianza de Trabajo- Relación de Supervisión (WAI-SR). A nivel psicométrico se encontraron índices de confiabilidad similares, estadísticamente significativos, mostrando que el WAI-SR tiene una consistencia que garantiza que los resultados totales señalan el estado global de la alianza de trabajo en la supervisión, en cuanto a la validez del instrumento aunque se emplearon metodologías distintas entre ambas investigaciones, se encontraron no solo hallazgos similares sino interesantes desde el punto de vista teórico, específicamente en relación a la propuesta de repensar la distribución a nivel conceptual de los tres factores en la alianza; un posible primer planteamiento estaría relacionado a unir el factor de metas y tareas, y el segundo a no dividir la alianza en factores, lo que abriría la puerta a generar nuevas investigaciones que aporten significativamente a este tema que durante décadas ha estado vigente no solo en el proceso de supervisión, sino mayoritariamente en la relación terapéutica. Se debe agregar que, independiente de la discusión teórica alrededor de la división de los factores, el Inventario de Alianza de Trabajo- Relaciones de Supervisión (WAI-SR) queda al servicio de Instituciones educativas, supervisores independientes, investigadores, etc., como una herramienta valiosa, pertinente y válida para la evaluación y retroalimentación de la alianza de trabajo en el proceso de supervisión clínica.

Referencias

- Argimon J, Jiménez J. (2004). Validación de cuestionarios. *Métodos de investigación clínica y epidemiológica*. Madrid: Elsevier.
- Bachelor, A. (1991). Comparison and relationship to outcome of diverse dimensions of the helping alliance as seen by client and therapist. *Psychotherapy*, 28, 534-549.
- Bambling, M., & King, R. (2000). Supervision and the development of counselor competency. *Psychotherapy in Australia*, 6,4.
- Bambling, M., King, R., Raue, P., Schweitzer, R. & Lambert, W. (2006) Clinical supervision: Its influence on client-rated working alliance and client symptom reduction in the brief treatment of major depression, *Psychotherapy Research*, 16:03, 317-331, DOI: 10.1080/10503300500268524
- Barletta, J. B, Fonseca, A. L., & Delabrida, Z. N. (2012). A importância da supervisão de estágio clínico para o desenvolvimento de competências em terapia cognitivo-comportamental. *Psicologia: Teoria e Prática*, 14(3), 153-167. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1516-36872012000300013&script=sci_arttext
- Bennett-Levy, J. (2006). Therapist skills: A cognitive model of their acquisition and refinement. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 34, 57-8. doi: 10.1017/S1352465805002420
- Blackwell, W. (2014). *The Wiley International Handbook of Clinical Supervision*. Editado por Watkins, C., Milne, D. ISBN: 978-1-119-94332-7.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 16 (3), 252-260.
- Bordin, E. S. (1983). A Working Alliance Based Model of Supervision. *The Counseling Psychologist* 11(1), 35-42. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/2027.42/68473>

- Carvajal, A., Centeno, C., Watson, R., Martínez, M., & Sanz Rubiales, Á. (2011). ¿Cómo validar un instrumento de medida de la salud? *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 34(1), 63-72.
- Campbell, J. (2000). *Becoming an effective supervisor: A Workbook for Counselors and Psychotherapists*. Estados Unidos de América: Taylor & Francis.
- Corbella, S., Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de psicología*, 19(2), 205-221. Recuperado de: http://www.um.es/analesps/v19/v19_2/04-19_2.pdf.
- Crowley, M. J. (2001). Patient and therapist pre-treatment characteristics as predictors of the therapeutic alliance. Tesis doctoral no publicada, Ohio University.
- Daskal A.M. (2008).Poniendo la Lupa en la Supervisión Clínica. *Revista Clínica Psicológica*, 17, 215-224. Recuperado de <http://www.cienciaried.com.ar/ra/doc.php?n=978>
- Delsignore, A., Rufer, M., Moergeli, H., Emmerich, J., Schlesinger, J., Milos, G., Schulte Vels, T. & Weidt, S. (2014). California Psychotherapy Alliance Scale (CALPAS): Psychometric properties of the German version for group and individual therapy patients. *Comprehensive Psychiatry*, 55, 736-742.
- Dunsmuir, S., Lang, J., & Leadbetter, J. (2015). Current trends in educational psychology supervision in the UK. *Educational & Child Psychology*, 32(3), 8-21.
- Efstation, J. F., Patton, M. J., & Kardash, C. M. (1990). Measuring the working alliance in counseling supervision. *Journal of Counseling Psychology*, 37, 322–329.
- Ellis, M., Rousmaniere, T. (2013). Developing the construct and measure of collaborative clinical supervision: The supervisee's perspective. *Training and Education in Professional Psychology*, 7(4), 300-308.

- Elvins, R., Green, J. (2008). The conceptualization and measurement of therapeutic alliance: An empirical review. *Clinical Psychology Review*, 28, 1167-1187.
- Escudero, V., Friedlander, M. (2003): El Sistema de Observación de la Alianza Terapéutica en Intervención Familiar (SOATIF): Desarrollo transcultural, fiabilidad, y aplicaciones del instrumento. *Perspectivas Sistémicas*. 77.
- Falender, C. A., & Shafranske, E. P. (2014). Clinical Supervision: The State of the Art. *Journal Of Clinical Psychology*, 70(11), 1030-1041. doi:10.1002/jclp.22124
- Fernández - Álvarez, H. (2008). Supervisión en Psicoterapia. *Revista de la Asociación de Psicoterapia Argentina*, 1, Recuperado de <http://www.revistaakademeia.cl/?p=767>
- Fernández, P. S., Mella, M. R., & Vinet, E. V. (2009). Efectividad de la psicoterapia y su relación con la alianza terapéutica. *Interdisciplinaria: Revista De Psicología Y Ciencias Afines*, 26(2), 267-287.
- Hartley, D. (1985). Research on the therapeutic alliance in psychotherapy. En R. Hales & A. Frances (Edd.), *Psychiatry update: American Psychiatric Association annual review* (532-549). Washington DC: American Psychiatric Association Press.
- Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the working alliance inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36, 223–233.
- Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). Relation between the working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 139 149.
- Klein, D. N., Schwartz, J. E., Santiago, N. J., Vivian, D., Vocisano, C., Arnow, B., et al. (2003). Therapeutic alliance in depression treatment: controlling for prior change and patient characteristics. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 71(6), 997–1006.

- Krause, M. (2001). ¿Subjetividad del cambio o cambio subjetivo? Trabajo presentado en Coloquio realizado en la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile.
- Ladany, N., Friedlander, M.L., & Nelson, M.L. (2005). *Critical events in psychotherapy supervision*. Washington: American Psychological Association.
- Martin, D. J., Garske, J. P., & Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: a meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 438–450.
- McLeod, B. D. (2011). Relation of the alliance with outcomes in youth psychotherapy: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 31, 603-616.
- Muñiz, J. & Fernández-Hermida, J.R. (2000). La utilización de los tests en España. *Papeles del Psicólogo*, 76, 41-49.
- Opazo, R. (2001). *Psicoterapia integrativa. Delimitación clínica*. Santiago, Chile: Ediciones ICPSI.
- Orlinsky, D., Ronnestad, M. & Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process outcome research: Continuity and change. En M. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5ta. ed., 307-393). Nueva York: Wiley.
- Palomo, M., Beinart, H. & Cooper, M. (2010). Development and validation of the Supervisory Relationship Questionnaire (SRQ) in UK trainee clinical psychologists. Inglaterra. *Journal of Clinical Psychology*, 49, 131-149.
- Patrick, D., Erickson, P. (1993). *Health Status and Health Policy. Quality of life in health care: evaluation and resource allocation*. Nueva York: Oxford University Press.

- Patton, M. J., & Kivlighan, D. M. (1997). Relevance of the supervisory alliance to the counseling alliance and to treatment adherence in counselor training. *Journal of Counseling Psychology, 44*, 108–115.
- Pinsof, W. M., & Catherall, D. R. (1986). The integrative psychotherapy alliance: Family, couple and individual therapy scales. *Journal of Marital and Family Therapy, 12*, 137- 151.
- Pinsof, W., Zinbarg, R., Knobloch-Fedders, L. (2008). Factorial and construct validity of the revised short form integrative psychotherapy alliance scales for family, couple, and individual therapy. *Family Process, 47*(3), 281-301. Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/218872265?Accountid=13250>
- Safran, J. D., Muran, J. C. y Samstag, L. W. (1994). Resolving therapeutic Alliance ruptures: A task analytic investigation, *The working alliance: Theory, research, and practice. Wiley series on personality processes, 225-255*. Nueva York: John Wiley and Sons.
- Sartorius, N., Janca, A. (1996) Psychiatric assessment instruments developed by the World Health Organization. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 31*, 55-69.
- Smith, T. R., Younes, L. K., & Lichtenberg, J. W. (2002). Examining the working alliance in supervisory relationships: The development of the Working Alliance Inventory of Supervisory Relationships. (ERIC Document Reproduction Service No. ED471440).
- Sousa, C. R., & Costa Padovani, R. (2015). Supervisão em Terapias Cognitivo Comportamentais: Trilhando outros Caminhos Além do Serviço-Escola. *Psico-USF, 20*(3), 461-470. doi:10.1590/1413-82712015200308
- Strupp, H. (1973). The interpersonal relationship as a vehicle for therapeutic learning. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 41*(1), 13-15.

Valdivieso S. (1994). Fundamentos y límites de la psicoterapia. *Boletín Esc. de Medicina. Universidad Católica de Chile*, (23), 97-102.

Wood, C. (2005). Supervisory Working Alliance: A Model Providing Direction for College Counseling Supervision. *Journal of College Counseling*, (8), 127-137.

Anexos

Anexo 1. Instrumento original.

Working Alliance Inventory of Supervisory Relationships (WAI-SR)

Instructions

On the following pages there are sentences that describe some of the different ways a person might think or feel about his or her supervisor. As you read the sentences mentally insert the name of your supervisor in place of _____ in the text.

Below each statement inside there is a seven point scale:

1	2	3	4	5	6	7
Never	Rarely	Occasionally	Sometimes	Often	Very Often	Always

If the statement describes the way you always feel or think circle the number 7; if it never applies to you circle the number 1. Use the numbers in between to describe the variations between these extremes.

This questionnaire is **confidential**: neither your supervisor nor your academic program will see your answers.

Work fast, your first impressions are the ones we would like to see.

(PLEASE DON'T FORGET TO RESPOND TO **EVERY** ITEM.)

Thank you for your cooperation!

1. I feel uncomfortable with _____.						
1	2	3	4	5	6	7
Never	Rarely	Occasionally	Sometimes	Often	Very Often	Always

2. _____ and I agree about the things I will need to do in supervision to improve my counseling skills.						
1	2	3	4	5	6	7
Never	Rarely	Occasionally	Sometimes	Often	Very Often	Always

3. I am worried about the outcome of supervision.						
1	2	3	4	5	6	7
Never	Rarely	Occasionally	Sometimes	Often	Very Often	Always

4. What I am doing in supervision gives me new ways of looking at my counseling sessions.						
1	2	3	4	5	6	7
Never	Rarely	Occasionally	Sometimes	Often	Very Often	Always

5. _____ and I understand each other.						
1	2	3	4	5	6	7
Never	Rarely	Occasionally	Sometimes	Often	Very Often	Always

6. _____ perceives accurately what my goals are.						
1	2	3	4	5	6	7
Never	Rarely	Occasionally	Sometimes	Often	Very Often	Always

7. I find what I am doing in supervision confusing.						
1	2	3	4	5	6	7
Never	Rarely	Occasionally	Sometimes	Often	Very Often	Always

8. I believe _____ likes me.

1	2	3	4	5	6	7
Never	Rarely	Occasionally	Sometimes	Often	Very Often	Always

9. I wish _____ and I could clarify the purpose of our supervisory sessions.

1	2	3	4	5	6	7
Never	Rarely	Occasionally	Sometimes	Often	Very Often	Always

10. I disagree with _____ about what I ought to get out of supervision.

1	2	3	4	5	6	7
Never	Rarely	Occasionally	Sometimes	Often	Very Often	Always

11. I believe the time _____ and I are spending together is not spent efficiently.

1	2	3	4	5	6	7
Never	Rarely	Occasionally	Sometimes	Often	Very Often	Always

12. _____ does not understand what I am trying to get out of supervision.

1	2	3	4	5	6	7
Never	Rarely	Occasionally	Sometimes	Often	Very Often	Always

13. I am clear on what my responsibilities are in supervision.

1	2	3	4	5	6	7
Never	Rarely	Occasionally	Sometimes	Often	Very Often	Always

14. The goals of supervision are important to me.

1	2	3	4	5	6	7
Never	Rarely	Occasionally	Sometimes	Often	Very Often	Always

15. I find what _____ and I are doing in supervision is unrelated to my concerns.

1	2	3	4	5	6	7
Never	Rarely	Occasionally	Sometimes	Often	Very Often	Always

16. I feel that the things I do in supervision will help me to improve my counseling skills as I would like.

1	2	3	4	5	6	7
Never	Rarely	Occasionally	Sometimes	Often	Very Often	Always

17. I believe _____ is genuinely concerned for my welfare.

1	2	3	4	5	6	7
Never	Rarely	Occasionally	Sometimes	Often	Very Often	Always

18. I am clear as to what _____ wants me to do in supervision.

1	2	3	4	5	6	7
Never	Rarely	Occasionally	Sometimes	Often	Very Often	Always

19. _____ and I respect each other.

1	2	3	4	5	6	7
Never	Rarely	Occasionally	Sometimes	Often	Very Often	Always

20. I feel that _____ is not totally honest about his/her feeling toward me.

1	2	3	4	5	6	7
Never	Rarely	Occasionally	Sometimes	Often	Very Often	Always

21. I am confident in _____'s ability to help me improve my counseling skills.

1	2	3	4	5	6	7
Never	Rarely	Occasionally	Sometimes	Often	Very Often	Always

22. _____ and I are working towards mutually agreed upon goals.

1	2	3	4	5	6	7
Never	Rarely	Occasionally	Sometimes	Often	Very Often	Always

23. I feel that _____ appreciates me.

1	2	3	4	5	6	7
Never	Rarely	Occasionally	Sometimes	Often	Very Often	Always

24. We agree upon what is important for me to work on.

1	2	3	4	5	6	7
Never	Rarely	Occasionally	Sometimes	Often	Very Often	Always

25. As a result of supervision I am clearer as to how I might be able to improve my counseling skills.

1	2	3	4	5	6	7
Never	Rarely	Occasionally	Sometimes	Often	Very Often	Always

26. _____ and I trust one another.

1	2	3	4	5	6	7
Never	Rarely	Occasionally	Sometimes	Often	Very Often	Always

27. _____ and I have different ideas on what counseling skills I need to improve.

1	2	3	4	5	6	7
Never	Rarely	Occasionally	Sometimes	Often	Very Often	Always

28. My relationship with _____ is very important to me.

1	2	3	4	5	6	7
Never	Rarely	Occasionally	Sometimes	Often	Very Often	Always

29. I have the feeling that if I say or do the wrong things, _____ will stop working with me.

1	2	3	4	5	6	7
Never	Rarely	Occasionally	Sometimes	Often	Very Often	Always

30. _____ and I collaborate on settings goals for supervision.

1	2	3	4	5	6	7
Never	Rarely	Occasionally	Sometimes	Often	Very Often	Always

31. I am frustrated by the things I am doing in supervision.

1	2	3	4	5	6	7
Never	Rarely	Occasionally	Sometimes	Often	Very Often	Always

32. We have established a good understanding of the kind of changes that would improve my counseling skills.

1	2	3	4	5	6	7
Never	Rarely	Occasionally	Sometimes	Often	Very Often	Always

33. The things that _____ is asking me to do don't make sense.

1	2	3	4	5	6	7
Never	Rarely	Occasionally	Sometimes	Often	Very Often	Always

34. I don't know what to expect as the result of supervision.

1	2	3	4	5	6	7
Never	Rarely	Occasionally	Sometimes	Often	Very Often	Always

35. I believe the way we are working in supervision is correct.

1	2	3	4	5	6	7
Never	Rarely	Occasionally	Sometimes	Often	Very Often	Always

36. I feel _____ cares about me even when I do things he/she does not approve of.

1	2	3	4	5	6	7
Never	Rarely	Occasionally	Sometimes	Often	Very Often	Always

Anexo 2. Instrumento en español

Inventario de Alianza de Trabajo- Relaciones de Supervisión (WAI-SR)

Instrucciones

En las siguientes páginas hay frases que describen algunas de las formas en las que una persona puede pensar o sentir sobre su supervisor/supervisora. A medida que lee, inserte mentalmente el nombre de su supervisor en lugar de _____ en el texto.

Debajo de cada afirmación se encuentra una escala de siete puntos:

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A veces	Muy a menudo	Muchísimas veces	Siempre

Si la afirmación describe la forma en la que usted siempre siente o piensa, encierre con un círculo el número 7; si nunca aplica para usted, encierre el número 1. Use los otros números para describir las variaciones entre estos extremos.

Este cuestionario es **confidencial**: ni su supervisor o institución académica verán sus resultados.

Responda rápido, sus primeras impresiones son las que nos gustaría ver

(POR FAVOR NO OLVIDE RESPONDER **TODOS** LOS ÍTEMS)

¡Gracias por su ayuda!

1. Me siento incómodo con _____.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A veces	Muy a menudo	Muchísimas veces	Siempre

2. _____ y yo estamos de acuerdo sobre las cosas que necesitaré hacer en supervisión para mejorar mis habilidades terapéuticas.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A veces	Muy a menudo	Muchísimas veces	Siempre

3. Estoy preocupado por el resultado de la supervisión.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A veces	Muy a menudo	Muchísimas veces	Siempre

4. Lo que estoy haciendo en supervisión me da nuevas perspectivas para ver mis sesiones de terapia.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A veces	Muy a menudo	Muchísimas veces	Siempre

5. _____ y yo, nos entendemos mutuamente.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A veces	Muy a menudo	Muchísimas veces	Siempre

6. _____ percibe adecuadamente cuáles son mis objetivos.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A veces	Muy a menudo	Muchísimas veces	Siempre

7. Encuentro lo que estoy haciendo en supervisión confuso.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A veces	Muy a menudo	Muchísimas veces	Siempre

8. Creo que le agrado a _____.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A veces	Muy a menudo	Muchísimas veces	Siempre

9. Deseo que _____ y yo podamos aclarar el propósito de nuestras sesiones de supervisión.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A veces	Muy a menudo	Muchísimas veces	Siempre

10. Estoy en desacuerdo con _____ sobre lo que yo debería obtener como resultado de la supervisión.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A veces	Muy a menudo	Muchísimas veces	Siempre

11. Creo que el tiempo que _____ y yo estamos teniendo juntos no se gasta eficientemente.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A veces	Muy a menudo	Muchísimas veces	Siempre

12. _____ no entiende lo que estoy intentando obtener de la supervisión.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A veces	Muy a menudo	Muchísimas veces	Siempre

13. Tengo claridad sobre cuáles son mis responsabilidades en la supervisión.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A veces	Muy a menudo	Muchísimas veces	Siempre

14. Los objetivos de la supervisión son importantes para mí.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A veces	Muy a menudo	Muchísimas veces	Siempre

15. Creo que lo que _____ y yo estamos haciendo en supervisión no está relacionado con mis preocupaciones.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A veces	Muy a menudo	Muchísimas veces	Siempre

16. Siento que las cosas que hago en supervisión me ayudarán a mejorar mis habilidades terapéuticas de la forma en que me gustaría.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A veces	Muy a menudo	Muchísimas veces	Siempre

17. Creo que _____ se preocupa genuinamente por mi bienestar.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A veces	Muy a menudo	Muchísimas veces	Siempre

18. Tengo claridad sobre lo que _____ quiere que yo haga en supervisión.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A veces	Muy a menudo	Muchísimas veces	Siempre

19. _____ y yo nos respetamos mutuamente.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A veces	Muy a menudo	Muchísimas veces	Siempre

20. Siento que _____ no es totalmente honesto/a sobre sus sentimientos hacia mí.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A veces	Muy a menudo	Muchísimas veces	Siempre

21. Tengo confianza en la habilidad de _____ para ayudarme a mejorar mis habilidades terapéuticas.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A veces	Muy a menudo	Muchísimas veces	Siempre

22. _____ y yo estamos trabajando hacia objetivos mutuamente acordados.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A veces	Muy a menudo	Muchísimas veces	Siempre

23. Siento que _____ me aprecia.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A veces	Muy a menudo	Muchísimas veces	Siempre

24. Estamos de acuerdo sobre lo que es importante que yo trabaje.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A veces	Muy a menudo	Muchísimas veces	Siempre

25. Como resultado de la supervisión tengo mayor claridad sobre cómo podría mejorar mis habilidades terapéuticas.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A veces	Muy a menudo	Muchísimas veces	Siempre

26. _____ y yo confiamos el uno en el otro.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A veces	Muy a menudo	Muchísimas veces	Siempre

27. _____ y yo tenemos diferentes ideas sobre las habilidades terapéuticas que necesito mejorar.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A veces	Muy a menudo	Muchísimas veces	Siempre

28. Mi relación con _____ es muy importante para mí.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A veces	Muy a menudo	Muchísimas veces	Siempre

29. Tengo la sensación de que si digo o hago las cosas mal, _____ dejará de trabajar conmigo.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A veces	Muy a menudo	Muchísimas veces	Siempre

30. _____ y yo colaboramos en el establecimiento de objetivos para la supervisión.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A veces	Muy a menudo	Muchísimas veces	Siempre

31. Me siento frustrado por las cosas que estoy haciendo en supervisión.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A veces	Muy a menudo	Muchísimas veces	Siempre

32. Hemos establecido una buena comprensión sobre el tipo de cambios que ayudarían a mejorar mis habilidades terapéuticas.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A veces	Muy a menudo	Muchísimas veces	Siempre

33. Las cosas que _____ me está pidiendo hacer no tienen sentido.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A veces	Muy a menudo	Muchísimas veces	Siempre

34. No sé qué esperar como resultado de la supervisión.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A veces	Muy a menudo	Muchísimas veces	Siempre

35. Creo que la forma como estamos trabajando la supervisión es correcta.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A veces	Muy a menudo	Muchísimas veces	Siempre

36. Siento que _____ se preocupa por mí incluso cuando hago cosas que él/ella no aprueba.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A veces	Muy a menudo	Muchísimas veces	Siempre

Anexo 3. Análisis de validez realizado para el instrumento original.

RESULTS					
ITEM	True Category	Selected Category			
		Bond	Goal	Task	Sig.
1. I feel uncomfortable with my supervisor.	<i>Bond</i>	85.7	0.0	14.3	*
2. My supervisor and I agree about the things I will need to do in supervision to improve my counseling skills.	<i>Task</i>	7.1	78.6	14.3	
3. I am worried about the outcome of supervision.	<i>Goal</i>	7.1	64.3	28.6	•
4. What I am doing in supervision gives me new ways of looking at my counseling skills.	<i>Task</i>	7.1	14.3	78.6	*
5. My supervisor and I understand each other.	<i>Bond</i>	100.0	0.0	0.0	*
6. My supervisor perceives accurately what my goals are.	<i>Goal</i>	28.6	64.3	7.1	•
7. I find what I am doing in supervision confusing.	<i>Task</i>	0.0	7.1	92.9	*
8. I believe my supervisor likes me.	<i>Bond</i>	100.0	0.0	0.0	*
9. I wish my supervisor and I could clarify the purpose of supervision.	<i>Goal</i>	7.1	71.4	21.4	•
10. I disagree with my supervisor about what I ought to get out of supervision.	<i>Goal</i>	0.0	78.6	21.4	*
11. I believe the time my supervisor and I are spending together is not spent efficiently.	<i>Task</i>	0.0	7.1	92.9	*
12. My supervisor does not understand what I am trying to accomplish in supervision.	<i>Goal</i>	7.1	78.6	14.3	*
13. I am clear on what my responsibilities are in supervision.	<i>Task</i>	7.1	14.3	78.6	*
14. The goals of supervision are important to me.	<i>Goal</i>	21.4	71.4	7.1	•
15. I find what my supervisor and I are doing in supervision is unrelated to my concerns.	<i>Task</i>	21.4	21.4	57.1	•

16. I feel that the things I do in supervision will help me to improve my counseling skills as I would like.	<i>Task</i>	7.1	28.6	64.3	•
17. I believe my supervisor is genuinely concerned about my welfare.	<i>Bond</i>	92.9	7.1	0.0	*
18. I am clear as to what my supervisor wants me to do in supervision.	<i>Task</i>	0.0	57.1	42.9	
19. My supervisor and I respect each other.	<i>Bond</i>	100.0	0.0	0.0	*
20. I feel that my supervisor is not really honest about his/her feelings toward me.	<i>Bond</i>	85.7	0.0	14.3	*
21. I am confident in my supervisor's ability to help me improve my counseling skills.	<i>Bond</i>	35.7	14.3	50.0	
22. My supervisor and I are working toward mutually agreed upon goals.	<i>Goal</i>	0.0	85.7	14.3	*
23. I feel that my supervisor appreciates me.	<i>Bond</i>	100.0	0.0	0.0	*
24. We agree upon what is important for me to work on.	<i>Task</i>	0.0	42.9	57.1	•
25. As a result of supervision I am clearer as to how I might be able to improve my counseling skills.	<i>Goal</i>	7.1	14.3	78.6	
26. My supervisor and I trust each other.	<i>Bond</i>	100.0	0.0	0.0	*
27. My supervisor and I have different ideas on what counseling skills I need to improve.	<i>Goal</i>	0.0	78.6	21.4	*
28. My relationship with my supervisor is very important to me.	<i>Bond</i>	100.0	0.0	0.0	*
29. I have the feeling that if I say or do the wrong things, my supervisor will stop working with me.	<i>Bond</i>	78.6	0.0	21.4	*
30. My supervisor and I collaborate on setting goals for supervision.	<i>Goal</i>	0.0	78.6	21.4	*
31. The things I am doing in supervision frustrate me.	<i>Task</i>	0.0	0.0	100.0	*

32. We have established a good understanding of the kind of changes I can make in my counseling sessions that would help me improve my counseling skills.	<i>Goal</i>	7.1	64.3	28.6	•
33. The things that my supervisor is asking me to do don't make sense.	<i>Task</i>	0.0	21.4	78.6	*
34. I don't know what to expect as the result of supervision.	<i>Goal</i>	7.1	64.3	28.6	•
35. I believe the way we are working in supervision is correct.	<i>Task</i>	14.3	7.1	78.6	*
36. I feel my supervisor shows regard for me even when I do things he/she does not approve of.	<i>Bond</i>	92.9	7.1	0.0	*

* = Identified correctly by subjects at or above pre-determined 75% level.

• = Identified correctly by the majority of subjects but below the pre-determined 75% level.

Anexo 4. Consentimiento Informado.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Antes de aceptar su participación en este estudio es importante que usted lea y comprenda la siguiente explicación acerca del propósito y los beneficios del estudio, así como la forma en que será llevado a cabo.

Propósito del estudio

Usted participará en un estudio que pretende validar al español el instrumento llamado " Working Alliance Inventory of Supervisory Relationships (WAI-SR) desarrollado por Smith, Younes y Lichtenberg (2002). Este mide la alianza de trabajo en la supervisión clínica. La validación de este instrumento en español permitirá desarrollar una alternativa de evaluación en nuestro idioma para el proceso de supervisión clínica. Para ello, al firmar este consentimiento usted procederá a diligenciar el instrumento antes mencionado el cual consta de 36 ítems tipo Likert.

Procedimiento del estudio

Inicialmente se establecerá un primer contacto con los participantes, quienes deben estar recibiendo supervisión en psicología clínica y se realizará la firma de consentimientos informados de participación e investigación. Posteriormente, se solicitará a los participantes a que procedan a responder la prueba teniendo en cuenta la percepción en relación a la alianza de trabajo resultado del proceso de supervisión clínica. Los resultados de esta aplicación serán sometidos a un análisis psicométrico con el fin de identificar índices de validez y confiabilidad del instrumento.

Instrucción de la aplicación:

En el encabezado del instrumento encontrará la siguiente instrucción: "En las siguientes páginas hay frases que describen algunas de las formas en las que una persona puede pensar o sentir sobre su supervisor/supervisora. A medida que lee, inserte mentalmente el nombre de su supervisor en lugar de _____ en el texto. Debajo de cada afirmación se encuentra una escala de siete puntos: 1 (nunca) 2 (casi nunca) 3 (de vez en cuando) 4 (a veces) 5 (muy a menudo) 6 muchísimas veces) y 7 (siempre).

Si la afirmación describe la forma en la que usted siempre siente o piensa, encierre con un círculo el número 7; si nunca aplica para usted, encierre el número 1. Use los otros números para describir las variaciones entre estos extremos".

Participación voluntaria

Su participación en este estudio es completamente voluntaria, si usted se negara a participar o decidiera retirarse, esto no le generará ningún problema, ni tendrá consecuencias a nivel institucional. Usted puede retirarse del estudio en cualquier momento en que así lo decida.

Riesgos de participación

No hay evidencia de riesgos significativos por participar en esta investigación ya que el instrumento se responderá de manera tal que se garantizará la reserva de la información que suministre el encuestado, sin embargo es posible que si hay conflictos en la relación con el(la) supervisor(a), se produzca reactividad emocional asociada al diligenciar el instrumento. En caso de pasar por esta eventualidad o alguna otra, podrá comunicarlo al equipo encargado de la investigación que está conformado por Mónica Ginet Pachón Basallo (C.C. 1015423794) y Óscar Mauricio Gallego Villa (C.C. 79710581).

Beneficios para los participantes y para otros

El proceso de supervisión es reconocido por ser fundamental en el desarrollo de habilidades clínicas en terapeutas en formación por lo que participar en este estudio ayudará a propiciar investigaciones en este campo. Así mismo, al ser un instrumento que mide la alianza de trabajo, éste contribuye a resaltar

aquellos aspectos de la formación clínica que no están relacionados con un enfoque clínico en particular. Teniendo en cuenta investigaciones significativas, parece existir una correlación entre la supervisión clínica y el éxito terapéutico, por ende, participar en este estudio promueve a identificar alternativas para evaluar y comprender la supervisión clínica, así como la investigación sobre el éxito terapéutico de psicólogos clínicos en formación.

Confidencialidad

Toda la información que se obtenga en el estudio será confidencial y solo será usada con fines académicos. Para garantizar la confidencialidad nos aseguraremos de que la identidad de las participantes permanezca anónima y mantendremos los formatos de la prueba en un lugar seguro. Todos los participantes serán identificados por un código que será usado para referirse a cada uno. Así se guardará el secreto profesional de acuerdo con lo establecido en la Ley 1090 que rige la profesión de psicología. La confidencialidad será también guardada en cualquier publicación o presentación que se realice para dar a conocer a la comunidad científica de los resultados de esta investigación.

Preguntas e inquietudes acerca de este estudio:

Si usted tiene alguna pregunta acerca de este estudio puede contactar a Mónica Pachón Basallo o a Mauricio Gallego Villa. Correos: mgpachonb@unal.edu.co y omgallegov@unal.edu.co

Derechos de los participantes

Su firma en este documento indica que usted ha leído y comprendido los objetivos, procedimientos, riesgos y beneficios de participar en este estudio y confirma que usted:

1. Ha recibido la información de parte Mónica Pachón Basallo y se le ha informado acerca de los riesgos y beneficios de participar.
2. Que la decisión de retirarse no tendrá ninguna consecuencia.
3. Que usted entiende sus derechos y participa de forma voluntaria en este estudio.

Nombre del participante

Firma del participante

Documento de Identificación: Tipo () Número: _____

Estudiante de: Pregrado () Posgrado () Otro, ¿cuál?: _____

Universidad a la que pertenece: _____

Codificación (Este espacio será diligenciado por el investigador): _____

Anexo 5. Puntaje total y por factores de todos los participantes.

Sujeto	Tareas	Vínculo	Metas	Total
1	63,00	64,00	58,00	185,00
2	72,00	71,00	64,00	207,00
3	77,00	84,00	72,00	233,00
4	64,00	70,00	58,00	192,00
5	65,00	68,00	63,00	196,00
6	81,00	82,00	76,00	239,00
7	83,00	68,00	80,00	231,00
8	81,00	82,00	69,00	232,00
9	76,00	66,00	66,00	208,00
10	54,00	61,00	48,00	163,00
11	72,00	67,00	66,00	205,00
12	73,00	71,00	71,00	215,00
13	56,00	58,00	51,00	165,00
14	72,00	78,00	75,00	225,00
15	61,00	71,00	56,00	188,00
16	82,00	73,00	77,00	232,00
17	80,00	78,00	75,00	233,00
18	69,00	65,00	55,00	189,00
19	82,00	76,00	75,00	233,00
20	78,00	75,00	77,00	230,00
21	81,00	73,00	84,00	238,00
22	69,00	64,00	66,00	199,00
23	80,00	77,00	73,00	230,00
24	78,00	75,00	78,00	231,00
25	75,00	68,00	69,00	212,00
26	72,00	73,00	68,00	213,00
27	77,00	67,00	71,00	215,00
28	70,00	83,00	75,00	228,00
35	75,00	65,00	69,00	209,00

29	73,00	68,00	65,00	206,00
30	50,00	61,00	46,00	157,00
31	65,00	60,00	67,00	192,00
32	78,00	76,00	69,00	223,00
33	74,00	69,00	68,00	211,00
34	78,00	72,00	68,00	218,00
36	52,00	63,00	39,00	154,00
37	80,00	78,00	70,00	228,00
38	77,00	77,00	77,00	231,00
45	67,00	69,00	63,00	199,00
46	73,00	70,00	76,00	219,00
47	68,00	61,00	49,00	178,00
48	49,00	64,00	42,00	155,00
49	82,00	79,00	79,00	240,00
50	75,00	81,00	71,00	227,00
39	68,00	63,00	62,00	193,00
40	62,00	48,00	63,00	173,00
41	65,00	56,00	65,00	186,00
42	52,00	64,00	55,00	171,00
43	80,00	72,00	76,00	228,00
44	74,00	62,00	66,00	202,00
51	70,00	72,00	67,00	209,00
52	66,00	72,00	65,00	203,00
53	71,00	66,00	63,00	200,00
54	39,00	24,00	30,00	93,00
55	74,00	75,00	74,00	223,00
56	49,00	50,00	53,00	152,00
57	73,00	74,00	60,00	207,00
58	69,00	62,00	69,00	200,00
59	50,00	43,00	45,00	138,00

60	73,00	61,00	53,00	187,00
61	71,00	66,00	69,00	206,00
62	68,00	70,00	68,00	206,00
63	56,00	53,00	46,00	155,00
64	77,00	72,00	71,00	220,00
65	69,00	79,00	65,00	213,00
66	44,00	46,00	44,00	134,00
67	78,00	74,00	75,00	227,00
68	75,00	70,00	63,00	208,00
69	67,00	62,00	63,00	192,00
70	62,00	58,00	56,00	176,00
71	81,00	82,00	64,00	227,00
72	81,00	69,00	64,00	214,00
73	69,00	66,00	62,00	197,00
74	50,00	39,00	43,00	132,00
75	63,00	66,00	54,00	183,00
76	50,00	59,00	47,00	156,00
77	61,00	64,00	52,00	177,00
78	53,00	45,00	47,00	145,00
79	69,00	60,00	65,00	194,00
80	62,00	65,00	54,00	181,00
81	64,00	66,00	62,00	192,00
82	72,00	63,00	67,00	202,00
83	60,00	53,00	59,00	172,00
84	73,00	69,00	70,00	212,00
85	48,00	45,00	41,00	134,00
86	43,00	56,00	43,00	142,00
87	70,00	58,00	65,00	193,00
88	52,00	72,00	52,00	176,00
89	40,00	28,00	32,00	100,00

90	63,00	56,00	52,00	171,00
91	43,00	45,00	40,00	128,00
92	62,00	44,00	50,00	156,00
93	58,00	60,00	58,00	176,00
94	47,00	40,00	41,00	128,00
95	71,00	61,00	62,00	194,00
96	63,00	59,00	60,00	182,00
97	62,00	61,00	60,00	183,00
98	50,00	47,00	53,00	150,00
99	49,00	64,00	55,00	168,00
100	76,00	63,00	64,00	203,00
101	41,00	55,00	45,00	141,00
102	63,00	58,00	54,00	175,00
103	49,00	45,00	40,00	134,00
104	81,00	72,00	60,00	213,00
105	47,00	53,00	47,00	147,00
106	80,00	69,00	74,00	223,00
107	73,00	72,00	67,00	212,00
108	65,00	74,00	61,00	200,00
109	76,00	77,00	71,00	224,00
110	79,00	71,00	72,00	222,00
111	73,00	62,00	68,00	203,00
112	56,00	44,00	56,00	156,00
113	83,00	81,00	81,00	245,00
114	76,00	80,00	70,00	226,00
115	60,00	63,00	54,00	177,00
116	52,00	47,00	54,00	153,00
117	77,00	70,00	72,00	219,00
118	61,00	61,00	61,00	183,00
119	59,00	47,00	51,00	157,00

120	58,00	57,00	60,00	175,00
121	73,00	75,00	63,00	211,00
122	42,00	36,00	48,00	126,00
123	75,00	75,00	69,00	219,00
124	69,00	71,00	58,00	198,00
125	78,00	71,00	72,00	221,00
126	50,00	40,00	41,00	131,00
127	74,00	73,00	65,00	212,00
128	73,00	79,00	68,00	220,00
129	66,00	69,00	58,00	193,00
130	31,00	23,00	32,00	86,00
131	76,00	74,00	66,00	216,00
132	68,00	65,00	58,00	191,00
133	59,00	47,00	48,00	154,00
134	84,00	81,00	72,00	237,00
135	51,00	49,00	41,00	141,00
136	77,00	67,00	68,00	212,00
137	73,00	68,00	68,00	209,00
138	75,00	75,00	74,00	224,00
139	81,00	72,00	66,00	219,00
140	77,00	71,00	71,00	219,00
141	43,00	34,00	43,00	120,00
142	81,00	72,00	79,00	232,00
143	47,00	42,00	46,00	135,00
144	77,00	77,00	70,00	224,00
145	78,00	69,00	64,00	211,00
146	71,00	45,00	58,00	174,00
147	83,00	79,00	83,00	245,00
148	76,00	71,00	70,00	217,00
149	78,00	79,00	74,00	231,00

150	74,00	59,00	63,00	196,00
151	40,00	46,00	44,00	130,00
152	54,00	55,00	53,00	162,00
153	38,00	34,00	39,00	111,00
154	73,00	69,00	68,00	210,00
155	43,00	35,00	44,00	122,00
156	55,00	53,00	58,00	166,00
157	81,00	68,00	72,00	221,00
158	65,00	76,00	73,00	214,00
159	61,00	49,00	44,00	154,00
160	81,00	82,00	72,00	235,00
161	75,00	75,00	71,00	221,00
162	70,00	73,00	72,00	215,00
163	81,00	80,00	79,00	240,00
164	76,00	76,00	72,00	224,00
165	79,00	75,00	67,00	221,00
166	74,00	64,00	63,00	201,00
167	69,00	73,00	73,00	215,00
168	83,00	78,00	70,00	231,00
169	76,00	67,00	70,00	213,00
170	77,00	63,00	68,00	208,00
171	54,00	68,00	51,00	173,00
172	78,00	68,00	60,00	206,00
173	43,00	39,00	51,00	133,00
174	66,00	72,00	57,00	195,00
175	54,00	48,00	46,00	148,00
176	75,00	57,00	63,00	195,00
177	46,00	47,00	40,00	133,00
178	73,00	63,00	65,00	201,00
179	39,00	70,00	29,00	138,00

180	75,00	57,00	65,00	197,00
181	27,00	40,00	34,00	101,00
182	43,00	58,00	45,00	146,00
183	76,00	59,00	57,00	192,00
184	69,00	63,00	63,00	195,00
185	64,00	57,00	58,00	179,00
186	38,00	33,00	45,00	116,00
187	68,00	70,00	56,00	194,00
188	76,00	76,00	70,00	222,00
189	61,00	58,00	62,00	181,00
190	60,00	60,00	56,00	176,00
191	49,00	56,00	40,00	145,00
192	75,00	76,00	75,00	226,00
193	76,00	71,00	61,00	208,00
194	80,00	74,00	71,00	225,00
195	77,00	72,00	68,00	217,00
196	66,00	60,00	52,00	178,00
197	84,00	84,00	84,00	252,00

Reseña biográfica de la aspirante:

Psicóloga de 25 años de edad egresada de la Pontificia Universidad Javeriana, con un significativo interés en el área de la psicología clínica en particular desde el enfoque conductual contextual, interesada a su vez en la inmersión de habilidades clínicas en contextos educativos y de conflicto. Ha participado en grupos de investigación relacionados con habilidades terapéuticas y supervisión clínica. Experiencia también en psicología educativa, psicología de la salud y organizacional. Actualmente interesada en mantener su práctica clínica y de investigación, en participar en proyectos de reconstrucción social e interesada en realizar un Doctorado en sexología clínica.