

# Propiedades psicométricas del Inventario de Variables Asociadas a la Integridad del Tratamiento (IVAIT)

## *Psychometric properties of the Inventory of Variables Associated to Treatment Integrity (IVATI)*

Margarita Reyes Alonso, Cecilia Méndez Sánchez  
y Guadalupe Ruiz Cuellar<sup>1</sup>

### RESUMEN

Un requisito para la correcta implementación de las intervenciones es la integridad del tratamiento; los estudios se han centrado en valorar su presencia o ausencia, más no en conocer las razones que tiene el profesional para aplicar un programa de intervención, sea o no de manera íntegra. El objetivo de este trabajo fue construir y obtener las características psicométricas del Inventario de Variables Asociadas a la Integridad del Tratamiento en su versión preliminar, el cual se aplicó a 116 terapeutas. Quedó constituido por 28 reactivos agrupados en cinco factores que en total poseen una varianza explicada satisfactoria. Los factores fueron los siguientes: eficacia percibida, resistencia al cambio personal/profesional, certeza en los resultados, reconocimiento de la capacitación teórico/procedimental y disposición a la actualización. Alcanzó una consistencia interna aceptable, al igual que la confiabilidad de tres de los cinco factores.

**Palabras clave:** Integridad del tratamiento; Variables asociadas a la integridad del tratamiento; Programa validado empíricamente; Validez de constructor; Confiabilidad.

### ABSTRACT

*A requirement for the successful implementation of psychological interventions is Treatment Integrity. The evaluation of this construct usually involves studies focusing on assessing the presence or absence of such integrity, but not in addressing the practitioner's or applied researcher's reasons for implementing an intervention program with integrity. The aim of the present paper is to report on the construction and assessment of the psychometric properties of a preliminary version of the Inventory of Variables Associated to Treatment Integrity. The inventory was applied to 116 therapists, and was composed by 28 items grouped into five factors with acceptable explained variance. Factors were named as follows: perceived efficacy, personal/professional change resistance, certainty on results, recognition of theoretical and procedural training, and disposition to actualization (continuing education). The instrument reached a satisfactory internal consistency, and three of the five factors also obtained an acceptable level of reliability.*

**Key words:** Treatment integrity; Associated variables with the treatment integrity; Empirically validated program; Construct validity; Reliability.

---

<sup>1</sup> Universidad Autónoma de Aguascalientes, Av. Universidad 940, Ciudad Universitaria, 20131, tels. (449)910-84-91 y (449)9108496, correos electrónicos: margarita\_guer@hotmail.com, cmendez@correo.uaa.mx y gruiz@correo.uaa.mx. Artículo recibido el 26 de octubre de 2012 y aceptado el 7 de enero de 2013.

Cuando se hace referencia a la terapia cognitivo-conductual, se reportan generalmente dos maneras de intervenir con el paciente: la primera de ellas a través de la elaboración de programas personalizados y la segunda mediante la utilización de protocolos de intervención elaborados *ex profeso* para un tipo de población y problema específicos.

Si de estas dos opciones el profesional de la salud decide utilizar la primera, es muy recomendable que opte por aquellos que presenten las siguientes características: haber probado su efectividad en distintas poblaciones y contextos, haber mostrado sus virtudes en reportes de investigación y disponer de un manual de procedimientos para su puesta en práctica (Fernández y Pérez, 2001). A este tipo de programas de intervención se les conoce como programas validados empíricamente (Chambless y Ollendick, 2001).

El abuso en el consumo de alcohol y de drogas ilegales se ha convertido en un problema de actualidad en el campo de la salud pública en México. Debido a esta razón, diversas instituciones públicas y privadas para su atención y prevención (Centros de Integración Juvenil, Centros Nueva Vida y otras) han llevado a cabo estrategias que les han permitido enfrentar de manera oportuna y efectiva tal problema. Una de las estrategias principales ha sido la promoción y disseminación de los programas de intervención breve a partir del enfoque cognitivo-conductual, mismos que han sido validados empíricamente. Estos programas se fundamentan en la teoría del aprendizaje social (Bandura, 1982), la entrevista motivacional (Miller y Rollnick, 1999), el autocontrol (Kazdin, 1996) y la prevención de recaídas (Marlatt y Gordon, 1985). Los objetivos para los que estos programas fueron elaborados son los de reducir el consumo de alcohol y otras drogas, así como las consecuencias negativas asociadas, en los usuarios con niveles bajos o moderados de abuso o dependencia (Secades y Fernández, 2001).

El Centro Nacional para la Prevención de Adicciones (CENADIC) recomienda el uso de estos programas validados porque se ha comprobado su efectividad y, por lo tanto, porque aumentan las posibilidades de obtener los mismos resultados en otras aplicaciones.

Dado lo anterior, es necesario conocer la manera en la que están siendo instrumentados, tener un estricto control conforme a su correcta y completa aplicación (en número de sesiones, componentes teóricos-terapéuticos que deben ser abordados en cada una de las sesiones, estrategias terapéuticas, etc.) con el fin de garantizar que, en efecto, se obtengan los mismos resultados que el autor de la intervención en cuestión; es decir, mantener y continuar garantizando la efectividad de las intervenciones. A este esfuerzo se le conoce como *integridad del tratamiento* y debe ser un sello distintivo dentro de este enfoque, ya que se deben demostrar las relaciones entre los componentes terapéuticos y los comportamientos que están siendo modificados (Fryling, Wallace y Yassine, 2012).

Por tal término se entiende la exactitud y consistencia con la que cada componente del tratamiento o plan de intervención es implementado (Gutkin, 1993); también puede ser definido como el grado en el que una variable independiente es aplicada de la manera en la que estaba planeado (Peterson, Homer y Wonderlich, 1982); Hagermoser y Kratochwill (2009) lo definen a su vez como el grado en el que los componentes esenciales de la intervención son llevados a cabo de una manera comprensiva y consistente por un agente entrenado en dicha intervención. A partir de estas definiciones, para el instrumento cuya construcción teórica y proceso de validación se reporta aquí, la integridad del tratamiento será entendida como el grado de exactitud y consistencia en que cada componente del tratamiento es puesto en práctica tal como fue propuesto.

Medir la integridad del tratamiento resulta relevante, pues la demostración empírica de los cambios medidos como variables dependientes (resultados) requiere que estos puedan ser atribuidos a manipulaciones controladas de la variable independiente (tratamiento) (Fryling y cols., 2012; Gresham, 2009). Por otra parte es un elemento vinculador muy importante entre el uso y la efectividad de las intervenciones. Además, los datos de integridad son esenciales para que los investigadores puedan formular conclusiones confiables respecto a los resultados que se obtienen de los tratamientos (Peterson y cols., 1982; Shadish, Cook y Campbell, 2002); de lo contrario, no se podrá asegurar la relación entre el cambio conductual y la

intervención, por lo que cualquier cambio clínico en el sujeto podría atribuirse a otro tipo de variable extraña.

Perepletchikova, Treat y Kazdin (2007) afirman que la ausencia de integridad del tratamiento es un impedimento considerable para poder replicar los estudios que se proponen. Además, si hay un rompimiento en la integridad del tratamiento, no se puede asegurar la validez experimental ni de constructo del estudio. Esta imprecisión en la aplicación del tratamiento causa ambigüedad e incertidumbre sobre qué ha causado el cambio y las razones del mismo. En conclusión, si no se logra una integridad total al momento de instrumentar un programa de intervención, resulta muy difícil obtener los mismos resultados de efectividad que ese programa ha logrado en el contexto de investigación.

No solamente es importante conocer la manera en que los programas de intervención son llevados a la práctica, sino también descubrir las razones que subyacen a la decisión del profesional de la salud para esos efectos de manera íntegra (Galloway y Sheridan, 1994; Watson y Robinson, 1996; Watson, Sterling y McDade, 1997). A estas razones se les conoce como *variables asociadas a la integridad del tratamiento*. Conocer y analizar las mismas hace posible entender de manera completa el concepto de integridad y hacer una exploración exhaustiva sobre las razones por las cuales se aplica o no un programa de manera íntegra, para posteriormente poder intervenir en ellas con el propósito de mejorar esa integridad.

Se han descrito diversas variables como asociadas a la integridad del tratamiento; Gresham (1989, 2009), por ejemplo, ha propuesto cinco de ellas que, desde su punto de vista, pueden estar relacionadas: cuán difícil es implementar la intervención, cuánto tiempo se requiere para ser aplicada, cuántos individuos son necesarios para la implementación del tratamiento, cómo el tratamiento tensa los recursos del agente de la intervención y qué tan aceptable es el tratamiento para la persona responsable de implementarlo.

Por su parte, Lozano, Sobell y Ayala (2002) señalan que los médicos no utilizarán una inter-

vencción si no la encuentran cómoda y clínicamente útil, por lo que concluyen que una de las variables asociadas a la integridad del tratamiento es la actitud de los profesionales de la salud y su disposición para aceptar innovaciones. En diversos estudios del área educativa (Basch, 1984; Fullan, 1985; McLaughlin y Marsh, 1978; Patterson y Czajkowski, 1979; Perry y cols., 1997) se ha encontrado asimismo que el entrenamiento y el desarrollo del personal son componentes necesarios para una correcta implementación de un programa.

Por su parte, Perepletchikova y cols. (2007) identificaron otras variables asociadas y las clasificaron en tres grupos: las que se refieren a la adherencia del terapeuta al tratamiento, las que aluden a la competencia del terapeuta y las que enfatizan la diferenciación del tratamiento. Los autores concluyen que la competencia profesional presupone integridad, pero no lo inverso.

Norcross y Prochaska (1983) apuntan que el enfoque teórico de preferencia de los terapeutas es una de las variables asociadas a la integridad del tratamiento, ya que encontraron que las causas principales por las que el terapeuta elige para utilizar determinado protocolo de intervención son de tipo personal, como por ejemplo su orientación teórica, pero ninguno de ellos establece como causa de su elección los resultados sobre la efectividad de las intervenciones basadas en la investigación, lo que significa que los profesionales no parecen estar interesados en respaldar su trabajo clínico con dichos resultados.

Los mencionados hallazgos fueron tomados en cuenta para elaborar los reactivos de la versión preliminar del Inventario de Variables Asociadas a la Integridad del Tratamiento (IVAIT en lo sucesivo), el cual pretende medir las variables asociadas a la integridad del tratamiento en terapeutas que laboran en escenarios clínicos para la atención y prevención de las adicciones y que aplican programas de intervención breve. De igual modo, se presenta el proceso de construcción y la obtención de las propiedades psicométricas (validez de constructo y confiabilidad) de dicho instrumento.

## MÉTODO

### Participantes

El instrumento se aplicó a 116 terapeutas que conocían y aplicaban el Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Inician en el Consumo de Alcohol y otras Drogas (PIBA) (Martínez, Salazar, Ruíz, Barrientos y Ayala, 2004, 2007, 2009) y que en ese momento laboraban en alguna institución clínica dedicada a la prevención y tratamiento del consumo de sustancias.

De los 116 terapeutas, 25 fueron hombres y 91 mujeres, cuyo promedio de edad fue de 34.5 años, y de 4.94 años de experiencia en el campo de las adicciones. Las instituciones en las que laboraban fueron públicas.

Es importante hacer una aclaración respecto a la manera en la que los terapeutas conocieron el PIBA; algunos de ellos recibieron únicamente capacitación en su aplicación al momento de entrar a laborar en su centro, y otros la recibieron sobre sus fundamentos y utilización en diferentes momentos por parte de distintas personas e instituciones.

### Escenario

Se trabajó en dos escenarios: diversos centros de atención y prevención de adicciones en algunos estados de la República Mexicana, y una plataforma de un curso de capacitación a distancia de terapeutas en el conocimiento e implementación de los programas de intervención breve y de sus fundamentos teóricos.

### Procedimiento

La construcción del instrumento se llevó a cabo en las siguientes cinco etapas:

#### 1) *Construcción de la red nomológica del constructo a partir de la búsqueda teórica.*

Esta etapa se realizó considerando los aspectos que teóricamente se incluyen como variables asociadas a la integridad del tratamiento. Se clasificaron en variables asociadas con la implementación de la intervención, variables asociadas a los recursos del terapeuta y variables asociadas a la actitud

y disponibilidad para recibir innovaciones. A continuación se presentan y definen cada una de ellas.

- *Implementación de la intervención.* Manera en la que el programa de intervención se aplica en la práctica clínica.
- Tipo de entrenamiento recibido. Preparación para el uso del programa a través de la capacitación en el uso del manual del terapeuta (conocimientos) y modelamiento de su uso (habilidades).
- Utilización del manual del terapeuta. Implementación del programa en estricto apego al protocolo de intervención proporcionado al terapeuta.
- Tiempo de aplicación. Número de sesiones que el manual plantea y tiempo que cada una de ellas conlleva.
- Complejidad de la intervención. Grado de dificultad de la intervención en el uso de conceptos y procedimiento.
- Enfoque teórico de preferencia. Enfoque teórico de la psicología con el que el terapeuta muestra predilección de trabajar en el área de la psicología clínica.

#### 2) *Recursos del terapeuta.*

En este apartado se indagaron las habilidades y conocimientos de los que dispone el terapeuta para su trabajo clínico.

*Experiencia.* Años de práctica trabajando en el área de la psicología clínica. Trabajos anteriores en situaciones iguales o similares con buenos resultados.

*Eficacia percibida.* Capacidad con la que el propio terapeuta se percibe para realizar su trabajo.

*Estilo terapéutico.* Manera de tratar a la persona en el contexto de terapia psicológica.

*Actitud y disponibilidad para recibir innovaciones.* Disposición anímica para estar en constante actualización profesional y aprender cosas nuevas en distintos contextos.

*Actitud general hacia el cambio.* Disposición para hacer las cosas en el ámbito profesional de manera distinta.

*Lectura de revistas científicas de actualización.* Disposición para adquirir conocimientos nuevos a través de la lectura de publicaciones que contengan información actualizada respecto al trabajo en la psicología clínica.

*Asistencia a congresos.* Disposición para la actualización académica y adquisición de conocimientos nuevos a través de la asistencia a congresos sobre tópicos de la psicología.

*Elaboración de reactivos con base en la red nomológica “Variables asociadas a la integridad del tratamiento”.* En este punto, se elaboraron 41 reactivos en un primer momento, cuidando la manera de construirlos a fin de que estos fueran claros, concretos y entendibles. Con estos reactivos se cubrió la red nomológica en cada una de sus categorías, en conjunto con sus indicadores. Después, considerando que este es un instrumento de autorreporte, se reescribieron diez reactivos (haciendo paráfrasis de ellos) para integrarlos al mismo como escala de congruencia y controlar así la deseabilidad social y la mentira. Para este fin, se tomaron en cuenta reactivos de la primera y segunda categorías del instrumento con cada uno de sus indicadores.

### 3) *Revisión de la validez de contenido de los reactivos.*

Este proceso se llevó a cabo con la ayuda de diez jueces expertos, cinco en terapia cognitivo-conductual, y cinco en terapia cognitivo-conductual en adicciones y uso de programas de intervención breve, quienes actuaron mediante un procedimiento por juicios dicotómicos que se describe en los párrafos siguientes.

A cada uno de los jueces se le entregó un formato en que los indicadores a evaluar fueron el fundamento teórico del inventario, la clasificación de cada uno de los reactivos por categorías e indicadores, la redacción adecuada o, en su caso, las sugerencias de modificaciones, la claridad y precisión en las instrucciones y la suficiencia de reactivos en cada uno de los indicadores.

### 4) *Aplicación del Inventario a los terapeutas.*

Al finalizar con el proceso de jueceo y habiendo eliminado los reactivos que, de acuerdo a los jueces, no medían variables asociadas a la integridad del tratamiento, se comenzó con la aplicación del IVAIT, 70 de cuyos ejemplares fueron aplicados de manera presencial, y los otros 46 electrónicamente a terapeutas que cursaban una capacitación a distancia en el uso de los programas de intervención breve.

### 5) *Análisis estadísticos para obtener las evidencias de validez de constructo y confiabilidad del Inventario.*

Tras haberse obtenido la muestra, se llevaron a cabo los análisis estadísticos pertinentes para obtener unidimensionalidad en el constructo (análisis de Rasch-Masters), evidencias de validez de constructo (análisis factorial exploratorio con rotación varimax) y confiabilidad (coeficiente de consistencia interna alfa de Cronbach). El software que se utilizó para el análisis de unidimensionalidad fue el Winsteps, versión 3.70.0.2, y para obtener evidencias de validez de constructo y confiabilidad, el software SPSS, versión 16.

## RESULTADOS

### Validez de contenido del IVAIT

El criterio para conservar un reactivo dentro del IVAIT fue que obtuviera seis acuerdos como mínimo, tanto en categoría como en indicador. Después del primer proceso de revisión, se conservaron veinte reactivos.

Se detectaron diez reactivos que tenían cinco acuerdos, por lo que se modificó su redacción, consultándose nuevamente a dos de los jueces sobre su inclusión; cuando estos corroboraron que cubrían los criterios de validez, dichos reactivos se integraron al cuestionario.

Con un análisis de las categorías y número de reactivos incluidos, se observó que dos de ellas quedaron con un solo ítem (experiencia y estilo terapéutico), por lo que se redactaron uno y dos ítems más, respectivamente, para cubrir con suficiencia lo que el indicador plantea que medía.

El IVAIT estuvo constituido, para su primera aplicación, de 33 reactivos, más 10 de la escala de congruencia; estos últimos no se tomaron en cuenta para los análisis estadísticos reportados a continuación.

Habiendo concluido el proceso del jueceo, se realizó la aplicación del IVAIT con la finalidad de obtener las demás propiedades psicométricas que se reportan abajo.

## Validez de constructo

### *Análisis de unidimensionalidad de Rasch-Masters.*

En un primer momento se utilizó el modelo propuesto por Rasch (1960), el cual se utiliza para medir un fenómeno latente no observable (Badenes, 2009). El análisis de unidimensionalidad postula que un constructo se puede representar en una única dimensión, y que además el grado que tiene la persona en ese atributo, más el nivel de dificultad del reactivo, pueden determinar la probabilidad de que la respuesta dada a este sea la co-

recta (Prieto y Delgado, 2003). Así pues, el análisis de unidimensionalidad se llevó a cabo con la finalidad de determinar el número de reactivos (del total de reactivos elaborados) que efectivamente medían en algún porcentaje el constructo propuesto. El criterio de decisión para conservar un reactivo dentro del constructo fue que al momento de llevar a cabo el análisis la pregunta obtuviera un INFIT (ajuste próximo)-OUTFIT (ajuste lejano o de casos atípicos) de entre .60 y 1.40. Los resultados se detallan en la Tabla 1.

**Tabla 1.** Análisis de unidimensionalidad de Rasch-Masters para el IVAIT.

Ítem	Puntuación total	INFIT		OUTFIT	
		MNSQ	ZEMP	MNSQ	ZEMP
R1	404	1.35	1.0	1.56	1.6
R2	392	.92	-.2	.93	-.2
R3	396	1.37	1.1	1.38	1.1
R4	426	.86	-.4	.90	-.3
R5	317	.70	-1.0	.71	-1.0
R6	272	.92	-.3	.95	-.2
R7	275	.99	.0	1.00	.0
R8	302	.78	-.8	.80	-.7
R9	288	.88	-.4	.91	-.3
R10	BORRADO				
R11	291	1.23	.7	1.27	.9
R12	411	.78	-.7	.91	-.3
R13	283	.99	.0	1.02	.1
R14	405	.90	-.3	.88	-.4
R15	BORRADO				
R16	356	.84	-.5	.86	-.4
R17	BORRADO				
R18	384	1.00	.0	1.10	.3
R19	BORRADO				
R20	331	.84	-.4	.89	-.3
R21	309	1.28	.8	1.34	1.0
R22	364	.59	-1.4	.60	-1.4
R23	376	.63	-1.3	.63	-1.3
R24	383	.73	-.9	.73	-.9
R25	354	.40	-2.4	.44	-2.2
R26	260	1.82	2.4	1.87	2.5
R27	358	.64	-1.2	.66	-1.2
R28	264	1.40	1.3	1.41	1.3
R29	276	1.44	1.4	1.46	1.4
R30	BORRADO				
R31	437	1.13	.3	.99	.0
R32	370	.90	-.3	.94	-.2
R33	425	1.06	.2	1.05	.1
Media	346.7	.98	-.1	1.01	.0
D. E.	55.3	.30	1.0	.32	1.0

En la tabla anterior se puede identificar el número de reactivos que se eliminaron por no formar parte

del constructo de manera directa de acuerdo a este análisis. Con el procedimiento del análisis de uni-

dimensionalidad de Rasch-Masters quedaron fuera reactivos que estaban dentro de las categorías de tiempo de aplicación (un reactivo), enfoque teórico de preferencia (tres reactivos) y actitud general hacia el cambio (un reactivo). Dichos reactivos fueron, a saber: “Si me permitieran hacer modificaciones en el número de sesiones, yo aumentaría su número”, “El hecho de que el programa de intervención breve esté fundamentado en el modelo cognitivo-conductual me estorba para hacer mi trabajo como me gusta”, “Dado que identifiqué que los principios del programa de intervención breve son incompatibles con el modelo teórico aprendido en mi formación, decidí no aplicarlo”, “No aplico el programa de intervención breve porque es un enfoque distinto al mío” y “Me gusta aprender cosas nuevas”. El análisis realizado hizo posible identificar aquellos reactivos que midieran de manera precisa el constructo pretendido. Un instrumento con características unidimensionales garantiza una adecuada medición.

En cuanto a la escala de congruencia, al momento de llevar a cabo el análisis de unidimensionalidad de Rasch-Masters se eliminaron tres reactivos que se duplicaban en la escala de congruencia, a fin de que no sobraran en el instrumento.

*Análisis factorial exploratorio.* Posteriormente al análisis de unidimensionalidad de Rasch-Masters, se llevó a cabo el análisis factorial exploratorio con rotación varimax, en el que se incluyeron únicamente los 28 reactivos que cubrieron el criterio de unidimensionalidad. Tal análisis se elaboró en el software SPSS, versión 16, con el propósito de observar la manera en que los reactivos se comportaban internamente y cómo se agrupaban en distintos factores de acuerdo a sus cargas factoriales para así poder nombrarlos. Este proceso fue importante porque permitió observar la congruencia con la que se comportaron los reactivos y la construcción teórica del constructo. Los resultados de este análisis se encuentran en la Tabla 2.

**Tabla 2.** Análisis factorial exploratorio del IVAIT.

Factor	1	2	3	4	5
24. Me siento cómodo aplicando el programa de intervención breve.	.808				
23. Me siento capaz de generar cambios en el sujeto aplicando el programa de intervención breve.	.683				
18. Estoy de acuerdo con los fundamentos teóricos del programa ya que considero que sí generan un cambio en la persona.	.656				
25. Al implementar el programa de intervención breve logro los objetivos propuestos en cada sesión.	.652				
22. Tengo buenos resultados al aplicar el programa de intervención breve.	.610				
2. El entrenamiento que he recibido para realizar intervenciones breves me facilita la aplicación del manual de intervención breve que se me indica.	.534				
16. El programa cumple con mis creencias de formación acerca de cómo ocurre el cambio en los sujetos.	.469				
27. En el programa de intervención breve se me permite adecuar mis habilidades terapéuticas para su aplicación.	.466				
28. Cuando se me presentan situaciones o casos que no he atendido antes prefiero no trabajarlos.		.867			
26. El uso de la entrevista motivacional no va de acuerdo con la manera en la que me gusta tratar a mis pacientes.		.849			
29. Con la formación que he recibido hasta este momento ya no podría cambiar mi manera de trabajar en terapia.		.837			
13. Si me parece complicado el programa de intervención breve, no lo aplico.		.685			
7. Si las instrucciones del manual del programa de intervención breve son difíciles de comprender, lo aplico tal como lo entiendo.		.598			
6. Para saber cómo aplicar el programa de intervención breve, es suficiente el manual del terapeuta.		.512			
20. Por experiencia sé que para aplicar el programa de intervención breve se deben seguir las instrucciones tal como aparecen en el manual.			.691		

Continúa...

8. El número de sesiones propuestas es suficiente con lo que se especifica teóricamente.			.667	
5. Cuando se me proporciona un manual para aplicar un programa de intervención breve lo aplico tal cual, porque sé que es la manera en que funciona.			.647	
9. Considero que el número de sesiones que el manual de intervención breve propone son suficientes para cumplir el objetivo planteado.			.627	
11. Si desconozco los principios básicos del programa de intervención breve, no lo aplico.			.626	
21. Trabajar con programas de intervención es algo que sé cómo hacer porque ya lo había hecho antes.			.459	
14. El entendimiento en el uso del programa de intervención breve es elemental para poder utilizarlo.			.714	
3. El entrenamiento en el uso del programa de intervención breve es elemental para su uso.			.712	
1. Para aplicar el programa se requiere, además del manual del terapeuta, tener un entrenamiento adicional.			.654	
12. Considero que es necesario entender el procedimiento del uso del programa de intervención breve para poder aplicarlo.			.602	
31. Si en la clínica que laboro me piden usar el manual de un programa de intervención breve que desconozco, hago todo lo posible por aprender a usarlo.				.713
33. Considero útil asistir a congresos para conocer nuevas maneras de prevenir y tratar los diversos problemas.				.602
32. Leo constantemente revistas científicas porque considero importante estar en constante actualización.				.569
4. Para aprender a utilizar el programa de intervención breve es importante entender los conceptos teóricos que se manejan antes a su aplicación.				.481

A partir de los factores obtenidos mediante el análisis factorial exploratorio con rotación varimax, se dio un nombre a cada uno de ellos, identificando

los elementos en común de los reactivos que se agruparon en cada uno. Los nombres se muestran en la Tabla 3.

**Tabla 3.** Resultados del análisis factorial exploratorio del IVAIT.

Factor	Nombre	Reactivos	K	% varianza explicada
1	Eficacia percibida	24, 23, 18, 25, 22, 2, 16, 27	8	19.118
2	Resistencia cambio personal/profesional	28, 26, 29, 13, 7, 6	6	12.064
3	Certeza en los resultados	20, 8, 5, 9, 11, 21	6	8.899
4	Reconocimiento de la capacitación (teórico/procedimental)	14, 3, 1, 12	4	6.703
5	Disposición a la actualización	31, 33, 32, 4	4	5.783
Total	Inventario de Variables Asociadas a la Integridad del Tratamiento	24, 23, 18, 25, 22, 2, 16, 27, 28, 26, 29, 13, 7, 6, 20, 8, 5, 9, 11, 21, 14, 3, 1, 12, 31, 33, 32, 4.	2 8	52.567

Se tuvo cuidado de que la varianza explicada de los cinco factores fuera mayor a 50% para así poder tener un análisis factorial exploratorio completo y adecuado.

Con base en los resultados de la prueba del análisis factorial, se puede concluir que, en efecto, el comportamiento de los ítems dentro del análisis factorial fue congruente con la construcción teórica

que se realizó para elaborar los reactivos debido a que estos se integran en lo que la teoría plantea.

### Confiabilidad

Para obtener la confiabilidad del IVAIT, se utilizó el coeficiente de consistencia interna (alfa de Cronbach), siendo el resultado en el inventario completo fue de .792. De igual manera, se obtuvo el mis-

mo coeficiente en cada uno de los factores obtenidos, siendo los resultados por factor tal como sigue: eficacia percibida, .786; resistencia al cambio personal/profesional, .822; certeza en los resultados, .757; reconocimiento de la capacitación (teórico/procedimental), .658, y disposición a la actualización, .605.

Como resultado final, el IVAIT quedó conformado por un total de 36 reactivos, divididos en 28, que miden el constructo, más 8 de la escala de congruencia.

## DISCUSIÓN

Para construir el instrumento denominado IVAIT, se consideraron los elementos teóricos propuestos en la literatura científica, lo que permitió obtener un espectro general de las variables que se han reportado como asociadas a la integridad del tratamiento y, de esta manera, obtener a través de su aplicación una exploración completa acerca del tema.

Como se señaló en el apartado de resultados, el instrumento muestra evidencias de validez de contenido y de constructo. Al momento de construir el inventario, es importante resaltar la importancia de no conformarse únicamente con el proceso de validez de contenido mediante jueces dicotómicos; esta es una herramienta muy valiosa para medir la validez, pero no más objetiva, toda vez que los jueces básicamente miden la congruencia de los reactivos con la teoría que existe al respecto. Fue por ello que tras realizar el análisis de unidimensionalidad de Rasch aún hubo reactivos que quedaron fuera.

Respecto al reactivo de la categoría de actitud general hacia el cambio ("Me gusta aprender cosas nuevas"), la redacción no fue la adecuada ya que es un reactivo muy general; además, pudo haber sido influido por la deseabilidad social, pero lo más importante es si realmente un indicador como este se puede medir a través de la construcción de un ítem. Después de las aplicaciones, se considera que la respuesta es negativa y que tal tipo de indicadores deben medirse de manera directa en la práctica clínica del terapeuta, por lo que se considera que queda fuera de lo que se quiere medir con este inventario.

Sería importante conocer la razón por la que los reactivos correspondientes al enfoque teórico de preferencia se eliminaron, debido a que esta categoría se considera como relevante dentro de la medición de variables asociadas a la integridad del tratamiento. Un análisis posterior al trabajo estadístico realizado permitió concluir que hubo un problema de control de variables, pues esta no era la manera más idónea para poder medir el indicador; de hecho, existen problemas en la construcción de los reactivos y no se tienen datos para poder complementar la información dada en tales reactivos; es decir, no se conoce en realidad el enfoque teórico de preferencia. También se puede concluir que dicho formato de evaluación no es el más adecuado para medir un indicador como el mencionado.

Respecto a al categoría tiempo de aplicación, el reactivo "Si me permitieran hacer modificaciones en el número de sesiones yo aumentaría su número" tiende a ser respondido por lo general con la opción "totalmente de acuerdo", pero no es esta manera la más adecuada para medir ese indicador ya que no está redactado de manera precisa; en efecto, hubo problemas para expresar mediante el reactivo la idea que se quería transmitir.

La confiabilidad general del IVAIT, así como la de sus cinco factores, es aceptable (Nunnally, 1991); pese a ello, se considera importante aumentar los índices de confiabilidad de los factores 4 y 5. Se recomienda continuar realizando aplicaciones del IVAIT con el fin de fortalecer su confiabilidad, así como llevar a cabo análisis factoriales confirmatorios, ya que la mayoría de las aplicaciones se realizaron a terapeutas que al momento de la aplicación estaban recibiendo capacitación respecto al uso de las intervenciones breves. Al parecer, este hecho modifica su opinión acerca del tema y los hace más conscientes acerca de la necesidad de estar preparados y capacitados para poner en práctica los programas, en virtud de que se han disminuido las resistencias a utilizarlo por el entendimiento en el uso del programa. Por tal motivo, resulta necesario que en las nuevas aplicaciones se controlen aspectos tales como el uso de otros programas de intervención breve, la capacitación, los distintos niveles de experiencia en la aplicación de los programas de intervención breve y la preparación

académica de los terapeutas, entre otros, para así tener una mayor diversidad en las aplicaciones.

Cabe resaltar, que el comportamiento de los reactivos es congruente con lo que se ha reportado en la teoría. Dadas sus características, el IVAIT resulta ser un instrumento valioso debido a que no existe otro en su tipo, pues los que hay miden el grado de la integridad del tratamiento en sí (por ejemplo, el ITIPS de Pereplechikova y cols., 2007), mientras que el IVAIT mide las variables asociadas a esa integridad.

Otro de los puntos a resaltar es el cuidado que se tuvo para equilibrar las desventajas de elaborar un instrumento con estructura de autorreporte a través de la elaboración de la escala de congruencia, que permite detectar si los terapeutas están siendo congruentes al momento de responder el inventario; es así como se puede reducir la probabilidad de invalidar la aplicación.

Por último, el IVAIT hace factible observar en la población lo que los investigadores han encontrado a ese respecto. Los presentes autores están conscientes de que este instrumento presenta aún algunas debilidades, lo que indica que no está concluido. Queda pendiente realizar más aplicaciones (con los cuidados que ya se mencionaron)

para aumentar la muestra y poder así disponer de un análisis factorial exploratorio más sólido y con los requisitos que la psicometría marca en cuanto a las aplicaciones por reactivo.

Dado que en los años recientes ha surgido como un tema de interés en la investigación relacionada con la medición de integridad del tratamiento la búsqueda de respuestas a algunos errores en la implementación de los programas de intervención (omisiones ó adecuaciones) y cómo estos pueden influir de manera negativa en los resultados del programa de intervención (DiGennaro, Reed, Baez y Maguire, 2011; St. Peter Pipkin, Vollmer y Sloman, 2010), se considera que el IVAIT puede contribuir a este propósito debido a que permite hacer una clasificación de las razones por las que un aplicador de intervenciones breves quiere o no apegarse al manual del programa; además de ello, determina líneas de acción para influir en la motivación de los aplicadores al tipo de resultados que de él se pueden obtener, los usos que se le pueden dar y los fines con los que se puede aplicar: exploración y tamizaje, diagnóstico, lineamientos para capacitación, determinación de estrategias de motivación laboral y evaluación de la capacitación impartida.

## REFERENCIAS

- Badenes, N. (2009). El modelo de Rasch aplicado a la medición multidimensional de la pobreza en España: bienaventurados los que tienen tele aunque no coman carne. *Memorias del XVI Encuentro de Economía Pública*. Granada, España.
- Bandura, A. (1982). *Teoría del aprendizaje social*. Madrid: Espasa-Calpe.
- Basch, C.E. (1984). Research on disseminating and implementing health education program in schools. *Journal of School Health*, 54, 57-66.
- Chambless, D.L. y Ollendick, T.H. (2001). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685-716.
- DiGennaro R., F.D., Reed, D.D., Baez, C.N. y Maguire, H. (2011). A parametric analysis of errors of commission during discrete trial-training. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 44, 611-615.
- Fernández, J. y Pérez, M. (2001). Separando el grano de la paja en los tratamientos psicológicos. *Psicothema*, 13(3), 337-344.
- Fryling, M., Wallace, M. y Yassine, J. (2012). Impact of treatment integrity on intervention effectiveness. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 45, 449-453.
- Fullan, M. (1985). Change processes and strategies at the local level. *Elemental School Journal*, 85, 391-421.
- Galloway, J. y Sheridan, S. (1994). Implementing scientific practices through case studies: Examples using home-school interventions and consultations. *Journal of School Psychology*, 32, 385-413.
- Gresham, F.M. (1989). Assessment of treatment integrity in school consultation and prereferral intervention. *School Psychology Review*, 18, 37-50.
- Gresham, F.M. (2009). Evolution of the treatment integrity concept: Current status and future directions. *School Psychology Review*, 38(4), 533-540.
- Gutkin, T.B. (1993). Conducting consultation research. En J. E. Zins, T. R. Kratochwill y S. N. Elliotts (Eds.): *Handbook of consultation services for childrens: Applications in educational and clinical settings*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.

- Hagermoser S., L. y Kratochwill, T. (2009). Toward developing a science of treatment integrity: Introduction to the special series. *School Psychology Review*, 38, 445-459.
- Kazdin, A. (1996). *Modificación de conducta y sus aplicaciones prácticas*. México: Manual Moderno.
- Lozano B., C., Sobell L., C. y Ayala H., E. (2002). Diseminación del modelo de tratamiento de autocambio dirigido para bebedores excesivos de alcohol, en instituciones de salud de México. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 34(3), 259-273.
- Marlatt, G. y Gordon, J. (1985). *Relapse prevention*. New York: Guilford Press.
- Martínez K., I., Salazar M., L., Ruiz G., M., Barrientos, V. y Ayala H., E. (2004). *Programa de intervención breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas. Manual del terapeuta*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Martínez K., I., Salazar M., L., Ruiz G., M., Barrientos, V. y Ayala H., E. (2007). *Programa de intervención breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas. Manual del terapeuta*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Martínez K., I., Salazar M., L., Ruiz G., M., Barrientos, V. y Ayala H., E. (2009). *Programa de intervención breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas. Manual del terapeuta*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Martínez K., I., Salazar M., L., Pedroza F., J., Ruíz G., M. y Ayala H., E. (2008). Resultados preliminares del Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Inician el Consumo de Alcohol y Otras Drogas. *Salud Mental*, 31, 119-127.
- McLaughlin, M. y Marsh, D. (1978). Staff development and staff change. *Teachers College Record*, 80, 69-94.
- Miller, W.R. y Rollnick, S. (1999). *Entrevista motivacional: Preparando a la persona para el cambio de las conductas adictivas*. Barcelona: Paidós.
- Norcross, J. y Prochaska, J. (1983). Clinicians theoretical orientations: Selection, utilization and efficiency. *Professional Psychology*, 14, 197-208.
- Nunnally, J. (1991). *Teoría psicométrica*. México: Trillas.
- Patterson, J. y Czajkowski, T. (1979). Implementation: neglected phase in curriculum change. *Educational Leadership*, 37, 204-206.
- Perepletchikova, F., Treat, T.A. y Kazdin, A. (2007). Treatment integrity in psychotherapy research: analysis of the studies and examination of the associated factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(6), 829-841.
- Perry, C.L., Sellers, D.E., Johnson, C., Pedersen, S., Bachman, K.J., Parcel, G.S., Stonce, E.J., Luepker, R.V., Wu, M., Nader, P.R. y Cook, K. (1997). The Child and Adolescent Trial for Cardiovascular Health (CATCH): intervention, implementation, and feasibility for elementary schools in the United States. *Health Education and Behavior*, 24, 716-735.
- Peterson, L., Homer, A. y Wonderlich, S. (1982). The integrity of independent variables in behavior analysis. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 15, 477-492.
- Prieto, G. y Delgado, A. (2003). Análisis de un test mediante el modelo de Rasch. *Psicothema*, 15(1), 94-100.
- Rasch, G. (1960). *Probabilistic models for some intelligence and attainment tests*. Copenhagen: Danish Institute for Educational Research.
- Secades, R. y Fernández, J. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: nicotina, alcohol, cocaína y heroína. *Psicothema*, 13(3), 365-380.
- Shadish, W., Cook, T. y Campbell, D. (2002). *Experimental and quasi-experimental designs for generalized causal inference*. Boston: Houghton Mifflin.
- St. Peter Pipkin, C., Vollmer, T.R. y Sloman, K.N. (2010). Effects of treatment integrity failures during differential reinforcement of alternative behavior: A translational model. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 43, 47-70.
- Watson, T. y Robinson, S. (1996). Direct behavioral consultation: An alternative approach to didactic consultation. *School Psychology Quarterly*, 11, 267-278.
- Watson, T., Sterling, H. y McDade, A. (1997). Demythifying behavioral consultation. *School Psychology Review*, 26, 467-474.