

Terapia Psicológica

ISSN: 0716-6184

sochpscl@entelchile.net

Sociedad Chilena de Psicología Clínica  
Chile

Salinas-Oñate, Natalia; Ortiz, Manuel S.; Baeza-Rivera, María J.; Betancourt, Héctor  
Desarrollo de un instrumento culturalmente pertinente para medir creencias en  
psicoterapia

Terapia Psicológica, vol. 35, núm. 1, abril, 2017, pp. 15-22  
Sociedad Chilena de Psicología Clínica  
Santiago, Chile

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78550673002>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

# Desarrollo de un instrumento culturalmente pertinente para medir creencias en psicoterapia

**Development of a culturally relevant instrument to measure beliefs in psychotherapy**

Natalia Salinas-Oñate

Facultad de Ciencias Sociales, Carrera de Psicología, Universidad Católica de Temuco, Chile.

Departamento de Psicología, Facultad de Educación y Humanidades, Universidad de La Frontera, Temuco, Chile.

Manuel S. Ortiz

Departamento de Psicología, Facultad de Educación y Humanidades, Universidad de La Frontera, Temuco, Chile.

Laboratorio de Estrés y Salud, Facultad de Educación y Humanidades, Universidad de La Frontera, Temuco, Chile.

María J. Baeza-Rivera

Facultad de Ciencias Sociales, Carrera de Psicología, Universidad Católica de Temuco, Chile.

Facultad de Ciencias Sociales y Humanidades, Carrera de Psicología, Universidad Autónoma de Chile, Temuco, Chile.

Héctor Betancourt

Departamento de Psicología, Facultad de Educación y Humanidades, Universidad de La Frontera, Temuco, Chile.

Culture and Behavior Research Laboratory, Loma Linda University, USA.

Rec (17 de enero de 2017) Acept (26 de febrero de 2017)

## Resumen

El estudio de cómo los factores culturales se relacionan con la adherencia a psicoterapia es altamente relevante y sin embargo, en Chile no existen instrumentos que tomen en consideración tales factores. El objetivo de este estudio es ilustrar la construcción de un instrumento para medir variables culturales que se asocian a la adherencia a psicoterapia. Se utilizó una metodología mixta de tres etapas. Primero, se realizaron 32 entrevistas semiestructuradas con el objetivo de identificar creencias socialmente compartidas respecto de la psicoterapia. Luego, se desarrolló la Escala de Creencias en Psicoterapia (ECPSI) y se piloteó en una muestra de 109 personas. Finalmente, se exploró la estructura factorial y propiedades psicométricas de la nueva escala en 201 usuarias de centros de salud primaria de la Región de La Araucanía. Los resultados indican que la ECPSI es un instrumento adecuado psicométricamente y culturalmente pertinente a la sociedad Chilena.

**Palabras claves:** adherencia a psicoterapia, cultura, instrumentos culturalmente pertinentes, escala de creencias en psicoterapia.

## Abstract

The study of how cultural factors are related to adherence to psychotherapy is highly relevant, however in Chile there are no available measures that addresses these factors. In order to develop an instrument culturally relevant for measuring cultural factors associated with adherence to psychotherapy, a three-stage mixed methodology was used. First, 32 semi-structured interviews were conducted aiming to identifying socially shared beliefs about psychotherapy. Second, the Psychotherapy Beliefs Scale was developed and piloted with a sample of 109 participants. Finally, the factorial structure, and the scale reliability were tested with a sample of 201 women recruited from several primary care health centers. The results obtained suggest that this scale is psychometrically sound and culturally relevant for measuring cultural beliefs associated with adherence to psychotherapy.

**Key words:** adherence to psychotherapy, culture, culturally relevant measures, beliefs about psychotherapy scale.

\* Correspondencia: Natalia Salinas-Oñate, Fono: 56-45-2553864; E-mail: nsalinas@uct.cl; Dirección: Manuel Montt 56, Temuco, Chile.

## Introducción

La baja adherencia a la psicoterapia es considerada una de las más grandes barreras para alcanzar el éxito terapéutico (Cooper y Conklin, 2015). La no-adherencia a la psicoterapia conlleva a un círculo vicioso. Por una parte, el consultante recibe un tratamiento incompleto, lo cual agrava el problema que motiva la búsqueda de la terapia (Klein, Stone, Hicks, y Pritchard, 2003; Saatsi, Hardy, y Cahill, 2007) y genera la necesidad de una nueva intervención (Kazdin, Mazurick, y Siegel, 1994). Asimismo, impacta negativamente al sistema de salud, debido a la utilización ineficiente de los recursos psicoterapéuticos y clínicos (Barrett, et al., 2008), pérdida de tiempo del profesional y aumento de los tiempos de espera para otros consultantes (Barrett et al., 2008; Reis y Brown, 1999). Todo lo anterior, exacerba considerablemente los problemas de prestación de servicios de salud mental (Murdock, Edwards, y Murdock, 2010; Piselli, Halgin, y MacEwan, 2011).

La comprensión de esta problemática es de gran relevancia en el contexto chileno de salud pública, pues la psicoterapia es la intervención psicosocial más utilizada por los equipos de salud mental en atención primaria (Scharager y Molina, 2007). Los escasos estudios en Chile sobre adherencia a psicoterapia permiten identificar niveles moderados de adherencia, donde el 47,4% de los consultantes asisten a la totalidad de las sesiones, un 40,4% asisten de manera irregular y el 12,3% no asisten a ninguna sesión (Alvarado, Vega, Sanhueza, y Muñoz, 2005).

Gran parte de los estudios sobre la adherencia psicoterapéutica se han focalizado en identificar posibles correlaciones entre los atributos propios de los consultantes; variables pertenecientes la etapa de “Input” de la psicoterapia (Herrera et al., 2009), y su intención de buscar ayuda psicológica o su susceptibilidad a abandonar la psicoterapia (Yu, 2011), como variables de “output” (Herrera et al., 2009). Estos estudios incluyen variables tales como el sexo (Mahalik, Good y Englar-Carlson, 2003), la edad (Swift y Greenberg, 2012), la pertenencia a minorías étnicas (Trujillo, 2008; Wang, 2007), el nivel socioeconómico (NSE) (Swift y Greenberg, 2012; Wierzbicki y Pekarik, 1993; Williams Ketring, y Salts, 2005), las expectativas sobre la psicoterapia (Constantino, Arnkoff, Glass, Ametrano, y Smith, 2011; Davis, Lebow, y Sprenkle, 2012; Vogel y Wester, 2003), las emociones negativas asociadas a psicoterapia tales como el miedo y la vergüenza (Corrigan, 2004; MacKenzie, Gekoski, y Knox, 2006; Vogel y Wester, 2003; Yap, Wright, y Jorm, 2011) y el temor a ser estigmatizado como paciente de salud mental (Lannin, Guyll, Vogel, y Madon, 2013).

Esto último, si bien se refiere a variables psicológicas, podría estar funcionando como un proxy de variables culturales que están influyendo en la adherencia a psicoterapia. De hecho, el estigma antes mencionado se asocia a creencias negativas respecto de los tratamientos de salud mental, las cuales también parecen jugar un rol en la adherencia a éstos (Vogt, 2011). En este sentido, la psicoterapia clásicamente ha sido descrita como «una actividad potencialmente difícil, vergonzosa, y sobre todo riesgosa... [que puede] inducir el miedo y la evitación en algunos individuos» (Kushner y Sher, 1989, p. 256), lo cual podría reflejar creencias eminentemente negativas asociadas a este tipo de tratamiento.

En relación con lo anterior, la literatura ha sido consistente en señalar que quienes evalúan la psicoterapia como inefectiva, tienden a darle término prematuro (Edlund et al., 2002; Kessler, et al., 2001; Ojeda y Bergstresser, 2008; Wang, 2007). Asimismo, Vogel, Wester, Wei y Boysen (2005) encontraron una asociación entre las creencias sobre efectividad (o inefectividad) de la psicoterapia con las actitudes respecto de la búsqueda de ayuda psicoterapéutica.

Con respecto a otros resultados psicoterapéuticos, Berkovec, Newman, Pincus y Lytle (2002) demuestran que la credibilidad (en la psicoterapia) se asocia positivamente con el cambio clínicamente significativo en el post-tratamiento, así como en los 6 y 12 meses de seguimiento.

Pese a que la evidencia antes mencionada muestra claramente que el estudio de las creencias culturales sobre psicoterapia permite tener una mejor comprensión de la no adherencia terapéutica, la gran mayoría de los estudios aquí presentados han sido realizados en Norteamérica, con grupos culturales diversos y con características presumiblemente diferentes a las de la población chilena. Por tanto, si las creencias culturales respecto de la psicoterapia juegan un rol en la comprensión de la adherencia a este tratamiento, entonces estas creencias deben ser identificadas en el grupo cultural que es objeto de estudio, requieren ser medidas adecuadamente con instrumentos psicométricamente robustos, para finalmente poder ser utilizadas para probar su rol en la adherencia a psicoterapia (Betancourt y Flynn, 2009; Betancourt y Fuentes, 2001). Sólo de esta manera, los datos obtenidos podrían servir de insumo para implementar intervenciones específicas (“tailored” o “targeted”) basadas en evidencia nacional.

En consideración de los antecedentes anteriormente presentados, en este artículo se ilustra la implementación de un enfoque metodológico bottom-up en el desarrollo de un instrumento que mide variables culturales que influyen en la adherencia a psicoterapia. Para ello se han trazado tres objetivos específicos: (a) identificar creencias socialmente

compartidas respecto de la psicoterapia, que pudieran en el contexto nacional, relacionarse con la adherencia a este tratamiento; (b) desarrollar un instrumento adecuado para medir estas variables; y (c) estimar las propiedades psicométricas de las escalas culturales desarrolladas.

## Método

Esta investigación tuvo un diseño no experimental, de tipo transversal y multivariado, utilizando la metodología descrita por Betancourt, Flynn, Riggs, y Garberoglio (2010) para la construcción de instrumentos culturalmente pertinentes, metodología basada en la propuesta de Triandis (1972) para el estudio de la cultura subjetiva. Se usó el enfoque investigación cultural bottom-up (Betancourt y Flynn, 2009) para el levantamiento de estos datos, lo cual se realizó en tres fases: (a) la primera, cuyo objetivo fue identificar creencias socialmente compartidas respecto de la psicoterapia, (b) la segunda, construir y pilotear la nueva escala, y (c) la tercera, estimar las propiedades psicométricas de la escala en personas derivadas a psicoterapia.

Considerando la secuencialidad de las etapas de investigación implementadas, a continuación se presentarán las fases por separado, describiendo aspectos metodológicos, y principales resultados de cada una de ellas.

### *Primera fase: Identificación de creencias culturales*

#### *Participantes*

A través de un muestreo no aleatorio intencionado, estratificado multietápico, se seleccionó y entrevistó a 32 personas, intentando incluir la mayor cantidad posible de fuentes de variación cultural (Betancourt et al., 2010). De esta manera, se incluyó a participantes del sistema de salud público y privado, como variable proxy del nivel socioeconómico de las personas, y participantes mapuche y no mapuche de la Región de La Araucanía.

#### *Instrumento*

Se utilizó la entrevista individual semi-estructurada como técnica de recolección de datos, las cuales se realizaron en base al protocolo implementado por Betancourt et al. (2010), indagando tópicos que exploran las creencias de los participantes respecto de la psicoterapia, las expectativas y emociones que la psicoterapia les genera (ej. “*¿Qué opina*

*usted de los tratamientos psicológicos?*”, “*¿Qué es lo primero que viene a su mente cuando piensa en ir al psicólogo?*”).

#### *Análisis de datos*

Las entrevistas fueron grabadas por medio de sistemas de audio digital, luego fueron transcritas, y codificadas. Para ello se utilizó el análisis temático, descrito en pasos consecutivos, que permiten la identificación de los temas centrales (Braun y Clarke, 2006). En cada uno de los pasos implementados se trianguló la información a fin de evitar potenciales sesgos en el proceso y cumplir con el criterio de rigor de comprobabilidad (Guba, 1989), evaluando la adecuación, calidad y coherencia del análisis de contenido de las entrevistas, por parte de un investigador externo de experiencia.

## Resultados

De esta manera, los resultaron de esta etapa ponen de manifiesto elementos culturales relevantes dentro de la problemática de la adherencia a psicoterapia. Tal como se aprecia en la Figura 1, las creencias más frecuentemente reportadas se refirieron a los efectos positivos de la terapia psicológica, en conjunto con una evaluación positiva o neutral de los resultados obtenidos, y con evaluaciones del proceso de psicoterapia donde se relevan tanto elementos positivos, como negativos, así como críticas a este proceso. Finalmente, un importante número de citas hizo referencia a diversas definiciones de psicoterapia y sus características específicas (más detalles en Salinas-Oñate, Baeza-Rivera, Mellor y Ossa, 2016).

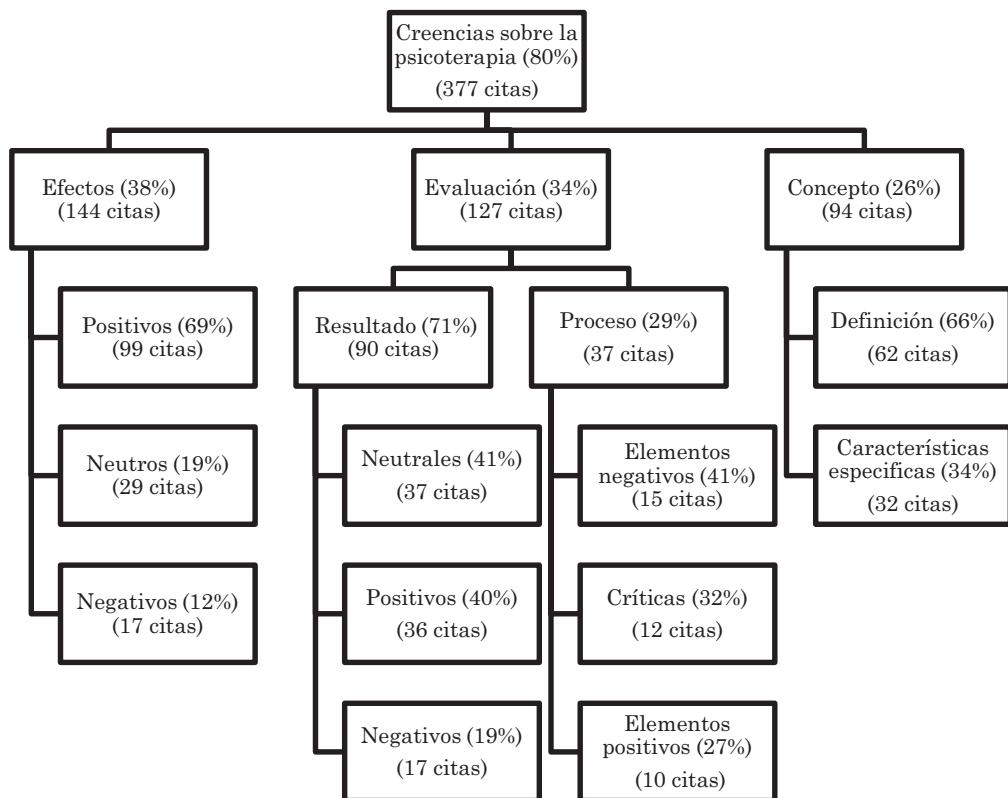
### *Segunda fase: Desarrollo de instrumentos de medición de variables culturales identificadas en FASE I*

#### *Desarrollo de ítems y validación de contenido*

En base a los contenidos obtenidos de la primera fase, antes descrita, se desarrolló la escala para medir creencias en psicoterapia (ECPSI), cuya versión inicial estaba conformada por 35 ítems, con un formato de respuesta tipo Likert de cinco puntos (*1=Totalmente en desacuerdo a 5=Totalmente de acuerdo*).

Esta escala fue sometida a validación de contenido, por medio de la participación de 12 jueces expertos, quienes de

Figura 1. Análisis temático de creencias culturales asociadas a la adherencia a psicoterapia Bottom-up



Fuente: Elaboración propia.

manera independiente evaluaron la coherencia, suficiencia y claridad de cada uno de los reactivos. El grado de concordancia de las puntuaciones dadas por cada juez fueron estimadas con el coeficiente V de Aiken (Aiken, 1980; 1985), seleccionándose únicamente ítems cuyo valor fue mayor o igual a 0,80, y quedando de esta manera conformada por 22 ítems.

### Pilotaje de instrumentos

La nueva versión de la escala, de 22 ítems, fue sometida a un pilotaje con 109 adultos usuarios de servicios de salud público de la Región de La Araucanía. A partir de este procedimiento y tomando en consideración antecedentes teóricos y empíricos previos, se adoptó la decisión de modificar algunos ítems e incorporar otros, quedando la escala conformada por 13 ítems.

### Fase III: Evaluación de las propiedades psicométricas de la escala

#### Participantes

A través de un muestreo no probabilístico incidental, se seleccionó una muestra de 201 mujeres, usuarias de

13 Centros de Salud Primaria, de las comunas de Temuco y Padre las Casas, de la Región de La Araucanía. Todas las participantes incluidas en el estudio fueron pacientes derivadas a psicoterapia dentro del marco del Programa de Salud Mental, mayores a 18 años. Se excluyó a todos quienes tuvieran un diagnóstico clínico de depresión severa, presentaran síntomas psicóticos, y tuvieran alguna condición que limitara su posibilidad de contestar los instrumentos (analfabetismo, demencia senil, discapacidad intelectual, deterioro cognitivo, ceguera, etc.).

Estas mujeres tuvieron en promedio una edad de 43,7 años ( $DE=16,4$  años). La mayoría de ellas autorreportaron tener una procedencia urbana, y un 28,4% se adscribieron a la etnia mapuche.

#### Instrumento

Escala de creencias en psicoterapia (ECPSI). Compuesta por 13 ítems con formato de respuesta tipo Likert de cinco puntos (1=*muy en desacuerdo* a 5=*muy de acuerdo*) que hacen referencia a diversas características de la psicoterapia (ej. “*la atención psicológica agrava los problemas del paciente*”, “*la atención psicológica permite que el paciente se sienta capaz de manejar su vida por sí mismo*”). De esta manera,

puntajes altos reflejan mayores niveles de intensidad de las creencias respecto de la psicoterapia.

### Procedimiento de recolección de datos

Todas las participantes asistentes a psicoterapia fueron contactadas en el centro de salud por los profesionales de salud que las derivaron a psicoterapia, incitándolas a participar y explicando brevemente los objetivos de la investigación. A todos aquellos participantes que aceptaron enrolarse, se les entregó un sobre cerrado que en su interior contenía copias del consentimiento informado, instrucciones para completar las encuestas y el instrumento a ser contestado. Los participantes respondieron el instrumento en sus hogares y luego contactaron telefónicamente a los investigadores para coordinar el retiro de los instrumentos y obtención de la retribución económica (3 mil pesos) por su participación en el estudio.

Este protocolo de investigación fue aprobado por el Comité de Ética del Servicio de Salud Araucanía Sur.

### Análisis de datos

En primer lugar se realizaron análisis descriptivos con el fin de caracterizar a la muestra. Posteriormente, se realizó un estudio de la estructura factorial de las escalas, para lo cual se efectuó Análisis Factorial Exploratorio. Se evaluó la capacidad de factorización de la matriz por medio de las medidas de adecuación muestral de Kaiser Meyer-Olkin (KMO) y la prueba de esfericidad de Bartlett. Para KMO se consideraron resultados mayores o iguales a 0,60 donde valores que van de 0,60 a 0,79 se consideran regulares, y valores mayores a 0,80 meritorios, mientras que para la prueba de esfericidad de Bartlett se espera rechazar la hipótesis nula (Pett, Lackey, y Sullivan, 2003).

Se utilizó el método de extracción de componentes principales, con una estimación de máxima verosimilitud y rotación Oblimin o Varimax, dependiendo de si se esperaba que los factores estuviesen relacionados o no. Para la toma de decisiones sobre la mejor solución factorial, se utilizaron los siguientes criterios: (a) eliminar factores con autovalores (eigenvalues) menores a uno, (b) eliminar ítems cuya carga factorial fuera menor a 0,30 y (c) eliminar factores con menos de tres ítems. Se escogieron las mejores soluciones factoriales, considerando los resultados estadísticos y en base a los hallazgos previos documentados en la literatura. Posteriormente, se les dio nombre a los factores.

Además, con el objetivo de estimar la confiabilidad de las escalas, se realizó análisis de consistencia interna por

medio del Coeficiente Alpha de Cronbach (Cronbach, 1951) para los factores obtenidos de cada una de las escalas.

Los datos se analizaron con el programa estadístico STATA 14,1. Se consideró un alfa nominal de 0,05 ( $p < 0,05$ ).

## Resultados

Los resultados dan cuenta de una matriz factorizable, específicamente, la prueba Kaiser Meyer – Olkin fue de 0,89 y la prueba de esfericidad de Bartlett fue significativa ( $\chi^2 = 1223,24$ ,  $p < 0,001$ ). Del análisis factorial exploratorio se lograron identificar 2 factores independientes. El primero de ellos agrupó siete ítems y fue denominado “*Creenencias positivas en psicoterapia*”, por cuanto el contenido semántico de sus reactivos denota creencias de connotación positiva sobre este proceso psicoterapéutico (ej. “*La atención psicológica ayuda al paciente a descubrir las soluciones a sus problemas*”). El segundo factor agrupó a seis ítems y fue nombrado “*Creenencias negativas en psicoterapia*”, en consideración a que el contenido de estos ítems implica creencias de connotación negativa sobre la psicoterapia (ej. “*La atención psicológica es una pérdida de tiempo*”). El primer factor explicó un 38% de la varianza y el segundo 12%. La confiabilidad del primer y segundo factor fue 0,87 y 0,86 respectivamente. (Ver Tabla 1).

## Discusión

La presente investigación forma parte de un programa de investigación que tiene por objetivo estudiar la interacción entre la cultura, los procesos psicológicos y los comportamientos de salud en poblaciones culturalmente diversas. En este sentido, se ha ilustrado la aplicación del enfoque bottom-up, y metodologías mixtas, que permiten medir pertinente mente variables relacionadas a problemáticas en salud. Específicamente, se identificaron las creencias socialmente compartidas asociadas a la psicoterapia en la región de La Araucanía, con pacientes derivadas a psicoterapia en el sistema de salud público. Lo anterior ha dado como resultado el desarrollo de un instrumento diseñado para medir creencias culturales asociadas a la psicoterapia, que concomitantemente pueden ayudar a comprender problemas tales como la baja adherencia a estos tratamientos y/o a diseñar intervenciones basadas en la evidencia.

Las diferentes fases de desarrollo de estos instrumentos, permitieron la identificación de las creencias culturales que –en este contexto– son relevantes para el estudio de la

Tabla 1: Estructura factorial, cargas factoriales, varianza explicada y confiabilidad de la ECPSI

Ítems (cargas factoriales)	“Creencias positivas” ( $\alpha = 0,87$ )	“Creencias negativas” ( $\alpha = 0,86$ )
Ayuda al paciente a descubrir las soluciones a sus problemas	0,76	
Ayuda al paciente a quererse más a sí mismo	0,75	
Ayuda al paciente a ver las cosas desde otro punto de vista	0,74	
Permite que el paciente se sienta capaz de manejar su vida por sí mismo	0,73	
Ayuda al paciente a entender mejor lo que le ocurre	0,71	
Ayuda a las personas a sobreponerse de momentos difíciles de su vida	0,67	
Es una oportunidad para que los pacientes se desahoguen	0,42	
Es una pérdida de tiempo		0,79
Hace que la gente se sienta cada vez peor		0,71
No funciona		0,70
Es innecesaria		0,70
Es una pérdida de dinero		0,68
Agrava los problemas del paciente		0,67
Varianza explicada (%)	38,3	12,0

Fuente: elaboración propia

Nota: KMO = 0,89; Test de esfericidad de Bartlett  $\chi^2 = 1223,24$ .  $p < ,001$

adherencia a psicoterapia, emergiendo resultados llamativos e interesantes que resultan culturalmente pertinentes, como por ejemplo creencias de connotación eminentemente positivas sobre la psicoterapia y sus resultados, las cuales coexisten con creencias negativas que sí han sido ampliamente reportadas en la literatura internacional (ej. Vogel et al., 2005). De esta manera, la emergencia de los elementos positivos antes mencionados es un hallazgo relevante que reafirma la pertinencia de realizar una etapa previa de identificación de elementos culturales del grupo en el cual se medirán posteriormente estas variables.

En cuanto a las características psicométricas de este instrumento se evidenció la presencia de dos factores independientes, ambos con buenos niveles de consistencia interna y cuyos ítems son fruto de una fructífera fase cualitativa en la que emergieron numerosos significados. El que los factores aparezcan como independientes es esperable y concordante con la teoría y la lógica, pues el sostener creencias positivas sobre la psicoterapia, no excluye la posibilidad de que también se sostengan creencias negativas sobre ésta, existiendo la posibilidad de que coexistan. Esto se reflejó claramente en la primera etapa de la investigación, en la cual estas creencias fueron identificadas.

Si bien, el desarrollo de esta escala sienta un primer precedente para medición pertinente de estas variables, la ECPSI tiene la virtud de medir creencias culturales asociadas al proceso psicoterapéutico, en forma válida y confiable.

Además, es de fácil aplicación y posee un número limitado de ítems, lo cual facilita su uso para investigación o para evaluar el efecto de intervenciones específicas.

Pese a las ventajas antes mencionadas, el presente estudio tiene algunas limitaciones. En primer lugar, posee las dificultades propias de un estudio en donde se utiliza el autorreporte para la obtención de los datos (ej. deseabilidad social), dificultad que fue manejada salvaguardando los procedimientos de recolección de datos. Por ejemplo, todos los participantes recibieron el instrumento en un sobre cerrado, lo contestaron en sus casas, y este fue retirado por una persona externa al consultorio, sabiendo que esa información no regresaría al centro de salud. A lo anterior se debe sumar que, pese a que esta investigación pretendía incluir hombres y mujeres en la muestra, sólo se contempló la participación de mujeres (ocho hombres se enrolaron en el estudio, los cuales fueron excluidos de la muestra definitiva), restringiendo con esto la interpretabilidad de los resultados. No obstante esto, este hecho es interesante pues es coincidente con datos reportados por Alvarado et al. (2005) en donde se señala que la mayor parte de los estudios chilenos en salud mental se realizan sin incorporar a hombres, debido a que más del 90% de los casos que ingresan a tratamientos de salud mental en el sistema público son mujeres. Asimismo, otros estudios (ej. Cova, Valdivia, y Maganto, 2005; Organización Mundial de la Salud, 2000; Redman et al., 1991), señalan que existe una predisposición,

desde los profesionales de salud, para sobrediagnosticar trastornos de salud mental a mujeres, aún cuando presenten la misma sintomatología que los hombres.

Pese a estas limitaciones, se piensa que esta investigación sienta un precedente en la medición y comprensión de variables culturales en el contexto de la adherencia a psicoterapia. Es deseable que futuras investigaciones atiendan las limitaciones antes mencionadas y puedan ampliar el estudio de estas variables culturales en la problemática de la adherencia en muestras que incluyan hombres, personas que consultan espontáneamente a psicoterapia y no consultantes.

## Referencias

- Aiken, L. R. (1980). Content validity and reliability of single items or questionnaires. *Educational and Psychological Measurement, 40*, 955-959.
- Aiken, L. R. (1985). Three coefficients for analyzing the reliability and validity of ratings. *Educational and Psychological Measurement, 45*, 131-142.
- Alvarado, R., Vega, J., Sanhueza, G., y Muñoz, M. G. (2005). Evaluación del Programa para la Detección, Diagnóstico y Tratamiento Integral de la Depresión en atención primaria, en Chile. *Revista Panamericana de Salud Pública, (4/5)*, 278-86.
- Barrett, M. S., Chua, W., Crits-Christoph, P., Gibbons, M. B., Casiano, D., y Thompson, D. (2008). "Early withdrawal from mental health treatment: Implications for psychotherapy practice": Correction to barrett et al (2008). *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 46*, 248.
- Berkovec, T. D., Newman, M. G., Pincus, A. L., y Lytle, R. (2002). A component analysis of cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorders and the role of interpersonal problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*, 288-298.
- Betancourt H., y Flynn P. (2009). The psychology of health: physical health and the role of culture in behavior. En: Villarruel FA, Carlo G, Conteras Grau JM et al. (eds). *Handbook of US Latino Psychology*. (pp 347-61). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Betancourt H., y Fuentes J.L. (2001). Culture and Latino issues in health psychology. En: Kazarian S, Evans D (eds). *Handbook of Cultural Health Psychology*. (pp 305-21). San Diego, CA: Academic Press.
- Betancourt, H., Flynn, P. M., Riggs, M., y Garberoglio, C. (2010). A cultural research approach to instrument development: The case of breast and cervical cancer screening among Latino and Anglo women. *Health Education Research, 25*, 991-1007.
- Braun, V., y Clarke, V. (2006) Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology, 3*, 77-101.
- Constantino, M., Arnkoff, D., Glass, C., Ametrano, R., y Smith, J. (2011). Expectations. *Journal of clinical psychology: in session, 67*, 184-192.
- Cooper, A. A. y Conklin, L. R. (2015). Dropout from Individual Psychotherapy for Major Depression: A Meta-Analysis of Randomized Clinical Trials. *Clinical Psychology Review, 40*, 57-65.
- Corrigan, P.W. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist, 59*, 614-625.
- Cova, S., Valdivia, P., y Maganto, M. (2005). Diferencias de género en psicopatología en la niñez: Hipótesis explicativas. *Revista chilena de pediatría, 76*, 418-424.
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika, 16*, 297-334.
- Davis, S., Lebow, J., y Sprenkle, D. (2012). Common Factors of Change in Couple Therapy. *Behavior therapy, 43*, 36-48.
- Edlund, M. J., Wang, P. S., Berglund, P. A., Katz, S. J., Lin, E., y Kessler, R.C. (2002). Dropping out of mental health treatment: Patterns and predictors among epidemiological survey respondents in the United States and Ontario. *American Journal of Psychiatry, 159*, 845-851.
- Guba, E.G. (1989). Criterios de credibilidad en la investigación naturalista. En J. Gimeno Sacristán y A. Pérez Gómez (Eds.), *La enseñanza: su teoría y su práctica* (pp. 148-165). Madrid: Akal.
- Herrera, P., Fernández, O., Krause, M., Vilches, O., Valdés, O., y Dagnino, P. (2009). Revisión Teórica y Metodológica de las Dificultades en Psicoterapia: Propuesta de un Modelo Ordenador. *Terapia psicológica, 27*, 169-179.
- Kazdin, A. E., Mazurick, J. L., y Siegel, T.C. (1994). Treatment outcome among children with externalizing disorder who terminate prematurely versus those who complete psychotherapy. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 33*, 549-557.
- Kessler, R. C., Berglund, P. A., Bruce, M. L., Koch, J. R., Laska, E. M., Leaf, P. J., y Wang, P.S. (2001). The prevalence and correlates of untreated serious mental illness. *Health Services Research, 36*, 987-1007.
- Klein, E. B., Stone, W. N., Hicks, M. W., y Pritchard, I. L. (2003). Understanding dropouts. *Journal of Mental Health Counseling, 25*, 89-100.
- Kushner, M. G., y Sher, K. J. (1989). Fears of psychological treatment and its relation to mental health service avoidance. *Professional Psychology: Research and Practice, 20*, 251-257.
- Lannin, D. G., Guyll, M., Vogel, D. L., y Madon, S. (2013). Reducing the stigma associated with seeking psychotherapy through self-affirmation. *Journal of Counseling Psychology, 60*, 508-519.
- Mackenzie, C. S., Gekoski, W. L., y Knox, V. J. (2006). Age, gender, and the underutilization of mental health services: The influence of help-seeking attitudes. *Aging and Mental Health, 10*, 574-582.
- Mahalik, J. R., Good, G. E., y Englar-Carlson, M. (2003). Masculinity scripts, presenting concerns and help-seeking: Implications for practice and training. *Professional Psychology: Research y Practice, 34*, 123-131.
- Murdock, N. L., Edwards, C., y Murdock, T.B. (2010). Therapists' attributions for client premature termination: Are they self-serving? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 47*, 221-234.
- Ojeda, V. D., y Bergstresser, S. M. (2008). Gender, Race-Ethnicity, and Psychosocial Barriers to Mental Health Care: An Examination of Perceptions and Attitudes among Adults Reporting Unmet Need. *Journal of Health and Social Behavior, 49*, 317 - 334.
- Organización Mundial de la Salud (2000). *Women's mental health: An evidence based review*. Mental Health Determinants and Populations, Departamental of Mental Health and Substance Dependence, Geneva 2000. Recuperado desde [http://www.who.int/mental\\_health/resources/gender/en/index.html](http://www.who.int/mental_health/resources/gender/en/index.html)
- Pett, M.A., Lackey, N. R., y Sullivan, J. J. (2003). Making sense of factor analysis. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Piselli, A., Halgin, R. P., y MacEwan, G. H. (2011). What went wrong? Therapists' reflections on their role in premature termination. *Psychotherapy Research, 21*, 400-415.
- Redman, S., Webb, G., Hennrikus, D., Gordon, J., y Sanson-Fisher, R. (1991). The effects of gender on diagnosis of psychological disturbance. *Journal of Behavioral Medicine, 14*, 527-540.
- Reis, B. F., y Brown, L. G. (1999). Reducing psychotherapy dropouts: Maximizing perspective convergence in the psychotherapy dyad. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 36*, 123-136.
- Saatsi, S., Hardy, G., y Cahill, J. (2007). Predictors of outcome and completion status in cognitive therapy for depression. *Psychotherapy Research, 17*, 185-195.
- Salinas-Oñate, N., Baeza-Rivera, M., Mellor, D. y Ossa, X. (2016). Cultural Beliefs about psychotherapy, Manuscrito en preparación.
- Scharager, J., y Molina, M. L. (2007). El trabajo de los psicólogos en los centros de atención primaria del sistema público de salud en Chile. *Revista Panamericana de Salud Pública, 22*, 149-59.
- Swift, J. K., y Greenberg, R. P. (2012). Premature discontinuation in adult psychotherapy: A metaanalysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 80*, 547-559.
- Triandis, H. C. (1972). *The analysis of subjective culture*. New York: Wiley.
- Trujillo, M. (2008). Multicultural aspects of mental health. *Primary Psychiatry, 15*, 65-84.

- Vogel, D. L., y Wester, S. R. (2003). To seek help or not to seek help: The risks of self-disclosure. *Journal of Counseling Psychology, 50*, 351–361.
- Vogel, D. L., Wester, S. R., Wei, M., y Boysen, G. A. (2005). The role of outcome expectations and attitudes on decisions to seek professional help. *Journal of Counseling Psychology, 52*, 459-470.
- Vogt, D. (2011). Mental health-related beliefs as a barrier to service use for military personnel and Veterans: Findings and recommendations for future research. *Psychiatric Services, 62*, 135–142.
- Wang, J. (2007). Mental health treatment dropout and its correlates in a general population sample. *Medical Care, 45*, 224–229.
- Wierzbicki, M., y Pekarik, G. (1993). A meta-analysis of psychotherapy dropout. *Professional Psychology: Research and Practice, 24*, 190–195.
- Williams, S., Ketting, S., y Salts, C. (2005). Premature termination as a function of intake data based on ethnicity, gender, socioeconomic status, and income. *Contemporary Family Therapy, 27*, 211-229.
- Yap, M. B. H., Wright, A., y Jorm, A. F. (2011). First aid actions taken by young people for mental disorders in a close friend or family member: Findings from a national survey of Australian youth. *Psychiatry Research, 188*, 123–128.
- Yu, J. (2011). *Predicting Psychotherapy Client Dropout from In-Treatment Client-Reported Outcome*. (Tesis doctoral, University of Texas). Recuperado desde <http://oaktrust.library.tamu.edu/bitstream/handle/1969.1/ETD-TAMU-2011-12-10356/YU-DISSERTATION.pdf>