

Propiedades psicométricas preliminares de la Escala de Intervenciones Comunes: un instrumento para estudiar las acciones de los terapeutas de distintos marcos teóricos

Preliminary psychometric properties of the Common Intervention Scale (CIS): an instrument to study actions of therapists from different theoretical framework

Propriedades psicométricas preliminares da Common Intervention Scale: um instrumento para estudar as ações de terapeutas de diferentes marcos teóricos

Rocío Tamara Manubens¹
Juan Martín Gómez Penedo²
Santiago Juan³
Andrés J. Roussos⁴

Recibido: 14 de marzo de 2018

Aprobado: 22 de enero de 2019

Publicado: 18 de marzo de 2019

Cómo citar este artículo:

Manubens, R.T., Gómez Penedo, J.M., Juan, S. y Roussos, A.J. (2019). Propiedades psicométricas preliminares de la Escala de Intervenciones Comunes: un instrumento para estudiar las acciones de los terapeutas de distintos marcos teóricos. *Pensando Psicología*, 15(25), 1-24.
DOI: <https://doi.org/10.16925/2382-3984.2019.01.02>

Artículo de investigación. <https://doi.org/10.16925/2382-3984.2019.01.02>

¹ Universidad de Buenos Aires

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5582-1047>

Correo electrónico: rociomanubens@psi.uba.ar

² Universidad de Buenos Aires

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5138-9664>

³ Universidad de Buenos Aires

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1024-1337>

⁴ Universidad de Buenos Aires

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5138-9664>

Resumen

Objetivos: Este artículo tiene por objetivo presentar la Escala de Intervenciones Comunes (EIC), un instrumento orientado a explorar el uso de intervenciones psicoterapéuticas utilizadas por terapeutas de distintos marcos teóricos y analizar, a su vez, sus propiedades psicométricas.

Metodología: Se convocó una primera muestra no probabilística de 101 terapeutas psicoanalíticos y cognitivo-conductuales que completaron una versión online de la escala basándose en la última sesión con un paciente adulto. Sobre la base de estos datos se realizaron análisis preliminares de confiabilidad y un análisis factorial exploratorio. Posteriormente, para validar la estructura factorial del instrumento, se realizó un análisis factorial confirmatorio, a partir de los datos de una nueva muestra de 213 terapeutas identificados con diversos marcos teóricos que completaron la escala.

Resultados: El análisis factorial exploratorio sugirió una primera solución de tres factores; como uno de ellos no contaba con el mínimo de ítems requerido por factor se excluyeron dichos ítems y se generó un nuevo análisis factorial que dio lugar a una solución de dos factores, que explicaron el 71,1% de la varianza total. Los coeficientes α ordinales presentaron niveles adecuados de confiabilidad en ambos factores. El análisis factorial confirmatorio, mostró que todas las cargas estandarizadas estimadas de los nueve ítems, presentaron parámetros significativos ($p < 0,001$).

Discusión: La EIC se presenta como una escala, que cuenta con evidencias de validez y confiabilidad, que por ser un instrumento breve y sencillo de administrar puede representar un aporte valioso para los estudios orientados a evaluar intervenciones psicoterapéuticas en el contexto latinoamericano.

Palabras clave: análisis factorial exploratorio, análisis factorial confirmatorio, confiabilidad y escala de intervenciones comunes.

Abstract

Aims: This article aims to present the Scale of Common Interventions (EIC), an instrument aimed at exploring the use of psychotherapeutic interventions used by therapists of different theoretical frameworks and analyze its psychometric properties.

Methodology: A non-probabilistic sample of 101 psychoanalytic and cognitive behavioral therapists completed an online version of the scale based on the last session with an adult patient. Based on this data preliminary reliability analyzes and an exploratory factor analysis was performed. Subsequently, to validate the factorial structure of the instrument, a confirmatory factor analysis was performed, based on data from a new sample of 213 therapists identified with various theoretical frameworks that completed the scale.

Results: The exploratory factor analysis suggested a first solution of three factors; as one of them did not have the minimum required items per factor, said items were excluded and a new factor analysis was generated that resulted in a two-factor solution, which explained 71.1% of the total variance. The ordinal α coefficients presented levels adequate reliability in both factors. Confirmatory factor analysis showed that all estimated standardized loads of the nine items presented parameters significant ($p < 0.001$).

Discussion: The EIC is presented as a scale, which has evidence of validity and reliability, which as a short and simple instrument can represent a valuable contribution to studies aimed at evaluating psychotherapeutic interventions in the Latin American context.

Keywords: confirmatory factor analysis, common interventions scale, exploratory factor analysis, common interventions scale

Resumo

Este artigo tem como objetivo apresentar a Escala de Intervenções Comuns (EIC), um instrumento destinado a explorar o uso de intervenções psicoterapêuticas utilizado por terapeutas de diferentes referenciais teóricos e analisar, por sua vez, suas propriedades psicométrico.

Metodologia: Uma primeira amostra não probabilística de 101 foi convocada terapeutas comportamentais psicanalíticos e cognitivos que completaram uma versão on-line de a escala baseada na última sessão com um paciente adulto. Com base nesses dados análises preliminares de confiabilidade e uma análise fatorial exploratória foram realizadas. Posteriormente, para validar a estrutura fatorial do instrumento, foi realizada uma análise Fator confirmatório, baseado em dados de uma nova amostra de 213 terapeutas identificados com vários quadros teóricos que completaram a escala.

Resultados: O análise fatorial exploratória sugeriu uma primeira solução de três fatores; como um dos eles não possuíam o mínimo necessário de itens por fator, tais itens foram excluídos e uma nova análise fatorial foi gerada que resultou em uma solução de dois fatores, que Eles explicaram 71,1% da variância total. Os coeficientes a ordinais apresentaram níveis confiabilidade adequada em ambos os fatores. A análise fatorial confirmatória mostrou que todas as cargas padronizadas estimadas dos nove itens apresentaram parâmetros significativo ($p < 0,001$).

Discussão: O EIC é apresentado como uma escala, que tem evidência de validade e confiabilidade, que, como instrumento curto e simples de A administração pode representar uma contribuição valiosa para estudos que visam avaliar intervenções psicoterapêuticas no contexto latino-americano.

Palavras-chave: análise fatorial confirmatória, análise fatorial exploratória, confiabilidade, escala de intervenciones comunes

Introduction

En el ámbito de la psicoterapia se denomina intervenciones a las acciones del profesional que tienen el propósito terapéutico de generar cambios en el paciente (Roussos, Waizmann y Etchebarne, 2010). Una de las principales variables que atraviesan estas intervenciones es el marco teórico al que adscriben los terapeutas (Beutler et al., 2004). Los distintos modelos teóricos proponen diferentes planes de acción con base en la forma en que conceptualizan a la problemática del sujeto que consulta. Así, existen diversas sistematizaciones y clasificaciones para describir las intervenciones específicas que prescriben los marcos teóricos. No obstante, en este escenario, existe la posibilidad de que haya un área de superposición entre las acciones propuestas por dos marcos teóricos distintos; es decir, que un conjunto de acciones sea utilizado por distintos abordajes, sea que se les asigne o no el mismo nombre (Juan, 2014). Además, pueden existir acciones aplicadas por terapeutas de distintas orientaciones en sesión y que no aparezcan sistematizadas por ningún marco teórico, porque forman parte del repertorio comunicacional utilizado por los seres humanos, genéricamente, en sus interacciones.

Es así que se denomina intervenciones comunes a aquellas acciones que pueden estar enmarcadas en un plan terapéutico y que son compartidas por dos o más marcos teóricos (Waizmann, Etchebarne y Roussos, 2004). Estas intervenciones comunes, a su vez, pueden clasificarse como específicas o no específicas. Las primeras están explicitadas dentro de diversos marcos teóricos; y las segundas, no se encuentran en ningún modelo teórico.

La existencia de estas intervenciones comunes ha despertado el interés empírico por determinar qué porcentaje de la actividad terapéutica pertenece usualmente a acciones específicas y cuál es el porcentaje de intervenciones comunes. Trijsburg, Trent y Perry (2004) compararon intervenciones en pacientes con depresión tanto en sesiones psicodinámicas como cognitivo-comportamentales. Sus resultados indicaron que ambos marcos compartían el 48,4 % de las intervenciones, mientras que un 51,6 % eran específicas de cada modelo. En otra investigación sobre intervenciones, realizada en el contexto argentino, se observó que el 92 % de los terapeutas cognitivos utilizaba intervenciones psicoanalíticas y el 96 % de los terapeutas psicoanalíticos, hacía lo propio con intervenciones cognitivas (Waizmann, Jurkowski y Roussos, 2006). Del mismo modo, Waizmann (2010) observó que el 76 % de las intervenciones en tratamientos psicoanalíticos y el 74 % en tratamientos cognitivos eran comunes a distintos marcos teóricos.

Estos estudios han mostrado que la plasticidad técnica es un fenómeno que se da naturalmente en el ámbito psicoterapéutico y que no representa una excepción. Otros estudios, a su vez, han posicionado al uso de las intervenciones comunes como una variable relevante en el proceso terapéutico, se observa una asociación con la fortaleza de la alianza terapéutica (Duff y Bedi, 2010; Hilsenroth y Cromer, 2007; Karver et al., 2008; Werner-Wilson, Michaels, Thomas y Thiesen, 2003), uno de los principales predictores de cambio en psicoterapia (Horvath, Del Re, Flückiger y Symonds, 2011). En síntesis, estos estudios han encontrado que la fortaleza de la alianza terapéutica se ha asociado a un mayor uso de intervenciones comunes, como la formulación colaborativa de tareas y objetivos, la exploración de la experiencia del paciente —sentimientos, pensamientos y deseos—, el uso de intervenciones empáticas y la realización de comentarios alentadores.

En los últimos años se ha desarrollado una gran cantidad de instrumentos destinados al análisis de las intervenciones (Hilsenroth, Blagys, Ackerman, Bonge y Blais, 2005; Juan, 2014) pero pocos han sido traducidos al castellano y adaptados al contexto latinoamericano.

En la búsqueda bibliográfica que sustenta esta investigación, se han encontrado tres instrumentos desarrollados en la región para poder estudiar las intervenciones

psicoterapéuticas: 1) La Clasificación Multidimensional de Intervenciones Psicoterapéuticas (CMIP; Roussos, Etchebarne y Waizmann, 2005), creada en Argentina, estudia cuatro niveles en el análisis de las intervenciones —descriptivo, contenido, témporo-espacial y estratégico— mediante jueces externos y observación de material clínico; 2) La Guía de Observación del Terapeuta Aiglé (GOTA) (Fernández-Álvarez et al., 2015), guía desarrollada también en la Argentina que permite analizar verbalizaciones de los terapeutas —preguntas, afirmaciones e indicaciones— e identificar su estilo personal mediante el análisis de material clínico por jueces independientes previamente entrenados; y 3) el Sistema de Codificación de la Actividad Terapéutica (SCAT; Valdés, Tomicic, Pérez y Krause, 2010), un método de codificación del lenguaje mediante jueces externos, desarrollado en Chile, que analiza el contenido de la actividad y el tipo de acciones de comunicación en terapia, sin ser específico a una modalidad u orientación de terapia.

Además, recientemente se ha adaptado al contexto argentino la Escala Comparativa del Proceso Psicoterapéutico (CPPS, por su sigla en inglés) (Gómez Penedo, Barrientos, Martínez y Roussos, 2016; Hilsenroth et al., 2005), que explora el grado de adherencia a intervenciones psicoanalíticas-interpersonales y cognitivo-conductuales en tratamientos no manualizados, pudiendo ser completados por pacientes, terapeutas y observadores externos, lo que permite facilitar su aplicación en estudios con muestras grandes.

Analizando los instrumentos previamente mencionados, tanto la CMIP, como la GOTA y el SCAT, incorporan el uso de intervenciones comunes de distintos marcos teóricos dentro de sus sistemas de clasificación. Sin embargo, también vale la pena destacar que, en los tres casos, para poder realizar la evaluación de las intervenciones es necesario entrenar y utilizar evaluadores externos, lo cual implica un volumen de trabajo y un esfuerzo muy grande para realizar investigaciones clínicas. Esto se debe a que no cuentan con versiones de evaluación de las sesiones que pudieran ser completados por el paciente o el terapeuta.

Por otra parte, la CPPS es un instrumento que puede ser completado por los participantes del tratamiento, optimizando los recursos que se utilizan, pero que cuenta únicamente con intervenciones específicas del marco psicoanalítico y cognitivo, sin presentar intervenciones comunes que pudieran estar presentes en diferentes marcos.

En síntesis, puede observarse la importancia de las intervenciones comunes en el desarrollo y posterior resultado del proceso psicoterapéutico, así como también la falta de instrumentos desarrollados o adaptados al contexto argentino y latinoamericano para analizar las mismas mediante metodologías que prescindan de jueces externos y aumenten la viabilidad de los estudios.

Suscribiendo al marco de referencia descripto en esta introducción, el objetivo del presente artículo es presentar la Escala de Intervenciones Comunes (EIC), diseñada para ser completada por el terapeuta. Se analiza el aporte de un instrumento sencillo de administrar, para realizar investigación clínica sobre las intervenciones. A su vez, se presentará un análisis de las propiedades psicométricas de esta escala, en términos de su confiabilidad y validez.

Método

Diseño del instrumento

Para la creación de la escala se revisaron diversos instrumentos que exploraban intervenciones comunes con metodologías basadas en observadores externos. Estas fueron: *The Psychotherapy Process Q-set* (PQS; Jones, 1985), *The Comprehensive Psychotherapeutic Interventions Rating Scale* (CPIRS; Trijsburg et al., 2002) y *The Multitheoretical List of Therapeutic Interventions* (MULTI; McCarthy y Barber, 2009). El PQS está diseñado para analizar procesos psicoterapéuticos en una sesión individual. Incluye ítems que describen conductas tanto del paciente como del terapeuta e interacciones entre ambos. Por otro lado, el CPIRS y el MULTI evalúan intervenciones de distintos marcos teóricos. La primera mide la presencia y distribución de intervenciones en psicoterapia, según seis tipos. Además, incluye intervenciones que derivan del concepto de factores comunes. La segunda amplía su evaluación a ocho marcos teóricos incluyendo la perspectiva de observadores externos como de terapeutas y pacientes.

Con base en esos instrumentos se modificaron algunos reactivos y se adaptó su fraseo, se construyó un listado de ítems que representarían acciones que podría haber realizado un terapeuta durante una sesión. Se solicitó a los participantes responder en qué medida, cada una de las acciones descritas en los reactivos, eran características de lo ocurrido durante la sesión de estudio, para lo que se usó una escala de tipo Likert de 7 puntos (0= 'Nada Característica', 6= 'Muy Característica') similar a la utilizada en otros instrumentos para evaluación del proceso terapéutico (Hilsenroth et al., 2005; Jones, 2000). En la tabla 1 se presentan los ítems incluidos en la versión preliminar y final de la escala, junto con las referencias a los ítems de escalas previas, utilizados como base conceptual para su desarrollo.

La primera versión de la escala contó con 14 ítems. La misma fue enviada a cuatro terapeutas expertos —dos psicoanalistas y dos terapeutas cognitivos—, a los que se les pidió que la completaran, respondiendo en qué medida cada ítem era

representativo de una intervención prototípica de su marco teórico, nuevamente en una escala de tipo Likert de 7 puntos (0= 'Nada Representativo', 6= 'Muy Representativo'), y que aportaran comentarios respecto de los ítems y su comprensión.

Los puntajes de todos los ítems oscilaron entre valores de 2,25 y 5,5. Se observó que los cognitivos puntuaron más alto en todos los ítems comunes, con la excepción de los ítems 5 ("El terapeuta explicita al paciente estados afectivos, cognitivos y/o comportamentales que pudo inferir en él") y 10 ("El terapeuta presenta en sesión especificaciones relativas al encuadre: lugar físico, rol de los participantes, duración y frecuencia de las sesiones, ausencias, modificaciones y retribuciones") que tuvieron mayor puntaje en los expertos psicoanalíticos. Todos los ítems presentaron un puntaje mayor a cero, menos el ítem 7 ("El terapeuta realiza comentarios alentadores hacia el paciente para infundirle esperanza") en el caso de los terapeutas psicoanalíticos.

Después del análisis de expertos se eliminaron tres ítems de la primera versión de la escala: 1) el ítem "El terapeuta le solicita información al paciente sobre diversas temáticas específicas", debido a que uno de los expertos manifestó que era demasiado genérico y otro sostuvo que su contenido podía incluirse en el ítem "El terapeuta pide más información o elaboración al paciente de temas recientemente mencionados"; 2) el ítem "el terapeuta retoma temas trabajados anteriormente con el paciente, dentro de la misma sesión o en el transcurso de otras" debido a que los expertos manifestaron dificultades para comprender su significado y relevancia; y 3) el ítem "el terapeuta utiliza el humor en la terapia" debido a que se señaló que esta intervención no representaba una acción específica, sino más bien una actitud general. De esta forma, se construyó una versión preliminar del instrumento de 11 ítems.

Posteriormente se realizaron dos estudios empíricos para estudiar las propiedades psicométricas del instrumento y llegar a una versión final del mismo.

Tabla 1. Ítems de la escala y su referencia

	Ítems	Referencia
<i>Ítems escala final</i>		
1.	El terapeuta pide más información o elaboración al paciente de temas recientemente mencionados	"El terapeuta pide más información o elaboración." (Jones, 1985). "Pedir información/elaboración". (Trijsburg et al., 2002).
2.	El terapeuta cuestiona el punto de vista del paciente.	"El terapeuta cuestiona el punto de vista del paciente (vs. convalida las percepciones del paciente)." (Jones, 1985).
3.	El terapeuta le transmite al paciente una valoración positiva de algunos de sus comentarios, sentimientos y/o conductas.	"El terapeuta realiza una valoración positiva de un comentario, sentimiento y/o conducta realizada por el paciente." (Waizmann et al., 2006).

(continúa)

(viene)

Ítems	Referencia
<i>Ítems escala final</i>	
4. El terapeuta habla con el paciente acerca de los objetivos de la terapia	"Se dialoga sobre las metas de tratamiento del paciente." (Jones, 1985). "Establecer y seguir la agenda". (Trijsburg et al., 2002).
5. El terapeuta explicita al paciente estados afectivos, cognitivos y/o comportamentales que pudo inferir en él.	"Empatía". (Trijsburg et al., 2002).
6. El terapeuta sintetiza dichos previos del paciente con palabras distintas.	"Mi terapeuta me repitió (parafraseó) el significado de lo que estaba diciendo". (McCarthy y Barber, 2009). "El terapeuta sintetiza o resume en pocas palabras lo que el paciente acaba de relatar." (Waizmann et al., 2006). "Resumir". (Trijsburg et al., 2002). "Clarificación, reformulación en palabras distintas". (Trijsburg et al., 2002).
7. El terapeuta realiza comentarios alentadores hacia el paciente para infundirle esperanza	"Mi terapeuta trabajó para darme esperanza o aliento". (McCarthy y Barber, 2009). "Apoyo alentador". (Trijsburg et al., 2002).
8. El terapeuta le comunica al paciente información de su vida personal.	"El terapeuta hace comentarios sobre sí mismo." (Jones, 1985). "Mi terapeuta compartió información personal conmigo". (McCarthy y Barber, 2009) "El terapeuta revela información personal al paciente". (Waizmann et al., 2006). "Autorrevelación". (Trijsburg et al., 2002).
9. El terapeuta habla con el paciente acerca de las tareas a realizar dentro de la terapia, necesarias para poder alcanzar los objetivos de la misma.	"Hay discusión sobre actividades específicas o tareas, para que el paciente intente efectuar fuera de la sesión." (Jones, 1985). "Mi terapeuta estableció una agenda o metas específicas para la sesión de terapia". (McCarthy y Barber, 2009). "Establecer o seguir la agenda". (Trijsburg et al., 2002). "Estableciendo/estructurando actividades". (Trijsburg et al., 2002).
10. El terapeuta presenta en sesión especificaciones relativas al encuadre: lugar físico, rol de los participantes, duración y frecuencia de las sesiones, ausencias, modificaciones y retribuciones	"Se dialoga sobre el horario de las sesiones, o los honorarios." (Jones, 1985). "El terapeuta presenta o modifica el plan general de trabajo, los procedimientos y/o fases involucrados en el mismo, así como las especificaciones relativas a la modalidad interaccional, espacial y temporal que habrá de asumir la relación terapéutica (lugar físico, ubicación y rol de los participantes, duración y frecuencia de las sesiones, ausencias, modificaciones, retribuciones, etc.)." (Waizmann et al., 2006).
11. El terapeuta le transmite al paciente que sus sentimientos o conductas son entendibles y/o esperables en su contexto.	"El terapeuta transmite una sensación de aceptación no crítica." (Jones, 1985). "Empatía". (Trijsburg et al., 2002). "Reafirmación directa". (Trijsburg et al., 2002).
<i>Ítems eliminados</i>	
12. El terapeuta le solicita información al paciente sobre diversas temáticas específicas.	"El terapeuta realiza verbalizaciones o preguntas con final abierto, solicitando información general sobre un tema en particular." (Waizmann et al., 2006).

(continúa)

(viene)

Ítems	Referencia
<i>Ítems escala final</i>	
13. El terapeuta retoma temas trabajados anteriormente con el paciente, dentro de la misma sesión o en el transcurso de otras.	“El terapeuta retoma cierta o ciertas temáticas que el paciente ha mencionado anteriormente dentro de la misma sesión o en el transcurso de otras.” (Waizmann et al., 2006).
14. El terapeuta utiliza el humor en la terapia.	“Se utiliza el humor.” (Jones, 1985).

Fuente: elaboración propia

Métodos del estudio 1: Análisis exploratorio

Participantes

Se utilizó un muestreo no probabilístico con una estrategia de bola de nieve para convocar una muestra de 101 terapeutas que se identificaron como cognitivos o psicoanalíticos, y que completaron el *pool* inicial de 11 ítems de la escala de intervenciones comunes, en referencia a la última sesión que habían tenido con un paciente adulto.

La muestra de terapeutas presentó una experiencia clínica promedio de 16,16 años (*DE* [Desvío Estándar] = 13,40), siendo el 67 % de los participantes de género femenino. De los 101 terapeutas que participaron en el estudio, 49 se autoproclamaron psicoanalíticos-psicodinámicos, 30 cognitivo-conductuales, 20 cognitivo-integrativos y 2 psicoanalítico-integrativos. El 57,4 % de las sesiones puntuadas correspondían a pacientes mujeres y la edad media de la muestra de pacientes fue de 36,27 años (*DE*=10,78). El 15,8 % se hallaban en el inicio del tratamiento, el 76,2 % en un momento intermedio y el 7,9 % finalizando el mismo. El diagnóstico de los pacientes se estableció a partir del reporte de los terapeutas. Los trastornos más prevalentes en la muestra fueron los trastornos de ansiedad (26,7 %), los trastornos del estado de ánimo (17,8 %) y los trastornos de personalidad (13,9 %). Se detallaron, además, diagnósticos de neurosis (9,9 %), trastorno borderline (9,9 %), crisis vitales/de desarrollo personal y otros (18,8 %)¹.

¹ Los diagnósticos reportados corresponden a distintos sistemas nosográficos debido a que fueron aportados espontáneamente por los terapeutas, sin presentarles opciones de respuesta.

Procedimientos

Para la convocatoria, de la muestra utilizada, se procedió a tomar contacto con terapeutas a través de correos electrónicos personalizados, informándoles acerca de los objetivos del estudio e invitándolos a participar.

En la consigna de la escala se aclaraba a los participantes que no se les solicitaría información personal que pudiera identificarlos y que las respuestas se almacenarían de forma anónima.

A los terapeutas que brindaron su consentimiento se les compartió el link de la página online en la que se hallaba la escala. Esta debía ser completada de acuerdo al último paciente adulto atendido por los profesionales. Por último, se pidió a los terapeutas que propusieran otros posibles participantes que cumplieran los criterios de inclusión, que fueron posteriormente contactados.

Análisis de datos

Con base en esta muestra se realizó un análisis factorial exploratorio para observar la distribución de los ítems en factores. Debido a que los reactivos del instrumento contaban con un nivel de medición ordinal, se realizó un análisis factorial basado en correlaciones policóricas (Freiberg Hoffmann, Stover, de la Iglesia y Fernández Liporace, 2013). Para establecer la cantidad adecuada de factores se realizó un análisis paralelo (Timmerman y Lorenzo-Seva, 2011), se conservaron aquellos factores con autovalores superiores a 1 (Hair, Black, Babin, y Anderson, 2009; Méndez Martínez y Alonso Rondón Sepúlveda, 2012). Para el análisis factorial exploratorio se utilizó el método de extracción de *Minimum Rank Factor Analysis* (Ten Berge y Kiers, 1991) y una rotación Varimax. Posteriormente, se analizó en cada factor extraído la consistencia interna, mediante el estadístico α ordinal —especialmente utilizado para variables ordinales—. Estos análisis se realizaron mediante el software FACTOR (Lorenzo-Seva y Ferrando, 2013). La homogeneidad de los ítems se analizó mediante correlaciones ítem-total ajustadas mediante el software SPSS versión 23.

A partir de estos resultados se construyó una versión tentativa de la escala, que fue luego testeada en un análisis factorial confirmatorio, a partir de una muestra independiente utilizada en el estudio 2.

Resultados

Resultados del estudio 1: análisis exploratorio

Análisis descriptivos

La tabla 2 presenta la media y desvío estándar de los 11 ítems en la muestra 1, junto con estadísticos de asimetría ($z(G_1)$) y curtosis ($z(G_2)$). Puntajes superiores a 1,96 o inferiores a -1,96 permiten rechazar la hipótesis de una distribución simétrica o mesocúrtica (González, Abad y Lévy, 2006). En 5 ítems se rechaza la hipótesis de una distribución simétrica y en 4 de una distribución mesocúrtica.

Tabla 2. Estadísticos descriptivos de los ítems de la escala preliminar

Ítem	M (DE)	Gz ₁	Gz ₂	k ²
1. El terapeuta pide más información o elaboración al paciente de temas recientemente mencionados.	4,80 (1,32)	-2,11 *	-0,05	4,44
2. El terapeuta cuestiona el punto de vista del paciente.	3,46 (1,68)	0,68	-1,85	3,87
3. El terapeuta le transmite al paciente una valoración positiva de algunos de sus comentarios, sentimientos y/o conductas.	5,09 (1,40)	-1,97 *	-0,28	3,96
4. El terapeuta habla con el paciente acerca los objetivos de la terapia.	4,70 (1,94)	-1,17	-2,53 *	7,78 *
5. El terapeuta explicita al paciente estados afectivos, cognitivos y/o comportamentales que pudo inferir en él.	4,66 (1,64)	-1,9	-0,89	4,41
6. El terapeuta sintetiza dichos previos del paciente con palabras distintas.	4,56 (1,49)	-0,26	-1,12	1,32
7. El terapeuta realiza comentarios alentadores hacia el paciente para infundirle esperanza.	5,06 (1,50)	-1,65	-1,31	4,44
8. El terapeuta le comunica al paciente información de su vida personal.	2,48 (1,52)	3,86 *	0,42	15,08 *
9. El terapeuta habla con el paciente acerca de las tareas a realizar dentro de la terapia, necesarias para poder alcanzar los objetivos de la misma.	3,88 (2,21)	-0,05	-3,15 *	9,95 *
10. El terapeuta presenta en sesión especificaciones relativas al encuadre: lugar físico, rol de los participantes, duración y frecuencia de las sesiones, ausencias, modificaciones y retribuciones.	4,35 (2,18)	-0,7	-3,03 *	9,64 *
11. El terapeuta le transmite al paciente que sus sentimientos o conductas son entendibles y/o esperables en su contexto.	4,88 (1,53)	-3,12 *	0,39	9,91 *

Nota. M= Media; DE = Desvío estándar; zG₁ = Contraste de asimetría; zG₂ = Contraste de curtosis; k² = Contraste de Normalidad multivariada. * Se rechaza la hipótesis de nula de una distribución simétrica, mesocúrtica o normal.

Fuente: Elaboración propia.

Validez de constructo

En primera instancia, el criterio de normalización de Kaiser sugirió un adecuado ajuste muestral de los datos y balance de cantidad de participantes/ítems ($KMO= 0,837$; $\chi^2(55) = 500,9$; $p < 0,001$) para realizar un análisis factorial exploratorio. Luego de probar distintas soluciones alternativas se llegó a una primera solución de tres factores que explicaba un 72.8 % de la varianza. Siguiendo los criterios de Costello y Osborn (2005), se estableció como parámetro para mantener los ítems que presentaran cargas únicas de al menos 0,50 en algún factor (ver tabla 3). De esta forma, la primera solución factorial dio una estructura de tres factores, el primero de cuatro ítems, el segundo de cinco y el tercero de dos ítems. Sin embargo, los resultados del análisis paralelo conducido sugirieron conservar una estructura factorial de dos dimensiones, siendo únicamente dos los factores que presentaron auto-valores superiores a 1. Además, debido a que se requiere que las dimensiones tengan un mínimo de tres ítems por factor (Lloret-Segura, Ferreres-Traver, Hernández-Baeza y Tomás-Marco, 2014), se decidió eliminar los ítems del segundo factor y volver a correr un análisis factorial exploratorio con los nueve ítems restantes, probando una solución de dos factores.

Tabla 3. Matriz de solución factorial preliminar con tres factores

Ítem	Carga Factor 1	Carga Factor 2 *	Carga Factor 3
1. Pedido de información	0,310	0,877	0,049
2. Cuestionamiento	0,281	0,131	0,587
3. Valoración positiva	0,720	0,220	0,471
4. Objetivos de terapia	0,763	0,375	0,254
5. Empatía	0,238	0,316	0,549
6. Síntesis	0,114	0,449	0,632
7. Comentarios alentadores	0,672	0,147	0,451
8. Autorrevelación	0,464	-0,020	0,534
9. Asignación de tareas	0,926	0,058	0,231
10. Especificaciones de encuadre	0,004	0,597	0,201
11. Normalización	0,428	0,077	0,660

* Debido a que únicamente dos ítems tuvieron sus cargas principales en el Factor 2, se decidió eliminar estos ítems, para volver a correr un análisis factorial.

Fuente: elaboración propia.

Este nuevo análisis factorial, excluyendo esos dos ítems, mostró nuevamente un adecuado ajuste muestral de los datos y balance de cantidad de participantes/ítems ($KMO= 0,841$; $\chi^2(36) = 439,8$; $p < 0,001$). Mediante el análisis se llegó a una solución final

de dos factores explicando un 71,1 % de la varianza total —ligeramente por debajo de la varianza total explicada por la solución de tres factores—. Como se puede observar en la tabla 4, cuatro ítems presentaron cargas superiores a 0,50 en un factor mientras que cinco presentaron cargas superiores a ese límite, en el otro.

Los ítems del primer factor —ítems 3, 4, 7, 8 y 9— describen intervenciones orientadas a la construcción y mantenimiento del vínculo o la alianza terapéutica. Por ende, se decidió llamar a este factor: "Intervenciones orientadas a construir o fortalecer el vínculo con el paciente" (Vinculares). El segundo grupo de intervenciones —ítems 2, 5, 6 y 11— describen acciones en las que el terapeuta aporta información o amplía la perspectiva del paciente. De esta manera, el segundo factor fue denominado: "Intervenciones orientadas a ampliar la perspectiva del paciente" (Ampliación).

Tabla 4. Matriz de solución factorial final con dos factores

Ítem	Carga Factor 1	Carga Factor 2	Correlación ítem-escala ajustada
2. Cuestionamiento	0,340	0,534	0,384
3. Valoración positiva	0,739	0,439	0,719
4. Objetivos de terapia	0,821	0,277	0,695
5. Empatía	0,321	0,589	0,514
6. Síntesis	0,228	0,704	0,494
7. Comentarios alentadores	0,732	0,390	0,713
8. Autorrevelación	0,511	0,441	0,517
9. Asignación de tareas	0,955	0,118	0,794
11. Normalización	0,495	0,595	0,524

Fuente: elaboración propia.

Consistencia interna

Los coeficientes de confiabilidad calculados para establecer la consistencia interna de los factores, mostraron niveles buenos tanto en el factor de intervenciones Vinculares (α ordinal= 0,953) como en el factor de intervenciones de Ampliación de perspectiva del paciente (α ordinal= 0,878; Zumbo, Gadermann y Zeisser, 2007).

Homogeneidad de los ítems

Como se puede observar en la tabla 4, todos los ítems presentaron correlaciones ítem-escala ajustadas superiores a 0,3 e inferiores a 0,8. Al encontrarse por encima

del límite inferior de 0,3, eso indica un adecuado nivel de homogeneidad de los ítems de cada factor. Por otra parte, las correlaciones inferiores a 0,8 indican que los ítems no son redundantes y que exploran distintas facetas del concepto subyacente al factor (Ratray y Jones, 2007).

Métodos del Estudio 2. Análisis factorial confirmatorio

Participantes

Para esta investigación se utilizó nuevamente un muestreo no probabilístico con una estrategia de bola de nieve para convocar a una muestra de 213 terapeutas. El número de participantes en este segundo estudio fue mayor para poder realizar un análisis factorial confirmatorio, mediante ecuaciones estructurales (Kline, 2011). Además, en este caso no se limitó la convocatoria de los participantes a terapeutas cognitivos y psicoanalíticos, pudiendo pertenecer los terapeutas a cualquier orientación teórica. Esto se hizo con el fin de tener una mayor variabilidad en las respuestas y un mayor rango posible de participantes, obteniendo a su vez una muestra más abarcativa, representando el crisol de modelos teóricos presentes en los terapeutas de Argentina. La muestra presentó una experiencia clínica promedio de 9,18 años ($DE=10,08$), con un 79,3 % de participantes de género femenino. De los 213 terapeutas que integraron el estudio, el 48,19 % se proclamaron psicoanalíticos/psicodinámicos, el 22,3 % cognitivo conductual, el 8,81 % cognitivos integracionistas, el 3,63 % eran psicoanalíticos integrativos, el 11,92 % sistémicos/sistémico-integrativos, 2,3 % humanista-existencial y 2,59 % pertenecían a otras orientaciones.

De las sesiones seleccionadas para completar el instrumento, el 21,5 % se hallaban en una etapa inicial del tratamiento, 67,2 % en una fase intermedia y el 11,3 % en una etapa final. La edad media de la muestra de pacientes se ubicó en los 34,82 años ($DE=11,75$) y el 65,6 % eran de género femenino. El diagnóstico se estableció nuevamente a partir de lo reportado por los terapeutas. El trastorno más prevalente fue el trastorno de ansiedad (23,94 %), seguido por neurosis (13,61 %), crisis vitales (11,27 %), trastornos de la personalidad (9,86 %) y trastornos del estado del ánimo (8,45 %). Además, se detallaron diagnósticos de trastorno obsesivo compulsivo (2,35 %), psicosis (1,88 %), trastornos de la conducta alimentaria (1,44 %) y otros (3,29 %). El 23,94 % de los terapeutas no brindó información diagnóstica del paciente.

Modificaciones en el instrumento

Debido a los resultados del análisis factorial exploratorio, se eliminaron dos ítems de la escala. Por lo tanto, los terapeutas participantes en este segundo estudio completaron la versión definitiva de la EIC, que constó de nueve ítems, nuevamente en una escala de tipo Likert de siete puntos (0= 'Nada Característica', 6= 'Muy Característica').

Procedimientos

Los terapeutas participantes completaron la escala en un formato online. Para la construcción de la muestra se armó un listado de potenciales participantes a partir de terapeutas conocidos del equipo de investigación en el cual se realizó este estudio. A cada uno de ellos se le envió un mail personalizado, invitándolo a participar del estudio, con el link a la escala. Por otra parte, a los terapeutas que contestaron la escala se les solicitó la recomendación de potenciales participantes, que fueron contactos e invitados a formar parte del estudio. Además, se realizó una convocatoria online a participar del estudio, mediante grupos de redes sociales específicamente orientados a clínicos. Al comenzar la escala, se aclaraba a los participantes que su participación era anónima y que las respuestas se almacenarían sin ningún dato identificatorio.

Análisis de datos

Para obtener mayores evidencias acerca de la validez de constructo de la escala, se realizó un análisis factorial confirmatorio, mediante el método de mínimos cuadrados generalizados (GLS, por su sigla en inglés), debido a evidencias de curtosis en la distribución de los ítems. Esta decisión se basó en el hecho de que este método no implica suposiciones sobre la distribución de las variables —como puede ser en el caso del método de máxima verosimilitud, que requiere de una distribución normal— y, además, es una estrategia de estimación considerada adecuada para variables ordinales (Stover, Uriely Fernández Liporace, 2012). Por otra parte, es un método de estimación para muestras chicas ($n=200$) y para estructuras factoriales en donde se presentan pocos componentes por factor (Freiberg Hoffmann, Stover, de la Iglesia y Fernández Liporace, 2013), como es el caso de esta escala.

Se utilizó el programa estadístico R (R Core Team, 2013) empleando el paquete estadístico lavaan (Yves Rosseel, 2012) para el cálculo de ecuaciones estructurales. El modelo analizado (ver figura 1), requirió de la estimación de 19 parámetros —9 varianzas de los errores, 2 varianzas de las dimensiones, 7 cargas de los ítems y 1 covarianza entre las dimensiones—. Por lo que el número de participantes para

este estudio ($n = 213$), alcanzó el criterio de utilización de entre 5-20 por parámetro a estimar (Míndrilă, 2010) y de un mínimo de 200 casos para realizar estimaciones confiables con ecuaciones estructurales (Ferrando y Anguiano-Carrasco, 2010).

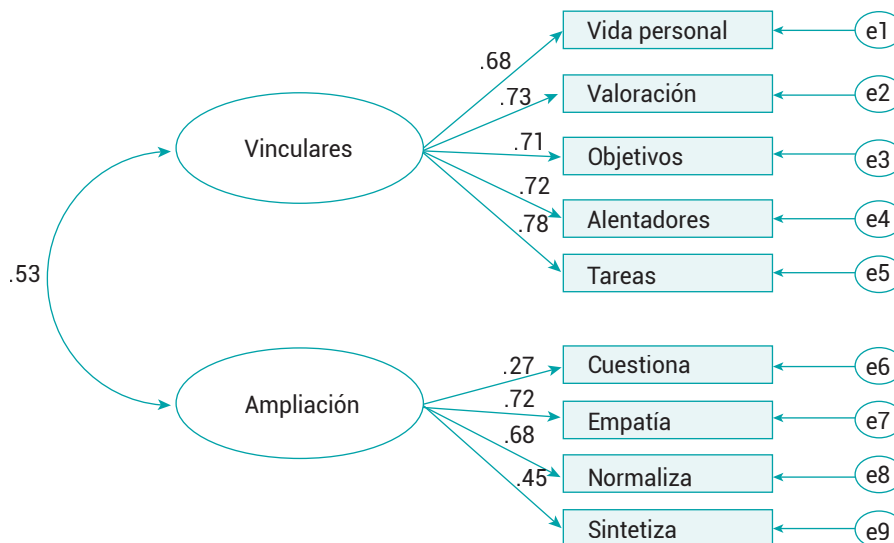


Figura 1. Carga de los ítems por factor

Fuente: elaboración propia

Resultados del Estudio 2. Análisis factorial confirmatorio

Para poder evaluar la bondad de ajuste del modelo, como se sugiere habitualmente (Freiberg, et al., 2013) se utilizaron diversos índices de bondad de ajuste, de diferente naturaleza, a saber: *Comparative Fit Index* (CFI), *Tucker-Lewis Index* (TLI), *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA) y *Standardized Root Mean Square Residual* (SRMSR). Todos los índices explorados (CFI= 0,994, TLI= 0,992, RMSEA= 0,04, SRMSR= 0,6), mostraron indicios de un adecuado ajuste del modelo. Por otra parte, todas las cargas estandarizadas estimadas de los nueve ítems presentaron parámetros significativos ($p < 0,001$), lo que implica otro indicador positivo respecto del ajuste del modelo.

No obstante, al analizar las cargas de los factores (ver figura 1), se observa un ítem que presenta una carga inferior a 0,40 (ítem 2; "Cuestionamiento") y otro que presenta una inferior a 0,50 (ítem 6; "Síntesis"). El resto de los ítems presentaron cargas superiores a 0,50 en su respectivo factor, dando sustento a la estructura factorial observada en el estudio exploratorio.

Discusión

El objetivo de este artículo fue introducir un instrumento desarrollado para estudiar en forma sencilla las intervenciones comunes realizadas en psicoterapias de distintos marcos teóricos, desde la perspectiva de los terapeutas. Por otra parte, se buscó analizar las propiedades psicométricas del instrumento a partir de medidas de confiabilidad y validez.

A partir de un conjunto original de 14 ítems, desarrollados en base a bibliografía e instrumentos previos, se realizó una validación teórica empleando jueces externos, concluyendo en la eliminación de tres ítems. Luego se llevó a cabo un análisis factorial exploratorio sobre la base de esos once ítems, que determinó una versión preliminar del instrumento con nueve ítems distribuidos en dos factores, que permitió explicar un 71,1 % de la varianza total. Uno de los factores incluía ítems destinados a construir y mantener la alianza terapéutica y el segundo se trataba de acciones en las que el terapeuta amplía la perspectiva del paciente o aporta información. Con respecto a la validez de constructo, todos los ítems se ubicaron por arriba del umbral de 0,50 en ambos factores.

Esta versión preliminar del instrumento mostró evidencias de confiabilidad. Los niveles de consistencia interna, mediante el estadístico α ordinal, fueron buenos para ambos factores. Además, se observó una homogeneidad adecuada en todos los ítems, con todos los reactivos teniendo correlaciones ítems subescala corregida en el rango de 0,3/0,8 (Rattray y Jones, 2007). Como estos valores se hallan por debajo de 0,8, implica que los ítems no son redundantes y que describen distintas facetas del constructo que exploran. Así mismo, los puntajes por encima de 0,3 indican una asociación adecuada dentro de los ítems de cada factor.

Por otro lado, para aportar mayor evidencia en términos de la validez de constructo se realizó un análisis factorial confirmatorio con los dos factores derivados. Los resultados de ese análisis aportaron un sustento adicional, aunque parcial, a la estructura factorial observada en el confirmatorio.

De nueve ítems, siete presentaron cargas superiores a 0,50, en su respectivo factor. Los que presentaron cargas menores fueron el ítem 2 ("El terapeuta cuestiona el punto de vista del paciente") y el ítem 6 ("El terapeuta sintetiza dichos previos del paciente con palabras distintas"), ambos pertenecientes al factor Ampliación. De esta manera, se observó una estructura más robusta en el factor de intervenciones Vinculares, en comparación con el factor Ampliación.

No obstante, se pueden hipotetizar algunas razones para entender la baja carga en estos dos reactivos. En cuanto al ítem "El terapeuta cuestiona el punto de vista del paciente", si bien es cierto que desde el punto de vista teórico dicho accionar podría

vincularse a una acción orientada a ampliar la perspectiva y visión del paciente, también es cierto que la utilización de este tipo de intervenciones ha mostrado, en investigaciones previas, ser mucho más infrecuente que los otros tipos de intervenciones incluidas en ese factor (Juan, 2014). Esta observación se ve replicada en los análisis descriptivos presentados en este trabajo, en donde la intervención de cuestionamiento fue la segunda con menor puntaje de frecuencia de todo el conjunto de reactivos.

Este tipo de intervenciones no solo es posible que sean utilizadas escasamente a lo largo de los tratamientos, sino que pueden usarse solo en algún tipo especial de pacientes y en momentos particulares de la terapia. Las otras intervenciones que componen el componente, como es el caso de intervenciones empáticas y síntesis de información, tiene un uso mucho más habitual y homogéneo a lo largo los distintos tratamientos (Juan, 2014). Además, la tendencia a utilizar una intervención como el cuestionamiento, lo que configura una acción con un rol interpersonal de dominio activo por parte del terapeuta (Kiesler y Schmidt, 2006), podría estar fuertemente influido por el estilo personal del terapeuta (Fernández-Álvarez y García, 1998). Así, se observa otra posible fuente de variabilidad, específica de esta intervención, que podría haber minado su asociación con el resto de las acciones del factor. No obstante, sería necesario contrastar estas hipótesis empíricamente, para acumular evidencias que permitan sostener estas diferentes fuentes de variabilidad en el uso de intervenciones de Cuestionamiento.

A diferencia de las otras intervenciones que componen el factor de Ampliación, la intervención de Cuestionamiento es la única que podría representar un riesgo para el vínculo entre el paciente y el terapeuta. La puesta en cuestión de ideas del paciente, si son bien tomadas por esos, podrían redundar en cambios terapéuticos a nivel de las cogniciones, experiencias, acciones y emociones de las personas que consultan. No obstante, si los cuestionamientos son rechazados por el paciente o vividos como un ataque, podrían configurar rupturas en el vínculo terapéutico (Safran, Muran, Samstag y Stevens, 2002), lo cual podría hasta derivar en abandonos de la terapia (Safran et al., 2002). De esta manera, debido al riesgo que implica a nivel de la relación entre el paciente y el terapeuta, las intervenciones de cuestionamiento podrían también haberse visto asociadas a las acciones correspondientes al factor de intervenciones Vinculares.

El otro reactivo que presentó cargas ligeramente por debajo del límite de 0,50, fue el ítem "El terapeuta sintetiza dichos previos del paciente con palabras distintas" —con una carga de 0,45—. Algo que llama la atención de estos resultados es el hecho de que, este ítem, había sido el que presentó la principal carga en el factor Ampliación, al realizar el análisis factorial exploratorio —una carga de 0,704—. Una de las posibles

explicaciones de esta diferencia radica en las muestras independientes utilizadas para cada análisis. La muestra del estudio del análisis exploratorio estuvo exclusivamente integrada por terapeutas cognitivos y psicoanalíticos, mientras que en la muestra del estudio confirmatorio estuvo constituida por terapeutas de una diversidad mayor de marcos teóricos. Existe la posibilidad de que la asociación de la intervención de Síntesis con las otras intervenciones del factor Ampliación sea particularmente fuerte en tratamientos cognitivos y psicoanalíticos, mientras que presente una asociación menor en otro tipo de abordajes —como aquellos que fueron incluidos en el segundo estudio—. Futuras investigaciones deberían estudiar esta hipótesis, y observar si se encuentran patrones de interacción de intervenciones diferenciales entre tratamientos de distintos marcos teóricos y explorando los eventuales efectos terapéuticos de dichos patrones.

Adicionalmente, la presente investigación cuenta con diversas limitaciones que llaman a una interpretación cautelosa de los resultados. En primer lugar, al haber obtenido la muestra de forma no probabilística y con un instrumento online, se plantea un obstáculo para la generalización de resultados. La muestra utilizada, al estar circunscripta a la red extensa de contactos de los investigadores y al excluir a cualquier terapeuta con uso limitado de tecnologías, podría contar con cualidades diferentes a la de la población general de psicoterapeutas. A su vez, para la recolección de los casos no se realizó un muestreo por cuotas que buscara representar equitativamente los diagnósticos de los pacientes, lo que implicó una predominancia de cuadros ansioso-depresivos en las dos muestras de los estudios. Por ende, existe la posibilidad de que la estructura factorial observada no sea general a todos los cuadros diagnósticos, sino que se observen diferencias dependiendo de la situación que aqueja a los pacientes. Futuros trabajos deberían explorar la invarianza factorial interdiagnóstica de este instrumento. Por último, a pesar de que en algunos casos existe la posibilidad de que muestras de 100 casos sean suficientes para un análisis factorial exploratorio (Lloret-Segura et al., 2014), es decir, cuando hay tres factores con tres o cuatro ítems cada uno, o cuando hay más ítems y factores pero las comunalidades son superiores a .80 (Bandalos y Finney, 2010; Costello y Osborne, 2005; Guadagnoli y Velicer, 1988), esto no se cumplió en el presente estudio, por lo que se debería tener en cuenta a la hora de interpretar los resultados.

A pesar de estas limitaciones, este trabajo presenta un instrumento breve y sencillo, con evidencias de confiabilidad y validez, que permite estudiar en países latinoamericanos las intervenciones comunes realizadas por terapeutas de diferentes marcos teóricos en sesión. Consideramos que a partir de este esfuerzo, este artículo realiza un aporte para favorecer la comprensión del uso de estas intervenciones

comunes, en el contexto latinoamericano, que puede servir tanto para que los terapeutas de la región exploren y reflexionen sobre sus propios procesos clínicos —pudiéndose usar este instrumento, incluso, como material de supervisión—, así como también para fomentar la investigación clínica en Latinoamérica centrada en el estudio de intervenciones transteóricas, a partir de un instrumento que facilita —y hace más viable— la realización de proyectos en la temática.

Agradecimientos

Los autores agradecen a Agustín Freiberg Hoffmann por el asesoramiento metodológico en el análisis de datos.

Referencias

- Bandalos, D. L. y Finney, S. J. (2010). Factor Analysis: Exploratory and Confirmatory. En G. R. Hancock y R. O. Mueller. (Eds.), *Reviewer's guide to quantitative methods*. New York, USA: Routledge.
- Beutler, L. E., Malik, M. L., Alimohamed, S., Harwood, T. M., Talebi, H., Noble, S. y Wong, E. (2004). Therapist variables. In M. J. Lambert. (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 227–306). New York, USA: Wiley.
- Costello, A. B y Osborne, J. W. (2005). Best Practices in Exploratory Factor Analysis: Four Recommendations for Getting the Most From Your Analysis. *Practical Assessment Research & Evaluation, 10*(7), 1-9. Recuperado de: <http://pareonline.net/getvn.asp?v=10&n=7>
- Duff, C. T. and Bedi, R. P. (2010). Counsellor behaviours that predict therapeutic alliance: From the client's perspective. *Counselling Psychology Quarterly, 23*(1), 91–110. doi: 10.1080/09515071003688165
- Fernández-Alvarez, H., Castañeiras, C., Curtarelli, A., García, F., Gómez, B., Lichtenberger, A. y Corbella, S. (2015). Presentación de una guía para la observación y clasificación de la conducta verbal de los terapeutas. *Terapia Psicológica, 33*(1), 23–34. doi: 10.4067/S0718-48082015000100003
- Fernández-Álvarez, H., y García, F. (1998). *El Estilo Personal del Terapeuta: Inventario para su evaluación*. En S. Gril, A. Ibáñez, I. Mosca y P.L.R. Sousa (Eds.). (s.d.).

- Ferrando, P. J. y Anguiano-Carrasco, C. (2010). El análisis factorial como técnica de investigación en psicología. *Papeles del Psicólogo*, 31, 18-33. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/778/77812441003.pdf>
- Freiberg Hoffmann, A., Stover, J. B., de la Iglesia, G. y Fernández Liporace, M. (2013). Correlaciones policóricas y tetracóricas en estudios factoriales exploratorios y confirmatorios. *Ciencias Psicológicas*, VIII(2), 151-164.
- Gómez Penedo, J. M., Barrientos, J. C., Martínez, A., y Roussos, A. J. (2016). Comparative Psychotherapy Process Scale (CPPS): analysis of the validity and reliability of its adaptation into Spanish / Escala Comparativa del Proceso Psicoterapéutico (CPPS): análisis de la validez y confiabilidad de su adaptación al castellano, Estudio. *Estudios de Psicología / Studies in Psychology*, 37, 656-677. doi: 10.1080/02109395.2016.1189207
- González, N., Abad, J. y Lévy, J. P. (2006). Normalidad y otros supuestos en análisis de covarianzas. En J. P. Lévy. (Ed.), *Modelización con estructuras de covarianza* (pp. 31-57). La Coruña: Netbiblo.
- Guadagnoli, E. and W. F. Velicer (1988). Relation of sample size to the stability of component patterns. *Psychological Bulletin*, 103(2), 265-275. doi: 10.1037//0033-2909.103.2.265
- Hair Jr., J. F., Black, W. C., Babin, B. J. and Anderson, R. E. (2009). *Multivariate data analysis*. Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall, Inc. Bartlett.
- Hilsenroth, M. J., Blagys, M. D., Ackerman, S. J., Bonge, D. R. and Blais, M. A. (2005). Measuring psychodynamic-interpersonal and cognitive-behavioral techniques: development of the comparative psychotherapy process scale. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42(3), 340-356. doi: 10.1037/0033-3204.42.3.340
- Hilsenroth, M. J. y Cromer, T. D. (2007). Clinician interventions related to alliance during the initial interview and psychological assessment. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 44, 205-218. doi: 10.1037/0033-3204.44.2.205
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C. y Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 48, 9-16. doi: 10.1037/a0022186
- Jones, E. E. (1985). *Manual for the psychotherapy process Q-set*. Unpublished manuscript. University of California, Berkley.
- Jones, E.E. (2000). *Therapeutic action: A guide to psychoanalytic therapy*. Northvale, NJ: Aronson.

- Juan, S. (2014). *Inferencias pronósticas e intervenciones en el Trastorno de Ansiedad Generalizada*. Tesis doctoral. Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.
- Karver, M., Shirk, S., Handelsman, J. B., Crisp, H., Gudmundsen, G. and McMakin, D. (2008). Relationship Processes in Youth Psychotherapy: Measuring alliance, alliance-building behaviors and client involvement. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 16(1), 15–28. doi: 10.1177/1063426607312536
- Kiesler, D. J. and Schmidt, J. A. (2006). *The impact message inventory-circumplex (IMI-C) manual*. Redwood City, CA: Mind Garden.
- Kline, R. B. (2011). *Principles and practice of Structural Equation Modeling* (Third). New York, NY: The Guilford press.
- Lloret-Segura, S., Ferreres-Traver, A., Hernández-Baeza, A. y Tomás-Marco, I. (2014). El análisis factorial exploratorio de los ítems: una guía práctica, revisada y actualizada. *Anales de psicología*, 30, 3, 1151-1169. doi: 10.6018/analesps.30.3.199361
- Lorenzo-Seva, U. y Ferrando, P.J. (2013). FACTOR 9.2 A Comprehensive Program for Fitting Exploratory and Semiconfirmatory Factor Analysis and IRT Models. *Applied Psychological Measurement*, 37(6), 497-498. doi: 10.1177/0146621613487794
- McCarthy, K. and Barber, J. (2009). The Multitheoretical List of Therapeutic Interventions (MULTI): Initial report. *Psychotherapy Research*, 19(1), 96 -113. doi: 10.1080/10503300802524343
- Méndez Martínez, C. y Rondón Sepúlveda, M., A. (2012). Introducción al análisis factorial exploratorio. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 41, 197-207. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/806/80624093014.pdf>
- Míndrila, D. (2010). Maximum Likelihood (ML) and Diagonally Weighted Least Squares (DWLS) Estimation Procedures: A Comparison of Estimation Bias with Ordinal and Multivariate Non-Normal Data. *International Journal of Digital Society*, 1, 60–66. Recuperado de: <https://pdfs.semanticscholar.org/ddbf/f72ab683f207e1dd7ec835b99100a08657a7.pdf>
- R. Core Team (2013). *R: A language and environment for statistical computing*. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. Recuperado de: <http://www.R-project.org/>.
- Rattray, J. y Jones, M. C. (2007). Essential elements of questionnaire design and development. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 234–243. doi: 10.1111/j.1365-2702.2006.01573.x

- Roussos, A. J., Etchebarne, I. y Waizmann, V. (2005). Un esquema clasificatorio para las intervenciones en psicoterapia cognitiva y psicoanalítica. *Anuario de Investigaciones, XVIII*, 51–61.
- Roussos, A. J., Waizmann, V. y Etchebarne, I. (2010). Common Interventions in Two Single Cases of Cognitive and Psychoanalytic Psychotherapies. *Journal of Psychotherapy Integration, 20*(3), 327–346. doi: 10.1037/a0020822
- Safran, J. D., Muran, J. C., Samstag, L. W. y Stevens, C. L. (2002). Repairing alliance ruptures. In J. C. Norcross. (Ed.), *Psychotherapy Relationships That Work* (pp. 235–254). New York, USA: Oxford University Press. doi: 10.1037/a0022140
- Stover, J. B., Uriel, F. y Fernández Liporace, M. (2012). Inventario de estrategias de aprendizaje y estudio: Análisis psicométrico de una versión abreviada. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento, 4*(3), 4-12.
- Ten Berge, J. M. F. and Kiers, H.A.L. (1991). A numerical approach to the exact and the approximate minimum rank of a covariance matrix. *Psychometrika, 56*, 309-315. doi: 10.1007/BF02294464
- Timmerman, M. E. and Lorenzo-Seva, U. (2011). Dimensionality Assessment of Ordered Polytomous Items with Parallel Analysis. *Psychological Methods, 16*, 209-220. doi: 10.1037/a0023353
- Trijsburg, R.W., Frederiks, G. C. F. J., Gorlee, M., Klouwer, E., den Hollander, A.M. and Duivenvoorden, H. (2002). Development of the Comprehensive Psychotherapeutic Interventions Rating Scale (CPIRS). *Psychotherapy Research, 12*, 287-317. doi: 10.1093/ptr/12.3.287.
- Trijsburg, W.R.; Trent, S.T. and Perry, C.J. (2004). An Empirical Study of the Differences in Interventions between Psychodynamic Therapy and Cognitive-Behavioural Therapy for Recurrent Major Depression. *Canadian J. Psychoanal., 12*, 325-345.
- Valdés, N., Tomicic, A., Pérez, J. C. y Krause, M. (2010). Sistema de codificación de la actividad terapéutica (scat-1.0): Dimensiones y categorías de las acciones comunicacionales de pacientes y psicoterapeutas. *Revista Argentina de Clínica Psicológica, XIX*(2), 117–130.
- Waizmann, V. (2010). *Alianza terapéutica e intervenciones psicoterapéuticas en tratamientos cognitivos y psicoanalíticos*. Tesis doctoral. Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.
- Waizmann, V., Etchebarne, I. y Roussos, A. J. (2004). La interacción entre las intervenciones psicoterapéuticas de distintos marcos teóricos y los factores comunes a las psicoterapias. *Revista Argentina de Clínica Psicológica, XIII*, 233–244.

Waizmann, V., Jurkowski, L. y Roussos, A. J. (2006). Descripción de las intervenciones elegidas por psicoterapeutas psicoanalíticos y cognitivos. *Anuario de Investigaciones, XIV*, 41–48. Recuperado de: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1851-16862007000100004&script=sci_arttext&lng=en

Werner-Wilson, R. J., Michaels, M. L., Thomas, S. G. and Thiesen, A. M. (2003). Influence of therapist behaviors on therapeutic alliance. *Contemporary Family Therapy, 25(4)*, 381–390. doi: 10.1023/A:102735660

Yves Rosseel (2012). Lavaan: An R Package for Structural Equation Modeling. *Journal of Statistical Software, 48(2)*, 1-36. Recuperado de: <http://www.jstatsoft.org/v48/i02/>

Zumbo, B. D., Gadermann, A. M. and Zeisser, C. (2007). Ordinal Versions of Coefficients Alpha and Theta for Likert Rating Scales. *Journal of Modern Applied Statistical Methods, 6(1)*, 21-29. doi: 10.22237/jmasm/1177992180