

Preferencias psicoterapéuticas: versión argentina de las escalas PEX-1 y C-NIP-v1.1

Pablo Rafael Santangelo¹ y Karina Conde²
Universidad Nacional de Mar del Plata^{1,2}-Argentina

Se buscó adaptar al contexto argentino dos escalas que evalúan preferencias psicoterapéuticas: el Inventario de Preferencias de Cooper-Norcross (C-NIP-v1.1) y el Cuestionario de Preferencias y Experiencias de Psicoterapia para el Paciente (PEX-1). Ambas escalas fueron administradas a 600 personas (muestra no probabilística). Se realizaron análisis de consistencia interna, dimensionales, y sobre los ítems. Los coeficientes de consistencia interna fueron adecuados para las escalas y sus dimensiones. Los análisis factoriales confirmatorios demostraron un ajuste aceptable a sus estructuras originales. El desempeño de los ítems fue óptimo, con algunas excepciones. Las características psicométricas del PEX-1 y C-NIP-v1.1 indicarían que se ajustan a la aplicación en nuestro contexto.

Palabras clave: preferencias psicoterapéuticas, psicoterapia, psicometría, Argentina.

Psychotherapeutic Preferences: The Argentine Version of the PEX-1 and C-NIP-v1.1 Scales

We sought to adapt to the Argentine context two scales that assess psychotherapeutic preferences: The Cooper-Norcross Preferences Inventory (C-NIP-v1.1) and the Questionnaire of Preferences and Experiences of Psychotherapy for the Patient (PEX-1). We administered both scales in a sample of N=600 people (non-probabilistic). We performed internal consistency, dimensional, and item level analyzes. The internal consistency coefficients were adequate for the total scale and, in general, for each dimension. The confirmatory factor analysis evidenced an adequate fit to the original structures. The performance of the items for the scale and its dimensions was acceptable with few exceptions. The psychometric properties of the C-NIP-v1.1 and the PEX-1 are suitable for their application in our context.

Keywords: Psychotherapeutic preferences, Psychotherapy, Psychometry, Argentina.

¹ Especialista en Psicoterapia Individual y Grupal. Director del Programa de Formación y Entrenamiento en Psicoterapia y del Proyecto de Investigación "Psicoterapia y Supervisión Clínica: Habilidades, Competencias Terapéuticas y Resultados de Tratamientos". Docente de Grado y Postgrado, Universidad Nacional de Mar del Plata, Argentina. Dirección postal: Diagonal J. B. Alberdi 2695 (Código postal: 7600) Mar del Plata, Argentina. Contacto: pablo6s@yahoo.com.ar

² Doctora en Psicología por la Universidad Nacional de Mar del Plata, Argentina. Investigadora Asistente del Instituto de Psicología Básica, Aplicada y Tecnología (IPSIBAT), Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). Dirección postal: Diagonal J. B. Alberdi 2695 (Código postal: 7600) Mar del Plata, Argentina. Contacto: kariknc@gmail.com <https://orcid.org/0000-0003-1913-8328>



Preferências Psicoterapêuticas: Versão Argentina das Escalas PEX-1 e C-NIP-v1.1

Procuramos adaptar duas escalas que avaliam as preferências psicoterapêuticas ao contexto argentino: o Inventário de Preferências Cooper-Norcross (C-NIP-v1.1) e o Questionário de Preferências e Experiências de Psicoterapia do Paciente (PEX-1). Ambas as escalas foram aplicadas a N = 600 pessoas (amostra não probabilística). Foram realizadas análises de consistência interna, dimensional e sobre os itens. Os coeficientes de consistência interna foram adequados para as escalas e suas dimensões. As análises fatoriais confirmatórias demonstraram um ajuste aceitável às suas estruturas originais. O desempenho dos itens foi ótimo, com algumas exceções. As características psicométricas do PEX-1 e C-NIP-v1.1 indicariam que eles se encaixam na aplicação em nosso contexto.

Palavras-chave: Preferências psicoterapêuticas, Psicoterapia, Psicometria, Argentina.

Préférences psychothérapeutiques: version argentine des échelles PEX-1 et C-NIP-v1.1

Nous avons cherché à adapter deux échelles qui évaluent les préférences psychothérapeutiques au contexte argentin: le Cooper-Norcross Preferences Inventory (C-NIP-v1.1) et le Patient Psychotherapy Preferences and Experiences Questionnaire (PEX-1). Les deux échelles ont été administrées à N = 600 personnes (échantillon non probabiliste). Des analyses de cohérence interne, dimensionnelle et sur les éléments ont été réalisées. Les coefficients de cohérence interne étaient adéquats pour les échelles et leurs dimensions. Les analyses factorielles de confirmation ont démontré un ajustement acceptable à leurs structures d'origine. La performance des articles était optimale, à quelques exceptions près. Les caractéristiques psychométriques du PEX-1 et du C-NIP-v1.1 indiqueraient qu'ils correspondent à l'application dans notre contexte.

Mots clés: préférences psychothérapeutiques, Psychothérapie, Psychométrie, Argentine.

La psicoterapia basada en las preferencias de los pacientes es un campo de estudio novel. Las investigaciones en este sentido sugieren que, siempre que sea posible, el tratamiento debe ajustarse a ellas, y la terapia debe ser en el idioma nativo del paciente (Griner & Smith, 2006). El valor de las preferencias de los pacientes es tan reconocido que la Asociación Psicológica Americana define la práctica de la psicoterapia basada en la evidencia integrándolas a uno de sus tres componentes fundamentales: los valores del paciente (American Psychological Association, 2006). Al incluir las preferencias de los pacientes se acepta que tienen un efecto sobre los resultados de la psicoterapia, que en general parece ser positivo (McLeod, 2015; Swift et al., 2019). La evidencia señala que la consideración y acomodación a las preferencias del paciente aumenta los resultados positivos, reduce las tasas de abandono prematuro, fortalece la alianza terapéutica y aumenta la participación en la psicoterapia (Calsyn et al., 2000; Hess, 2017; Swift & Callahan, 2009; Swift et al., 2011; Tompkins et al., 2013).

Pensar en incluir las preferencias del paciente, cualquiera de ellas, en el proceso de toma de decisión sobre qué, cómo y quién implementará la psicoterapia ubica al consultante en un lugar activo en el proceso. Los resultados metaanalíticos indican que los pacientes que participaron de una terapia de elección o preferida, en comparación con los pacientes que no recibieron la posibilidad de elegir, muestran mejores resultados clínicos y tasas de terminación prematura significativamente menores (Delevry & Le, 2019; Lindhiem et al., 2014; Swift et al., 2018; Swift et al., 2011), específicamente el metanálisis de Swift et al. (2018) indica que los pacientes cuyas preferencias no coinciden con la psicoterapia que se les brinda tienen casi el doble de probabilidades de terminar el proceso prematuramente. En la misma línea, pero con alguna diferencia, se encontró en una revisión sistemática y metaanálisis sobre 5294 participantes con un diagnóstico de

trastorno mental, menor deserción y mayor alianza terapéutica cuando los pacientes recibían el tratamiento preferido, pero no hubo evidencia de una asociación significativa con los resultados (Windle et al., 2020).

Las preferencias del paciente, definidas como tipos específicos de tratamientos, actividades o características del terapeuta que los consultantes desean que estén presentes en el entorno de la psicoterapia (Swift et al., 2018), se pueden resumir en tres tipos: 1) de los terapeutas (características personales que deberían tener, como el género, la edad o la religión); 2) de tratamiento (deseos de un tipo particular de psicoterapia, como la terapia cognitivo-conductual o un enfoque centrado en la persona); 3) y las de actividad (comportamientos y estilos de intervención particulares dentro del trabajo terapéutico, como el uso de tareas, mayor o menor directividad) (Cooper et al., 2019).

Por su relevancia en el contexto psicoterapéutico, se han desarrollado varias formas de evaluar las preferencias: viñetas escritas a los participantes para que luego elijan la que más prefieran (King et al., 2000); cuestionarios como el Formulario de Personalización de la Terapia (Bowen & Cooper, 2012) o el Formulario de Preferencias de Asesoramiento (Goates-Jones & Hill, 2008); y también por medio de entrevistas (Vollmer et al., 2009). Es así que, a nivel mundial, los recursos para evaluar las preferencias psicoterapéuticas están en aumento. Sin embargo, en nuestro contexto no contamos con instrumentos a tal fin, es por eso que este estudio tiene por objetivo adaptar al contexto argentino dos escalas que evalúan preferencias psicoterapéuticas, el Inventario de Preferencias de Cooper-Norcross (C-NIP) (2019) y el Cuestionario de Preferencias y Experiencias de Psicoterapia para el Paciente (PEX) (2014).

Características generales de las escalas

El inventario de preferencias de Cooper-Norcross (C-NIP) es una escala diseñada para su uso en la práctica clínica como un medio para facilitar la discusión con los pacientes sobre el estilo deseado en la psicoterapia. Además, se puede usar en supervisión, investigación

y capacitación de psicoterapeutas. El C-NIP se puede administrar en una evaluación inicial o en una sesión temprana de psicoterapia para facilitar un diálogo inicial con los pacientes sobre sus preferencias terapéuticas. También se puede usar en sesiones posteriores (por ejemplo, sesión 5 y sesión 10), y es particularmente útil durante una sesión de revisión o monitoreo de resultados de rutina. La finalización y calificación del C-NIP generalmente toma 5 minutos y la puntuación consiste en sumar los ítems de las cuatro escalas que la componen y determinar si esa puntuación indica una preferencia fuerte en alguno de los polos. Las puntuaciones marcadas con un signo menos se deben restar del total (Cooper & Norcross, 2019).

Las cuatro escalas que componen el C-NIP son: 1) Directiva del terapeuta versus Directiva del paciente (DT/DP); 2) Intensidad emocional versus Reserva emocional (IE/RE); 3) Orientación pasada versus Orientación actual (OP/OA); y 4) Apoyo cálido versus Desafío enfocado (AC/DE). Varios estudios proporcionan evidencia de la confiabilidad y validez clínica del instrumento (Cooper & Norcross, 2016; Cooper et al., 2019). En general, la consistencia interna del instrumento resultó adecuada (Cooper & Norcross, 2016). Específicamente, la consistencia interna de la escala DT/DP demostró ser buena ($\alpha = .84$); la consistencia interna del factor IE/RE se consideró como moderada ($\alpha = .67$); el factor OP/OA mostró una alta consistencia interna ($\alpha = .73$); el factor AC / DE mostró una consistencia interna débil ($\alpha = .60$). En otro estudio se aplicó C-NIP a una muestra clínica (Cooper et al., 2019), habiendo demostrado índices de consistencia interna (p. Ej. confiabilidad del constructo) de peor calidad en comparación con el estudio original, especialmente en los factores DT/DC ($\alpha = .54$) e IE/RE ($\alpha = .51$).

El Cuestionario de Preferencias y Experiencias de Psicoterapia (PEX) es un instrumento flexible utilizado para medir las preferencias y experiencias de intervenciones psicoterapéuticas específicas en pacientes y sus terapeutas antes, durante y después de la psicoterapia. Ha sido diseñado por Clinton y Sandell, y el desarrollo del instrumento comenzó en 1996. Existen versiones específicas del instrumento

para estas seis contingencias separadas. Las intervenciones específicas medidas por el PEX cubren las dimensiones típicas de un amplio espectro de orientaciones psicoterapéuticas como la terapia cognitivo-conductual, la psicoterapia psicodinámica, la terapia centrada en la emoción y el asesoramiento de apoyo, lo que lo convierte en un instrumento económico y flexible adecuado para comparaciones entre diferentes formas de tratamiento (Clinton & Sandell, 2014).

El PEX está compuesto por cinco dimensiones, (1) Orientación externa (OE); (2) Orientación interna (OI); (3) Expresión de afecto (EA); (4) Supresión del afecto (SA); (5) Soporte (SUP). Uno de los objetivos del inventario es simplificar y mejorar la asignación de pacientes a las formas apropiadas de tratamiento mediante la evaluación de las preferencias. El instrumento proporciona respuestas directas sobre qué tipos de intervenciones y enfoques cree el paciente que serán más útiles. Las respuestas proporcionan información que permite una evaluación de la medida en que es posible proporcionar una forma de psicoterapia de acuerdo con las preferencias del paciente. Otro objetivo importante es proporcionar un medio simple de seguir y evaluar el proceso psicoterapéutico. Esto se puede hacer usando el PEX durante el tratamiento y en el período de seguimiento. De esta manera, se hace posible seguir cómo las experiencias de un paciente sobre intervenciones particulares cambian o no con el tiempo. Dado que tanto el paciente como el terapeuta pueden usar el PEX, proporciona un método único para evaluar cómo estos dos participantes en el proceso psicoterapéutico perciben su experiencia conjunta con el tiempo. El PEX tiene raíces en la hipótesis de interacción de la psicoterapia. Esta hipótesis sostiene que el resultado de la psicoterapia no dependerá únicamente de factores específicos del tratamiento o específicos del paciente; también dependerá en gran medida de la interacción de estos factores. En esencia, la hipótesis de interacción establece que las diferentes formas de psicoterapia son adecuadas para diferentes tipos de pacientes. En consecuencia, es importante encontrar la forma de tratamiento más adecuada para cada paciente individual (Clinton & Sandell, 2014).

La confiabilidad del instrumento a través de los valores alfa de Cronbach (α), revelaron una buena consistencia interna general, entre .83 y .89, en todos los factores (OE - $\alpha = .89$; OI - $\alpha = .86$; EA - $\alpha = .87$; SA - $\alpha = .85$; SUP - $\alpha = .83$; (Sandell et al., 2011; Sandell & Clinton, 2014).

Método

Participantes

Se accedió a una muestra por conveniencia, donde los participantes se contactaron a partir de redes mails y Facebook. Contestaron los cuestionarios $N=623$ participantes, sin embargo 23 tuvieron respuestas incompletas y fueron eliminados. La recolección de datos se realizó entre el 29 de mayo y el 7 de julio de 2020. El 78% fueron de género femenino, y estuvieron entre los 19 y los 77 años, $M=34.25$, $DE=9.68$. El 35% estaban haciendo psicoterapia, 47% habían finalizado, 5% estaban comenzando, y 13% nunca habían realizado psicoterapia. Aproximadamente un 25% habían finalizado una Licenciatura en Psicología.

Medición

El C-NIP consta de dos partes, la primera, compuesta por 18 ítems, evaluados con una escala de diferencial semántico que va de una puntuación de 3 a -3, donde se les pide a los pacientes que indiquen sus preferencias sobre cómo les gustaría que un psicoterapeuta trabaje con ellos. Los ítems se agrupan en cuatro escalas bipolares: Escala 1, Directiva del terapeuta versus Directiva del paciente (DT/DP), Escala 2, Intensidad emocional versus Reserva emocional (IE/RE), Escala 3, Orientación pasada versus Orientación actual (OP/OA) y Escala 4 Apoyo cálido versus Desafío enfocado (AC/DE). Al final de cada escala hay una clave de puntuación, que calcula las preferencias en grados en ambas direcciones. La segunda parte, que no fue administrada en

este estudio, está compuesta por múltiples preguntas abiertas sobre las preferencias del paciente. Por ejemplo, se les pregunta si tienen fuertes preferencias por la cantidad de sesiones de terapia, el tipo de formato / modalidad de terapia o cualquier cosa que les disguste particularmente. Varios estudios proporcionan evidencia de la confiabilidad y validez clínica del instrumento (Cooper & Norcross, 2016; Cooper et al., 2019).

Cuestionario de Preferencias y Experiencias de Psicoterapia, para el Paciente (PEX.P1). Está compuesto por 25 ítems que se evalúan con una escala Likert de 6 puntos (Nada = 1, Muy poco = 2, Moderadamente = 3, Bastante = 4, Muy = 5, Completamente = 6). Dado que los ítems ilustran intervenciones que ocurren en psicoterapia, se le pide al paciente que marque la opción de respuesta que mejor exprese el grado en que acepta que cada intervención será útil en su tratamiento.

Está compuesta por cinco dimensiones: (1) Orientación externa (OE); (2) Orientación interna (OI); (3) Expresión de afecto (EA); (4) Supresión del afecto (SA); (5) Sople (SUP). La dimensión OE se refiere a intervenciones que se centran en técnicas prácticas, para abordar problemas y síntomas concretos, está compuesta por cinco ítems, uno de ellos es “Me ayudaría aprender soluciones prácticas a problemas concretos”. La dimensión OI se refiere a las intervenciones centradas en la reflexión personal, la comprensión y conciencia de procesos internos, como fantasías, recuerdos y sueños. Está compuesta por cinco elementos, como por ejemplo “Me ayudaría poner sentimientos en palabras”. La dimensión EA se refiere a intervenciones vinculadas a la vivencia y expresión de afectos y sentimientos, consta de cinco elementos como por ejemplo “Me ayudaría hablar de recuerdos dolorosos”. La dimensión SA se refiere a intervenciones relacionadas con la supresión de afectos y sentimientos, así como evitar confrontaciones con acciones o pensamientos que favorecen la aparición de ansiedad. Consta de cinco ítems, entre ellos “Me ayudaría aprender a olvidar recuerdos dolorosos”. La dimensión SUP, se refiere a las intervenciones y el estilo del terapeuta cálido, basado en consejos, estímulo y empatía. Consta de cinco ítems tales como: “Me ayudaría trabajar con un terapeuta que hable con iniciativa y sea activo”.

Procedimiento

El C-NIP-v1.1 y PEX.P1 fueron adaptados siguiendo las Normas de la Comisión Internacional de Tests (Asociación Argentina de Estudio e Investigación en Psicodiagnóstico, 2000) y el método de traducción inversa a fin de generar una versión que se corresponda con el idioma local y los estilos lingüísticos propios del contexto en el que se aplicó. Las escalas traducidas fueron sometidas a examen y juicio crítico de un grupo de investigación conformado por psicólogos y un especialista en la construcción de instrumentos de evaluación psicológica. Por último, con el fin de evaluar el nivel de comprensión de los ítems, se realizó una prueba piloto con 10 psicólogos. Durante la misma se dio la posibilidad de realizar comentarios respecto de la versión traducida de los cuestionarios y ninguno tuvo dudas, ni sugerencias respecto a los ítems. Posteriormente, se administraron las dos versiones de manera on-line a los participantes del estudio.

Consideraciones éticas

El estudio cuenta con la evaluación del Programa Temático Interdisciplinario en Bioética (PTIB) de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Todos participaron voluntariamente, de manera anónima y no recibieron ningún tipo de compensación; además, recibieron información general sobre el estudio y firmaron el consentimiento informado, asegurando el anonimato y confidencialidad; y se incluyeron datos de contacto de los responsables del estudio.

Análisis de datos

Para estimar el tamaño de la muestra se tuvieron en cuenta los estándares para análisis factoriales (Osborne & Costello, 2004). Ambas escalas fueron evaluadas en su dimensionalidad (partiendo de las dimensiones teóricas originales) mediante análisis factoriales confirmatorios (AFC). Para la realización de AFC, se evaluó la distribución de los ítems mediante el test de Kolmogorov-Smirnov, y se optó por el estimador *diagonally weighted least squares* (DWLS) para ítems no para-

métricos (Brown, 2006). El ajuste de cada modelo se evaluó teniendo en cuenta los siguientes coeficientes X^2 , *Comparative Fit Index* (*CFI*, valor de referencia $\geq .90$), *Tucker-Lewis Index* (*TLI*, valor de referencia $= \geq .90$), *Root Mean Square Error of Approximation* (*RMSEA*, valor de referencia $\leq .05$), y el *Standardized Root Mean Square Residual* (*SRMR*, valor de referencia $\leq .05$). La consistencia interna de las escalas (total y dimensiones) se estableció mediante el coeficiente Alfa de Cronbach y la correlación ítem total. Finalmente, se realizaron correlaciones producto-momento de Pearson entre 1) el total de las escalas; 2) las dimensiones Escala 2-C-NIP y EA-PEX, Escala 4-C-NIP y SUP-PEX, Escala 1-C-NIP y OE-PEX y Escala 3-C-NIP y OI-PEX; 3) el total de las escalas y la edad; y 4) diferencia de medias (prueba *t*) según el género. Para los análisis se utilizó el paquete estadístico lavaan (Rosseel, 2012) del *software* R 3.5.3.

Resultados

Inventario de preferencias de Cooper-Norcross (C-NIP-v1.1)

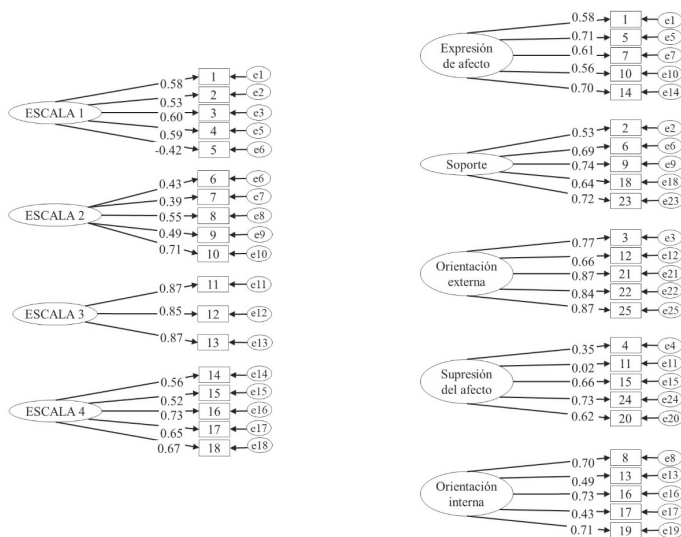
El análisis dimensional de la escala en su formato original no mostró un ajuste adecuado, si bien fue cercano $X^2=689.65$, $gl=129$, $CFI=.88$, $TLI=.86$, $RMSEA=.08$ $IC90\% = .08-.09$, $SRMR=.10$. La eliminación del ítem 5, cuyo coeficiente y correlación con respecto de la dimensión y la escala total fueron negativos (Figura 1, Tabla 1) mejoró el ajuste $X^2=483.64$, $gl=113$, $CFI=.92$, $TLI=.90$, $RMSEA=.07$ $IC90\% = .07-.08$, $SRMR=.08$.

La escala total tuvo un $\alpha=.77$, y de $\alpha=.80$ eliminando el ítem 5. La Escala 1, que contiene dicho ítem, tuvo un $\alpha=.51$, que podría llegar a $\alpha=.73$ tras su eliminación. Las demás escalas tuvieron los siguientes coeficientes de consistencia interna: Escala 2 $\alpha=.71$, Escala 3 $\alpha=.90$, Escala 4 $\alpha=.78$.

Cuestionario de Preferencias y Experiencias de Psicoterapia para el Paciente (PEX)

El análisis dimensional de la escala en su formato original no mostró un ajuste adecuado, si bien fue cercano $X^2=1297.84$, $gl=265$, $CFI=.93$, $TLI=.93$, $RMSEA=.08$ $IC90\%= .07-.08$, $SRMR=.09$. La eliminación del ítem 11, cuyo coeficiente y correlación con respecto de la dimensión y el total fue bajo (Figura 1, Tabla 1) no mejoró llamativamente el ajuste $X^2=1207.18$, $gl=242$, $CFI=.94$, $TLI=.93$, $RMSEA=.08$ $IC90\%= .08-.09$, $SRMR=09$, ni su eliminación aportó a un aumento en la consistencia interna.

Para el total de la escala la consistencia interna fue de $\alpha=.90$, y para las dimensiones fue EA $\alpha = .77$; SUP $\alpha = .80$; OE - $\alpha = .90$; SA $\alpha = .64$; OI $\alpha = .76$.



Inventario de preferencias de Cooper-Norcross (C-NIP-v1.1)

Cuestionario de Preferencias y Experiencias de Psicoterapia para el Paciente (PEX.P1)

Figura 1. Coeficientes estandarizados del Análisis Factorial Confirmatorio para las versiones argentinas del Inventario de preferencias de Cooper-Norcross y el Cuestionario de Preferencias y Experiencias de Psicoterapia para el Paciente, N=600.

Tabla 1

Análisis a nivel del ítem (correlación biserial puntual corregida) de las versiones argentinas del Inventario de preferencias de Cooper-Norcross y el Cuestionario de Preferencias (C-NIP) y Experiencias de Psicoterapia para el Paciente (PEX), N=600

Ítems	CNIP		PEX	
	Total	Dimensión	Total	Dimensión
1.	.17	.54	.45	.55
2.	.27	.33	.50	.48
3.	.17	.55	.55	.73
4.	.19	.40	.29	.40
5.	-.38	-.21	.59	.42
6.	.30	.48	.61	.64
7.	.26	.48	.46	.58
8.	.38	.51	.55	.40
9.	.34	.52	.66	.58
10.	.51	.29	.43	.52
11.	.52	.83	.03	.18
12.	.50	.80	.45	.68
13.	.56	.78	.39	.57
14.	.47	.52	.52	.66
15.	.47	.50	.48	.47
16.	.50	.58	.53	.58
17.	.44	.60	.30	.58
18.	.50	.56	.53	.55
19.			.53	.54
20.			.47	.47
21.			.61	.84
22.			.61	.77
23.			.64	.64
24.			.53	.52
25.			.64	.77

Correlación entre las escalas, dimensiones y variables demográficas

La correlación entre ambas escalas totales fue baja, $r=.19$, $p<.001$. No hubo relación entre las dimensiones Escala 4-C-NIP y SUP-PEX. Fue baja entre Escala 2-C-NIP y EA-PEX, $r=.27$, $p<.001$ y Escala 3-C-NIP y OI-PEX, $r=.25$, $p<.001$, y moderada-alta entre la Escala 1-C-NIP y OE-PEX, $r=.55$, $p<.001$.

No hubo relación entre el C-NIP y la edad, y la correlación entre el PEX y la edad fue negativa y baja, $r=-.18$, $p<.001$. Cumpliendo ambas escalas los criterios de aplicación para una prueba t (prueba de Kolmogorov-Smirnov y test de Levene $p>.05$), se hallaron puntajes significativamente mayores en mujeres en ambas escalas. Para el C-NIP la media fue de $M=20.41$ en mujeres y $M=14.55$ en varones, $t=4.897$, $gl=596$, $p<.001$ y para el PEX la media fue de $M=99.86$ en mujeres y $M=94.74$ en varones, $t=3.15$, $gl=596$, $p<.01$.

Discusión

El objetivo del presente estudio fue adaptar al contexto argentino dos escalas que evalúan preferencias psicoterapéuticas, el C-NIP-v1.1y e IPEX-P1, proporcionando evidencias sobre su desempeño psicométrico. De acuerdo con los hallazgos, las dos escalas presentaron índices adecuados, tanto a nivel general como a nivel del ítem, con excepción de un ítem de cada escala; por lo cual es recomendable su aplicación en nuestro contexto (Argentina).

El primer análisis dimensional de la escala C-NIP no presentó un buen ajuste. Al eliminar un ítem que parecía ser problemático, en el segundo análisis indicó un mejor ajuste, que si bien no fue óptimo, fue aceptable. En particular, el *RMSEA* fue mayor a .05, el punto de corte establecido. Algunos autores, sin embargo, destacan su sensibilidad a ciertas condiciones, y recomiendan observar que el intervalo de confianza sea entre .05 y .10, lo cual ocurrió en este estudio (Chen et al., 2008). Lo mismo se dio en el cuestionario PEX. En general, la consistencia interna del C-NIP resultó adecuada. Específicamente la

escala uno (DT/DP) tiene una consistencia interna baja, debido a que el ítem 5 correlacionó de manera negativa. Al eliminar el mismo la confiabilidad llega a ser similar a la obtenida en la escala original (Cooper & Norcross, 2016). El ítem 5 que correlacionó de manera negativa se refiere a la preferencia de quien debe tomar la iniciativa en la terapia, si el paciente o el profesional. Una de las razones por las cuales se cree que sucedió esto fue por cómo fueron presentados los ítems de la escala, ya que fue el único que su puntuación era a la inversa del resto de los ítems. En esta escala, la correlación item-total con la escala total también fue en general baja, aunque el rango de aceptabilidad puede oscilar entre .15 y .50 según el constructo evaluado (Clark & Watson, 1995), y los coeficientes estandarizados del análisis factorial confirmatorio fueron mayores a .40. En las otras tres escalas la consistencia interna fue mejor que en el estudio original y que en estudios posteriores (Cooper & Norcross, 2016; Cooper et al., 2019).

El análisis dimensional de la escala PEX evidenció un buen ajuste a los factores originales. La consistencia interna resultó adecuada. Siendo los coeficientes de consistencia interna similares a los de la escala original (Sandell et al., 2011; Sandell & Clinton, 2014). Sin embargo, el ítem 11 “Suprimir los sentimientos” correlacionó de manera muy baja respecto a la escala total y a la dimensión a la que pertenece. Se cree que esto puede ser resultado del significado atribuido al concepto suprimir. Aún así su desempeño no pareció modificar las características psicométricas de la escala.

Los autores, Cooper y Norcross (2016), sostienen que las escalas del C-NIP evaluarían preferencias similares a las escalas de la PEX. Es este trabajo se encontró relación débil entre los puntajes totales de los dos instrumentos, y algunas relaciones entre las escalas sugeridas por los autores (Cooper & Norcross, 2016). No se encontró relación entre las dimensiones Escala 4-C-NIP y SUP-PEX. La escala 4-C-NIP evalúa preferencias respecto a un terapeuta que brinde apoyo, que no interrumpa ni cuestione al paciente, que sea incondicional o que sea desafiante, que interrumpa y que cuestione al paciente. La escala SUP-PEX evalúa preferencias por un terapeuta con un estilo cálido, que aconseje, que enseñe a enfrentar los problemas y que sea cálido.

La escala SUP está más orientada a evaluar un terapeuta activo y resolutivo, en cambio la escala 4 del C-NIP evalúa la incondicionalidad y el cuestionamiento por parte del terapeuta. Se considera entonces que las dos escalas quizás evalúan constructos distintos. La relación entre Escala 2-C-NIP y EA-PEX, fue baja, lo que podría explicarse por el hecho de que la escala 2-C-NIP evalúa preferencia por la intensidad emocional (o la reserva emocional) y la escala EA-PEX evalúa preferencias a intervenciones vinculadas a la vivencia y expresión de afectos y sentimientos. Si bien, pareciera que las dos escalas evalúan lo mismo, de los cinco ítems de la escala 2-CINP uno solo se refiere a la expresión de emociones, en cambio los 5 ítems de la escala EA-PEX evalúan la expresión y el compartir las emociones. La relación entre Escala 3-C-NIP y OI-PEX también fue baja. La escala 3-C-NIP evalúa preferencias sobre trabajar temas del pasado, el presente o el futuro. La escala OI-PEX se refiere a las intervenciones centradas en la reflexión personal, la comprensión y conciencia de procesos internos, como fantasías, recuerdos y sueños. Esta baja correlación era esperada dado que en ninguno de los ítems de la escala OI-PEX refieren al tiempo. En el estudio original (Cooper & Norcross, 2016) los autores mencionan que podría haber muy poca cercanía entre las escalas, y la evidencia encontrada en este estudio lo corroboraría. La correlación entre la Escala 1-C-NIP y OE-PEX fue de moderada a alta. La escala 1-C-NIP evalúa preferencias por un terapeuta que se enfoque en objetivos, que estructure el proceso psicoterapéutico, que enseñe habilidades para resolver problemas y que de tareas intercesión. La escala OE-PEX evalúa preferencias hacia un terapeuta que trabaje con objetivos concretos, que ayude y facilite la resolución de problemas concretos. Estas escalas son las similares entre sí. De acuerdo con los datos obtenidos en este estudio, las escalas parecen evaluar en general preferencias distintas, a excepción aquellas que evalúan preferencias respecto a un terapeuta que trabaje en función de objetivos, que estructure el proceso y ayude a resolver problemas.

No hubo relación entre la escala C-NIP y la edad y fue baja en la PEX, en relación al género los puntajes fueron más altos en las mujeres en ambas escalas. Sólo se encontró un estudio que compara las preferencias

psicoterapéuticas según género utilizando estas escalas (Cooper et al., 2019), donde indican que las mujeres mostraron una mayor preferencia en la escala 4, Apoyo Cálido versus Desafío Enfocado (AC/DE) en el C-NIP. Sandell y Clinton (2014) sostienen que, si la media general de PEX es alta, sería un indicador que el paciente es optimista respecto a la psicoterapia, dado los resultados encontrados en este estudio pareciera que las mujeres serían más optimistas que los varones respecto a la psicoterapia.

Respecto a su aplicación práctica, estas dos adaptaciones permitirían la utilización del PEX y C-NIP en nuestro contexto (Argentina) como dos instrumentos para evaluar las preferencias de los pacientes, aspecto fundamental para pensar en la elección del tratamiento y para ajustar las intervenciones a realizar. Este ajuste redundaría en mejores resultados y una menor terminación prematura de los procesos psicoterapéuticos, aunque esta conjetura deberá ser materia de investigaciones futuras. También permitiría al supervisor clínico trabajar con las preferencias evaluadas y orientar a los supervisados en el ajuste de las intervenciones que implicarían una mejor relación con el paciente y un posible efecto en los resultados. Además, los supervisores podrían trabajar sobre funciones metacognitivas que faciliten la discusión de las preferencias con los pacientes, sobre todo cuando aparecen grandes discrepancias entre los deseos del paciente y las posibilidades de los centros de salud o los psicoterapeutas. Asimismo, las dos escalas pueden ser utilizadas, en el campo científico, para evaluar si las preferencias están relacionadas con el abandono prematuro y los resultados de los tratamientos en nuestro contexto.

Es necesario considerar que el presente estudio presenta limitaciones relacionadas con las características de la recolección de la información, ya que todos los sujetos contestaron de manera online, lo que podría tener una injerencia en las respuestas de los participantes; aunque algunos estudios muestran que no habría diferencias entre estas modalidades de aplicación (Enander et al., 2012; Garrido, 2018). Por otro lado, tampoco fue posible establecer criterios externos de validación para las dos escalas, por lo que la validez concurrente no puede ser evaluada. En futuros estudios se recomienda comparar con otros instrumentos que evalúen preferencias psicoterapéuticas.

Referencias

- American Psychological Association Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61, 271-285. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.61.4.271>
- Berg, A. L., Sandahl, C. & Clinton, D. (2008). The relationship of treatment preferences and experiences to outcome in generalized anxiety disorder (GAD). *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 81(3), 247-259. <https://doi.org/10.1348/147608308X297113>
- Bowen, M. & Cooper, M. (2012). Development of a client feedback tool: A qualitative study of therapists' experiences of using the Therapy Personalisation Forms. *European Journal of Psychotherapy and Counselling*, 14, 47-62. <https://doi.org/10.1080/13642537.2012.652392>
- Brown, T. A. (2006). *Confirmatory factor analysis for applied research*. The Guilford Press.
- Calsyn, R. J., Winter, J. P. & Morse, G. A. (2000). Do consumers who have a choice of treatment have better outcomes? *Community Mental Health Journal*, 36(2), 149-160. <https://doi.org/10.1023/a:1001890210218>
- Chen, F., Curran, P. J., Bollen, K. A., Kirby, J. & Paxton, P. (2008). An empirical evaluation of the use of fixed cutoff points in RMSEA test statistic in structural equation models. *Sociological methods & research*, 36(4), 462-494. <https://doi.org/10.1177/0049124108314720>
- Clark, L. A. & Watson, D. (1995). Constructing validity: Basic issues in objective scale development. *Psychological Assessment*, 7(3), 309-319. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.7.3.309>
- Clinton, D. & Sandell, R. (2011). Psychotherapy Preferences and Experiences Questionnaire (PEX-P1). (manuscrito no publicado).
- Clinton, D. & Sandell, R. (2014). Psychotherapy Preferences and Experiences Questionnaire (PEX) A short introduction.

- Cooper, M. & Norcross, J. C. (2019). Cooper-Norcross Inventory of Preferences (C-NIP): Guidelines for Use (June 2019). www.c-nip.net. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2015.08.003>
- Cooper, M. & Norcross, J. C. (2016). A brief, multidimensional measure of clients' therapy preferences: The Cooper-Norcross Inventory of Preferences (C-NIP). *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 16(1), 87-98. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2015.08.003>
- Cooper, M., Norcross, J. C., Raymond-Barker, B. & Hogan, T. P. (2019). Psychotherapy preferences of laypersons and mental health professionals: Whose therapy is it? *Psychotherapy*, 56(2), 205. <https://doi.org/10.1037/pst0000226>
- Delevry, D. & Le, Q. A. (2019). Effect of Treatment Preference in Randomized Controlled Trials: Systematic Review of the Literature and Meta-Analysis. *The Patient-Patient-Centered Outcomes Research*, 1-17. <https://doi.org/10.1007/s40271-019-00379-6>
- Enander, J., Andersson, E., Kaldo, V., Lindefors, N., Andersson, G. & Rück, C. (2012). Internet administration of the dimensional obsessive-compulsive scale: a psychometric evaluation. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 1(4), 325-330. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2012.07.008>
- Garrido, C. I. T. (2018). Comparación entre la aplicación en formato papel y en formato online de dos instrumentos de evaluación: Cuestionario de la Forma Corporal y Cuestionario de los Tres Factores versión revisada 18. In *Intervención en contextos clínicos y de la salud: Volumen II* (pp. 271-278). Asociación Universitaria de Educación y Psicología-ASUNIVEP- <https://formacionasunivep.com/Vcice/files/libro%20intervencion%20en%20contextos%20clinicos.pdf#page=271> <https://doi.org/10.2307/j.ctv2gz3w4s.27>
- Goates-Jones, M. & Hill, C. E. (2008). Treatment preference, treatment-preference match, and psychotherapist credibility: Influence on session outcome and preference shift. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 45(1), 61-74. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.45.1.61>

- Griner, D. & Smith, T. B. (2006). Culturally adapted mental health intervention: A meta-analytic review. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* 43, 531-548. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.43.4.531>.
- Hess, T. (2017). *Client Preference: Does Simply Asking Make a Difference?* (Doctoral dissertation). Southern Illinois University at Edwardsville.
- King, M., Sibbald, B., Ward, E., Bower, P., Lloyd, M., Gabbay, M. & Byford, S. (2000). Randomised controlled trial of non-directive counselling, cognitive-behaviour therapy and usual general practitioner care in the management of depression as well as mixed anxiety and depression in primary care. *Health Technology Assessment*, 4, 1-83. <https://doi.org/10.3310/hta4190>
- Lindhiem, O., Bennett, C. B., Trentacosta, C. J. & McLear, C. (2014). Client preferences affect treatment satisfaction, completion, and clinical outcome: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 34(6), 506-517. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.06.002>
- McLeod, J. (2015). Client preferences: building bridges between therapy and everyday life. *Psychotherapy and Counselling Journal of Australia*, 3(2).
- Osborne, J. W. & Costello, A. B. (2004). Sample size and subject to item ratio in principal components analysis. *Practical Assessment, Research & Evaluation*, 9(11), 8. <https://scholarworks.umass.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1144&context=pars>
- Rosseel, Y. (2012). Lavaan: An R package for structural equation modeling and more. Version 0.5-12 (BETA). *Journal of Statistical Software*, 48(2), 1-36. <http://users.ugent.be/~yrosseel/lavaan/lavaanIntroduction.pdf>. <https://doi.org/10.18637/jss.v048.i02>
- Sandell, R., Clinton, D., Frövenholt, J. & Bragesjö, M. (2011). Credibility clusters, preferences, and helpfulness beliefs for specific forms of psychotherapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 84(4), 425-441. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.2010.02010.x>
- Sandell, R. & Clinton, D. (2014). PEX Manual (manuscrito no publicado).

- Swift, J. K. & Callahan, J. L. (2009). The impact of client treatment preferences on outcome: a meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology, 65*(4), 368-381. <https://doi.org/10.1002/jclp.20553>
- Swift, J. K., Callahan, J. L., Cooper, M. & Parkin, S. R. (2018). The impact of accommodating client preference in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology, 74*(11), 1924-1937. <https://doi.org/10.1002/jclp.22680>
- Swift, J. K., Callahan, J. L., Cooper, M. & Parkin, S. R. (2019). Preferences. En J. C. Norcross y B. Wampold (Eds.), *Psychotherapy relationships that work: Volume II: Evidence-based therapist contributions*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med-psych/9780190843960.003.0006>
- Swift, J. K., Callahan, J. L. & Vollmer, B. M. (2011). Preferences. En J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work* (2nd ed., pp. 301-315). Oxford University. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199737208.003.0015>
- Tompkins, K. A., Swift, J. K. & Callahan, J. L. (2013). Working with clients by incorporating their preferences. *Psychotherapy, 50*(3), 279-283. <https://doi.org/10.1037/a0032031>
- Vollmer, B., Grote, J., Lange, R. & Walker, C. (2009). A therapy preferences interview: Empowering clients by offering choices. *Psychotherapy, 44*(2), 33-37. <https://doi.org/10.1037/e514942010-011>
- Windle, E., Tee, H., Sabitova, A., Jovanovic, N., Priebe, S. & Carr, C. (2020). Association of patient treatment preference with dropout and clinical outcomes in adult psychosocial mental health interventions: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry, 77*(3), 294-302. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.3750>

Recibido: 2021-03-14

Revisado: 2022-09-23

Aceptado: 2022-10-24