

# ESCALA DE NEGOCIACIÓN DE ALIANZA TERAPÉUTICA (ANS-A): EVIDENCIAS DE SU VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

## ALLIANCE NEGOTIATION SCALE (ANS-A): EVIDENCE ON VALIDITY AND RELIABILITY

Vanina Waizmann,\* Jennifer Doran,\*\*  
Kelly Bolger,\*\* Juan Martín Gómez Penedo,\*\*\*  
Jeremy Safran\*\* y Andrés Roussos\*\*\*

### Resumen

Los instrumentos actuales de Alianza Terapéutica tienden a enfatizar el grado de acuerdo o colaboración entre el paciente y terapeuta acerca de los objetivos y tareas del proceso terapéutico. Sin embargo, el grado en que el paciente y terapeuta son capaces de negociar desacuerdos sobre las metas y tareas resulta una variable importante para el desarrollo y mantenimiento de la Alianza.

El presente estudio presenta la traducción al español y estudio de las propiedades psicométricas de confiabilidad y validez de la Alliance Negotiation Scale (ANS-A) de Doran, Safran, Waizmann, Bolger y Muran (2012), una escala de 12 ítems auto administrable para el paciente en población de pacientes argentinos. Se realizó una traducción cruzada del instrumento y el mismo fue completado por una muestra de 147 pacientes en tratamiento psicoterapéutico en Argentina. El instrumento mostró adecuados niveles de consistencia interna ( $\alpha = 0,78$ ) y evidencia de validez convergente y discriminante en relación a otra medida de Alianza como la Escala de Alianza de Trabajo –WAI– (Hatcher y Gillaspay, 2006). La escala mostró, a su vez, validez de constructo presentando una solución factorial de dos factores igual que la escala en inglés. Este trabajo representa un paso adelante para investigadores y clínicos argentinos para evaluar el vínculo paciente-terapeuta, a la vez que provee información para los pasos futuros en la validación de la versión norteamericana.

**Palabras clave:** Alianza Terapéutica, Negociación, Escala, Confiabilidad, Validez.

### Abstract

The existing measures to assess Therapeutic Alliance tend to focus on the degree of agreement or collaboration between patient and therapist regarding tasks and goals during therapeutic process. However, both theoretical studies and empirical research, suggest that also the way in which the dyad negotiates disagreements about goals and tasks is a fundamental element for alliance development and maintenance. Doran, Safran, Waizmann, Bolger y Muran (2012) have created a 12-item self-reported measure rated by the patient to evaluate this specific construct: The Alliance Negotiation Scale (ANS). This study aims to present the Spanish version of the scale (ANS-A) and the study of its psychometric properties in a population of argentine clients. After a back-translation of the items done by bilingual researchers the instrument was completed by a sample of 147 patients of psychotherapy. The scale showed adequate internal consistency ( $\alpha = .78$ ) and evidence of convergent and discriminant validity in relationship with the Working Alliance Inventory (WAI, Hatcher y Gillaspay, 2006). The instrument also presented construct validity with a two-factor solution as in the original scale. Currently there are scarce instrument to measure Alliance validated in Argentina. Thus, this study represents a step forward to help Spanish speaking researchers and clinicians to enrich the way in which they evaluate the therapeutic relationship, and also provides valuable information for continuing the validation of this new instrument and a different way to conceptualize therapeutic alliance.

**Key words:** Therapeutic Alliance, Negotiation, Alliance Negotiation Scale, Reliability, Validity.

Recibido: 10-03-14 | Aceptado: 03-10-14

\* Vanina Waizmann, New School for Social Research y Universidad de Belgrano, Buenos Aires, Argentina

\*\* Jennifer Doran, Kelly Bolger, Jeremy Safran, New School for Social Research, New York, NY, USA

\*\*\* Juan Martín Gómez Penedo y Andrés Roussos, Universidad de Belgrano y CONICET, Buenos Aires, Argentina

E-Mail: vaninawa@gmail.com

REVISTA ARGENTINA DE CLÍNICA PSICOLÓGICA XXIV p.p. 243-254

© 2015 Fundación AIGLÉ.

Tal vez el resultado más conocido e investigado sobre la Alianza Terapéutica es aquel que la considera la variable que mejor predice el resultado que tendrá un proceso de psicoterapia (Crits-Christoph y Connolly Gibbons, 2003; Horvath y Bedi, 2002; Norcross y Wampold, 2011; Summers y Barber, 2003). ¿Pero cuál es la naturaleza de este predictor de los resultados terapéuticos?

Así como el concepto de Alianza tiene sus raíces en la teoría psicodinámica, nombrada por primera vez de la mano de Zetzel (1956), en los años 70 el concepto de Alianza se trasladó de sus raíces psicodinámicas a otros marcos teóricos, dados los elementos relacionales compartidos por todas las terapéuticas.

Es en 1979 que Bordin realiza una definición transteórica del concepto de Alianza Terapéutica, a partir de tres componentes: 1) el acuerdo entre paciente y terapeuta en las metas del tratamiento; 2) el acuerdo entre paciente y terapeuta en las tareas del mismo, y 3) la calidad emocional del vínculo entre los participantes (Bordin, 1979, 1994). Esta definición fue luego elaborada más detalladamente por Gaston (1990, citado en Crits-Christoph y Connolly Gibbons, 2003), quien sugirió que la Alianza es un constructo multidimensional constituido por cuatro elementos relativamente independientes: 1) la capacidad del paciente de trabajar en la terapia con un propósito, 2) el lazo afectivo del paciente con el terapeuta, 3) la involucración y entendimiento empático del terapeuta, y 4) el acuerdo entre paciente y terapeuta respecto de las metas y tareas del tratamiento. Sin embargo, la definición realizada por Bordin es tomada actualmente como una definición aceptada y compartida del concepto de Alianza, ya que atraviesa todos los marcos teóricos y es empleada como base para la construcción de una gran cantidad de escalas que existen en la actualidad para medir dicho constructo.

A partir de la conceptualización de Bordin (1979, 1994), se puede definir a la Alianza Terapéutica como a una función en la cual terapeuta y paciente colaboran mutuamente, tanto en tareas como en las metas y el vínculo. Este autor entiende, entonces, a la Alianza entre terapeuta y paciente, como una relación formada por dos dimensiones: una relacional o general, formada por el vínculo que se establece entre paciente y terapeuta; y otra dimensión de carácter técnico y de orden específico, formado por las tareas y las metas de la terapia. Estas dimensiones resultan complementarias entre sí, de modo que la correcta combinación de ambas es la que produce una buena Alianza Terapéutica (Feixas y Miró, 1993).

La relevancia de la Alianza Terapéutica ha despertado el interés por la construcción de instrumentos que posibiliten su evaluación. En la actualidad existen más de 20 medidas diferentes de la Alianza, que Corbella y Botella (2003) mencionan, en un trabajo de sistematización exhaustivo de las mismas. Dado que no es el objetivo del presente trabajo realizar una revisión sistemática de las mismas, se presentan a continuación algunas de las que más han sido utilizadas en la investigación en psicoterapia: Vanderbilt Therapeutic Alliance Scale (VPPS/VTAS; Hartley y Strupp, 1983); Therapeutic Alliance Scale (TAS; Marziali, 1984); Penn Helping Alliance Scales Penn/HAQ/HACs/Har (Alexander y Luborsky, 1986); Helping Alliance Questionnaire II (HAQ-II; Luborsky et al., 1996); Integrative Psychotherapeutic Alliance (IPAS, EAPI; Pinosof y Catherall, 1986); California Psychotherapy Alliance Scales (CALPAS/CALTRAS; Gaston y Ring, 1992; Marmar y Gaston, 1988); Working Alliance Inventory -WAI-; Horvath y Greenberg, 1986, 1989); entre otras. El objetivo del análisis de las mismas es establecer parámetros de comparación con la técnica que nos encontramos adaptando.

Asimismo, existen adaptaciones de estos instrumentos a otros países e idiomas. Un ejemplo es el del WAI, al español. Encontramos la adaptación chilena de las versiones para el paciente y terapeuta (I.A.T., Inventario de Alianza de trabajo; Santibáñez, 2003), y una versión observador (Vöhringer et al., 2013), la española (Andrade, en preparación), así como una versión observador realizada en Argentina (Waizmann, 2011) y otra en Estados Unidos, en el estado de Texas (Horvath, comunicación personal).

A su vez, algunos de estos instrumentos poseen distintas versiones. Existen versiones abreviadas de los mismos, y hasta ampliaciones de versiones abreviadas. Un ejemplo de ello es el Inventario de Alianza Terapéutica y Teoría del Cambio (WATOI, Corbella y Botella, 2004), que consta de un total de 17 ítems (cinco más que la versión reducida pero 19 menos que la versión original del WAI). Este instrumento agrega a las tres dimensiones de la Alianza propuestas por Bordin, una cuarta acerca de la teoría del cambio.

Por otro lado, la literatura en la temática comienza a sugerir que el énfasis en la colaboración y consenso puede ser limitante. Bordin (1983), por ejemplo, plantea la importancia de conceptualizar a la Alianza, no sólo en términos del grado de colaboración entre paciente y terapeuta, sino también en términos de su capacidad en la reparación de alianzas dañadas.

Safran, Crocker, McMain y Murray (1990) apoyan este planteo con sus investigaciones sobre las llamadas rupturas de Alianza Terapéutica, estudiando el proceso a través del cual las mismas son reparadas. Parte del equipo de investigación dirigido por Jeremy. Safran se avocó a la generación de un instrumento que mide dicho componente de la Alianza, el Sistema de Resolución de Rupturas de Alianza Terapéutica (3RS, Eubanks-Carter, Mitchell, Muran y Safran, 2009) que ya cuenta con una versión en español (Waizmann, Espíndola y Roussos, 2009).

En las últimas décadas ha existido un consenso generalizado, por un lado respecto de la existencia de fluctuaciones en la Alianza Terapéutica a lo largo de los tratamientos, conceptualizadas como rupturas y, por otro lado, sobre el impacto que la reparación de dichas rupturas puede tener sobre los resultados de la terapia (Muran, 2002; Norcross y Wampold, 2011; Safran, 1993; Safran, et al., 1990; Safran, Muran y Eubanks-Carter, 2011; Stiles et al., 2004; Strauss et al., 2006). Acompañan a esta línea de pensamiento las investigaciones que han estudiado el rol de la negociación en el proceso terapéutico. Pareciera ser que la negociación de tareas y metas ayudan a evitar la terminación temprana de los tratamientos psicoterapéuticos (Ogrodniczuk, Joyce y Piper, 2005; Reiss y Brown, 1999; Reiner y Campbell, 2001). Safran y Muran (2000, 2006) subrayan el hecho de que dicha negociación entre paciente y terapeuta se vuelve valiosa cuando es realizada de forma sostenida a largo de todo el tratamiento, ya que no interviene solamente en el proceso de construcción de la Alianza sino en una reparación constante de los obstáculos y dificultades en la misma.

Así como las investigaciones sobre las rupturas de Alianza y la reparación de las mismas Safran, Muran y Eubanks-Carter, 2011) proveen un camino para estudiar la dimensión de negociación de la Alianza, sería útil también el desarrollo de un instrumento empíricamente validado que permita operacionalizar dicho constructo.

El presente artículo proporciona el desarrollo de la versión en idioma español de la Escala de Negociación de Alianza (ANS, Doran et al., 2012), una medida de 12 ítems orientada al paciente, auto-administrable, y con una proporción balanceada de ítems positivos y negativos, diseñada para captar el grado de negociación presente en los procesos psicoterapéuticos. A su vez se presenta las propiedades psicométricas (validez y confiabilidad) de la escala en su versión en español. Dicha escala no fue desarrollada para reemplazar medidas existentes de la Alianza sino como un instrumento que permita operacio-

nalizar y medir una dimensión de la Alianza que no es evaluada normalmente. Si bien en los instrumentos de Alianza citados se encuentran ítems que analizan la presencia de discrepancias entre paciente y terapeuta (como por ejemplo en el WAI, "Me siento incómodo con mi terapeuta"; Horvath y Greenberg, 1986, 1989), estos instrumentos no cuentan con ítems que se relacionen directamente con el grado en que paciente y terapeuta son capaces de negociar constructivamente desacuerdos sobre tareas y metas del tratamiento o plantear cuestiones relacionadas con dificultades en la calidad del vínculo. Esto implica que en los instrumentos de Alianza existentes el paciente puede presentar sus desacuerdos con el terapeuta, pero no se analiza si dichos desacuerdos son expresados o trabajados en la sesión. Por lo tanto, queda de lado qué sucede a lo largo del tratamiento cuando pacientes y terapeuta no coinciden en las tareas, metas o hay problemas en el vínculo. Como plantean Safran y colaboradores (Safran y Muran, 2000; Safran, Muran y Eubanks-Carter, 2011), los desacuerdos entre paciente y terapeuta no son un fracaso en el vínculo o en el progreso del tratamiento. Las rupturas de Alianza son esperables e inherentes a los procesos terapéuticos, la resolución de dichas rupturas puede llegar a mostrar una mejoría en el vínculo terapéutico que sea superior a la mejoría de un tratamiento que no presente ruptura alguna.

Teniendo en consideración este fenómeno, es que se vuelve necesaria una técnica, como la aquí presentada, que analice hasta qué punto los desacuerdos son trabajados en sesión y cómo es su elaboración durante el proceso terapéutico. Resulta de especial interés poder evaluar las posibilidades de negociación o de colaboración aun en discrepancia entre paciente y terapeuta. Desde nuestra perspectiva, negociación y colaboración no son fenómenos mutuamente excluyentes, sino incluso concomitantes. Son dimensiones diferentes de la Alianza o lentes diferentes a través de los cuales se puede observar la misma. La dimensión de colaboración, resalta el estado de la Alianza en cualquier momento del proceso. Se enfoca en el grado en que paciente y terapeuta acuerdan en las metas y tareas de la terapia, y el grado en que el paciente confía en el terapeuta y siente que es cuidado por el mismo en un momento de la terapia (o en algún momento de la sesión). Mientras que la dimensión de negociación, a la cual el instrumento presentado en este estudio está orientado, subraya la naturaleza compartida de la Alianza, y el grado en que el paciente experimenta la capacidad del terapeuta de modificar o ajustar su accionar en relación a las necesidades del paciente, estando atento a las tensiones en el vínculo entre ellos.

## Métodos

Para mantener la fidelidad tanto de la estructura de los ítems, como del sentido de los mismos, la traducción del inglés al castellano de la definición del constructo de negociación y de los 12 ítems de la escala fue realizada por dos investigadores en psicoterapia bilingües, y que trabajan en la temática de Alianza Terapéutica. En primera instancia dos investigadores realizaron una traducción en forma individual y luego consensuaron entre ambos una versión final de la misma. Posteriormente, otros dos investigadores bilingües realizaron una traducción cruzada para chequear la primera traducción. Nuevamente, cada traductor realizó una primera traducción individual y luego consensuaron una versión unificada de la traducción. Luego, dos de los autores de este trabajo compararon el resultado de la traducción cruzada (back translation) con los ítems de la escala en inglés. A partir de esta comparación no se observaron diferencias sustanciales entre ambas versiones de la escala. En la Tabla 1 se pueden consultar los ítems de esta escala, y en el apartado de resultados se comentarán detalladamente sus propiedades psicométricas.

### Participantes

Mediante un muestreo no probabilístico desarrollado con una estrategia de bola de nieve se convocó una muestra de 147 participantes. Los mismos se encontraban realizando un tratamiento psicoterapéutico de un mínimo de 5 sesiones al momento de completar la toma. Los participantes para este estudio se obtuvieron a través de difusión universitaria y medios de internet. Todos los participantes eran argentinos, y tenían entre 18 a 65 años de edad, con una edad promedio de 34 años ( $DE = 10,17$ ). 41% de ellos eran estudiantes, de los cuales 55% eran estudiantes universitarios o estudiantes de posgrado. El 83% de la muestra tenía empleo. En cuanto a lo que refirieron los participantes acerca de sus terapeutas, 93% consideraron que sus terapeutas eran mayores que ellos.

En relación al marco teórico empleado por sus terapeutas, 55% refirieron que sus tratamientos eran psicoanalíticos, 11% dijeron que eran cognitivo-conductuales, 11% que la terapéutica empleada era integrativa o ecléctica y 20% no estaba seguro del marco teórico empleado.

En relación a la frecuencia de las sesiones, 61% de los pacientes iba a terapia con una frecuencia de una vez a la semana y, en el momento de la toma de la escala, 29% iba a terapia hacia más de 5 años,

24% iba entre 3 y 5 años, 19% entre 2 y 3 años, 14% entre 1 y 2 años, 10% entre 6 meses y un año, y 5% hacia menos de 6 meses. Esta información podría asociarse a la hipótesis de una duración más prolongada de los tratamientos psicoterapéuticos en la Argentina que en los Estados Unidos. Debido a que en la literatura no se han encontrado asociaciones significativas entre el género y los niveles de Alianza terapéutica (Misdrahi, Petit, Blanc, Bayle, Llorca, 2012; Randi y Skogstad, 2009; Rosti-Otajärvi, Mäntynen, Koivisto, Huhtala y Hämäläinen, 2014), en el presente estudio no se les ha solicitado a los participantes que reportaran su género.

### Materiales

- La Escala de Negociación de Alianza (Alliance Negotiation Scale, ANS; Doran et al., 2012), es una escala de tipo Likert de 7 puntos, integrada por 12 ítems que exploran la forma en que paciente y terapeuta negocian la Alianza Terapéutica. Para la generación de la escala en inglés, rankeos por parte de expertos y dos estudios de análisis factoriales fueron realizados y ofrecieron soporte a la validez de constructo. Respecto de la validez de constructo de la escala en inglés, un análisis factorial de componentes principales y rotación Varimax mostró una solución de dos factores. El factor 1 refleja el confort del paciente y el terapeuta con los desacuerdos o la expresión de sentimientos negativos en terapia y fue denominado "Confort con sentimientos negativos", mientras que el factor 2 refleja la percepción del paciente respecto de la falta de flexibilidad o incapacidad/voluntad del terapeuta para negociar tareas y metas de la terapia y fue denominado "Postura flexible y negociadora". El factor 1 presentó un autovalor de 4,67 e incluyó seis ítems todos con cargas entre 0,65 y 0,84. Por su parte, el factor 2 presentó un autovalor de 2,31 y seis ítems con cargas entre 0,59 y 0,83. Ambos factores explicaron un 58,03% de la varianza de los resultados. En relación a confiabilidad del instrumento, los coeficientes alpha de Cronbach de la escala total ( $\alpha = 0,84$ ) y de cada factor fueron adecuados ( $\alpha$  Factor 1 = 0,86;  $\alpha$  Factor 2 = 0,81). En cuanto a la validez convergente y discriminante, los puntajes del ANS y del Inventario de Alianza de Trabajo en su versión breve (WAI-BP-A, por sus siglas en inglés) mostraron una correlación significativa de fuerte magnitud ( $r = 0,754$ ,  $p < 0,001$ ).

- WAI-BP-A (Hatcher y Gillaspay, 2006; Horvath y Greenberg, 1989) es una de las escalas de medición de la Alianza Terapéutica más utilizadas en la actualidad en el mundo (ha sido validada en numerosos idiomas y países). Horvath, para la creación del WAI, toma la definición transteórica de Alianza realiza-

Tabla 1. Matriz de componentes rotados y medidas de tendencia central y dispersión de cada ítem

	COMPONENTES ROTADOS		MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL Y DISPERSIÓN	
	Factor 1	Factor 2	Media	Desvío estándar
Si me desilusiono con mi terapeuta puedo expresarlo con comodidad (ítem 6)	0,832	-0,045	4,50	1,94
Si estoy frustrado con mi terapeuta me siento cómodo/a expresándolo (ítem 1)	0,831	-0,049	4,51	2,00
Mi terapeuta me alienta a expresar cualquier enojo que sienta hacia él/ella en el curso de la terapia (ítem 7)	0,745	-0,091	4,27	2,02
Mi terapeuta me alienta a expresar cualquier preocupación que yo tenga sobre el progreso de nuestra terapia (ítem 3)	0,619	-0,139	4,83	1,91
Mi terapeuta es capaz de admitir qué está equivocado/a sobre algo en lo que estamos en desacuerdo (ítem 12)	0,607	-0,244	4,50	1,77
Siento que puedo estar en desacuerdo con mi terapeuta sin dañar nuestra relación (ítem 2)	0,547	-0,133	5,43	1,61
Siento que mi terapeuta me indica qué hacer, sin tener demasiado en cuenta mis deseos o necesidades (ítem 9)	-0,123	0,812	1,52	0,92
Mi terapeuta es inflexible y no toma en consideración mis deseos o necesidades (ítem 5)	-0,067	0,808	1,32	0,65
Mi terapeuta y yo tenemos dificultades en encontrar una solución cuando estamos en desacuerdo acerca de lo que deberíamos estar trabajando en terapia (ítem 4)	-0,030	0,682	1,98	0,98
Siento que mi opinión no tiene influencia en lo que hacemos en la terapia (ítem 8)	-0,149	0,507	1,67	1,09
Mi terapeuta es rígido/a en sus ideas respecto a lo que hacemos en terapia (ítem 11)	-0,107	0,430	2,21	1,9
Hago de cuenta que estoy de acuerdo con los objetivos terapéuticos de mi terapeuta para que la sesión fluya (ítem 10)	-0,248	0,264	1,94	1,32

da por Bordin (1979). Bordin claramente define la Alianza como una relación integrada, que a su vez se compone de tres factores entrelazados que son el acuerdo en tareas, el acuerdo en metas, y el vínculo positivo entre paciente y terapeuta. De esta forma, el WAI mide el constructo Alianza a partir de tres sub-escalas que se derivan de los desarrollos de Bordin (Vínculo, Tareas y Objetivos). Tomando la versión original, y versiones validadas en Chile (Santibáñez, 2003) y en proceso de validación en España (Andrade, en preparación), se ha desarrollado en el marco del equipo dirigido por Andrés Roussos, una adaptación de la escala en su versión breve del paciente (12 ítems de tipo escala Likert de 7 puntos), en Argentina. Un análisis preliminar de sus propiedades psicométricas (Waizmann, Gómez Penedo y Roussos, en preparación) mostró una adecuada confiabilidad en la escala total y sub-escalas, con evidencias de consistencia interna ( $\alpha$  WAI = 0,890;  $\alpha$  Vínculo = 0,772;  $\alpha$  Tareas = 0,843;  $\alpha$  Objetivos = 0,675) y homogeneidad (todas las correlaciones ítem-total e ítem-subescala corregidas  $\rightarrow$  0,35). Se ha observado también evidencia de validez constructo con una solución factorial de tres factores consistentes con el dimensionamiento del test (Método de Componentes Principales, rotación VARIMAX). De los doce ítems de la escala, nueve presentaron sus cargas en los factores correspondientes.

**Procedimientos.** Los participantes fueron invitados a formar parte de la investigación mediante una convocatoria en distintas redes sociales de internet por parte de los investigadores y a través de emails personalizados. Para el envío de los mails se confeccionó una lista inicial de posibles participantes, que cumplieran los criterios de inclusión de la muestra, a partir de conocidos de los integrantes del equipo investigación que desarrolló el estudio. Esta lista fue paulatinamente enriquecida, incorporando nuevos sujetos a través de contactos aportados por los participantes del estudio (estrategia bola de nieve). Tanto en los mails como en las convocatorias se explicaba que el estudio apuntaba a investigar qué ocurre en terapia y cómo se sienten los pacientes con sus terapeutas. Por otra parte, se explicitaba que la participación al estudio era completamente voluntaria y anónima. Los participantes que decidieron completar la escala fueron dirigidos electrónicamente a un sitio web de recolección de la información donde, previa obtención de un consentimiento informado, respondieron algunos ítems demográficos y luego los 12 ítems de la escala de negociación y los 12 ítems del Inventario de Alianza de Trabajo en la versión argentina breve del paciente (WAI-BP-A). Los 24 ítems se encontraban mezclados al azar. La idea de poner ambas escalas nos permitió ver tanto la validez convergente como discriminante de

la Escala de Negociación y la de Alianza. Dado que los constructos de acuerdo y negociación de Alianza tienen relación a nivel conceptual, (e.g. uno esperaría que el acuerdo emerge de una negociación constructiva), el WAI-BP-A y el ANS-A deberían idealmente estar correlacionados moderadamente pero no absolutamente entre sí mismos. Se invirtieron los puntajes de los ítems negativos antes de conducir los análisis estadísticos.

#### *Análisis de datos*

Un análisis de componentes principales (PCA) exploratorio fue realizado a partir de la información provista por los pacientes para identificar dimensiones presentes en la escala (Bryant y Yarnold, 1994). Se testearon varias soluciones para ver cuál era el modelo que se adecuaba a los datos de la mejor manera. Si bien existen diferentes métodos de extracción, se optó por el método de componentes principales debido a que fue el método utilizado en la construcción de la escala en inglés. De esta forma, se utilizó el mismo método de extracción para intentar comparar los resultados, al menos desde un punto de vista teórico de este estudio, con la solución factorial de la escala en idioma inglés. Autores como Kellow (2006) y Stevens (1992) sostienen la adecuación de este método para el establecimiento de las dimensiones presentes en un instrumento. A su vez, este método ha sido ampliamente utilizado para la extracción de soluciones factoriales en la construcción de instrumentos clásicos de evaluación psicológica orientados al estudio de procesos y resultados en psicoterapia, como el inventario de problemas interpersonales (Horowitz et al., 1988) el Penn State Worry Questionnaire (Rijsort y Emmelkamp, 1999), la Comprehensive Psychotherapeutic Interventions Rating Scale (CPIRS) (Trijsburg et al., 2002), y la versión breve y revisada del Working Alliance Inventory (Hatcher y Gillaspay, 2006), entre otros.

Antes de conducir el análisis, la distribución de las respuestas para los 12 ítems del ANS-A fue examinada. No se excluyeron ítems para los análisis posteriores ya que no se violaban los supuestos necesarios para realizar tests paramétricos (Kendall y Stuart, 1958).

Se realizó en un primer momento una matriz con todos los resultados obtenidos de los 12 ítems del ANS-A en los 147 participantes. Se realizaron los análisis correspondientes en SPSS para observar la carga de cada factor, y su viabilidad estadística para la inclusión en la versión del ANS-A. Los ítems debían cumplir un criterio estadístico, ya que el criterio teórico y relacionado con expertos había sido

Tabla 2. Correlaciones entre las subescalas del WAI-BP-A y los Factores de ANS-A

SUBESCALAS DEL WAI-BP-A	FACTORES DE ANS-A	
	1	2
Tareas	0,583	-0,448
Metas	0,463	-0,498
Vínculo	0,583	-0,408

Todas las correlaciones son significativas al nivel 0,05

ya rigurosamente tenido en cuenta en la versión en inglés del instrumento.

Para evaluar la confiabilidad del instrumento se analizaron los coeficientes alpha de Cronbach, estudiando la consistencia interna del puntaje total de la escala y sus factores.

Para proveer evidencia preliminar en relación con la validez convergente y discriminante del ANS-A, se correlacionaron tanto los factores de ANS-A como los de la escala completa con el puntaje total del WAI-BP-A. A su vez, se realizaron correlaciones bivariadas de Pearson entre ambos factores del ANS-A y las tres subescalas del WAI-BP-A: vínculo, tareas y metas.

## Resultados

Validez de constructo (Análisis de Componentes Principales)

Tanto los resultados del test de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin ( $KMO = 0,75$ ) como la prueba de esfericidad de Bartlett ( $\chi^2 = 484,478$ ;  $p < 0,05$ ), mostraron la pertinencia de conducir un análisis factorial con estos datos.

Sin forzar la cantidad de factores mediante el método de extracción de Componentes Principales y una rotación Varimax, la representación gráfica de la información, tanto en el gráfico de sedimentación (screen plot) como en la gráfica de componentes en espacios rotados, sugirió una solución de dos factores (ortogonales). La varianza explicada por cada factor también sugirió una solución de dos factores, que explicaban 46% de la varianza del ANS-A ( $F1 = 30\%$ ,  $F2 = 16\%$ ). Como se puede observar en la Tabla 1 todos los ítems menos uno presentaron una carga superior a 0,4 en su factor correspondiente. De esta forma, basados en los criterios de retención de ítems (Bryant y Yarnold, 1994; Clark y Watson,

1995; Tabachnick y Fidell, 2001), solo un factor falló en obtener las cargas adecuadas (autovalores superiores a 1, y cargas superiores a 0,4).

### Consistencia interna

Los coeficientes alpha de Cronbach fueron adecuados tanto en la escala completa como en ambos factores por separado. Se obtuvo un puntaje de la escala completa de  $\alpha = 0,78$ , Factor 1  $\alpha = 0,922$  y Factor 2  $\alpha = 0,866$ .

### Validez convergente y discriminante

Correlaciones bivariadas de Pearson revelaron las relaciones esperadas. La correlación entre la media del ANS-A y la del WAI-BP-A fue moderada a fuerte ( $r = 0,692$ ,  $p < 0,001$ ) con los valores de WAI-BP-A dando cuenta del 48,6% de la varianza del ANS ( $R^2 = 0,486$ ). Las correlaciones entre los factores 1 y 2 de ANS-A y el puntaje total del WAI fueron  $r = 0,618$  ( $p < 0,001$ ) y  $r = -0,512$  ( $p < 0,001$ ), respectivamente.

Por otra parte, como se puede observar en la Tabla 2, todas las sub-escalas de la WAI-BP-A correlacionaron moderadamente, pero en forma significativa con los dos factores del ANS-A.

Estas correlaciones dan evidencia de validez convergente y discriminante ya que el ANS-A no sólo está capturando el vínculo entre el paciente, sino que también muestra que hay elementos de tareas, metas y vínculo en ambos factores. Las correlaciones moderadas dan cuenta de una superposición entre la Alianza y colaboración y la negociación, pero el grado de correlación da cuenta a su vez de la diferenciación entre ambos constructos.

## Conclusión y Discusión

Este trabajo provee los resultados de una validación inicial de la Escala de Negociación de Alianza en su versión en español en Argentina. Esto permite que en Argentina se cuente con una escala que operacionalice el constructo de negociación e incrementa las medidas actuales de Alianza, pero con un foco en la negociación de tensiones entre paciente y terapeuta y la resolución de las rupturas de Alianza. Esta medida permite evaluar la percepción del paciente del grado en que para él, el terapeuta 1) está cómodo cuando el paciente desacuerda o expresa sentimientos negativos acerca del tratamiento o de la relación terapéutica, y 2) es capaz de negociar las tareas y metas de la terapia de un modo flexible.

Los resultados proveen apoyo preliminar para la misma estructura de dos factores de la versión en inglés: Factor 1) Confort con sentimientos negativos, y Factor 2) Postura flexible y negociadora (ver Tabla 1). Los mismos factores con los mismos ítems por factor que en la versión en inglés americana se hicieron presentes en la versión argentina. Los dos factores observados explicaron un 46% de la varianza del ANS-A (Factor 1 = 30%, Factor 2 = 16%), valores similares se observaron en la escala en inglés (Factor 1 = 38%, Factor 2 = 19%; total: 57%).

Los factores, individualmente, y la escala total mostraron evidencias de confiabilidad. Los resultados muestran que el ANS-A presenta aceptables niveles de consistencia interna, obteniendo coeficientes alpha de Cronbach de la escala total y los dos factores por encima de 0,7 (George y Mallery, 2003). Los niveles de consistencia interna en la versión argentina y la escala en inglés no difieren sustancialmente ( $\alpha$  total ARG = 0,78,  $\alpha$  total escala en inglés (US) = 0,86;  $\alpha$  Factor 1 ARG = 0,922;  $\alpha$  Factor 1 US = 0,85 y  $\alpha$  Factor 2 ARG = 0,86;  $\alpha$  Factor 2 US = 0,81) (Doran et al., 2012).

El presente estudio provee evidencia preliminar de validez convergente y discriminante. Estos resultados sugieren que, así como en la versión en inglés de los instrumentos, ANS-A y WAI-BP-A operacionalizan constructos que se superponen pero no son idénticos en su naturaleza. Las correlaciones entre la media del ANS-A y la del WAI-BP-A, fue moderada ( $r = 0,692$ ,  $p < 0,001$ ;  $R^2 = 0,486$ ), mientras que en la escala en inglés la correlación entre los puntajes de las escalas fue más fuerte ( $r = 0,754$ ,  $p < 0,001$ ;  $R^2 = 0,568$ ). Lo mismo se observó al estudiar las correlaciones entre los factores del ANS y sub-escalas de la WAI. Si bien en la versión argentina todas las sub-escalas de la WAI correlacionaron significativamente con los dos factores del ANS, en todas las

asociaciones los coeficientes de correlación fueron menores que en la escala en inglés (Doran et al., 2012).

Esto muestra que, si bien la asociación entre los puntajes de las escalas se mantiene, en la versión argentina hay una discriminación mayor entre el instrumento de medición de Alianza Terapéutica (WAI-BP-A) y el de medición de Negociación de Alianza (ANS-A). Los resultados de este estudio representan un paso adelante hacia el establecimiento de la validez tanto convergente como discriminante del ANS-A.

En relación con las propiedades de la versión argentina y norteamericana del ANS, las propiedades psicométricas de ambas versiones fueron acordes, habiendo evidencia preliminar de una estructura bifactorial en ambas versiones. A su vez, los mismos ítems encontraron sus cargas en los mismos factores y la consistencia interna de ambas escalas fue buena. Sin embargo, cabe señalar que un ítem de la escala (ítem 10: "Hago de cuenta que estoy de acuerdo con los objetivos terapéuticos de mi terapeuta para que la sesión fluya") presentó una carga inferior a 0,4 en su factor correspondiente. Esto no se observó en el estudio de la escala en inglés, donde el ítem equivalente presentó una carga de .6 en su factor. Se puede hipotetizar que la baja carga factorial de este ítem y la divergencia observada, se debe a diferencias culturales entre las poblaciones. Como reportan Jock y colaboradores (2013), se han observado diferencias culturales relevantes entre pacientes argentinos y estadounidenses en cuanto a la percepción y postura respecto de la psicoterapia. Quizás los pacientes argentinos son menos complacientes con sus terapeutas en caso de presentar desacuerdos, teniendo una respuesta más confrontativa frente a dicho problema. En este escenario, sería esperable que el ítem sea un indicador más débil de la postura flexible y negociadora del terapeuta, explicando la baja carga en el factor, ya que una postura indulgente por parte del paciente no estaría asociada directamente al grado de apertura del terapeuta o su vocación de negociar los objetivos del tratamiento.

No obstante, a pesar de la baja carga en dicho ítem, la observación general de propiedades psicométricas similares en las versiones en español y en inglés, validadas en Argentina y Estados Unidos, aportan evidencias en favor de la validez transcultural de ambas escalas.

Los resultados que muestran una correlación entre los factores del ANS y las sub-escalas del WAI generan un interrogante respecto de la naturaleza



de la relación entre ambas medidas. Como se pudo observar, el Factor 1 presenta correlaciones directas con las sub-escalas de la WAI mientras que el Factor 2 presenta correlaciones inversas. Esto se explica porque los seis ítems del Factor 2 son negativos, a diferencia de los ítems del Factor 1 que son positivos. De esta forma, una mejor calidad de la negociación de la alianza es interpretada a través de mayores puntajes en el Factor 1 y de menores puntajes en el Factor 2. Por ende, a pesar de que en un caso se observan correlaciones directas y en el otro inversas, en ambos debe interpretarse que existe una correlación lineal directa entre una mejor calidad de la negociación de la alianza, a través de sus dos factores, y las sub-escalas de la alianza terapéutica. Una de las posibles interpretaciones a la asociación lineal de estos constructos, es que, tal como fue mencionado en la introducción de este artículo, al considerar negociación y colaboración como coexistentes en el proceso de la constitución de la Alianza, cada uno de estos factores represente fuerzas opuestas pero convergentes de un mismo fenómeno: una mejor negociación de la alianza puede redundar en una mejor alianza terapéutica, así como una buena alianza terapéutica puede sentar las bases para una continua negociación de la misma.

La presente investigación cuenta con algunas limitaciones. Los datos para el estudio fueron recolectados de forma online, volviendo difícil confirmar la exactitud de las respuestas de los participantes (edad, tipo de terapia, etc.). El tipo de muestra no probabilística por conveniencia también limita la capacidad de generalización de los datos. Otra limitación proviene del hecho de que se haya tomado solo un instrumento auto administrado por el paciente para informar sobre la negociación en una diada terapéutica.

Una limitación estadística proviene del hecho de tomar una decisión acerca de la solución factorial más apropiada para el set de información, que a veces es un proceso de cierto modo arbitrario, y, en este caso, también se adecuó a la solución factorial usada en la versión en inglés (aunque también se intentaron otras soluciones y la elegida fue la que más se ajustó a los datos obtenidos).

Aún si la estructura que emerge del presente estudio parece ser coherente en sí misma y en comparación con la versión en inglés del instrumento, este estudio representa un intento preliminar de evaluar las propiedades psicométricas del ANS-A. Será imprescindible testear la estabilidad de esta estructura factorial con muestras adicionales en el futuro. También deberá investigarse acerca de la validez de constructo del ANS-A y su diferenciación con otros

constructos, así como examinar la validez predictiva del ANS-A en los resultados de los tratamientos.

Es importante tener en cuenta que el estudio que aquí se presenta más que una adaptación es un co diseño que se está realizando a la par de su equivalente en idioma inglés, por lo cual todavía restan realizarse tareas tendientes a obtener datos sobre la validez y confiabilidad de este instrumento tanto en idioma inglés como en español.

También será necesario determinar si, a nivel conceptual, ANS-A permite explicar un porcentaje de varianza adicional en los resultados por sobre las contribuciones de las medidas de Alianza ya existentes.

Los resultados preliminares de este estudio sugieren que ANS-A puede ser una herramienta útil en la investigación y clínica psicoterapéutica. Entre los pasos futuros en relación con la exploración de las propiedades psicométricas de esta escala, se encuentran estudiar diferentes poblaciones y utilizar una mayor cantidad de sujetos que permita, por ejemplo, el uso de análisis factoriales confirmatorios. De hecho, Doran y colaboradores están realizando un nuevo estudio de validación del instrumento en idioma inglés con una muestra de 250 participantes.

Otro de los pasos futuros es el de investigar si el proceso de negociación es más importante en algunos tipos de terapia que en otros, y si el mismo se da de manera diferente en distintas culturas, como por ejemplo en terapias en Argentina y en los Estados Unidos.

## REFERENCIAS

- Alexander, L., & Luborsky, L. (1986). The Penn Helping Alliance Scales. In L. Greenberg, & W. Pinsof (Eds.), *The psychometric process: A research handbook* (pp. 325-366). New York: Guilford.
- Bordin, E.S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 16, 252-260.
- Bordin, E.S. (1983). A working alliance based model of supervision. *The Counseling Psychologist*, 11, 35-42.
- Bordin, E. S. (1994). Theory and research on the therapeutic working alliance: New directions. In A.O. Horvath, & L.S. Greenberg (Eds.), *The working alliance: theory, research and practice* (pp. 13-37). New York: John Wiley y Sons.
- Bryant, F.B., & Yarnold, P. R. (1994). Principal components analysis and exploratory and confirmatory factor analysis. In L.G. Grimm, & P.R. Yarnold (Eds.), *Reading and understanding multivariate statistics*. Washington, DC: American Psychological Association Books.
- Clark, L.A., & Watson, D. (1995). Constructing validity: Basic issues in objective scale development. *Psychological Assessment*, 7(3), 309-319.
- Corbella, S. y Botella, L. (2003). La Alianza Terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de Psicología*, 19 (2), 205-221.
- Corbella, S., & Botella, L. (2004). Psychometric properties of the Spanish version of the Working Alliance Theory of Change Inventory (WATOCI). *Psicothema*, 16(4), 702-705.
- Crits-Christoph, P., & Connolly Gibbons, M.B. (2003). Research developments on the therapeutic alliance in psychodynamic psychotherapy. *Psychoanalytic Inquiry*, 23, 332-349.
- Doran, Safran Waizmann, Bolger, & Muran (2012). The Alliance Negotiation Scale: Psychometric construction and preliminary reliability and validity analysis. *Psychotherapy Research*, 22 (1) 1-10.
- Eubanks-Carter, C., Mitchell, A., Muran, J.C., & Safran, J.D. (2009). Rupture Resolution Rating System (3RS): Manual. *Unpublished manuscript*, Beth Israel Medical Center, New York.
- Feixas, G. y Miró, M. T. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia: Una introducción a los tratamientos psicológicos*. Barcelona: Paidós.
- Gaston, L., & Ring, J.M. (1992) Preliminary results on the Inventory of Therapeutic Strategies. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 1(2), 135-146.
- George, D., & Mallery, P. (2003). *SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference. 11.0 update* (4th ed.). Boston: Allyn y Bacon.
- Hartley, D.E., & Strupp, H.H. (1983). The therapeutic alliance: Its relationship to outcome in brief psychotherapy. *Empirical studies of psychoanalytic theories*, 1, 1-37.
- Hatcher, R.L., & Gillaspay, J.A. (2006). Development and validation of a revised short version of the working alliance inventory. *Psychotherapy Research*, 16(1), 12-25.
- Horowitz, L.M., Rosenberg, S.E., Baer, B.A., Ureño, G., & Villaseñor, V. S. (1988). Inventory of interpersonal problems: psychometric properties and clinical applications. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 885-892.
- Horvath, A.O., y Bedi, R.P. (2002). The alliance. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work* (pp. 37-70). New York: Oxford University Press.
- Horvath, A.O., & Greenberg, L.S. (1986). The development of the Working Alliance Inventory. In L.S. Greenberg, & W. M. Pinsof (Eds.), *The psychotherapeutic process: A research handbook* (pp. 529-556). New York: The Guildford Press.
- Horvath, A.O., & Greenberg, L.S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36(2), 223-233.
- Jock, W., Bolger, K.W., Gómez Penedo, J.M., Waizmann, V., Olivera, J., & Roussos, A. (2013) Differential Client Perspectives on Therapy in Argentina and the United States: A Cross-Cultural Study. *Psychotherapy*, 50(4), 517-524.
- Kellow, J.T. (2006). Using Principal Components Analysis in Program Evaluation: Some Practical Considerations. *Journal of MultiDisciplinary Evaluation*, 5, 89-107.
- Kendall, M.G., & Stuart, A. (1958). *The advanced theory of statistics* (Vol. 1). London: Griffin.

- Luborsky, L., Barber, J.P., Siqueland, L., Johnson, S., Najavits, L.M., Frank, A., & Daley, D. (1996). The revised Helping Alliance questionnaire (HAQ-II) Psychometric Properties. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 5 (3), 281-287.
- Marmar, C.R., & Gaston, L. (1988). *Manual for the California Psychotherapy Scales-CALPAS*. Unpublished manuscript, University of California, San Francisco, CA.
- Marziali, E. (1984). Three viewpoints on the therapeutic alliance: Similarities, differences, and associations with psychotherapy outcome. *The Journal of nervous and mental disease*, 172(2), 417-423.
- Misdráhi, D., Petit, M., Blanc, O., Bayle, F., & Llorca, P.M. (2012). The influence of therapeutic alliance and insight on medication adherence in schizophrenia. *Nord J Psychiatry*, 66, 49-54.
- Muran, J.C. (2002). A relational approach to understanding change: Plurality and contextualism in a psychotherapy research program. *Psychotherapy Research*, 12, 113-138.
- Norcross, J.C., & Wampold, B.E. (2011). Evidence-based therapy relationships: Research conclusions and clinical practices. *Psychotherapy*, 48(1), 98-102.
- Ogrodniczuk, J.S., Joyce, A.S., & Piper, W.E. (2005). Strategies for reducing patient-initiated premature termination of psychotherapy. *Harvard Review of Psychiatry*, 13(2), 57-70.
- Pinsof, W.M., & Catherall, D.R. (1986). The Integrative Psychotherapy Alliance: Family, Couple and Individual Therapy Scales. *Journal of Marital and Family Therapy*, 12(2), 137-151.
- Randi, C., & Skogstad, S. (2009). *What predicts quality of the therapeutic alliance in a cognitive behavioural treatment for children with anxiety disorders? Therapeutic alliance measured from the patient, therapist and observer perspective*. Tesis de grado, Universidad de Bergen, Bergen, Noruega.
- Reiner, J.P., & Campbell, L.F. (2001). Premature termination in psychotherapy: Identification and intervention. *Journal of Psychotherapy: Independent Practice*, 2, 19-41.
- Reiss, B.F., & Brown, L.G. (1999). Reducing psychotherapy dropouts: Maximizing perspective convergence in the psychotherapy dyad. *Psychotherapy*, 36, 123-136.
- Rijsort, S.V., & Emmelkamp, P. (1999). Assessment The Penn State Worry Questionnaire and the Worry Domains Questionnaire: structure, reliability and validity. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 6, 297-307.
- Rosti-Otajärvi, E., Mäntynen, A., Koivisto, K., Huhtala, H., & Hämäläinen, P. (2014). Predictors and impact of the working alliance in the neuropsychological rehabilitation of patients with multiple sclerosis. *Journal of the Neurological Sciences*, 338(1-2), 156-161.
- Safran, J.D. (1993). Breaches in the therapeutic alliance: An arena for negotiating authentic relatedness. *Psychotherapy*, 30(1), 11-24.
- Safran, J.D., Muran, J.C., & Eubanks-Carter, C. (2011). Repairing alliance ruptures. *Psychotherapy*, 48(1), 80-87.
- Safran, J.D., & Muran, J.C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. New York: Guilford Press.
- Safran, J.D., & Muran, J.C. (2006). Has the concept of the therapeutic alliance outlived its usefulness? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43(3), 286-291.
- Safran, J.D., Crocker, P., McMain, S., & Murray, P. (1990). Therapeutic alliance rupture as a therapy event for empirical investigation. *Psychotherapy*, 27, 154-165.
- Stevens, J. (1992). *Applied multivariate statistics for the social sciences* (2nd. Ed.). Hillsdale, NJ: Earlbaum.
- Stiles, W.B., Glick, M.J., Osatuke, K., Hardy, G.E., Shapiro, D.A., Agnew-Davies, R., Rees, A., & Barkham, M. (2004). Patterns of alliance development and the rupture-repair hypothesis: Are productive relationships U-shaped or V-shaped? *Journal of Counseling Psychology*, 51(1), 81-92.
- Strauss, J.L., Hayes, A.M., Johnson, S.L., Newman, C.F., Brown, G. K., Barber, J.P., Laurenceau, J., & Beck, A.T. (2006). Early alliance, alliance ruptures, and symptom change in a nonrandomized trial of cognitive therapy for avoidant and obsessive-compulsive personality disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(2), 337-345.
- Summers, R.F., & Barber, J.P. (2003). Therapeutic Alliance as a Measurable Psychotherapy Skill. *Academic Psychiatry*, 27:3.
- Tabachnick, B.G., & Fidell, L.S. (2001). *Using multivariate statistics*. Boston, Massachusetts: Allyn and Bacon.

- Trijsburg, R.W., Lietaer, G., Colijn, S., Abrahamse, R.M., Duivenvoorden, H.J., & Joosten, S. (2004). Construct validity of the Comprehensive Psychotherapeutic Interventions Rating Scale. *Psychotherapy Research*, 14(3), 37-41.
- Vöhringer, C., Carola Pérez, J., Martínez, C., Altimir, C., Dagnino, P., Suárez, N. y Krause, M. (2013). "Working Alliance Inventory" Versión Observacional: Traducción, Adaptación y Validación al Castellano. *Terapia Psicológica*, 31(3), 301-311.
- Waizmann, V. (2011). *Alianza Terapéutica e Intervenciones Psicoterapéuticas en Tratamientos Cognitivos y Psicoanalíticos*. Tesis Doctoral, Universidad de Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.
- Waizmann, V., Espíndola, I. y Roussos, A.J. (2009). Acerca de las Rupturas de Alianza Terapéutica. *Memoria de las Jornadas de Investigación. Psicología y sociedad contemporánea: cambios culturales*. UBA.
- Zetzel, E.R. (1956). Current concepts of transference. *International Journal of Psychoanalysis*, 37, 369-376.