

Feedback de la Alianza Terapéutica en Pacientes Ansiosos tratados con Terapia Cognitivo Conductual en Argentina - Estudio Piloto*

Feedback from the Therapeutic Alliance in Anxious Patients treated with Cognitive Behavioral Therapy in Argentina - Pilot Study

Adrián Amilcar Solari¹ ; Juan Martín Gómez Penedo² ; Andrés Jorge Roussos³ ; Daniel Ricardo Bogiaizian⁴ 

RESUMEN

La alianza terapéutica (AT) se ha establecido como un predictor robusto de mejoría en psicoterapia. Mantener un monitoreo de la percepción que el paciente tiene de la AT podría ser una herramienta de utilidad en la clínica. En este contexto, el presente trabajo presenta un estudio que tiene como objetivos: (i) analizar la viabilidad de implementar un dispositivo de feedback a terapeutas de orientación cognitivo-conductual respecto de la alianza de sus pacientes y (ii) obtener resultados preliminares sobre la relación entre el feedback de la AT desde el punto de vista del paciente, la evolución de la AT y los resultados del tratamiento. Fueron incluidos 21 pacientes diagnosticados con Trastornos de Ansiedad y atendidos en Buenos Aires (Argentina) con Terapia Cognitiva Conductual por siete terapeutas. Se concluye como viable desarrollar un proyecto de esta naturaleza a mayor escala y se hallaron resultados prometedores respecto a la relación entre las variables estudiadas.

Palabras clave: Alianza Terapéutica, Feedback, Trastornos de Ansiedad, Terapia Cognitivo Conductual.

ABSTRACT

The Therapeutic Alliance (TA) has been established as a robust predictor of improvement in psychotherapy. In clinical practice, keeping track of the patient's perception of TA could be a useful tool. Therefore, the present study aims to: (i) analyze the feasibility of implementing a feedback device for cognitive-behavioural therapists regarding the TA with their patients and (ii) to obtain preliminary results on the relationship between TA feedback from the patient point of view, development of TA across the treatment timeline and, finally, therapeutic outcome. The sample included 21 patients diagnosed with Anxiety Disorders receiving cognitive-behavioural therapy in Buenos Aires (Argentina) by seven therapists. In conclusion, it is considered viable to develop a project of this nature on a larger scale and promising results were found between the variables of interest.

Keywords: Therapeutic Alliance, Feedback, Anxiety Disorders, Cognitive Behavioral Therapy.

Recibido: 10-02-2020
Aceptado: 28-05-2020

Citar: Solari, A. A., Gómez-Penedo, J. M., Roussos, A. J. & Bogiaizian, D. R. (2020). Feedback de la Alianza Terapéutica en Pacientes Ansiosos tratados con Terapia Cognitivo Conductual en Argentina - Estudio Piloto. *Investigaciones en Psicología*, 25(1), 20-27. <https://doi.org/10.32824/investigpsicol.a24n2a30>

¹Universidad Argentina de la Empresa. Instituto de Ciencias Sociales y Disciplinas Proyectuales (INSOD). Buenos Aires, Argentina. adsolari@uade.edu.ar

²Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología. Buenos Aires, Argentina. CONICET. Buenos Aires, Argentina. jmgomezpenedo@gmail.com

³Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología. Buenos Aires, Argentina. CONICET. Buenos Aires, Argentina. andres.roussos@comunidad.ub.edu.ar

⁴Universidad Argentina de la Empresa. Buenos Aires, Argentina. Asociación Civil Ayuda. Buenos Aires, Argentina. rbogiaizian@uade.edu.ar

*El presente artículo se encuentra dentro de un proyecto ACyT Doctoral - Fundación UADE - Instituto de Ciencias Sociales y Disciplinas Proyectuales (INSOD) - (D15S06)

Introducción

Los Trastornos de Ansiedad tienen alta prevalencia en la población mundial (Kessler et al., 2005) y Argentina no es una excepción a este fenómeno (Cía et al., 2018). La Terapia Cognitiva Conductual (TCC) ha demostrado ser un tratamiento eficaz para estas condiciones, pero aún hay personas que no logran ser beneficiados por ésta (Hans & Miller, 2013; Hofmann et al., 2012; Hofmann & Smits, 2008). De esta manera, sería relevante encontrar estrategias que permitan optimizar estos abordajes, aumentando los porcentajes de pacientes que mejoran a partir de ellos.

La alianza terapéutica (AT) es un recurso clínico teórico que ha cobrado creciente relevancia en las últimas décadas (Castonguay et al., 2015) y que podría ayudar a mejorar los tratamientos de distintos marcos teóricos, entre ellos, las TCC (Barber, 2009). En la actualidad se cuenta con diferentes revisiones y meta análisis sobre la relación entre AT y resultados en psicoterapia, que posicionan a la alianza como un predictor robusto de mejoría de los pacientes (Flückiger et al., 2018; Horvath et al., 2011; Horvath & Luborsky, 1993; Horvath & Symonds, 1991). Sin embargo, los mecanismos que subyacen a la naturaleza de esta asociación entre alianza y resultados son foco de estudio en la actualidad (Gómez Penedo et al., 2018; Horvath, 2018; Roussos et al., 2016). Siendo además necesario, establecer puentes que permitan articular los resultados de la investigación en AT con la práctica clínica cotidiana (Doran, 2016). La investigación focalizada en el paciente, propone mejorar los resultados de la psicoterapia monitoreando su progreso y brindando esta información al clínico (*feedback*), de modo de guiar sus decisiones durante el tratamiento (Lambert, 2001). Mucho se ha estudiado sobre el *feedback* en relación al monitoreo de la mejoría del paciente, mostrando resultados prometedores (e.g., Boswell et al., 2015; Lambert et al., 2001, 2002; Lambert & Shimokawa, 2011; Reese et al., 2009). Si bien algunos estudios combinan el *feedback* de la mejoría de los pacientes y de la AT (e.g., Harmon et al., 2007; Whipple et al., 2003), pocos estudios se han focalizado en el estudio del *feedback* sobre la AT exclusivamente (Zicha-Mano & Errázuriz, 2015). Siendo que además, sería el punto de vista del paciente, y no del terapeuta, mejor predictor de la evolución del tratamiento (Horvath et al., 2011; Huppert et al., 2014), mantener un monitoreo de la percepción que el paciente tiene de la AT a lo largo del tratamiento podría ser una herramienta de utilidad en la clínica (Ackerman et al., 2001; Horvath et al., 2011) ya que permitiría contar con información precisa sobre la valoración que hace el paciente de la AT y de las rupturas o tensiones que acontecen en la misma (Safran et al., 2011).

De esta forma, la implementación de un dispositivo de *feedback* respecto de la AT en el marco de terapias TCC, podría ser un recurso valioso para mejorar los abordajes y sus resultados. Por todo lo mencionado con anterioridad, el presente trabajo es un estudio piloto (enmarcado en un proyecto mayor en curso) que tiene como objetivos:

(i) analizar la viabilidad de implementar un dispositivo de *feedback* a terapeutas TCC respecto de la alianza de sus pacientes y (ii) obtener resultados preliminares sobre la relación entre el *feedback* de la AT desde el punto de vista del paciente, la evolución de la AT y los resultados del tratamiento. Si bien la naturaleza de este estudio piloto es exploratoria, no contando con poder estadístico para testeo de hipótesis, se espera encontrar: (a) diferencias en la evolución de la AT entre un grupo de terapeutas que recibió *feedback* y un grupo que no, así como también (b) diferencias en los resultados del tratamiento entre ambos grupos, y por último, (c) que la evolución de la AT y la mejoría de los pacientes esté relacionada positivamente con la recepción de *feedback* de la AT por parte del terapeuta. Si bien estas hipótesis guían el proyecto principal, por su condición de piloto el presente estudio solo podrá responderlas de modo parcial.

Método

El presente trabajo es un estudio piloto, longitudinal y cuasi experimental.

La Investigación fue llevada a cabo en una Institución (Asociación Civil Ayuda), ubicada en Buenos Aires (Argentina), que se dedica exclusivamente al tratamiento y recuperación de personas que padecen Trastornos de Ansiedad.

Participantes

Participaron del presente estudio piloto 21 pacientes de las cuales 12 fueron mujeres, con una edad promedio de 33 años (DS = 9). Recibieron diagnóstico primario de Trastorno Ansiedad Generalizada (TAG) once sujetos, ocho de Trastorno de Pánico (TP) con o sin Agorafobia y dos de Trastorno de Ansiedad Social (TAS). Tan solo seis sujetos recibieron un diagnóstico secundario, que en todos los casos fue otro Trastorno de Ansiedad. Con respecto al tratamiento combinado, 15 pacientes realizaron esta modalidad.

En relación a los terapeutas, participaron siete psicólogos (cuatro mujeres) con una edad promedio de 44 años (DS = 3) y experiencia en la práctica clínica promedio de 16 años (DS = 12). Tres terapeutas fueron asignados al grupo de estudio y cuatro al control. Cinco de los psicólogos tienen formación certificada en TCC para Trastornos de Ansiedad por la Asociación Argentina de Trastornos de Ansiedad y los dos restantes son docentes del curso que dicta dicha Institución.

Instrumentos

- Inventario de Alianza de trabajo breve – versión paciente (WAI-SR-A) (Gómez Penedo et al., 2015): Es la adaptación argentina de una versión abreviada del Inventario de Alianza de Trabajo (WAI, Hatcher & Gillaspay, 2006).

Evalúa la AT, según la definición transteórica de Bordin (1979), operacionalizando en 12 ítems divididos en partes iguales en 3 sub-escalas que representan las dimensiones de la AT del mencionado autor, a saber: Vínculo (por ejemplo: “Mi terapeuta y yo confiamos el uno en el otro”), Acuerdo en tareas (por ejemplo: “Creo que la manera en que estamos trabajando mi problema es correcta”) y Acuerdo en objetivos (por ejemplo: “Hemos llegado a un buen entendimiento del tipo de cambios que serían buenos para mí”). Utiliza para tal fin una escala Likert de 7 puntos, donde 1 representa que “nunca” sucede y 7 que “siempre” sucede lo expresado en el ítem. El instrumento ha demostrado ser válido y confiable para evaluar la AT desde el punto de vista del paciente en argentina (Gómez Penedo et al., 2015).

- Índice de Sensibilidad Ansiosa-3 (ASI-3) (Solari et al., 2016). Es la adaptación argentina del Anxiety Sensitivity Index-3 (Taylor et. al, 2007), un instrumento psicométrico de 18 ítems con fuerte respaldo empírico que evalúa el grado de preocupación del encuestado acerca de las posibles consecuencias negativas de los síntomas de ansiedad. Posee 3 sub-escalas, cada una conformada por 6 ítems: preocupaciones somáticas (por ejemplo: “Me asusta cuando mi corazón late rápidamente”, “Cuando siento dolor en el pecho, me preocupa que pueda tener un ataque al corazón”), preocupaciones cognitivas (por ejemplo: “Cuando tengo dificultades en pensar claramente, me preocupa que haya algo mal en mí”, “Me asusta cuando soy incapaz de poder mantener mi mente en una tarea”), preocupaciones sociales (por ejemplo: “Me preocupa que otra gente pueda notar mi ansiedad”, “Cuando tiemblo en presencia de otros, me da miedo lo que la gente pudiera pensar de mí”). Las respuestas se califican en una escala de Likert de 5 puntos que oscila de 0 (Muy poco) a 4 (Mucho). La escala brinda un puntaje total y otro por cada sub-escala.

- Outcome Questionnaire 45 (OQ-45) (Lambert et al., 1996), en su adaptación al español (De la Parra et al., 2002) y adaptada en Buenos Aires por Fernández-Álvarez et al. (2005). Este cuestionario fue diseñado para evaluar resultados psicoterapéuticos. Cuenta con tres subescalas: malestar sintomático (por ejemplo: “Me siento irritado, molesto”, “Tengo dificultades para concentrarme”); relaciones interpersonales (por ejemplo: “Tengo dificultades para llevarme bien con mis amigos y conocidos”, “Me llevo bien con otros”); y problemas de funcionamiento (por ejemplo: “Siento que me va bien en el trabajo/escuela”, “Disfruto mi tiempo libre”). Consta de 45 ítems con una escala Likert de 5 opciones de respuesta que va de “nunca” a “siempre”. La suma de las tres escalas ofrece el resultado total. El Índice de cambio confiable (ICC) calculado para nuestra región fue de 16 puntos y el puntaje de corte (PC) de 51 puntos (Fernández-Álvarez et al., 2005).

- Clinical Global Impression (CGI) (Guy, 1976) en su traducción al español (García et al., 2002). Consta de dos sub-escalas donde se evalúa, según el punto de vista del

observador, la gravedad del cuadro que presenta el paciente (Clinical Global Impression – Severity o CGI-S) y la mejoría del mismo (Clinical Global Impression – Improvement o CGI-I). La CGI-S consta de un único ítem que valora la gravedad del cuadro utilizando una escala Likert de 8 valores que van desde 0 (no evaluado) a 7 (entre los pacientes más extremadamente enfermos). La CGI-I evalúa la mejoría del cuadro desde el momento del inicio del tratamiento o estado basal en un único ítem que se valora el cambio experimentado utilizando una escala Likert de 8 valores que van desde 0 (no evaluado) a 7 (mucho peor).

Procedimiento

Los terapeutas, luego de ser calificados según sus años de experiencia clínica, fueron asignados de modo aleatorio a dos condiciones: grupo estudio (donde el terapeuta recibió *feedback* del punto de vista del paciente de la AT), y grupo control (el terapeuta no recibió esta información). Los terapeutas del grupo de estudio recibieron un breve entrenamiento de 30 minutos donde se los instruyó en la fundamentación teórica, dimensiones y puntuación del Inventario Alianza de trabajo breve – versión paciente (WAI-SR-A) (Gómez Penedo et al., 2015), instrumento usado en la investigación para evaluar la AT.

Por su parte, los pacientes, al ingresar a la institución realizan el proceso de evaluación inicial o admisión con procedimientos propios de la Institución, no siendo éste modificado para la presente investigación a los fines de conservar la validez ecológica del presente trabajo. El proceso de admisión consta de una o más entrevistas conducidas por psicólogo/a y/o psiquiatra con más de 20 años de experiencia clínica. En el mismo se evalúa el diagnóstico según criterios DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), utilizando a su vez su experiencia clínica y diferentes instrumentos que completa el paciente en esta evaluación inicial, a saber: Adaptación argentina del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) (Brenlla & Rodríguez, 2006); Índice de Sensibilidad Ansiosa-3 (ASI-3) (Solari et al., 2016), Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (Navarro Schieron et al., 2017) - adaptación argentina de su versión original en inglés, Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS) (Liebowitz, 1987) -, Cuestionario de cogniciones Agorafóbicas y Cuestionario de Sensaciones Corporales (Solari et. al 2019) - adaptaciones a nuestro medio de sus versiones originales en Inglés (Chambless et al., 1984) -. Luego, el paciente es asignado a el/los profesionales que conducirán el tratamiento en base a criterios clínicos y posible compatibilidad paciente-terapeuta, teniendo también en cuenta la disponibilidad horaria y accesibilidad de los profesionales.

Los pacientes, quienes no fueron ciegos con respecto a su condición en el estudio, formaron parte del grupo de estudio o control según el grupo en el que hubiera sido asignado su terapeuta tratante. Quedaron así conformadas las diadas de la investigación. Todos los participantes aceptaron participar en la investigación firmando el

consentimiento informado pertinente.

En las sesiones uno, tres, cinco, ocho, y doce, se tomaron instrumentos para evaluar AT y mejoría. Ambos grupos completaron la batería para evaluar mejoría en todas las entrevistas enumeradas. El paciente completó estos instrumentos antes de la sesión y el terapeuta lo hizo al finalizar dicha sesión. El inventario que evalúa AT lo completaron los pacientes después de la sesión, los pacientes asignados al grupo de estudio lo hicieron todas las sesiones y los del grupo control solo en la sesión 3 y 12.

El procedimiento de *feedback* se realizó entregando a los terapeutas del grupo de estudio el inventario sobre AT completado por el paciente. Como se mencionó previamente, todos los tratamientos realizados fueron TCC, a pesar de que no se contó con un instrumento de chequeo de adherencia para los mismos.

Análisis de Datos

Para el análisis de los datos, se usaron Modelos Lineales Jerárquicos (Raudenbush & Bryk, 2002), más específicamente Modelos de Curva de Crecimiento, de dos niveles (con medidas repetidas anidados en pacientes). Fueron probadas trayectorias lineales y cuadráticas y, en base a test de comparación de modelos, se seleccionaron las trayectorias que mejor describían la evolución de las variables dependientes (Gómez Penedo et al., 2019). En base a los modelos seleccionados, se incluyó a la condición (grupo *feedback* vs. grupo no *feedback*) como un predictor de nivel 2, de la constante (el intercepto) y las trayectorias (lineales y cuadráticas). Cabe señalar que estos modelos se realizaron a modo de análisis preliminares e ilustración. Sin embargo, el escaso número muestral hace que los análisis tengan poco poder estadístico y, por ende, poca capacidad para identificación de resultados significativos (inflación de error de tipo II).

Resultados

Los resultados de los análisis descriptivos de las variables de estudio al principio del tratamiento se presentan en la Tabla 1. Al inicio de la terapia el grupo de estudio obtuvo un puntaje medio mayor que el control en el OQ-45 pero uno menor en relación a la Sensibilidad Ansiosa (SA); el grupo de estudio también obtuvo un puntaje medio mayor en la AT en la sesión 3. Los pacientes del grupo de estudio fueron evaluados por su terapeutas con un nivel de severidad levemente mayor que en los del grupo control. Por último, no se hallaron correlaciones significativas entre ninguna de estas variables (Tabla 2).

Tabla 1 – Descripción Variables al inicio del tratamiento

Variable	Total de la Muestra		Grupo de Estudio		Grupo Control	
	Media	DS	Media	DS	Media	DS
WAI - Sesión 3	78.3	6	79.1	3.8	77.3	7.9
OQ-45 - Sesión 1	68.5	19.1	71.2	22.2	66.4	18
ASI-3 -Sesión 1	26.2	10.7	23	10.4	29.2	10.5
CGI-S - Sesión 1	4.71	1	4.9	0.6	4.55	1.3

Tabla 2 – Correlación Variables al inicio del tratamiento

Variable	1	2	3	4
1 WAI - Sesión 3	-			
2 OQ-45 - Sesión 1	.152	-		
3 ASI-3 -Sesión 1	.064	.204	-	
4 CGI-S - Sesión 1	.210	.339	.114	-

En relación a la evaluación de la evolución de la AT, como se mencionó anteriormente, se utilizó el Inventario de Alianza de trabajo breve - versión paciente (WAI-SR-A) (Gómez Penedo et al., 2015). El modelo que mejor se adaptó para esta variable fue el de trayectoria lineal. Con respecto a los puntajes medios, el grupo control obtuvo un coeficiente estimado de 78.14 puntos ($\gamma_{00} = 78.14$, $ES = 1.89$, $t(17) = 41.35$, $p < .001$), menor en 0.23 unidades respecto del grupo de estudio ($\gamma_{01} = 0.23$, $ES = 2.26$, $t(17) = 0.10$, $p = .920$), pero esa diferencia no fue significativa. En relación al cambio medido sesión a sesión hubo diferencias no significativas entre el grupo control ($\gamma_{10} = 0.23$, $ES = 0.38$, $t(84) = 0.60$, $p = .550$) y el grupo de estudio, a favor de este último ($\gamma_{11} = 0.18$, $ES = 0.43$, $t(84) = 0.43$, $p = .671$). Mientras que los puntajes de alianza del grupo control tendieron a aumentar 0.23 unidades sesión a sesión, el aumento en el grupo experimental fue 0.18 unidades mayor (Figura 1).

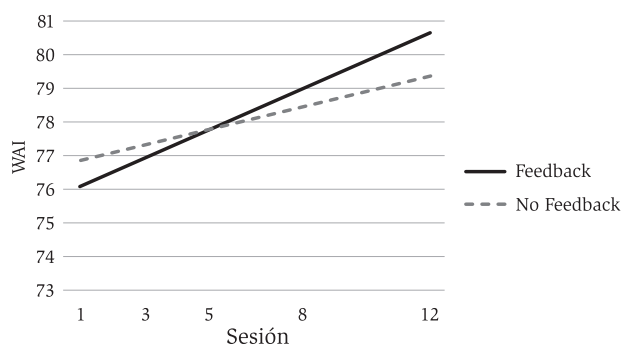


Figura 1: AT - Cambio sesión a sesión

En todas las variables que se utilizaron para medir resultados del tratamiento (OQ-45, ASI-3 y CGI-I) el modelo que mejor se adaptó fue el de trayectoria cuadrática.

En el caso del OQ-45 (Fernández-Álvarez et al., 2005), si bien ambos grupos mejoraron con el tratamiento, el cambio sesión a sesión del grupo control ($\gamma_{10} = -2.15$, $ES = 0.44$, $t(80) = -4.87$, $p < .001$) fue menor que el obtenido en el grupo de estudio ($\gamma_{11} = -0.77$, $ES = 0.54$, $t(80) = -1.42$, $p = .158$) (Figura 2). Los pacientes en el grupo experimental tendieron a tener una reducción 0.77 unidades mayor sesión a sesión en el OQ, respecto del grupo control.

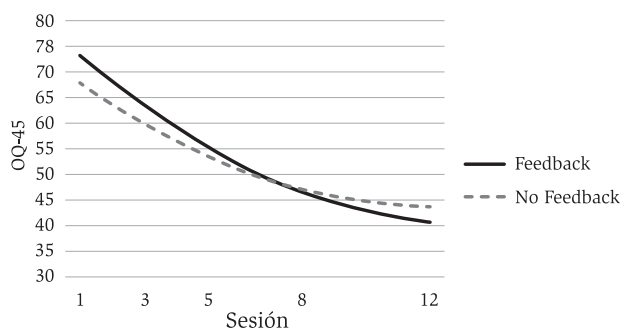


Figura 2: OQ-45 - Evolución sesión a sesión

En relación a la SA, medida con el ASI-3 (Solari et al., 2016), nuevamente se obtuvo mejoría en ambos grupos, pero en este caso fue el grupo control ($\gamma_{10} = -1.69$, $ES = 0.31$, $t(80) = -5.45$, $p < .001$) quien mostró mejor respuesta que el grupo de estudio ($\gamma_{11} = 0.51$, $ES = 0.38$, $t(80) = 1.35$, $p = .180$) en el cambio sesión a sesión, aunque nuevamente la diferencia no fue significativa (Figura 3). En este caso la mejoría en el grupo experimental fue .51 unidades menor en el grupo experimental, en relación al grupo de control.

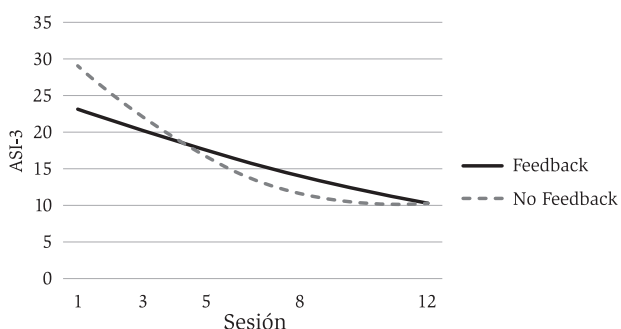


Figura 3: Sensibilidad Ansiosa - Cambio sesión a sesión

Por último, para evaluar el resultado del tratamiento, pero desde la perspectiva del terapeuta se aplicó el CGI-I (García et al., 2002). En esta variable también se obtuvo mejoría en ambos grupos, pero aunque de modo no significativo, fue nuevamente el grupo control ($\gamma_{10} = -0.15$, $ES = 0.04$, $t(82) = -3.50$, $p < .001$) quien obtuvo menor cambio sesión a sesión que el grupo de estudio ($\gamma_{11} =$

-0.09 , $ES = 0.06$, $t(82) = -1.58$, $p = .119$) (Figura 4). El grupo experimental tendió a tener una mejoraría 0.09 unidades mayor sesión a sesión en esta variable, en relación al grupo control.

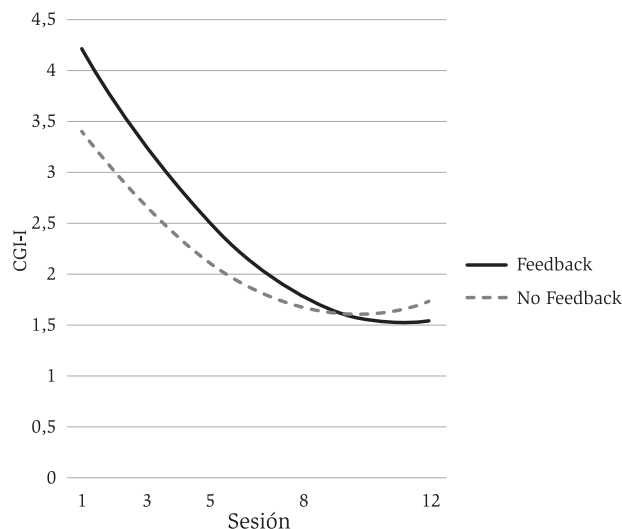


Figura 4: CGI-I - Cambio sesión a sesión

Conclusiones

El presente trabajo, siendo un estudio piloto, tuvo como primer objetivo analizar la viabilidad de implementar un dispositivo de *feedback* a terapeutas TCC respecto de la alianza de sus pacientes. Esto se dio con resultado exitoso, si bien no se tomaron cuestionarios de aceptabilidad a ninguno de los integrantes del estudio, ni de adherencia a los terapeutas. Cabe destacar en este punto que ningún terapeuta ni paciente al cual se le ofreció participar rechazó la propuesta, ni mostró objeción alguna. Es importante aclarar que los pacientes que participaron, en todos los casos, abonaron de modo particular sus tratamientos, y no reciben ningún tipo de beneficio extra por su colaboración en el estudio, tampoco los terapeutas lo hacen. El cumplimiento con el llenado de los cuestionarios no ofreció dificultades y tampoco se encontraron inconvenientes con respecto a la comprensión de las consignas de los mismos. Tampoco se presentaron obstáculos que requirieran cambios con respecto a la organización metodológica de la investigación.

Al analizar descriptivamente las variables estudiadas al momento del inicio del tratamiento, se destaca el hecho de no haberse encontrado correlaciones significativas entre ninguna de ellas. Es decir, al inicio del tratamiento no hubo correlación entre las variables que se usaron para medir resultado desde el punto de vista del paciente (ASI-3 y OQ-45), ni de éstas con la que evaluó gravedad desde el punto de vista del terapeuta (CGI-S), ni de todas estas con la valoración de la AT por parte del paciente. La no asociación entre el puntaje de la valoración del paciente y del terapeuta aporta sentido a la necesidad de los

terapeutas de obtener *feedback*, dado el desacople entre su punto de vista y el del paciente. Por otro lado, la no asociación entre los puntajes de las variables que evalúa mejoría por parte del paciente requiere otro tipo de explicación, una posible podría ser el Nivel de SA presentado por los sujetos de la presente muestra. Para el inventario utilizado en este estudio (ASI-3), Allan, Korte, et al. (2014) hallaron evidencia que sugiere 17 puntos en la suma total como el puntaje de corte que diferencia a aquellos sujetos con baja/normativa SA de los de moderada y 23 puntos como el que diferencia a estos de los sujetos con alta SA. El 19% de la muestra obtuvo un puntaje menor a 17 puntos (baja/normativa SA) y un poco más de la mitad (57.1%) un puntaje mayor a 23 (alta SA), el resto se ubicó entre estos 2 puntajes (moderada SA). Conformándose entonces una muestra con niveles bajos de SA, pudiendo esto afectar la asociación con los puntajes obtenidos en el OQ-45. Cabe destacar aquí que el nivel de asociación con sintomatología ansiosa decrece a medida que decrece el nivel de SA (Allan, Korte, et al., 2014; Allan, Raines, et al., 2014; Bernstein et al., 2013; Zvielli et al., 2012).

El segundo objetivo del presente estudio fue obtener resultados preliminares sobre la relación entre el *feedback* de la AT desde el punto de vista del paciente, la evolución de la AT y los resultados del tratamiento. Si bien por su condición de piloto, la naturaleza de este estudio es exploratoria, no contando con poder estadístico suficiente para un adecuado testeo de hipótesis, se esperó encontrar: (a) diferencias en la evolución de la AT entre un grupo de terapeutas que recibió *feedback* y un grupo que no, así como también (b) diferencias en los resultados del tratamiento entre ambos grupos, y por último, (c) que la evolución de la AT y la mejoría de los pacientes estuviera relacionada positivamente con la recepción de *feedback* de la AT por parte del terapeuta. Cabe destacar que en todos los casos se encontraron diferencias, pero en ninguna de ellas fue significativa (lo cual es consistente con la baja potencia estadística del estudio).

En el caso de la AT se encontraron diferencias (no significativas) a favor del grupo que recibió *feedback*, es decir, que aquellos terapeutas que recibieron información sobre la valoración del paciente de la AT establecieron una mejor AT (desde el punto de vista del paciente) que aquellos que no recibieron esta información.

Lo mismo sucedió en relación a los resultados del tratamiento evaluado desde el punto de vista del terapeuta, se encontraron diferencias (no significativas) a favor del grupo que recibió *feedback* de la AT. Es decir, tuvieron mejores resultados (desde la perspectiva del terapeuta) aquellos tratamientos donde los terapeutas recibieron información sobre la valoración del paciente sobre la AT.

Por último en relación a los resultados del tratamiento evaluados desde el punto de vista del paciente se encontraron resultados contradictorios. En el caso del OQ-45 nuevamente se encontraron diferencias (no significativas) a favor del grupo que recibió *feedback* de la AT. Es decir, tuvieron mejores resultados aquellos tratamientos donde los terapeutas recibieron información sobre la valoración del paciente sobre la AT. Sin embargo, no ocurrió lo mismo

al valorar los resultados con el ASI-3, aquí fue el grupo que no recibió *feedback* de la AT quien obtuvo mejores resultados. Siendo éste el único caso donde no se confirma una de las hipótesis de la investigación. Nuevamente, para analizar este punto cabe aquí destacar lo ya mencionado con anterioridad en relación a las particularidades de esta población en relación a sus niveles de SA y lo distorsivo que esto podría ser en los resultados.

En síntesis, los resultados de este estudio muestran la viabilidad de desarrollar un proyecto de esta naturaleza a mayor escala, mostrando a su vez resultados prometedores respecto de los efectos del *feedback* de la AT, sobre la relación terapéutica y los resultados del tratamiento.

Limitaciones

Si bien por su condición de piloto el presente estudio pretende solo mostrar resultados exploratorios, para poder confirmar o descartar las hipótesis será necesario aumentar el *n* muestral, ya que el tamaño actual de la muestra no permite mostrar resultados concluyentes, aunque sean prometedores.

También cabe destacar como limitación el Nivel de SA presentado en la muestra, generando esto un posible factor confusor. Para corregir esto sería necesario incluir sujetos que solo tengan niveles moderados/altos de SA, que son además los que presentan mayor asociación con los TA que el presente estudio intenta abordar.

REFERENCIAS

- Ackerman, S., Smith, B., Beutler, L. E., Gelso, C. J., Goldfried, M. R., Hill, C., Lambert, M. J., Norcross, J. C., Orlinsky, D. E., Rainer, J. (2001). Empirically supported therapy relationships: Conclusions and recommendations of the Division 29 Task Force. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38, 495-497. <http://doi.org/10.1037/0033-3204.38.4.495>
- Allan, N. P., Korte, K. J., Capron, D. W., Raines, A. M., Schmidt, N. B. (2014). Factor mixture modeling of anxiety sensitivity: A three class structure. *Psychological Assessment*, 26(4), 1184-95. <http://doi.org/10.1037/a0037436>
- Allan, N. P., Raines, A. M., Capron, D. W., Norr, A. M., Zvolensky, M. J., Schmidt, N. B. (2014). Identification of anxiety sensitivity classes and clinical cut-scores in a sample of adult smokers: results from a factor mixture model. *Journal of Anxiety Disorders*, 28(7), 696-703. <http://doi.org/10.1016/j.janxdis.2014.07.006>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM-5)*. American Psychiatric Association.
- Barber, J. P. (2009). Toward a working through of some core conflicts in psychotherapy research. *Psychotherapy Research*, 19(1), 1-12. <https://doi.org/10.1080/10503300802609680>
- Bernstein, A., Stickle, T. R., Schmidt, N. B. (2013). Factor mixture model of anxiety sensitivity and anxiety psychopathology vulnerability. *Journal of Affective Disorders*, 149 (1-3), 406-417. <http://doi.org/10.1016/j.jad.2012.11.024>

- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16(3), 252-260. <http://doi.org/10.1037/h0085885>
- Boswell, J. F., Kraus, D. R., Miller, S. D., & Lambert, M. J. (2015). Implementing routine outcome monitoring in clinical practice: Benefits, challenges, and solutions. *Psychotherapy Research*, 25, 6-19. <https://doi.org/10.1080/10503307.2013.817696>
- Bregman, C. (2009). La Alianza Terapéutica en los Trastornos de Ansiedad. *ANXIA. Anuario 2009*, 19-22.
- Brenlla, M. E. & Rodríguez, C. M. (2006). *Adaptación argentina del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)*. Paidós.
- Castonguay, L. G., Eubanks, C. F., Goldfried, M. R., Muran, J. C., & Lutz, W. (2015). Research on psychotherapy integration: Building on the past, looking to the future. *Psychotherapy Research*, 25, 365-382. <https://doi.org/10.1080/10503307.2015.1014010>
- Chambless, D. L., Caputo, G. C., Bright, P. & Gallagher, R. (1984). Assessment of Fear of Fear in Agoraphobics: The Body Sensations Questionnaire and the Agoraphobic Cognitions Questionnaire. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52(6), 1090-1097. <http://doi.org/10.1037/0022-006x.52.6.1090>
- Cía, A. H., Stagnaro, J. C., Gaxiola, S. A., Vommaro, H., Loera, G., Medina-Mora, M. E., Sustas, S., Benjet, C., Kessler, R. C. (2018). Lifetime prevalence and age-of-onset of mental disorders in adults from the Argentinean Study of Mental Health Epidemiology. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 53(4), 341-350. <http://doi.org/10.1007/s00127-018-1492-3>
- De la Parra, G., Von Bergen, A. & Del Río, M. (2002). Primeros hallazgos de la aplicación de un instrumento que mide resultados psicoterapéuticos en una muestra de pacientes y de población general. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 40, 201-209. <http://doi.org/10.4067/S0717-92272002000300003>
- Doran, J. M. (2016). The working alliance: Where have we been, where are we going? *Psychotherapy Research*, 26(2), 146-163. <http://doi.org/10.1080/10503307.2014.954153>
- Fernandez Álvarez, H., Hirsch, H., Maristany, M. & Torrente, F. (2005). *Adaptación del OQ45.2*. IV Congreso Mundial de Psicoterapia, Buenos Aires, Argentina.
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., & Horvath, A. O. (2018). The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy*, 55(4), 316-340. <http://doi.org/10.1037/pst0000172>
- García, J. B., Portilla, M., Fernández, M. T., Martínez, P. A., García, M. (2002). *Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica*. Ars Médica.
- Garfield, S. L. (1996). Some problems associated with validated forms of psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice* (3), 218-229. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.1996.tb00073.x>
- Gómez Penedo, J. M., Morgade, F., Alalu, N. & Roussos, A. J. (2018). El rol de los procesos interpersonales en la psicoterapia: efectos sobre el tratamiento y recursos de adaptación clínica. En H. Fernández Álvarez, M. Maristany, C. Bregman, & A. Pérez (Eds.). *Enciclopedia Argentina de Salud Mental*. Fundación AIGLE.
- Gómez Penedo, J. M., Muiños, R., Hirsch, P., & Roussos, A. (2019). La aplicación de modelos lineales jerárquicos para el estudio de la eficacia en psicoterapia. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 11, 25-37. <http://doi.org/10.32348/1852.4206.v11.n1.20412>
- Gómez Penedo, J. M., Waizmann, V., Roussos, A. J. (2015). Propiedades psicométricas de la adaptación argentina del Inventario de Alianza de Trabajo breve- versión paciente (WAI-SR-A): un análisis confirmatorio. *Investigaciones en Psicología*, 20(1), 49-62. <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/51752>
- Guy, W. (Ed.). (1976). *ECDEU Assessment for Psychopharmacology, Revised Edition*. NIMH Publication: Rockville, MD.
- Hans, E. & Miller, W. (2013). A meta-analysis of nonrandomized effectiveness studies on outpatient cognitive behavioral therapy for adult anxiety disorders. *Clinical Psychology Review*, 33(8), 954-64. <http://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.07.003>
- Harmon, S. C., Lambert, M. J., Smart, D. M., Hawkins, E., Nielsen, S. L., Slade, K., & Lutz, W. (2007). Enhancing outcome for potential treatment failures: Therapist- client feedback and clinical support tools. *Psychotherapy Research*, 17, 379-392. <http://doi.org/10.1080/10503300600702331>
- Hatcher, R. L. & Gillaspay, J. A. (2006). Development and validation of a revised short version of the workink alliance inventory. *Psychotherapy Research*, 16(1), 12-25. <http://doi.org/10.1080/10503300500352500>
- Hofmann S. F., Asnaani A., Vonk I. J. J., Sawyer A. T., and Fang A. (2012). The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses. *Cognitive Therapy Research*, 36(5), 427-440. <http://doi.org/10.1007/s10608-012-9476-1>
- Hofmann, S. G., and Smits J. (2008). Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: a meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69(4), 621-632.
- Horvarth, A. O. (2018). Research on the alliance: Knowledge in search of a theory. *Psychotherapy Research*, 28(3-4), 499-516. <http://doi.org/10.1080/10503307.2017.1373204>
- Horvath, A. O. & Luborsky, L. (1993). The Role of the Therapeutic Alliance in Psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(4), 561-573. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.61.4.561>
- Horvath, A. O. & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 139-149. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.38.2.139>
- Horvath, A. O. (2005). The therapeutic relationship: Research and theory, *Psychotherapy Research*, 15(1-2), 3-7. <http://doi.org/10.1080/10503300512331339143>
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Fluckiger, C., Symonds, D. (2011). Alliance in Individual Psychotherapy. *Psychotherapy*, 48(1), 9-16. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199737208.003.0002>
- Huppert, J. D., Kivity, Y., Barlow, D. H., Gorman, J. M., Shear, M. K., & Woods, S. W. (2014). Therapist effects and the outcome-alliance correlation in cognitive behavioral therapy for panic disorder with agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 52, 26-34. <http://doi.org/10.1016/j.brat.2013.11.001>
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas K. R., & Walters E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593-602. <http://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.593>
- Lambert, M. J. (2001). Psychotherapy outcome and quality improvement: Introduction to the special section on patient-focused research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 147-149. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.69.2.147>

- Lambert, M. J., & Shimokawa, K. (2011). Collecting client feedback. *Psychotherapy, 48*, 72–79. <http://doi.org/10.1037/a0022238>
- Lambert, M. J., Whipple, J. L., Smart, D. W., Vermeersch, D. A., Nielsen, S. L., & Hawkins, E. J. (2001). The effects of providing therapists with feedback on patient progress during psychotherapy: Are outcomes enhanced? *Psychotherapy Research, 11*, 49–68. <http://doi.org/10.1080/713663852>
- Lambert, M. J., Whipple, J. L., Vermeersch, D. A., Smart, D. W., Hawkins, E. J., Nielsen, S. L., & Goates, M. (2002). Enhancing psychotherapy outcomes via providing feedback on client progress: A replication. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 9*, 91–103. <http://doi.org/10.1002/cpp.324>
- Lambert, M., Burlingame, G., Umphress, V., Hansen, N., Vermeersch, D., Clouse, G. y Yanchar, D. (1996). The reliability and validity of the Outcome Questionnaire. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 3*, 106–116. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-0879\(199612\)3:4<249::AID-CPP106>3.0.CO;2-S](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-0879(199612)3:4<249::AID-CPP106>3.0.CO;2-S)
- Liebowitz, M. R. (1987). Social Phobia. Modern Problems of *Pharmacopsychiatry, 22*, 141–173. <http://doi.org/10.1159/000414022>
- Navarro Schieron, M. E., Solari, A. A., López Salazar, P. G., Bogiaizian, R. D. (2017). *¿Cómo Medir la ansiedad social en población argentina? Adaptación y Aplicación Local del LSAS*. 26 Congreso Internacional de Psiquiatría, Buenos Aires, Argentina.
- Raudenbush, S. W., & Bryk, A. S. (2002). *Hierarchical linear models: Applications and data analysis methods (2nd ed.)*. Sage.
- Reese, R. J., Norsworthy, L. A., & Rowlands, S. R. (2009). Does a continuous feedback system improve psychotherapy outcome? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 46*, 418–431. <http://doi.org/10.1037/a0017901>
- Roussos, A. J., Gomez Penedo J. M & Muiños R. (2018). A time-series analysis of therapeutic alliance, interventions, and client's clinical status in an evidence based single-case study: Evidence for establishing change mechanisms in psychotherapy. *Psychotherapy Research, 28*(1), 137–149, <http://doi.org/10.1080/10503307.2016.1174346>
- Safran, J. D., Muran, J. C, Eubanks- Carter C. (2011). Repairing Alliance Ruptures. *Psychotherapy, 48*(1), 80–87. <https://doi.org/10.1037/a0022140>
- Solari, A., Bogiaizian, D., Maglio A. L. (2016). Índice de Sensibilidad Ansiosa - 3: Evaluación de sus propiedades psicométricas con población de Buenos Aires. *Anuario ANXIA, 22*, 28–32. <https://repositorio.uade.edu.ar/xmlui/handle/123456789/7723>
- Solari, A., Bogiaizian, D., Maglio, A., López Salazar, P., Liceaga, R., Cía, A. (2019). *Evaluando el miedo al miedo. Adaptación del BSQ y ACQ en población de Buenos Aires*. XXIV Congreso Argentino de Psiquiatría, Mar del Plata, Buenos Aires, Argentina.
- Taylor, S., Zvolensky, M. J., Cox, B. J., Deacon, B., Heimberg, R. G., Roth Ledley, D., Abramowitz, J. S., Holaway, R. M, Sandin, B., Stewart, S. H., Coles, M., Eng, W., Daly, E. S., Arrindell, W. A., Bouvard, M., Jurado Cardenas, S. (2007). Initial Validation of the Anxiety Sensitivity Index—3. *Psychological Assessment, 19*(2), 176–188. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.19.2.176>
- Whipple, J. L., Lambert, M. J., Vermeersch, D. A., Smart, D. W., Nielsen, S. L., & Hawkins, E. J. (2003). Improving the effects of psychotherapy: The use of early identification of treatment and problem-solving strategies in routine practice. *Journal of Counseling Psychology, 50*, 59–68. <http://doi.org/10.1037/0022-0167.50.1.59>
- Zicha-Mano, S. & Errázuriz, P. (2015). One Size Does Not Fit All: Examining Heterogeneity and Identifying Moderators of the Alliance–Outcome Association. *Journal of Counseling Psychology, 62*(4), 579–91. <http://doi.org/10.1037/cou0000103>
- Zvielli, A., Bernstein, A., Berenz, E. C. (2012). Exploration of a factor mixture-based taxonomic-dimensional model of anxiety sensitivity and transdiagnostic psychopathology vulnerability among trauma-exposed adults. *Cognitive Behaviour Therapy, 4*(1), 63–78. <https://doi.org/10.1080/16506073.2011.632436>