

Universidad de Buenos Aires

Facultad de Psicología

Tesis Doctoral

**VARIABLES DEL PACIENTE Y DEL PROCESO PSICOTERAPÉUTICO VINCULADAS A PREDICTORES  
TEMPRANOS DE CAMBIO**

**Doctorando:** Lic. Juan Martín Gómez Penedo

**Director de Tesis y Consejero de Estudios:** Dr. Andrés J. Roussos

**Fecha de presentación del plan de tesis:** 22 Abril 2015

**Mes y año de entrega de la tesis:** Julio de 2017



## **Agradecimientos**

En primer lugar quiero agradecer a mi director, Andrés Roussos, por sus enseñanzas constantes, su apoyo incondicional y por buscar siempre mi crecimiento profesional, más allá del límite de mis expectativas. Sin él, todo este recorrido doctoral hubiera sido una empresa imposible.

Quiero agradecer también a Ignacio Etchebarne y Santiago Juan, por acompañarme incesantemente en este proceso y servirme siempre de guía. Ambos han sido interlocutores necesarios en el desarrollo y puesta en acto de muchas de las ideas aquí plasmadas.

A Julieta Olivera, por su apoyo durante estos años de doctorado; en el ámbito de la academia Julieta se ha convertido una referencia y una fuente de consejos permanente.

A Vanina Waizmann, por construir un camino que intenté continuar en estas páginas.

A Malena Braun, Laura Challú, Ludmila Jurkowski, Paula Balbi y Viviana Guajardo; cada una de ellas ha aportado su granito de arena en la realización de este trabajo.

A Sabrina, Damián, Antonella, Rocío, Malenka, Carolina, Paz, Joaquín, y a todos los estudiantes y pasantes que colaboraron directa o indirectamente en esta tesis doctoral y/o en todo el proceso de mi doctorado. En su fervor por la investigación, cada uno de ellos ha demostrado que el futuro llegó hace rato.

Más allá de los individuos, quiero agradecer al Equipo de Investigación en Psicología Clínica como colectivo; por ser un ámbito de formación profesional y productividad inigualable. Ojala esta tradición continúe creciendo y sea el contexto de emergencia de muchos más estudiantes apasionados por la investigación en psicoterapia.

A mis padres, por ser fuente de inspiración, modelos a seguir y una base infinita de sostén. Ellos son la prueba viva de que el amor es inmune a las contingencias.

## **Resumen**

Esta tesis doctoral analizó la relación de las problemáticas interpersonales de los pacientes y las intervenciones de los terapeutas, con dos predictores de éxito en psicoterapia: la alianza terapéutica y los cambios tempranos. Se utilizó un diseño observacional, en donde 66 díadas paciente-terapeuta de tratamientos cognitivo-integracionistas, completaron instrumentos para medir las variables de interés, cuyas relaciones fueron exploradas mediante análisis cuantitativos. Mayores problemáticas interpersonales se vincularon a peores resultados tempranos y negociación de alianza, mientras que el uso de intervenciones comunes orientadas a fortalecer la alianza, se vio asociado a menor severidad temprana y mejor negociación de la alianza. Pacientes con mayores problemáticas interpersonales, particularmente de agencia negativa, se beneficiaron de un mayor uso de intervenciones orientadas a fortalecer la alianza. Un mayor uso de intervenciones cognitivas se asoció a una peor severidad temprana, en pacientes con problemas de comunión positiva, y a una peor negociación de la alianza, en pacientes con problemáticas de agencia negativa. Se discutieron las implicancias de estos resultados para la investigación en psicoterapia y, especialmente, para la práctica clínica; se considera que los mismos aportan evidencias para la identificación de marcadores interpersonales en los pacientes, que sugieren adaptaciones técnicas a realizar en las primeras sesiones.

**Palabras clave:** PROBLEMAS INTERPERSONALES; INTERVENCIONES; NEGOCIACION DE LA ALIANZA; CAMBIO TEMPRANO; PREDICTORES TEMPRANOS DE RESULTADO.

**Normas de estilo:** La presente tesis se ha redactado bajo los parámetros establecidos por la *American Psychological Association* (APA).

## **Abstract**

This dissertation analyzed the relationship among patient's interpersonal problems, therapist interventions, and two main early predictors of therapy success: therapeutic alliance and early changes. We used an observational design where 66 patient-therapist dyads of cognitive-integrative treatments, completed instruments to measure the variables of the study. We analyze the relationship of these variables with quantitative methods. Higher interpersonal problems were related with worse early outcome and alliance negotiation, while alliance fostering interventions were related with lower patient's severity and greater alliance negotiation. Patients with higher interpersonal problems, particularly of negative agency, have greater benefits for more alliance fostering interventions. The use of cognitive interventions was related to a higher early severity in patients with positive communion problems, and with worse alliance negotiation in patients with negative agency problems. We discussed the implications of these results for psychotherapy research and practice; overall, these findings provide evidences to facilitate the identification of interpersonal markers in patients that may suggest differential technical adaptations during the early stages of therapy.

**Keywords:** INTERPERSONAL PROBLEMS; INTERVENTIONS; ALLIANCE NEGOTIATION; EARLY CHANGES; EARLY PREDICTORS OF OUTCOME

# Índice de la tesis doctoral

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Introducción</b>   | <b>1</b>  |
| Objetivos de la tesis doctoral  | 3         |
| Estructura y organización de la tesis doctoral                                      | 4         |
| <b>Capítulo 1. Problemas interpersonales</b>  | <b>7</b>  |
| Introducción  | 7         |
| El funcionamiento interpersonal y su relevancia                                     | 8         |
| Las relaciones interpersonales y su impacto en la salud mental                      | 12        |
| Teorías acerca del funcionamiento interpersonal                                     | 15        |
| La teoría pionera de Harry Sullivan   | 15        |
| El modelo circuplejo de Leary   | 17        |
| Teoría de la complementariedad en las relaciones interpersonales de Kiesler         | 19        |
| Los desarrollos de Horowitz sobre las motivaciones y problemáticas interpersonales  | 22        |
| Los problemas interpersonales y su relación con la psicoterapia                     | 27        |
| Problemas interpersonales de los pacientes y la alianza terapéutica                 | 28        |
| Problemas interpersonales de los pacientes y la alianza terapéutica temprana        | 29        |
| Problemas interpersonales de los pacientes y los resultados de los tratamientos     | 32        |
| Problemas interpersonales de los pacientes y respuestas tempranas                   | 33        |
| Síntesis del capítulo   | 35        |
| <b>Capítulo 2. El estudio de las intervenciones en psicoterapia</b>                 | <b>39</b> |
| Introducción  | 39        |
| Los desafíos de definir y estudiar a las intervenciones                             | 40        |
| Intervenciones específicas vs. intervenciones comunes                               | 42        |
| Enfoque micro vs macro analítico de las intervenciones                              | 46        |
| Dimensiones en el análisis de las intervenciones                                    | 47        |
| Sistemas de clasificación y evaluación de intervenciones                            | 48        |
| El vínculo de las intervenciones con el proceso y los resultados de la psicoterapia | 51        |
| Vínculos entre el uso de intervenciones y la mejoría de los pacientes               | 51        |
| Las intervenciones y su vinculación con la alianza terapéutica                      | 55        |
| Síntesis del capítulo   | 58        |
| <b>Capítulo 3. Las respuestas tempranas en psicoterapia</b>                         | <b>61</b> |
| Introducción  | 61        |
| Respuestas tempranas en los tratamientos  | 63        |
| El vínculo de las respuestas tempranas con los resultados de la terapia             | 67        |
| Mejorías súbitas en el tratamiento  | 70        |
| Patrones de respuestas tempranas  | 74        |

|  |            |
|--|------------|
| Variables del paciente y de la psicoterapia asociadas a las respuestas tempranas | 77         |
| Problemas interpersonales de los pacientes y respuestas tempranas                | 77         |
| Intervenciones y respuestas tempranas  | 78         |
| Síntesis del capítulo  | 78         |
| <b>Capítulo 4. La negociación de la alianza en psicoterapia</b>                  | <b>82</b>  |
| Introducción   | 82         |
| El surgimiento de la noción de alianza terapéutica                               | 83         |
| Las raíces freudianas de la noción de alianza                                    | 83         |
| Antecedentes psicoanalíticos post-freudianos                                     | 84         |
| El concepto de alianza y sus variaciones   | 85         |
| Definiciones trans-teóricas de la alianza  | 87         |
| El valor de la relación terapéutica en otros marcos teóricos                     | 87         |
| La conceptualización de la alianza de Lester Luborsky                            | 88         |
| La definición pan-teórica de la alianza de Edward Bordin                         | 89         |
| Desarrollos teóricos posteriores a la definición pan-teórica de Bordin           | 92         |
| La definición multidimensional de la alianza de Louise Gaston                    | 92         |
| El concepto de relación real de Gelso y Carter                                   | 93         |
| Visiones contemporáneas sobre la alianza   | 94         |
| La alianza como negociación  | 98         |
| Patrones de evolución de alianza terapéutica                                     | 102        |
| Rupturas en la alianza terapéutica durante las sesiones                          | 104        |
| La alianza y su relación con los resultados de la terapia                        | 105        |
| La naturaleza de la relación entre alianza y cambio                              | 109        |
| La alianza y otras variables del proceso psicoterapéutico                        | 110        |
| Problemas interpersonales de los pacientes y alianza terapéutica                 | 111        |
| Intervenciones y alianza terapéutica   | 111        |
| Síntesis del capítulo  | 111        |
| <b>Capítulo 5. Métodos</b>   | <b>113</b> |
| Características generales del diseño metodológico                                | 113        |
| Resguardos éticos de la investigación  | 114        |
| Muestra  | 114        |
| Características de la muestra  | 115        |
| Criterios de inclusión / exclusión de la muestra                                 | 117        |
| Tratamiento  | 118        |
| Materiales   | 120        |
| Procedimientos   | 125        |
| Estrategias para el Análisis de los Datos  | 126        |

|   |            |
|---|------------|
| <b>Capítulo 6. Resultados</b>   | <b>133</b> |
| Introducción  | 133        |
| Resultados descriptivos   | 133        |
| Análisis descriptivo de los problemas interpersonales de los pacientes  | 133        |
| Análisis descriptivo de las intervenciones de los terapeutas  | 135        |
| Análisis descriptivo de la medida de severidad de los pacientes   | 141        |
| Análisis descriptivo de la medida de negociación de la alianza  | 142        |
| Resultados de los análisis de asociación de variables   | 147        |
| <i>Objetivo específico 1#:</i> relación entre los problemas interpersonales de los pacientes y las respuestas tempranas   | 147        |
| Síntesis de los resultados del objetivo específico 1#   | 150        |
| <i>Objetivo específico 2#:</i> relación entre los problemas interpersonales de los pacientes y la negociación de la alianza temprana                                    | 151        |
| Síntesis de los resultados del objetivo específico 2#   | 155        |
| <i>Objetivo específico 3#:</i> relación entre las intervenciones de los terapeutas y las respuestas tempranas   | 156        |
| Síntesis de los resultados del objetivo específico 3#   | 159        |
| <i>Objetivo específico 4#:</i> relación entre las intervenciones de los terapeutas y la negociación de la alianza temprana  | 160        |
| Síntesis de los resultados del objetivo específico 4#   | 163        |
| <i>Objetivo específico 5#:</i> efecto de los problemas interpersonales sobre la relación entre las intervenciones del terapeuta y las respuestas tempranas              | 164        |
| Síntesis de los resultados del objetivo específico 5#   | 168        |
| <i>Objetivo específico 6#:</i> efecto de los problemas interpersonales sobre la relación entre las intervenciones del terapeuta y la negociación de la alianza temprana | 169        |
| Síntesis de los resultados del objetivo específico 6#   | 172        |
| <b>Capítulo 7. Discusión y conclusiones</b>   | <b>174</b> |
| Introducción  | 174        |
| Conclusiones del estudio  | 174        |
| Problemas interpersonales de los pacientes  | 174        |
| Intervenciones terapéuticas tempranas   | 176        |
| Cambio terapéutico temprano (evolución temprana de la severidad)  | 178        |
| Evolución de la negociación de la alianza   | 181        |
| Efecto de los problemas interpersonales sobre la evolución de la severidad temprana de los pacientes  | 182        |
| Efecto de los problemas interpersonales sobre la evolución de la negociación de la alianza  | 185        |
| Efecto de las intervenciones sobre la evolución de la severidad temprana de los pacientes   | 188        |
| Efecto de las intervenciones sobre la negociación de la alianza   | 191        |

|  |            |
|--|------------|
| Efecto de los problemas interpersonales sobre la asociación entre las intervenciones y lo severidad temprana de los pacientes  | 195        |
| Efecto de los problemas interpersonales sobre la asociación entre las intervenciones y la negociación de la alianza  | 198        |
| Limitaciones   | 201        |
| <b>Referencias</b>   | <b>204</b> |
| <b>Apéndices</b>   | <b>236</b> |
| <i>Apéndice I.</i> Evaluación del comité de Ética de la Investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires.  | 236        |
| <i>Apéndice II.</i> Listado de ítems de la sub-escala de intervenciones cognitivas de la Escala Comparativa del Proceso Psicoterapéutico (Hilsenroth et al., 2005) en su versión en castellano adaptada al contexto argentino (Gómez Penedo et al., 2016). | 237        |
| <i>Apéndice III.</i> Listado de ítems de la Escala de Intervenciones Comunes (Manubens et al., 2017), organizados por sus factores.  | 238        |
| <i>Apéndice IV.</i> Descripción de los modelos lineales jerárquicos  | 239        |
| <i>Apéndice V.</i> Descripción de las estrategias de transformación de datos   | 242        |
| <i>Apéndice VI.</i> Índice de abreviaciones  | 244        |

## Índice de tablas y figuras

### Tablas

|   |     |
|---|-----|
| <b>Tabla 1.</b> Características demográficas y diagnósticas de los pacientes (n = 66).  | 116 |
| <b>Tabla 2.</b> Resumen de los procedimientos de recolección de datos.  | 126 |
| <b>Tabla 3.</b> Media, desvío estándar, y contrastes de asimetría, curtosis y normalidad multivariada en los resultados de los problemas interpersonales (IIP-64) de los pacientes de la muestra, al principio de la terapia (n = 66).                      | 134 |
| <b>Tabla 4.</b> Resultados descriptivos (media y desvío estándar), niveles promedios, cambio semanal y aceleración semanal de las intervenciones cognitivas (CPPS) y comunes (EIC), en las primeras cuatro sesiones de terapia.                             | 136 |
| <b>Tabla 5.</b> Contrastos de asimetría, curtosis y normalidad multivariada en las puntuajes totales y sub-escalas de intervenciones (CPPS y EIC), severidad del paciente (OQ.45) y negociación de la alianza (ANS), en las cuatro sesiones de tratamiento. | 140 |
| <b>Tabla 6.</b> Resultados descriptivos (media y desvío estándar) de los puntuajes totales y sub-escalas de la negociación de la alianza (ANS) y los niveles de severidad del paciente (OQ.45), durante las primeras cuatro sesiones.                       | 141 |
| <b>Tabla 7.</b> Resumen de los modelos incondicionales y condicionales, analizando los efectos de los problemas interpersonales de los pacientes (IIP-64) sobre la severidad temprana del paciente (OQ.45) y su cambio semanal.                             | 148 |
| <b>Tabla 8.</b> Resumen de los modelos incondicionales y condicionales, analizando los efectos de los problemas interpersonales (IIP-64) de los pacientes sobre los niveles de negociación de la alianza (ANS).   | 152 |
| <b>Tabla 9.</b> Resumen de los modelos incondicionales y condicionales, analizando los efectos de los problemas interpersonales de los pacientes (IIP-64) sobre el cambio semanal en la negociación de la alianza (ANS).                                    | 154 |
| <b>Tabla 10.</b> Resumen de los modelos condicionales analizando el efecto de las intervenciones cognitivas (CPPS) como covariables temporales del grado de severidad temprana de los pacientes (OQ.45).  | 157 |
| <b>Tabla 11.</b> Resumen de los modelos condicionales analizando el efecto de las intervenciones comunes (EIC) como covariables temporales del grado de severidad temprana de los pacientes (OQ.45).  | 158 |
| <b>Tabla 12.</b> Resumen de los modelos condicionales analizando los efectos de las intervenciones cognitivas (CPPS) como covariables temporales de la fortaleza de la negociación de la alianza (ANS).   | 161 |
| <b>Tabla 13.</b> Resumen de los modelos condicionales analizando los efectos de las intervenciones comunes (EIC) como covariables temporales de la fortaleza de la negociación de la alianza (ANS).   | 163 |
| <b>Tabla 14.</b> Resumen de los modelos condicionales analizando el efecto de los problemas interpersonales (IIP-64) sobre la relación entre la severidad temprana de los pacientes (OQ.45) y las intervenciones cognitivas (CPPS) y comunes (EIC).         | 168 |
| <b>Tabla 15.</b> Resumen de los modelos condicionales analizando el efecto de los problemas interpersonales (IIP-64) sobre la relación entre la negociación de la alianza (ANS) y las intervenciones cognitivas (CPPS) y comunes (EIC).                     | 172 |

### Figuras

|   |    |
|---|----|
| <b>Figura 1.</b> Síntesis del modelo circunplejo de Leary.                                      | 18 |
| <b>Figura 2.</b> Sub-escalas y dimensiones del modelo circunplejo de problemas interpersonales. | 25 |
| <b>Figura 3.</b> Sub-escalas y cuadrantes del modelo circunplejo de problemas interpersonales.  | 26 |

|   |     |
|---|-----|
| <b>Figura 4.</b> Distribución de las medias de puntaje de la muestra en el modelo circunplejo de los problemas interpersonales.   | 135 |
| <b>Figura 5.</b> Trayectorias de las sub-escalas de los índices globales de intervenciones cognitivas (CPPS) e intervenciones comunes (EIC), durante las cuatro sesiones de tratamiento.  | 138 |
| <b>Figura 6.</b> Trayectorias de las intervenciones cognitivas (CPPS) en las primeras cuatro sesiones.  | 139 |
| <b>Figura 7.</b> Trayectorias de las intervenciones comunes (EIC) en las primeras cuatro sesiones.  | 139 |
| <b>Figura 8.</b> Trayectorias de evolución (empírica) de la severidad temprana de los pacientes (OQ.45 total y sub-escalas) durante las primeras cuatro sesiones de tratamiento.  | 142 |
| <b>Figura 9.</b> Trayectorias de evolución (empírica) de la negociación de la alianza (ANS total y sub-escalas) en las primeras cuatro sesiones de tratamiento.   | 145 |
| <b>Figura 10.</b> Evolución de los puntajes en la sub-escala de funcionamiento social (OQ.45) en función del distrés interpersonal de los pacientes (IIP-64; panel izquierdo) y de los puntajes en el cuadrante de Cordialidad-Dominación (panel derecho).        | 150 |
| <b>Figura 11.</b> Efectos de los problemas de comunión (nivel 2) sobre la relación entre las intervenciones cognitivas y los puntajes de OQ.45 en la sub-escala Distrés sintomático (nivel 1).  | 165 |
| <b>Figura 12.</b> Efectos de los problemas interpersonales de agencia sobre la relación entre las intervenciones comunes orientadas a la alianza y los puntajes totales de OQ.45.   | 166 |
| <b>Figura 13.</b> Efectos del distrés interpersonales general sobre la relación entre las intervenciones comunes del factor 1 y los puntajes de la sub-escala de funcionamiento social del OQ.45.   | 167 |
| <b>Figura 14.</b> Efecto de los problemas interpersonales de agencia sobre la relación entre las intervenciones cognitivas y los puntajes totales de la negociación de la alianza.  | 170 |
| <b>Figura 15.</b> Efecto de los problemas interpersonales de comunión sobre la relación entre las intervenciones comunes de recolección de información y establecimiento de encuadre y los puntajes totales de la sub-escala PFN de la negociación de la alianza. | 171 |

## **Introducción**

El presente estudio doctoral es una investigación de carácter observacional y naturaleza cuantitativa, que busca indagar la relación entre variables del paciente y el proceso terapéutico, con predictores tempranos de éxito en psicoterapia.

Debido a que en la investigación clínica se ha reportado que las respuestas tempranas y el nivel inicial de la alianza terapéutica tienen un importante valor predictivo sobre los resultados finales de la terapia (Horvath y Symonds, 1991; Renaud et al., 1998), la presente tesis doctoral se funda en la relevancia de estudiar elementos del paciente o de la terapia que podrían favorecer la aparición de estos indicadores tempranos de resultados positivos. El estado del arte y postulados teóricos de diversos marcos de referencia, sugieren que variables como los problemas interpersonales de los pacientes y las intervenciones que realizan los terapeutas en sesión, podrían ser dos elementos relacionados tanto a la alianza temprana como a los resultados tempranos. Sobre la base de esta línea argumental, en este estudio se analizaron específicamente, cómo las problemáticas interpersonales de los pacientes y las intervenciones realizadas por los terapeutas en las primeras sesiones, se relacionaban con dos de los principales predictores tempranos de mejoría en psicoterapia según la bibliografía contemporánea: la alianza terapéutica y los cambios observados en los pacientes, en los momentos iniciáticos del tratamiento. La relevancia de esta investigación, radica en que sus resultados podrían derivar en el desarrollo de recursos terapéuticos orientados a optimizar la forma de operar técnicamente sobre los pacientes que solicitan tratamiento. Si se observa que el uso de determinadas intervenciones, la presencia de problemas interpersonales específicos o la interacción entre estas dos variables, derivan en incrementos o reducciones de los resultados tempranos o variaciones de la alianza terapéutica temprana, esta evidencia podría constituir información valiosa para los profesionales que ejercen

el rol de psicoterapeutas. Es así que esta tesis apunta a la construcción de un conocimiento que permita mejorar la forma de intervenir clínicamente, en función de las características interpersonales previas de los pacientes, potenciando los efectos de las acciones clínicas sobre los resultados tempranos y sobre la alianza terapéutica temprana y, por carácter transitivo, sobre los resultados finales del abordaje. De esta forma, esta tesis busca realizar un aporte para favorecer el ajuste de los diseños de los tratamientos, adecuándolos a las singularidades interpersonales de quien consulta, en la búsqueda de mejores resultados.

A estos fines se convocó a una muestra de 66 díadas paciente-terapeuta de tratamientos en proceso de iniciación cognitivo-integracionistas. Tanto pacientes como terapeutas completaron durante las primeras cuatro sesiones de tratamiento, un conjunto de instrumentos psicométricos para explorar las distintas variables de estudio. Con este método se analizaron las problemáticas interpersonales de los pacientes al comienzo de la terapia, las intervenciones realizadas por los terapeutas, la calidad de la relación entre paciente y terapeuta y, finalmente, la evolución en la severidad de los pacientes durante las primeras cuatro sesiones. Posteriormente, se condujeron los análisis estadísticos pertinentes para la exploración de las relaciones entre dichas variables.

La realización de esta tesis doctoral se enmarca en los desarrollos del Equipo de Investigación en Psicología Clínica (EIPSI), dirigido por el Dr. Andrés J. Roussos, cuyas líneas fundamentales de investigación están orientadas al estudio empírico de los procesos y resultados en psicoterapia. El equipo de investigación, con 15 años de trayectoria en investigaciones de proceso-resultados en terapia, trabaja con sede en el Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires y en el Departamento de Investigaciones de la

Universidad de Belgrano. Los programas de investigación del equipo<sup>1,2,3</sup>, pasados y contemporáneos, han sido el ámbito formal de surgimiento y evolución de esta tesis de doctorado.

Otras tesis doctorales insertas en estos programas de investigación se han dedicado a analizar las estrategias terapéuticas (Etchebarne, 2014) e inferencias clínicas (Juan, 2014) detrás de las intervenciones en psicoterapia, la relación de la alianza terapéutica con las intervenciones (Waizmann, 2010) y la percepción cualitativa de cambio en psicoterapia desde la perspectiva de los pacientes (Olivera, 2016).

La investigación plasmada en este escrito es heredera directa de estos esfuerzos y busca sintetizar los aportes de estas líneas de investigación, incluyendo en un mismo modelo sus variables e integrando nuevos objetos de análisis, como es el caso de las tipologías de funcionamiento interpersonal patológicas de los pacientes.

### **Objetivos de la tesis doctoral**

**Objetivo general.** Estudiar la relación entre los problemas interpersonales de los pacientes, las intervenciones iniciales de los terapeutas y predictores tempranos de cambio en psicoterapia.

**Objetivo específico 1#.** Estudiar la relación entre los problemas interpersonales de los pacientes y las respuestas tempranas a tratamientos psicoterapéuticos.

---

<sup>1</sup> Subsidio UBACyT 20020120100052, programación 2013-2016: La percepción del paciente sobre el cambio en psicoterapia y su relación con el vínculo terapéutico, las intervenciones psicoterapéuticas y los resultados del tratamiento. Director: Dr. Andrés Roussos.

<sup>2</sup> Small Research Grant de la Society for Psychotherapy Research (programación 2014-2015): Análisis de la interacción entre los problemas interpersonales de los pacientes y las intervenciones de los terapeutas, y su relación con predictores de cambio en psicoterapia. Investigador a cargo: Gómez Penedo, Juan Martín. Director: Roussos, Andrés.

<sup>3</sup> Subsidio PICT 2014-1178, programación 2015-2018: La interacción de las características del paciente, las intervenciones y la alianza terapéutica y su rol como predictoras del cambio en psicoterapia. Director: Roussos, Andrés.

**Objetivo específico 2#.** Estudiar la relación entre los problemas interpersonales de los pacientes y la negociación de la alianza temprana en tratamientos psicoterapéuticos.

**Objetivo específico 3#.** Estudiar la relación entre las intervenciones iniciales de los terapeutas y las respuestas tempranas a tratamientos psicoterapéuticos.

**Objetivo específico 4#.** Estudiar la relación entre las intervenciones iniciales de los terapeutas y la negociación de la alianza temprana en tratamientos psicoterapéuticos.

**Objetivo específico 5#.** Estudiar el efecto de los problemas interpersonales de los pacientes sobre la relación entre las intervenciones iniciales de los terapeutas y las respuestas tempranas a tratamientos psicoterapéuticos.

**Objetivo específico 6#.** Estudiar el efecto de los problemas interpersonales de los pacientes sobre la relación entre las intervenciones iniciales de los terapeutas y la negociación de la alianza temprana en tratamientos psicoterapéuticos.

### **Estructura y organización de la tesis doctoral**

A continuación se presenta la estructura de los capítulos que constituyen esta tesis doctoral.

Los primeros cuatro capítulos de este trabajo conforman la base conceptual para la comprensión de los fenómenos investigados en esta tesis. En cada uno de ellos se presentarán distintas perspectivas y maneras de conceptualizar a las variables de interés y se brindará un panorama general del estado del arte, correspondiente al estudio de cada una de ellas.

En el Capítulo 1 de la tesis, se describirá el rol de las relaciones interpersonales en la vida de los seres humanos y se establecerán criterios de diferenciación entre formas adaptativas y desadaptativas de relación con otros. A su vez, en este capítulo se presentarán teorías y resultados de investigaciones empíricas que sugieren una asociación de los problemas interpersonales con

fenómenos psicopatológicos y un impacto de ellos sobre el proceso psicoterapéutico y sus resultados.

En el Capítulo 2, se discutirán diferentes formas de definir y clasificar a las intervenciones psicoterapéuticas, así como también distintas metodologías utilizadas para su operacionalización y estudio. Además, en este capítulo se reportarán los resultados de las principales investigaciones en el campo, orientadas a indagar la relación entre las intervenciones y los procesos y resultados en psicoterapia.

En el Capítulo 3 de este trabajo, se otorgará un marco conceptual para el fenómeno de las respuestas tempranas en psicoterapia. En este capítulo se mostrarán las investigaciones que han posicionado a este fenómeno como uno de los principales predictores tempranos de cambios positivo. Asimismo, se brindará en este capítulo un estado del arte sobre las investigaciones que buscaron indagar el efecto de algunas características de los pacientes o del proceso terapéutico sobre la probabilidad de aparición de estas mejorías en las primeras fases del tratamiento.

El Capítulo 4 de esta tesis doctoral se dedicará a la exploración de la variable alianza terapéutica y su relación con los resultados de los tratamientos. Se ilustrará, en este capítulo, el camino desde el surgimiento del concepto de alianza hasta la creación del concepto de negociación de la alianza, y las distintas conceptualizaciones de estos fenómenos relacionales, surgidas en el campo de la investigación y la teoría clínica. Finalmente, se resumirán algunas posiciones y hallazgos empíricos en relación al vínculo de la alianza con otras variables del proceso psicoterapéutico y resultados de los tratamientos.

En el Capítulo 5 de esta tesis doctoral, se describirán los detalles metodológicos de la investigación realizada. Se explicarán las características generales del diseño de investigación utilizado y los resguardos éticos que se contemplaron en la realización del estudio. Además, en

esta sección se reportarán las cualidades de la muestra de pacientes estudiada (junto con los criterios de inclusión/exclusión para su convocatoria) y las características de los tratamientos incluidos en esta investigación. También, en este capítulo metodológico se describirá cada uno de los instrumentos utilizados para la recolección de los datos, junto con una mención a sus propiedades psicométricas. Finalmente, en este capítulo se detallarán paso por paso los procedimientos de la investigación realizada y se explicarán las estrategias estadísticas usadas para el análisis de los datos del estudio.

En el Capítulo 6 se reportarán los resultados de la investigación empírica que sustenta a esta tesis doctoral. En ese capítulo se presentarán los análisis descriptivos de las distintas variables exploradas, así como también los análisis de interacción entre variables, que respondieron a cada uno de los objetivos específicos de esta investigación.

A continuación, en el Capítulo 7, se sistematizarán las discusiones y conclusiones del trabajo. En dicho capítulo se presentarán diferentes interpretaciones teóricas de los resultados, en base a la bibliografía previa en la materia y se resultarán las implicancias clínicas de estos hallazgos. Por otra parte, se discutirán las limitaciones de la investigación realizada y se sugerirán potenciales líneas de investigaciones futuras, para continuar con los desarrollos plasmados en este trabajo doctoral.

Por último, en los Apéndices del trabajo, se presenta información adicional sobre los resguardos éticos del estudio, los instrumentos utilizados para la recolección de datos y algunas nociones estadísticas aplicadas en esta tesis doctoral. A su vez, en los apéndices se provee de un índice de abreviaturas, para facilitar la lectura del escrito.

## Capítulo 1. Problemas interpersonales

### Introducción

Las relaciones interpersonales son un aspecto fundamental de la vida de las personas. Los humanos somos seres gregarios, que necesitamos relacionarnos con otros para poder sobrevivir y que estamos biológicamente adaptados para hacerlo (Lieberman, 2013; Wilson, 2012). Debido a su relevancia en la vida de las personas, las relaciones interpersonales también pueden tener una influencia considerable sobre la salud mental de los individuos y sus formas patológicas (Segrin, 2001). Del mismo modo, los estilos de relación interpersonal de un individuo pueden impactar sobre los tratamientos que realiza para resolver problemáticas psicológicas, especialmente los abordajes psicoterapéuticos que son dispositivos intrínsecamente interpersonales (Wampold e Imel, 2015).

En este capítulo se describirá el rol de las relaciones interpersonales en la vida de los seres humanos, presentado diferentes posiciones teóricas que conceptualizaron la forma en que se establecen dichas relaciones. Además, se detallarán los distintos criterios de diferenciación entre relaciones interpersonales adaptativas y desadaptativas, así como hipótesis de vinculación entre dificultades interpersonales y fenómenos de psicopatología. Finalmente, se presentarán los resultados de investigaciones orientadas a estudiar la influencia de las problemáticas relacionales de los pacientes sobre el proceso y los resultados de la psicoterapia.

Este capítulo brinda así un contexto necesario a los objetivos del presente estudio, dado que se explorará si los problemas interpersonales de los pacientes, al iniciar una terapia, se vinculan con la fortaleza temprana de la negociación de la alianza terapéutica y el surgimiento de cambios terapéuticos rápidos en los pacientes. De igual manera, se investigará si los problemas

interpersonales, moderan la relación de las intervenciones psicoterapéuticas con la negociación de la alianza, por un lado, y las respuestas tempranas a tratamientos, por el otro.

### **El funcionamiento interpersonal y su relevancia**

Durante la primera mitad del siglo 20, los principales desarrollos psicológicos en occidente se centraron en estudiar al individuo como su principal unidad de análisis. La importancia de las otras personas en aquellas elaboraciones teóricas siempre fue destacada, pero circunscripta a los efectos eventuales que podían producir a nivel intra-psíquico o conductual.

En los escritos de Freud, por ejemplo, el contexto interpersonal aparecía como una influencia necesaria y fundamental para el desarrollo del psiquismo, en relación a la vivencia de satisfacción, el establecimiento de la dinámica de la pulsión y la constitución del narcisismo (Freud, 1917, 1921). Para el creador del psicoanálisis, la búsqueda de placer tenía su génesis en las primeras vivencias de satisfacción, surgidas a partir de la relación nutricia entre el niño y la madre (Freud, 1917). A su vez, el padre y madre representaban para el niño las fuentes primordiales de las primeras identificaciones e investiduras libidinales, constitutivas del psiquismo, a través del Complejo de Edipo (Freud, 1921).

En otras líneas teóricas como el conductismo, las personas podían tener una influencia contingente en los procesos de aprendizaje del individuo, operando como objetos a imitar, en el condicionamiento por modelado, o como fuentes de refuerzo que alterarían las probabilidades de que se repitiera una acción determinada, en el condicionamiento operante (Skinner, 1984). Sin embargo, estos mecanismos de aprendizaje no serían exclusivos de los seres humanos, sino generalizables a diversos seres vivos. Además, la capacidad de condicionamiento de los estímulos interpersonales no era considerada distintiva en comparación con otros estímulos de distinta naturaleza.

Al mismo tiempo, en la Unión Soviética, teorías como las del psicólogo Lev Vigotsky (1930), apuntaban al estudio de los fenómenos psicológicos como fenómenos socio-culturales. Esto implicaba pensar que el entorno interpersonal y cultural, tenía un rol fundamental en la adquisición, perfeccionamiento y mantenimiento de las funciones psicológicas más sofisticadas del ser humano. Los procesos psicológicos superiores, como es el caso del lenguaje, eran para Vigotsky en principio procesos colectivos que luego eran internalizados (Vigotsky, 1930). Toda función psicológica superior empezaba siendo una función social, que acontecía entre dos o más personas, y que luego se internalizaba, pasando del mundo inter-psicológico al intra-psicológico (Vigotsky, 1930).

A mitad del siglo veinte, como una reacción frente a los modelos teóricos centrados en el individuo, empezaron a surgir y proliferar teorías psicológicas que ponían el foco en un punto intermedio entre el funcionamiento intra-psíquico y los determinantes socio-culturales del psiquismo, haciendo énfasis en el estudio de las relaciones interpersonales como principal herramienta para la exploración psicológica (Horowitz, 2004; Segrin, 2001).

El libro de Harry Sullivan, *The Interpersonal Theory of Psychiatry*, publicado en 1953, fue una de las primeras sistematizaciones de estas teorías. En dicho trabajo pionero, Sullivan (1953) postuló, justamente, que la psiquiatría debía modificar su unidad de análisis. En vez de centrarse en estudiar a los procesos individuales o culturales como los principales determinantes de los fenómenos psicológicos, la psiquiatría debía estudiar los procesos interaccionales involucrados en la salud y los desórdenes mentales.

El pionero de las teorías interpersonales, tomó uno de los principios elementales de la biología, *el principio de comunión*, para explicar el valor de las interacciones en la psicología de las personas (Sullivan, 1953). Según este principio, todos los organismos vivos necesitan realizar

intercambios con su ambiente para poder sobrevivir. En el ser humano esa relación de comunión se ve complejizada porque el entorno en el que deben interactuar, para lograr su subsistencia, está influido, aunque configurado, por los fenómenos culturales. En tanto la cultura es una creación y un producto de los seres humanos como colectivo, las personas necesitamos interactuar con otros, estableciendo relaciones interpersonales para sobrevivir y mantener un cierto estatus de vida. Sullivan (1953) consideraba altamente improbable que alguien pudiera vivir resignando interactuar con otros, sin que eso implicara una merma en su calidad y/o condiciones de vida o en su personalidad.

Fundada en la importancia atribuida a lo que pasaba en el encuentro con el otro, Sullivan construyó una teoría que conceptualiza a la personalidad como un producto de la forma en la que un individuo establecía relaciones interpersonales, considerando que los criterios de demarcación entre la patología y a la salud mental debían establecerse en función de la calidad de esos vínculos que cada uno construía (Sullivan, 1953).

A partir de los trabajos de Sullivan, se empezaron a acumular propuestas teóricas que resaltaban el valor de los procesos interpersonales en el funcionamiento psicológico. Siguiendo ese camino, Timothy Leary (1957) publicó un libro titulado *Interpersonal Diagnosis of Personality*, en donde postuló que la dimensión más importante de la personalidad de un individuo era el funcionamiento interpersonal. Al igual que Sullivan, Leary argumentó que las acciones interpersonales eran fundamentales para la supervivencia del humano; debido a la indefensión del recién nacido, que se prolonga por muchos años durante su desarrollo (pasando por la infancia y la adolescencia), hasta poder alcanzar una madurez adecuada para subsistir por sus propios medios, las personas dependían de otros para poder alimentarse, estar seguros y tener un refugio, por un periodo muy grande de sus vidas (Leary, 1957). Esto generaría que la

capacidad de ajustarse a roles sociales y de interactuar eficazmente con otros tuviera un rol elemental en la supervivencia. Desde que el humano nacía, su vida dependía de las relaciones con otros. Cuando la persona alcanzaba la adultez, la necesidad de interactuar con otros para sobrevivir no se manifestaba tan radicalmente como en la infancia, pero persistía en formas más sutiles (Leary, 1957).

Considerándolos el aspecto básico de la personalidad, con fines diagnósticos, Leary (1957) estableció criterios de diferenciación entre procesos interpersonales normales y patológicos, mediante su grado de ajuste social.

En línea con estos desarrollos Secord y Backman (1961) propusieron que la estabilidad de las conductas de los individuos, como una dimensión de la personalidad, se asociaba directamente a los procesos de interacción de los sujetos. Mientras que gran parte de la bibliografía previa se dedicaba a estudiar el locus de estabilidad conductual, asociado a factores individuales o culturales (en consonancia con las conceptualizaciones acerca de los procesos psicológicos de la época), ellos propusieron que la principal fuente de estabilidad conductual no era ninguna de estas dimensiones, sino algo que ocurría en el espacio de inter-relación que se daba entre individuos. A partir de esa idea, propusieron una *matriz interpersonal* para comprender las situaciones que favorecían una estabilidad o cambio, en las conductas de las personas. Los sujetos tendían a perpetuar sus conductas cuando existía una congruencia entre sus acciones, aspectos relacionados a su auto-concepto y características de los sujetos con los que interactuaban. Si estos tres elementos estaban en consonancia, las acciones del individuo tendían a mantenerse en el tiempo. En caso de que hubiese una disonancia entre los elementos, la necesidad de lograr una congruencia cognitiva llevaba a los sujetos a cambiar sus conductas o a discontinuar las relaciones que los llevaban a la incongruencia.

En otro aporte valioso en esta dirección, William Swann Jr. (1987) creó la teoría de la *confirmación conductual*, que afirmaba que los procesos interpersonales tenían un papel destacado en la construcción y el mantenimiento del auto-concepto y la identidad. Este proceso implicaba que la expectativa que alguien tenía respecto de sí mismo, modelaba las acciones en sus interacciones, produciendo que las otras personas respondieran de una manera que confirmase esas expectativas (es decir, con un *feedback* auto-confirmatorio). Las personas tendían, según Swann Jr. (1987), a embarcarse en esas interacciones, buscando confirmar su identidad, por más de que sus auto-conceptos fueran incluso negativos.

En cuanto a las emociones y su vínculo con las relaciones interpersonales, Averill (1980) en su teoría de la afectividad, sostuvo que las emociones en los seres humanos estaban constituidas socialmente y representaban roles sociales transitorios. Para ilustrar su hipótesis, el autor uso de ejemplo a la experiencia del enojo: cuando alguien manifestaba una emoción de enojo hacia una persona, esperaba que el destinatario tuviera una respuesta específica, ya sea un pedido de disculpas o quizás un cambio en el curso de su acción. Del mismo modo, la persona hacia la cual estaba orientado el enojo, también tenía una expectativa de cuáles debían ser las acciones posteriores de la persona enojada. De esta manera, Averill (1980) graficó cómo la expresión de una emoción, insertaba a la persona que la transmitía y a su destinatario en un rol interactivo transitorio, entre dos o más sujetos.

### **Las relaciones interpersonales y su impacto en la salud mental**

Estudios meta-analíticos y revisiones sistemáticas han demostrado el impacto de las relaciones interpersonales en la salud general de las personas.

En una revisión sistemática, Seeman (1999) observó que las relaciones sociales negativas (es decir, intrusivas, demandantes o extremadamente críticas) y la falta de soporte social, se

asociaban a una mayor prevalencia de depresión y niveles más bajos de bienestar subjetivo, así como a un mayor nivel de estrés. En contraposición, un mayor grado de integración social con una pareja, familia o amigos, se relacionaba a una menor mortalidad y mejor salud física y mental, con menores niveles de depresión.

Holt-Lunstad, Smith y Layton, en un meta-análisis publicado en 2010, estudiaron la influencia de las relaciones sociales cercanas sobre el riesgo de mortalidad de las personas. Según los resultados del estudio, contar con relaciones interpersonales cercanas aumentaba las probabilidades de supervivencia en un 50%, superando el tamaño del efecto de otras acciones preventivas como la cesación en el consumo excesivo de alcohol y tabaco, la actividad física o el alcance de un índice de masa corporal adecuado.

En los últimos años, estudios en biología y neurociencias, continuaron aportando evidencias de la contribución de las relaciones interpersonales en la vida de los seres humanos.

En su libro *The Social Conquest of Earth*, el biólogo y entomólogo Edward Wilson definió a los humanos como una especie eminentemente *Eusocial*. Esto significaba que los individuos que la componen tienden a agruparse en grupos trans-generacionales, en donde ejercen acciones altruistas al momento de distribuir las tareas orientadas a la supervivencia de los sujetos del colectivo. A diferencia de otras especies eusociales, como las hormigas o las abejas, los humanos cuentan con algunas características distintivas que producen un salto cualitativo en la forma de tejer y mantener esas redes sociales: formas sofisticadas de lenguaje, la capacidad de desarrollar una cultura acumulativa y perdurable, y un nivel de inteligencia elevado (Wilson, 2012). Además de estas características, Wilson señaló como distintivo y fundamental, el hecho de que la supervivencia de los seres humanos, a diferencia de otras especies colectivistas, surge de la combinación de éxitos tanto grupales como individuales. Para que cada individuo pudiera

lograr sus necesidades y para que todos pudieran colaborar en beneficio del conjunto, fue indispensable la adquisición de habilidades específicas que permitieran desarrollar procesos interpersonales de alta complejidad con fluidez: capacidades como la posibilidad de ser empático con otros, entender la intencionalidad detrás de las acciones ajenas, tener la habilidad de comprender las emociones de los aliados y los potenciales adversarios, leer la mente e intencionalidad de los otros, así como tener la habilidad de establecer planes de acción para operar en y desde las interacciones con otros (Wilson, 2012).

Por su parte, el biólogo Daniel Lieberman (2013) en su libro *The Story of the Human Body: Evolution, Health and Disease*, planteó que el cerebro del humano se encuentra desarrollado para comprender el mundo social y cómo nos posicionamos en él. Para el autor, la evolución nos ha transformado en seres expertos en contextos sociales, estando preparados constantemente para leer situaciones interaccionales y actuar asertivamente en ellas. El cerebro del ser humano, según Lieberman, está configurado como un cerebro social, con una fuerte motivación hacia la conexión con otros y una necesidad de ser influido y modificado por ellos (Lieberman, 2013).

Esto llevó al autor a trazar una asociación entre los procesos sociales y la salud mental, afirmando que existía un antagonismo entre un pensamiento social y un pensamiento egocéntrico, que explicaba problemáticas psicológicas y dificultades en su resolución. Cuanto más alguien se enfocaba en un problema determinado, más tendía a aislarse de otras personas, que podrían ayudarlo a prevenir o resolver la situación problemática por la que estaba atravesando (Lieberman, 2013).

En síntesis, las teorías y estudios enumerados en este apartado, presentan la valoración que se atribuye en el ámbito de la psicología a los intercambios con otros individuos. Enfocando

dicha valoración desde el campo de la psicología clínica, el presente estudio busca explorar la influencia de los problemas interpersonales de los pacientes sobre el proceso terapéutico y los cambios que éste produce.

Dentro de este contexto, entonces, se torna relevante comprender la lógica que subyace a los intercambios entre personas, qué condiciones hacen que determinadas relaciones o patrones relacionales sean problemáticos, así como la forma en la que dichos problemas pueden influir en el proceso psicoterapéutico. Estos puntos serán desarrollados a continuación.

### **Teorías acerca del funcionamiento interpersonal**

En este apartado se sintetizarán las principales teorías acerca del funcionamiento interpersonal, explicando cómo se desarrollan las relaciones entre las personas, qué características tienen y cuáles son las reglas que gobiernan esos intercambios. A su vez, se describirán las principales hipótesis de diferenciación entre procesos de interacción adaptativos y patológicos.

**La teoría pionera de Harry Sullivan.** Sullivan (1953) propuso definir a la personalidad como un “patrón relativamente estable de situaciones interpersonales recurrentes que caracterizan una vida humana” (Sullivan, 1953, p.111). Para este autor, si bien los humanos compartían con otros animales la necesidad de tener un contacto con individuos de su misma especie, a diferencia de otros seres gregarios, las personas sufrían una forma particular de tensión debido al contacto con otros individuos o a la carencia de dicho contacto. Esas tensiones interpersonales en el humano producían *ansiedad*, desencadenando una serie de *operaciones de seguridad* orientadas a limitarla. Cuando el equilibrio entre el individuo y su ambiente relacional se veía jaqueado por alguna situación interpersonal, las operaciones de seguridad apuntaban a re-

establecer dicho equilibrio, ahorrándole a la persona la experiencia de la ansiedad y salvaguardando su auto-estima.

El proceso de maduración producido durante el desarrollo evolutivo, desde la perspectiva de Sullivan (1953), constituía un entrenamiento sistemático para lidiar con las distintas situaciones interpersonales, buscando conservar la auto-estima. De esta forma, se iba creando un sistema organizado de la personalidad, que se complejizaba progresivamente, denominado sistema del self (*self-system*), que le permitía a los sujetos establecer relaciones cada vez más sofisticadas, en contextos más difíciles.

Sin embargo, en algunos casos las operaciones de seguridad que realizaban las personas para limitar la experiencia de la ansiedad, podían ser desadaptativas, interfiriendo con otros procesos importantes para el ser humano y menoscabando la forma en la que las personas interactuaban con otros. El autor ejemplificó esta posibilidad a partir de los fenómenos de atención selectiva, que mediante la exaltación de ciertos eventos percibidos y la invisibilización de otros, podían servir para reducir los efectos de la ansiedad, al tiempo que también podían interferir fuertemente en la calidad de los procesos de comunicación con otros.

Para Sullivan (1953) los trastornos mentales estaban constituidos y mantenidos por patrones inadecuados de relación de esta naturaleza, surgidos a partir de los intentos por limitar los efectos de la ansiedad. Para poder operar sobre estas problemáticas, Sullivan propuso una psiquiatría orientada a identificar y abordar esos puntos en donde las operaciones de seguridad conformaban patrones interaccionales inadecuados, con el objetivo de que las personas pudieran facilitar sus procesos de integración y colaboración en las relaciones con otros, aumentando la conciencia sobre estos procesos interaccionales y sus orígenes.

**El modelo circumplejo de Leary.** En línea con los trabajos de Sullivan, Leary (1957), otro de los padres de las teorías interpersonales, señalaba a las relaciones sociales como el núcleo más importante de la personalidad. El teórico rescató la idea de Sullivan de comprender a la personalidad como patrones estables de interrelaciones, postulando que comprender a una persona implicaba entender cuál era el entramado de acciones interpersonales que llevaba a cabo para evitar o lidiar con la ansiedad (Leary, 1957).

Sobre esta base, Leary (1957) afirmó que el origen de la ansiedad en el humano era el miedo al abandono, y por ende, a la destrucción. De allí que la ansiedad era conceptualizada como una respuesta emocional necesaria, en sus orígenes, para la supervivencia. Mediante el proceso de maduración en el niño, la ansiedad se transformaba en un miedo al rechazo o a la desaprobación de otros. Más adelante, en el desarrollo evolutivo del humano, la valoración propia cobraba tanto valor como la valoración de otros, y la ansiedad se convertía en un miedo asociado a la pérdida de la auto-estima. Todas las acciones interpersonales de los adultos, en este contexto, representaban también para Leary, intentos por limitar la ansiedad o fortalecer/conservar su auto-estima.

Para caracterizar los patrones estables de acciones relacionales, Leary (1957) presentó una clasificación de las variables sociales de la personalidad, mediante un modelo circumplejo, que luego fue ampliamente utilizado en otras teorías y elaboraciones interpersonales (Horowitz, 2004, Kiesler, 1996). En su análisis, Leary (1957) encontró 16 motivos interpersonales genéricos, que podían organizarse en dos dimensiones de caracterología interpersonal; un eje vertical caracterizado por motivos interpersonales relacionados al dominio / sumisión y un eje horizontal vinculado a motivos asociados a la hostilidad / afecto. Todos los motivos observados, podían ser localizados en esas dos dimensiones, o en combinaciones de las mismas,

desarrollando así un modelo circumplejo. Esos 16 motivos, fueron a su vez agrupados en octantes, con el fin de realizar diagnósticos de características interpersonales. Las ocho características identificadas en el modelo fueron: Dominante-Autocrático, Competitivo-Narcisista, Agresivo-Sádico, Rebelde-Desconfiado, Humilde-Masquista, Dócil-Dependiente, Cooperativo-Convencional, Responsable-Sobreadaptado (Ver Figura 1).

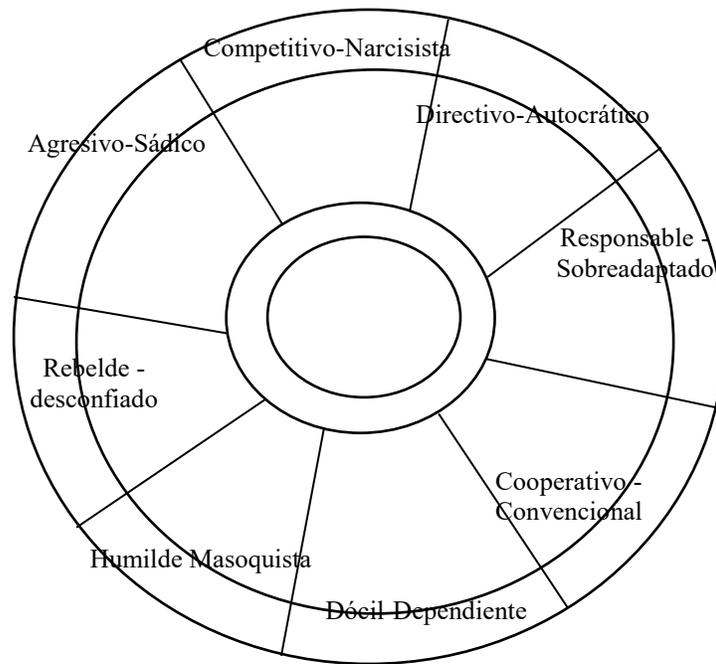


Figura 1. Síntesis del modelo circumplejo de Leary (1957, p. 138).

Al considerar a las conductas interpersonales como la principal dimensión de la personalidad, Leary (1957) sostuvo que los procesos interpersonales se encontraban en el núcleo de las patologías del carácter. De esta manera, las distintas variables interpersonales que integraban la personalidad (los octantes del modelo), se encontraban en un continuo que iba desde lo “normal” (*conductas ajustadas*) a lo patológico (*conductas desajustadas*). Leary caracterizaba a las conductas interpersonales patológicas por tener un grado de intensidad

desmesurado (versus moderado), un alto grado de rigidez en sus procedimientos (versus flexibilidad) y por ser inapropiadas a los fines a los que estaban orientadas.

Por ende, las acciones interpersonales asociadas a los rasgos del modelo circunplejo podían ser funcionales, cuando eran moderadas en su intensidad, flexibles en su ejecución y se encontraban en consonancia con el contexto interaccional en donde se desarrollaban y los objetivos que buscaban. En el caso contrario, conductas interpersonales desmesuradas, repetidas constantemente con rigidez y en situaciones no apropiadas, implicaban acciones no ajustada; en otras palabras, patológicas.

### **Teoría de la complementariedad en las relaciones interpersonales de Kiesler.**

Sintetizando los trabajos contemporáneos en teorías interpersonales, en el año 1996 Donald Kiesler publicó su libro *Contemporary interpersonal theory and research: Personality, psychopathology, and psychotherapy*, en donde buscó describir los desarrollos históricos en la teoría interpersonal y brindar una conceptualización actualizada de este paradigma a la luz de la investigación empírica (Kiesler, 1996).

En ese libro, Kiesler señaló que a las conductas interpersonales se las podía caracterizar como acciones que un individuo realizaba estando en presencia de otro. Sin embargo, el autor reafirmó la idea clásica de que la unidad de análisis de las teorías interpersonales no debía ser el sujeto actuando en una relación, sino el proceso mismo de interacción entre individuos. Desde esta perspectiva, las acciones interpersonales estaban conformadas por patrones repetitivos de inter-relaciones entre dos sujetos, incluyendo acciones observables y no-observables en la relación (Kiesler, 1996).

Siguiendo la propuesta de Leary, Kiesler planteó que las acciones interpersonales surgían de la mezcla de dos motivaciones básicas, la búsqueda de control (en términos de poder y

dominación) y la búsqueda de afiliación (en términos de amor o amistad; Kiesler, 1996). Las conductas de las personas solo podían ser entendidas en base a sus implicaciones interpersonales, como algo que simultáneamente *inflúa y era influido por* las acciones de sus interlocutores.

Kiesler sostuvo que toda acción interpersonal realizada por alguien, invitaba a una reacción determinada por parte de su interlocutor. A este fenómeno lo denominó impacto de los mensajes (*impact messages*; Kiesler y Schmidt, 2006). En base a esta noción y utilizando las dimensiones de control y afiliación, el autor creó *el principio de complementariedad* de las relaciones interpersonales, para explicar el tipo de reacción que una conducta interpersonal despertaba en los otros. Dicho principio de complementariedad sugería que las acciones de dos interlocutores tendían a ser recíprocas en la dimensión de control y equivalentes en la de afiliación. Por ejemplo, un sujeto que actuaba con un comportamiento amistoso y sumiso en su relación con otro, evocaba una respuesta complementaria de su interlocutor, caracterizada por una reacción también amistosa, pero dominante.

En consonancia con los desarrollos ya citados de Secord y Backman (1961) y de Swann Jr. (1987), la búsqueda de una complementariedad en las relaciones interpersonales se fundaba en el hecho de que las personas buscaban interacciones consistentes con sus acciones, que confirmaran sus patrones interaccionales, para aumentar la sensación de estabilidad y seguridad y limitar las fuentes de ansiedad (Kiesler, 1996).

Si bien una acción interaccional tendía a atraer una respuesta complementaria, las personas podían instalarse en ciclos de interacción no complementarios, clasificados en dos tipos: respuestas *acomplementarias* y *anticomplementarias*. En las respuestas *acomplementarias* se daba una reciprocidad en la dimensión de control o una equivalencia en la de afiliación, pero no ambas, existiendo complementariedad en una sola de las dimensiones. Las respuestas

anticomplementarias representaban el extremo de la no complementariedad, ya que comprendían interacciones en donde había una ausencia tanto de reciprocidad en el control como de equivalencia en la afiliación.

Para Kiesler (1996) el grado de complementariedad en las relaciones, definía la fortaleza y estabilidad de las mismas. Las relaciones predominantemente complementarias eran estables y tendían a subsistir. Las anticomplementarias, por el contrario, tenían un alto grado de inestabilidad y un riesgo factible de que la relación entre los interlocutores se interrumpiera. Finalmente, el caso de las relaciones acomplementarias implicaba una situación intermedia, en donde se manifestaba cierta inestabilidad que podía empujar a dos caminos: el cambio hacia el establecimiento de una relación finalmente complementaria o el establecimiento de una relación anticomplementaria.

En este marco conceptual para Kiesler (1996) los estilos interpersonales desadaptativos se caracterizaban por ser extremos y rígidos, generando en los interlocutores respuestas indeseadas y no predecibles para el sujeto. En los procesos adaptativos de interacción los sujetos variaban en sus posicionamientos en las dimensiones de afiliación y control, en busca de establecer una relación de complementariedad con sus interlocutores. En cambio, cuando un individuo tenía un estilo interpersonal problemático, debido a su rigidez, tendía a mantener una misma posición correspondiente a su estilo interpersonal predominante, utilizándola para todas sus relaciones indiscriminadamente, sin la posibilidad de adaptarse, a lo que cada situación relacional requería (Kiesler, 1996). Esto reducía la probabilidad de alcanzar una complementariedad en sus relaciones, perjudicando fuertemente su red de soporte social. Las personas con patrones interaccionales estereotipados solo podían tener relaciones complementarias y llevaderas con aquellos individuos que presentaban una tendencia similar en

cuanto a su rigidez, pero con un estilo problemático exactamente complementario *a priori* al de esos sujetos (Kiesler, 1996).

### **Los desarrollos de Horowitz sobre las motivaciones y problemáticas interpersonales.**

Otro de los exponentes contemporáneos de las teorías acerca del funcionamiento interpersonal es Leonard Horowitz, quien en su libro *Interpersonal Foundations of Psychopathology* (Horowitz, 2004), presentó un modelo conceptual de las relaciones interpersonales, especialmente orientado a la psicopatología y a su nexos con los problemas en las relaciones sociales.

En dicho trabajo, Horowitz (2004) postuló que todas las acciones interpersonales tenían una intencionalidad, que podía ser o no consciente, y tener grados de importancia variable. Esa motivación apuntaba a generar una determinada respuesta en aquellas personas con las que el sujeto interactuaba. La concreción de aquellos objetivos interpersonales generaba bienestar en las personas, mientras que su frustración generaba afectividad negativa, como es el caso de los sentimientos de tristeza o enojo.

Recuperando trabajos de David Bakan, Horowitz diferenció dos categorías que se encontraban, según el autor, en lo más alto de la jerarquía de las motivaciones interpersonales: los motivos de agencia y de comunión (citado en Horowitz, 2004). Los primeros, asociados al poder (y a la dimensión de control, en palabras de Leary), describían la necesidad de la persona de diferenciarse de otros y mostrar dominio en actividades valiosas, centrándose en el desempeño individual. Los motivos de comunión (vinculados a la dimensión de afiliación descrita por Leary), en cambio, hacían referencia a las necesidades de conexión y establecimiento de relaciones de intimidad con otros, así como a la búsqueda de formar parte de unidades sociales que trascendieran al individuo (Horowitz, 2004). Estos motivos de un alto grado de abstracción, se concretizaban en objetivos específicos en las interacciones cotidianas.

Por ejemplo, una motivación de agencia, podía manifestarse en los objetivos más concretos de ser un estudiante o un trabajador exitoso.

Según Horowitz (2004), gran parte de las acciones humanas tenía como origen una combinación de motivaciones tanto de agencia como de comunión. Del mismo modo, una acción interpersonal específica podía ser realizada por dos individuos que tuviesen motivaciones interpersonales completamente diferentes. Por ejemplo, un acto filantrópico como la donación de una suma cuantiosa de dinero a una organización sin fines de lucro, podía ser realizado en un caso porque configuraba un acto altruista de solidaridad (motivación comunal), mientras que en otro podía representar una búsqueda de reafirmarse frente a otros como una persona exitosa que tiene mucho dinero (motivación de agencia).

De estos desarrollos surgió uno de los principales aportes conceptuales y empíricos, para entender a los fenómenos interpersonales en sus formas patológicas, a partir de la noción de *problemas interpersonales* creada por Horowitz (1979). Estos problemas fueron definidos como dificultades que tenían los sujetos para satisfacer sus motivaciones en las relaciones con otros, manifestándose de dos maneras: (i) a partir de conductas relaciones que a alguien le costaba mucho hacer o (ii) mediante acciones interpersonales que una persona realizaba con demasiada frecuencia o intensidad. En estos términos, los problemas interpersonales para Horowitz (2004) implicaban una distancia entre lo que la persona deseaba o necesitaba, a nivel relacional, y lo que efectivamente conseguía al interactuar con otros. Hacia el año 1988, Horowitz, Rosenberg, Baer, Ureño y Villaseñor, desarrollaron un instrumento específico para estudiar los problemas interpersonales que manifiestan las personas, que ha sido ampliamente utilizado en la investigación clínica, y que forma parte de la batería de técnicas utilizadas en esta tesis doctoral.

Si bien Horowitz había creado la noción de problemas interpersonales en 1979 y el instrumento para operacionalizar el constructo en 1988, recién en su libro del año 2004, citado previamente, desarrolló una sistematización de estas dificultades en relación a los problemas psicopatológicos que movilizaban a un paciente a hacer una consulta psicoterapéutica. La hipótesis primaria de la propuesta de Horowitz, era que detrás de los principales cuadros psicopatológicos que llegaban a consulta se encontraban motivos interpersonales frustrados que generaban malestar o estrategias fallidas para satisfacer dichas motivaciones. Horowitz (2004) postuló que tanto en trastornos de la emoción, como en trastornos de personalidad, la conformación del malestar estaba influido, sino explicado completamente, por problemas interpersonales. En los trastornos de personalidad, la manifestación de los motivos interpersonales frustrados solía ser más saliente y sencilla de identificar, mientras que en los trastornos de ansiedad o depresivos, la conexión entre dificultades interpersonales y el padecimiento, requería una exploración más profunda.

Para describir las distintas fuentes de malestar interpersonal, siguiendo el trabajo pionero de Leary, Horowitz creó un modelo circunplejo de problemáticas en las relaciones con otros. En este modelo existían ocho sub-tipos de problemas interpersonales: Dominador; Competitivo; Frio; Inhibido Socialmente; No Asertivo; Explotable; Auto-sacrificado; e Intrusivo (para una representación gráfica del modelo ver Figura 2). En el modelo de Horowitz los ocho problemas interpersonales se distribuían en dos ejes, producto de las dimensiones de Agencia (eje vertical) y Comunión (eje horizontal). La dimensión de Comunión en su polo positivo describía acciones que apuntaban a construir una conexión con otros, mientras que en su polo negativo, describía actitudes de indiferencia u hostilidad. La dimensión de Agencia, en su extremo positivo describía acciones orientadas al dominio, mientras que en su extremo negativo representaba tendencias

hacia la sumisión. La distribución de los ocho problemas interpersonales a partir de estas dos dimensiones creaban cuatro cuadrantes de problemáticas interpersonales: Hostilidad-Dominación, Hostilidad-Sumisión, Cordialidad-Dominación y Cordialidad-Sumisión (Ver Figura 3).



*Figura 2.* Sub-escalas y dimensiones del modelo circunplejo de problemas interpersonales (Horowitz, Alden, Wiggins y Pincus, 2000).

Para realizar un abordaje psicoterapéutico consistente con esta teoría, Horowitz (2004) propuso crear una formulación de caso interpersonal que le otorgase al terapeuta hipótesis acerca de los problemas que tenía el paciente, en relación a motivos interpersonales insatisfechos, y que pudieran ser uno de sus motivos de consulta o fenómenos que explicasen o mantuviesen otras problemáticas que llevaban al paciente a terapia.



*Figura 3.* Sub-escalas y cuadrantes del modelo circumplejo de problemas interpersonales (Horowitz et al., 2000).

La investigación en la que se sustenta esta tesis doctoral, analiza el impacto de estas características interpersonales de los pacientes sobre sus terapias, focalizándose en el constructo de problemas interpersonales creado por Horowitz. Con el fin de contextualizar los objetivos de investigación de esta tesis asociados a este concepto, a continuación se presentarán algunas de las principales investigaciones en la materia que estudiaron la influencia de los problemas interpersonales de los pacientes sobre los tratamientos psicoterapéuticos.

A modo de síntesis, en este apartado se han presentado algunas de las principales teorías y estudios acerca del funcionamiento interpersonal adaptativo y desadaptativo. El recorrido muestra una evolución que inicia en las teorías clásicas de Sullivan (1953) y Leary (1957), que posicionaban al funcionamiento interpersonal como la principal variable para explicar la personalidad y el padecimiento en los seres humanos. Luego, desarrollos más modernos como los de Kiesler (1996) y Horowitz (1979, 2004), se dedicaron a una sistematización detallada de

cuáles serían las fuentes de conflicto específicos a un nivel interaccional, así como los criterios de diferenciación entre fenómenos interpersonales normales y patológicos. La presentación de estos desarrollos teóricos brindaron un panorama conceptual para entender a las problemáticas interpersonales y su vinculación con los fenómenos psicopatológicos. Dado que la presente tesis doctoral explora cómo los patrones interpersonales patológicos de los pacientes (mediante el concepto de *problemas interpersonales*, desarrollado por Horowitz) afectan a la terapia, en el apartado siguiente se presentará un estado del arte sintetizando las investigaciones que exploraron el efecto de los problemas interpersonales de los pacientes sobre los procesos y resultados psicoterapéuticos.

### **Los problemas interpersonales y su relación con la psicoterapia**

A partir del valor creciente atribuido a las relaciones interpersonales en la salud mental, y el surgimiento de la noción de problemas interpersonales – junto con instrumentos específicos para su estudio – gran parte de la investigación empírica en psicología clínica, en los últimos años, se ha dedicado a analizar el impacto del funcionamiento interpersonal patológico de los pacientes sobre el proceso psicoterapéutico.

Considerando que la psicoterapia es un dispositivo de tratamiento relacional, es esperable que el bagaje interpersonal de los pacientes y las problemáticas que pudieran presentar en sus relaciones, influyan en la forma en la que se desenvuelve el tratamiento y en los beneficios del mismo (Segrin, 2001; Wampold e Imel, 2015).

De esta manera, es posible que las inhibiciones o exacerbaciones en los estilos interpersonales de los pacientes, se conviertan en un desafío al dispositivo terapéutico o, en algunos casos, en facilitadores del mismo.

A continuación se presentarán los resultados de investigaciones empíricas que exploraron el vínculo entre los problemas interpersonales de los pacientes con dos variables asociadas a los objetivos de esta tesis: i) la relación entre paciente y terapeuta; y ii) los cambios terapéuticos producidos en el tratamiento.

**Problemas interpersonales de los pacientes y la alianza terapéutica.** Debido al carácter interpersonal de la psicoterapia, uno de los derivados lógicos del mayor protagonismo que fueron tomando las características interpersonales en la salud mental, fueron los estudios que se dedicaron a evaluar cómo esas características en los pacientes, podían impactar en la relación entre el paciente y el terapeuta (Puschner, Bauer, Horowitz y Kordy, 2005). Es así que un conjunto de investigaciones se focalizaron en estudiar la relación entre los problemas interpersonales de los pacientes y la alianza terapéutica, un predictor robusto de resultados en psicoterapia, basado en la relación entre el paciente y terapeuta (Horvath, Del Re, Flückiger y Symonds, 2011; Ver Capítulo 4 para una descripción exhaustiva de este constructo).

En esta línea de investigación, Constantino y Smith-Hansen (2008) observaron en una muestra de pacientes diagnosticados con bulimia nerviosa y tratados con terapia cognitivo-conductual (TCC) o terapia interpersonal, que el nivel de malestar general asociado a los problemas interpersonales de los pacientes, al principio de la terapia, se asociaba inversamente con los niveles de la alianza terapéutica en la mitad del tratamiento. No obstante, problemas interpersonales de la dimensión de Comunion (correspondiente a las sub-escalas Explotable, Auto-sacrificado e Intrusivo) se asociaron a mayores niveles de alianza en la mitad del tratamiento.

Otra de las investigaciones en la temática, realizada por Renner y colaboradores (2012) en una muestra de tratamientos cognitivos para la depresión, presentó evidencias de una

asociación entre los problemas interpersonales de los pacientes y la alianza durante el abordaje terapéutico. Pacientes con mayores problemas interpersonales en general y, específicamente, en la dimensión de Agencia, tuvieron puntajes de alianza menores en la mitad del tratamiento. Sin embargo, pacientes con mayores problemas interpersonales de Comunión, manifestaron una alianza terapéutica más sólida cuando promediaba el abordaje.

En una muestra constituida por pacientes con trastorno del espectro esquizofrénico, Johansen, Melle, Iversen y Hestad (2013) reportaron que problemas del cuadrante de Hostilidad-Sumisión al inicio de la terapia se vinculaban con peores niveles de alianza terapéutica.

Asimismo, Dinger, Zilcha-Mano, Mccarthy, Barrett y Barber (2013), en un estudio controlado sobre terapias de apoyo expresivas para el tratamiento de la depresión, observaron que los problemas interpersonales de Comunión se asociaban a mayores niveles de alianza terapéutica durante todo el tratamiento.

**Problemas interpersonales de los pacientes y la alianza terapéutica temprana.** Como se describe en detalle en el Capítulo 4, debido a que algunos meta-análisis sugirieron que el nivel de alianza terapéutica en las primeras sesiones era un mejor predictor de resultados, comparado con sus mediciones en otros momentos del tratamiento (Horvath y Symonds, 1991), muchas investigaciones analizaron la relación específica entre los problemas interpersonales y la fortaleza de la alianza en los momentos iniciáticos de la terapia.

En uno de estos desarrollos, realizado en una muestra de pacientes con trastornos de ansiedad y del estado de ánimo, abordados con terapias cognitivas, Muran, Segal, Samstag y Crawford (1994) encontraron que los problemas interpersonales pertenecientes al cuadrante de Hostilidad-Dominación (específicamente problemas de Dominador y Competitivo) se asociaban a peores niveles de alianza temprana, mientras que los problemas del cuadrante de Cordialidad-

Sumisión (No asertivo, Explotable y Auto-sacrificado) se relacionaban con una alianza temprana más fuerte.

En tratamientos experienciales para pacientes con situaciones interpersonales no resueltas con otros significativos, Paivio y Bahr (1998) observaron una asociación inversa entre el malestar interpersonal general y el vínculo emocional entre paciente y terapeuta (uno de los principales componentes de la alianza terapéutica) en la tercera sesión. Específicamente, los autores reportaron que todos los problemas del cuadrante de Hostilidad-Sumisión (Frio, Inhibido socialmente y No asertivo) se asociaron en forma inversa con los niveles tempranos de este componente de la alianza.

Saunders (2001), por su parte, observó en tratamientos psicodinámicos para diversas patologías, una correlación inversa entre problemas interpersonales de hostilidad (Comunión negativa) y la calidad del vínculo emocional en la tercera sesión.

Connolly Gibbons y colaboradores (2003) encontraron también una relación inversa entre los problemas interpersonales de los cuadrantes Hostilidad-Dominación (Dominador, Competitivo y Frio) y Hostilidad-Sumisión (Frio e Inhibido Socialmente) y la fortaleza de la alianza terapéutica después de la segunda sesión, en tratamientos de apoyo-expresivos y terapias cognitivas para una variedad de trastornos psicopatológicos. A su vez, en este estudio, mayor malestar interpersonal general se asoció a peores niveles de alianza temprana.

Puschner y colaboradores (2005) reportan una asociación entre la hostilidad (es decir, baja Comunión) y peores puntajes iniciales de alianza terapéutica, en una muestra de tratamientos psicoterapéuticos privados realizados en Alemania. Por el contrario, problemas asociados a altos puntajes de Comunión se relacionaron con mejores niveles de alianza terapéutica.

Finalmente, Constantino y colaboradores (2008, 2010) encontraron en tratamientos interpersonales y cognitivos para pacientes con bulimia nerviosa y depresión una asociación positiva entre los problemas interpersonales de Comunión y la fortaleza de la alianza temprana.

En conclusión, los resultados de las investigaciones empíricas muestran que los problemas interpersonales de los pacientes impactan sobre la alianza terapéutica tanto en los inicios del tratamiento como en momentos posteriores. La mayoría de los estudios han mostrado que una alianza terapéutica más débil se asociaba con mayores niveles de malestar interpersonal general y mayores problemas de Comunión negativa (Hostilidad-Sumisión y Hostilidad-Dominación). Problemas de Comunión positiva, en cambio, se asociaron a una mayor fortaleza en la alianza terapéutica. Los resultados respecto de la dimensión de Agencia fueron menos consistentes en la bibliografía, mostrando en algunos casos mejores niveles de alianza frente a pacientes más sumisos y en otros casos frente a pacientes más dominantes.

Esta asociación entre problemas de Comunión, vinculados a una necesidad desadaptativa de establecer una conexión con otros y la fortaleza de la alianza, ha llevado a algunos autores a preguntarse si el constructo de alianza terapéutica no estaría ocultando en algunos casos un fenómeno de obediencia o conformidad de los pacientes que sería negativo para el tratamiento (Muran et al., 1994). Esto explicaría la asociación entre problemáticas interpersonales como el hecho de ser explotable o auto-sacrificado y mejores niveles de alianza.

Si bien en los últimos años se han propuesto nuevas definiciones de la alianza terapéutica, buscando separar al constructo de los eventuales fenómenos de obediencia o conformidad, como es el caso del concepto de la negociación de la alianza (Safran y Muran, 2000), que será descrito en detalle el Capítulo 4, no se han encontrado investigaciones previas

que indagaran la asociación entre los problemas interpersonales de los pacientes y estas nuevas conceptualizaciones de la relación entre paciente y terapeuta.

La presente tesis doctoral intentará hacer un primer aporte en este sentido, analizando de qué manera los problemas interpersonales de los pacientes afectan a los niveles de negociación de la alianza temprana.

**Problemas interpersonales de los pacientes y los resultados de los tratamientos.** El interés por estudiar el impacto de los problemas interpersonales de los pacientes en el proceso psicoterapéutico, también se generalizó hacia el análisis de su influencia sobre los resultados del tratamiento.

En uno de los primeros estudios con esta intención, Schauenburg, Kuda, Sammet y Strack (2000) reportaron que problemas interpersonales de ser auto-sacrificado (es decir, problemas de Comunión positiva), al principio de la terapia, predecían mejores resultados.

En cambio, en un tratamiento de orientación psicodinámica, Dinger, Strack, Leichsenring y Henning (2007) observaron que la dimensión de Agencia tenía capacidad predictiva de los resultados, mientras que la dimensión de Comunión no estaba relacionada a los efectos de la terapia. Los pacientes con un mayor grado de problemas interpersonales por ser en exceso dominantes tendieron a beneficiarse más en estos tratamientos.

Luyten, Lowyck y Vermote (2010), estudiando otro tratamiento psicodinámico para pacientes con trastornos de personalidad, encontraron que problemas de Hostilidad-Sumisión (Inhibido Socialmente y No Asertivo) y Cordialidad-Sumisión (Auto-sacrificado y No Asertivo) predecían mejores resultados a largo plazo. Sin embargo, al hacer correcciones en el  $\alpha$  utilizado, debido a las múltiples pruebas de hipótesis, las asociaciones dejaron de ser estadísticamente significativas, lo que llama a interpretar estos resultados con cautela.

Hardy, Tracey, Glidden-Tracey, Hess y Rohlfsing (2011), por su parte, no encontraron ninguna relación entre los problemas interpersonales de los pacientes y los resultados del tratamiento, en una muestra de pacientes con diversidad psicopatológica.

Renner y colaboradores (2012), por el contrario, encontraron una asociación directa entre los niveles generales de malestar interpersonal al comienzo de la terapia y los niveles sintomáticos a lo largo del tratamiento.

Asimismo, en el trabajo ya citado de Dinger y colaboradores (2013), los investigadores encontraron que si bien los problemas interpersonales de Comunción se vincularon a mejores niveles de alianza, problemas de esta naturaleza se asociaron a una mejoría más lenta en los pacientes. De igual manera, problemas de Agencia negativa se relacionaron en este estudio a una tasa de mejoría más menguada.

En un trabajo de Quilty, Mainland, McBride y Bagby (2013), en pacientes con trastorno depresivo mayor tratados con TCC o terapia interpersonal, problemas interpersonales de dominación (Agencia positiva) predijeron peores resultados al finalizar la terapia. La misma asociación fue encontrada por Wiltink y colaboradores (2016) al estudiar tratamientos psicodinámicos para pacientes diagnosticados con fobia social.

Finalmente, Dammann y colaboradores (2016), en pacientes con trastornos de personalidad borderline, observaron que el malestar interpersonal general se asoció a mayores niveles de severidad al finalizar un tratamiento focalizado en la transferencia.

**Problemas interpersonales de los pacientes y respuestas tempranas.** Como sucedió con la alianza terapéutica, debido a una evidencia acumulativa de que las respuestas tempranas a los tratamientos tenían un valor predictivo relevante respecto de los resultados finales (Lutz et

al., 2014; Rubel et al., 2015), un conjunto de estudios se propusieron indagar la relación entre problemas interpersonales y cambios producidos en las primeras sesiones de psicoterapia.

En uno de los primeros estudios en la materia, Connolly y colaboradores (1999) observaron que el funcionamiento interpersonal de los pacientes moderaba la relación entre la utilización de interpretaciones transferenciales y las mejorías tempranas de los pacientes. En los pacientes que tenían un funcionamiento interpersonal más pobre, un mayor uso de interpretaciones transferenciales se asociaba a peores cambios tempranos.

Beretta y colaboradores (2005) reportaron que pacientes trastornos de ansiedad o personalidad, tratados con una intervención psicodinámica breve, tenían mejores resultados tempranos cuando manifestaban niveles más altos de problemáticas interpersonales en la dimensión de Comunión y más bajos en la dimensión de Agencia, perteneciendo al cuadrante Cordialidad-Sumisión. En ese mismo estudio, problemas del cuadrante Hostilidad-Sumisión se asociaron a peores resultados tempranos. En contraposición, Comminos y Grenyer (2007) observaron que pacientes deprimidos tratados con una terapia de apoyo-expresiva psicodinámica, que respondían rápidamente a la terapia, se caracterizaban por mayores problemáticas en el eje positivo de la dimensión de Agencia, siendo más controladores y dominantes.

En un análisis sobre patrones tempranos de progreso, Rubel, Lutz y Schulte (2013) exploraron una serie de características previas de los pacientes vinculadas a las trayectorias de mejoría en las primeras sesiones. Los autores observaron que los pacientes que tuvieron un alto grado de progreso en la primera sesión seguido de una mejoría sustancial en las cinco sesiones siguientes, contaban con menores dificultades interpersonales al inicio de la terapia que aquellos que lograron un progreso inicial escueto y una mejoría leve en las primeras sesiones.

Como se puede observar en el recorrido realizado por la literatura, las investigaciones dedicadas a estudiar el vínculo entre problemas interpersonales y resultados tuvieron hallazgos más inconsistentes que en el caso de la alianza terapéutica. En algunos casos, problemáticas de Agencia positiva (pacientes dominantes) se asociaron con mejores resultados. En otros, sujetos con problemas de Comunción positiva (pacientes cordiales) y Agencia negativa (sumisos) fueron los que obtuvieron mejores beneficios de la terapia. Adicionalmente, las investigaciones específicas indagando el impacto de los problemas interpersonales sobre los cambios tempranos fueron mucho más escasas, teniendo también resultados divergentes.

En este contexto, el estudio que se ha realizado para esta tesis doctoral está orientado a acumular mayor evidencias para entender los efectos de los problemas interpersonales de los pacientes sobre los cambios tempranos en psicoterapia.

### **Síntesis del capítulo**

Las teorías interpersonales plantearon una modificación del eje de análisis de las terapias psicológicas, proponiendo pasar del estudio individual del psiquismo hacia una psicología fundada en el estudio de las interacciones humanas.

Progresivamente, se fueron acumulando evidencias y teorizaciones que presentaban al funcionamiento interpersonal de los pacientes como un factor primordial para la personalidad, estabilidad, identidad e incluso supervivencia de los individuos. Las relaciones interpersonales mostraron ser un factor promotor de la salud no solo mental sino también física en los seres humanos.

Al momento de conceptualizar las reglas subyacentes a las relaciones sociales, los primeros modelos interpersonales como los de Sullivan (1953) o Leary (1957), consideraban a la ansiedad y la auto-estima como sus motores principales. Las distintas acciones interpersonales

eran comportamientos, dirigidos a lidiar con la ansiedad y conservar la auto-estima, que podían organizarse en base a dos ejes conceptuales, según buscaban establecer un dominio sobre el otro / someterse al dominio de otro o representaban expresiones de afecto / hostilidad. Modelos interpersonales contemporáneos focalizaron su entendimiento acerca de la dinámica de las relaciones, mediante modelos de complementariedad entre los interactuantes, en estas mismas dimensiones, o mediante motivaciones individuales de esa naturaleza, ya sea de dominio/sumisión o de conexión/desconexión con otros.

Debido a la importancia creciente atribuida a los fenómenos relacionales, las teorías interpersonales trazaron asociaciones entre la calidad/cualidad de los vínculos y las problemáticas psicopatológicas. Dificultades en las relaciones podían configurar, causar o mantener trastornos psicopatológicos que llevaran a las personas a realizar una consulta psicoterapéutica.

Para la delimitación de esas conductas interpersonales desadaptativas, se crearon criterios de demarcación entre acciones interpersonales ajustadas/desajustadas. Las conductas interpersonales desajustadas fueron caracterizadas habitualmente como rígidas, desmesuradas en su intensidad e inapropiadas en relación al contexto interaccional en el que se desarrollaban. Teorizaciones posteriores postularon que las problemáticas interpersonales se caracterizaban por la frustración sistemática de motivaciones relacionales.

Siendo la psicoterapia un dispositivo interpersonal, la investigación empírica en psicología clínica buscó identificar de qué manera las problemáticas interpersonales podían afectar al proceso de la terapia y sus beneficios. Los resultados de los estudios en el área mostraron, no solo que algunas problemáticas podían afectar negativamente al vínculo entre el paciente y terapeuta (principalmente caracterizadas por la hostilidad y el dominio), sino también

que algunas dificultades interpersonales podían mejorar la relación (problemas de extremada cordialidad y sumisión), medida bajo el constructo clásico de la alianza terapéutica. Estas observaciones que se dieron tanto en la alianza temprana como a lo largo de todo el tratamiento, despertaron dudas en algunos autores respecto de si la alianza terapéutica, tal y como estaba definida clásicamente, no escondía fenómenos negativos de obediencia en la relación, que explicasen el vínculo con problemas de cordialidad y sumisión en los pacientes. Si bien han surgido nuevas conceptualizaciones y operacionalizaciones para estudiar el fenómeno de la alianza, que intentaron saldar esta inquietud (como es el caso de la negociación de la alianza), al momento no se han encontrado investigaciones que analizaran cómo estos constructos alternativos se vinculaban con los problemas interpersonales de los pacientes.

En cuanto a la influencia de las problemáticas interpersonales en los resultados de las terapias, muchas investigaciones en pacientes diagnosticados con distintos trastornos y abordados mediante diferentes propuestas de tratamiento, encontraron una relación entre las variables. Sin embargo, a diferencia del caso de la alianza terapéutica, las conclusiones a las que llegaron los distintos estudios fueron muy heterogéneas. Por otra parte, han sido muy escasas las investigaciones centradas en indagar la relación específica entre las dificultades en las relaciones sociales y las respuestas tempranas a los tratamientos, obteniendo resultados, a su vez, poco consistentes.

Como ya se adelantó a lo largo de todo el capítulo, la presente tesis doctoral busca aportar evidencias en relación a estas áreas de vacancias de conocimiento, respecto de la asociación entre los problemas interpersonales que manifiestan los pacientes, y el proceso y resultados de sus terapias. En este sentido, en la tesis doctoral presentada en este escrito, se

analizará la relación de los problemas interpersonales con la negociación temprana de la alianza terapéutica y las respuestas tempranas a los tratamientos.

## Capítulo 2. El estudio de las intervenciones en psicoterapia

### Introducción

En el proceso psicoterapéutico se pueden identificar un amplio conjunto de variables que pueden afectar a los resultados de la terapia. En este sentido, una presunción básica entre clínicos y teóricos refiere a que el componente fundamental de los tratamientos psicoterapéuticos, y principal contribuyente a su éxito, está dado por las intervenciones que realiza el terapeuta durante la sesión con su paciente (Barber, 2009; Waizmann, Jurkowski y Roussos, 2006). Un indicador de este supuesto se observa en el hecho de que el principal foco de enseñanza y práctica en el entrenamiento de terapeutas noveles es la aplicación de técnicas psicoterapéuticas organizadas y sistematizadas por algún marco teórico particular (Barber, 2009).

Esta premisa ha llevado a la investigación en psicoterapia a preguntarse cuál es el impacto de las intervenciones que realizan los terapeutas en sesión sobre los resultados de los tratamientos (Barber, 2009). Como consecuencia, ha habido diversos esfuerzos teóricos y empíricos tratando de desentrañar esta pregunta científica, que se ha convertido en uno de los principales temas de discusión e indagación empírica, en la investigación en psicología clínica (Waizmann, Etchebarne y Roussos, 2004).

Históricamente, han existido algunos desafíos conceptuales y metodológicos para estudiar los efectos de las intervenciones. De manera especial, las dificultades a la hora de establecer una definición clara del concepto y desarrollar metodologías apropiadas para su estudio, han complejizado la realización de investigaciones sobre este constructo y sus efectos (Juan, 2014). Como consecuencia, la investigación en intervenciones psicoterapéuticas configura, en la actualidad, un panorama muy heterogéneo de resultados, con algunas dificultades en la replicabilidad y comparación entre distintos estudios.

En este capítulo se describirán diferentes definiciones y clasificaciones del acto de intervenir, tanto desde perspectivas comunes y a-teóricas, como específicas a algunos de los principales marcos psicoterapéuticos. Del mismo modo, se presentarán diferentes metodologías utilizadas para operacionalizar y estudiar las intervenciones en psicoterapia. Finalmente, se sintetizarán los principales resultados de las investigaciones que se dedicaron a indagar la asociación de las intervenciones con los resultados y la alianza terapéutica.

La visión de conjunto que este capítulo propone, busca permitir una comprensión general del fenómeno de las intervenciones y su relación con predictores tempranos de resultados en psicoterapia, tales como la alianza terapéutica o las respuestas tempranas a los tratamientos, así como también plantear sus eventuales efectos diferenciales en función de los problemas interpersonales de los pacientes. De esta manera, el presente capítulo tiene la intención de brindar un panorama global, a nivel teórico y metodológico, para entender el posicionamiento de la variable intervenciones en relación a los objetivos específicos de esta tesis doctoral.

### **Los desafíos de definir y estudiar a las intervenciones**

En esta sección se presentarán algunas de las principales posturas acerca de cómo se ha comprendido y estudiado el fenómeno de las intervenciones en psicoterapia, señalando las problemáticas conceptuales y metodológicas, derivadas de estos desarrollos. Para ello, se utilizarán tres ejes organizadores de los debates y posicionamientos al momento de comprender y estudiar a las intervenciones: Estudios de intervenciones específicas vs. intervenciones comunes (Primer eje); Estrategias de análisis micro-analíticas vs. macro-analíticas (Segundo eje); y Análisis unidimensionales vs. multidimensionales de las intervenciones (Tercer eje). Estos tres ejes aportarán coordenadas teóricas y metodológicas para entender la manera en que se estudiaron las intervenciones en la investigación que sustenta esta tesis doctoral, así como también para

comprender los esfuerzos empíricos realizados previamente en el estudio de este componente de la terapia.

Los debates organizados en el primer eje, surgieron de los intentos de diseñar nociones a-  
teóricas y *comunes* del acto de intervenir – que pudieran ser aplicadas para la descripción de  
cualquier tratamiento, sin diferenciación por marco de referencia – en contraste con propuestas  
que se circunscribieron a la conceptualización de las intervenciones *específicas* de algún marco  
teórico en particular.

En el segundo eje organizador, se describen las diferentes posturas al establecer el grado  
de abstracción necesario para definir a las intervenciones en el proceso terapéutico. Mientras que  
en algunos casos se han delimitado a las intervenciones como una simple frase o acción del  
terapeuta, en otros se ha considerado que las intervenciones podían ser definidas en términos de  
una sesión entera o un conjunto de sesiones. Así, ha existido una discrepancia entre  
conceptualizaciones y estrategias metodológicas *micro-analíticas vs. macro-analíticas*.

Asimismo, en el estudio de las intervenciones han existido diversos focos de análisis,  
resaltando el valor de diferentes aspectos de las técnicas, al momento de intentar comprenderlas.  
Mientras que la gran mayoría de los desarrollos en la materia se han focalizado en el análisis del  
tipo de las intervenciones que se utilizaban, en una definición *unidimensional* de las mismas, han  
existido trabajos que señalaron el valor de otras dimensiones del acto de intervenir, además de su  
estructura formal, planteando un análisis *multidimensional* de las intervenciones  
psicoterapéuticas. Estas posturas serán descritas en el tercer eje organizador.

La presentación y discusión de estos debates, organizados en dichos ejes, nos permitirá  
ubicar la forma de operacionalizar y entender al acto de intervenir en el marco de la presente

tesis doctoral, tomando el entramado de conceptualizaciones y metodologías variadas que existen en el estado del arte.

**Intervenciones específicas vs. intervenciones comunes.** En un intento por crear una definición genérica del fenómeno de las intervenciones, Beutler y colaboradores (2004) sostuvieron que podían ser comprendidas como aquellos procedimientos técnicos realizados por un terapeuta en sesión, con el fin de producir o facilitar cambios en el paciente. En otra definición del constructo, Waizmann y colaboradores (2004) afirmaron que las intervenciones eran aquellas acciones verbales que los terapeutas desarrollaban dentro de la sesión, dirigidas a los pacientes, con el fin de producir efectos terapéuticos.

Tanto la definición de Beutler y colaboradores (2004) como la de Waizmann et al., (2004), compartieron la idea de circunscribir las intervenciones a acciones de los profesionales con una intencionalidad terapéutica. Además, ambas propuestas buscaron establecer una definición a-teórica de las intervenciones, que pudiera utilizarse para conceptualizar y entender el accionar terapéutico en diferentes marcos teóricos.

Si bien los intentos por desarrollar conceptualizaciones generalizables a todos los marcos teóricos han sido sumamente valiosos para la investigación y comparación de diferentes procesos terapéuticos; y para el estudio de terapias integrativas o eclécticas, el uso de definiciones a-teóricas ha acarreado una serie de problemáticas. Por ejemplo, en su mayoría las intervenciones han surgido y sido sistematizadas dentro de algún marco teórico, a partir de las teorías sobre la constitución y mantenimiento de las patologías mentales y de sus mecanismos eventuales de cambio, que cada modelo propone (Beutler et al., 2004). Esto ha llevado a Juan (2014) a identificar una tensión entre, por un lado, la existencia de una fuerte raigambre de las intervenciones en los marcos de referencia de donde emergen y, por el otro, la búsqueda de

definiciones a-teóricas del constructo. Esta tensión teórico-técnica, convierte a la noción de intervenciones en un constructo difícil de conceptualizar; debido a que los marcos teóricos tienen una influencia franca sobre lo que se entiende por intervenciones. Así, las definiciones que intentan abarcar distintas tradiciones corren el riesgo de ser extremadamente abstractas y carecer de valor descriptivo (Juan, 2014).

Es por ello que la mayoría de las caracterizaciones que se han realizado sobre las intervenciones en psicoterapia han estado circunscriptas a lo que prescribe un marco teórico particular, con especial énfasis en aquellas acciones orientadas a los objetivos o mecanismos de cambio propios del modelo.

Desde la perspectiva psicoanalítica las intervenciones son comprendidas, en un sentido clásico, como las formulaciones del terapeuta en el proceso, orientadas a promover un *insight* en el paciente (Thomä y Kächele, 1989), que permita un mayor autoconocimiento y un cambio a nivel de la estructura de personalidad (Wallerstein y DeWitt, 2000). Históricamente, las principales intervenciones en este marco han sido la confrontación, el señalamiento y la interpretación, siendo esta última la más paradigmática del modelo y la más cercana a sus objetivos últimos (Wallerstein y DeWitt, 2000). Sin embargo, autores como Etchegoyen (1986) plantearon un escenario más amplio del accionar analítico, ubicando intervenciones de apoyo, sugestión y aporte de información al paciente, que si bien no estaban orientadas directamente a facilitar el *insight* del paciente, era esperable que en algún momento formaran parte del proceso analítico.

En los modelos cognitivo-conductuales, las intervenciones están orientadas a modificar los pensamientos y conductas disfuncionales que mantienen y explican la constitución de los trastornos mentales (J. Beck, 2011). En comparación con el psicoanálisis, los modelos cognitivo-

conductuales tienen una mayor variedad técnica, producto, entre otros factores, del uso e integración de intervenciones de otros marcos teóricos, tales como el conductual (Waizmann et al., 2006). En su descripción de las intervenciones usadas en este modelo, Feixas y Miró (1993) presentan 23 recursos técnicos diferenciables, entre los que se encuentran la asignación de tareas, el uso de la relajación, la programación de actividades, el ensayo conductual, la explicación del fundamento teórico al paciente, la identificación de pensamientos disfuncionales o errores cognitivos, la disputa racional y el análisis de costo-beneficios, entre otros.

Sin embargo, el estudio de intervenciones diferenciales de cada modelo, ha planteado también una serie de desafíos. En primer lugar, la conceptualización de intervenciones de un marco teórico único, tiene la limitación de no poder describir o comprender modelos de abordaje que integran estrategias de diversos marcos de referencia, así como tratamientos no manualizados que carecen de un direccionamiento teórico unívoco. Por otra parte, la creación de sistematizaciones de intervenciones separadas para cada modelo, hace que puedan existir espacios de superposición en las acciones de los terapeutas de distintos modelos (Juan, 2014; Juan, Etchebarne y Roussos, 2016). Trijsburg, Trent y Perry (2004), al comparar tratamientos psicoanalíticos y cognitivos para la depresión, han observado que el 48,4% de las intervenciones eran compartidas por ambos modelos.

Profundizando este argumento, Webb, Derubeis y Barber (2010), afirmaron que las intervenciones que eran propias de un marco podrían ser utilizadas por terapeutas de otros modelos de tratamiento (Webb et al., 2010). En línea con esta hipótesis, Waizmann y colaboradores (2006), mediante una encuesta a clínicos, han encontrado que el 96% de los terapeutas psicoanalíticos manifiestan utilizar intervenciones propias del cognitivismo en sus

sesiones, mientras que el 92% de los terapeutas cognitivos sostienen usar intervenciones psicoanalíticas.

De esta forma, en la búsqueda por diferenciar las intervenciones *específicas* del resto del accionar terapéutico, Webb y colaboradores (2010) sugieren que estas acciones deben hacer referencia a las técnicas nucleares de cada marco, que se derivan de sus teorías particulares acerca del funcionamiento mental y la etiopatogenia de los trastornos (Castonguay y Holtforth, 2005), y no solamente a aquellas realizadas con exclusividad por un marco (Webb et al., 2010).

En forma complementaria, las intervenciones comunes, han sido caracterizadas como aquellas que pueden ser utilizadas por distintas propuestas terapéuticas, estando o no anidadas en el desarrollo teórico-técnico de un marco teórico de referencia particular (Waizmann et al., 2004).

Estudios empíricos han mostrado que un amplio porcentaje de las acciones de los terapeutas en sesión, corresponden a intervenciones comunes. Por ejemplo, analizando tratamientos cognitivo-conductuales y psicoanalíticos, Waizmann (2010) observó que el 74% de las intervenciones realizadas por terapeutas cognitivos y el 76% de las utilizadas por terapeutas psicoanalíticos, eran intervenciones psicoterapéuticas comunes.

En la investigación que sustenta esta tesis, se analizarán tanto intervenciones específicas, del marco cognitivo-conductual, como intervenciones comunes a diferentes formas de terapia. Se ha tomado esta decisión debido a que los tratamientos estudiados a los fines de esta investigación fueron naturalistas, pero basados en un modelo de integración de estrategias cognitivo-conductuales y sistémicas. La exploración de intervenciones tanto comunes como específicas nos puede aportar una comprensión global de cómo las acciones del terapeuta en sesión, ya sean

específicas a un marco teórico o comunes a distintas formas de abordaje, se relacionan con predictores tempranos de cambio en psicoterapia.

**Enfoque micro vs macro analítico de las intervenciones.** Otra de las controversias en torno a la manera de entender a las intervenciones en el estado del arte, surgió respecto del grado de abstracción que debían tener las unidades de análisis que se utilizaban para delimitar operacionalmente una intervención (Juan, 2014). Las intervenciones podían ser acotadas a una acción concreta del terapeuta en sesión, como la pronunciación de una frase o incluso de una palabra (Roussos, Etchebarne y Waizmann, 2005). Pero también, una intervención podía ser definida en términos de una sesión entera o un conjunto de sesiones (Hilsenroth, Blagys, Ackerman, Bonge y Blais, 2005).

Es así que se han desarrollado estrategias micro-analíticas y macro-analíticas para estudiar intervenciones (Milbrath et al., 1999). Las primeras se orientan a tener un grado de abstracción bajo al definir las intervenciones, analizando por ejemplo las comunicaciones o acciones específicas de los terapeutas. Las estrategias macro-analíticas, en cambio, analizan un conjunto más amplio de acciones, como puede ser una sesión completa o un conjunto de sesiones.

En Argentina, en los últimos años se han acumulado diversos esfuerzos orientados a analizar las intervenciones psicoterapéuticas mediante estrategias micro-analíticas (Etchebarne, 2014; Fernández-Alvarez et al., 2015; Juan, 2014; Roussos et al., 2005). En contraste, en la tesis doctoral que aquí se presenta, se utilizó una estrategia macro-analítica, usando a las sesiones como unidad de análisis y explorando en qué medida cada una de las intervenciones estudiadas fue representativa de las acciones realizadas por el terapeuta en una sesión determinada. Estas estrategias, si bien no otorgan un análisis pormenorizado y momento a momento del accionar

terapéutico, facilitan la obtención y análisis de una mayor cantidad de observaciones globales (cantidad de casos y de sesiones dentro de dichos casos), permitiendo alcanzar un poder estadístico necesario para la realización de los análisis de su relación con las otras variables exploradas en esta tesis doctoral, en el contexto de sus objetivos específicos.

**Dimensiones en el análisis de las intervenciones.** Finalmente, el último eje de debate para el análisis de las acciones terapéuticas fueron los rasgos de las intervenciones en los cuales se enfocaba su estudio. La mayor parte de los trabajos en la materia se circunscribieron a analizar la tipología de intervenciones utilizadas, mediante sistemas de clasificación (ver por ejemplo Hilsenroth et al., 2005), centrándose en un análisis descriptivo-formal de las intervenciones. Sin embargo, ciertos desarrollos han buscado analizar otras características de las intervenciones, como por ejemplo su contenido específico, las coordenadas espacio-temporales a las que hacían referencia o las estrategias que subyacían a esas intervenciones (Para una revisión exhaustiva ver: Etchebarne, 2014). El sistema de *Clasificación Multidimensional de Intervenciones Psicoterapéuticas* (CMIP) desarrollado en Argentina por Roussos y colaboradores (2005), representa un ejemplo de evaluación de intervenciones que incorpora estos cuatro niveles de análisis: nivel descriptivo, nivel estratégico, nivel de contenido y nivel temporo-espacial.

La investigación en la que se basa esta tesis doctoral se focalizó en el análisis del nivel descriptivo-formal de las intervenciones, analizando el tipo de intervenciones que fueron realizadas en mayor o menor grado en una sesión dada. En relación a los objetivos específicos de esta tesis, los análisis del tipo de intervenciones realizadas, se utilizó posteriormente para estudiar su vínculo con el cambio temprano en los pacientes y la negociación de la alianza, así como también para explorar su efecto diferencial a partir de las características interpersonales problemáticas, manifestadas por los pacientes al principio del tratamiento.

### **Sistemas de clasificación y evaluación de intervenciones**

Tomando alguna postura en los distintos puntos de debate, recién señalados, investigadores de distintas partes del mundo, han creado diversos sistemas de clasificación de las intervenciones psicoterapéuticas, muchas veces asociadas a instrumentos para poder medirlas en sesión. En este apartado se presentarán algunas de los sistemas de clasificación de intervenciones más relevantes a nivel global, con un especial foco en los esfuerzos realizados en la región latinoamericana.

En el año 2002, Trijsburg y equipo realizaron una clasificación de intervenciones y un método para su evaluación en tratamientos de distintos marcos teóricos. De esa manera surgió la *Comprehensive Psychotherapeutic Interventions Rating Scale* (CPIRS), un sistema de evaluación de 76 intervenciones, compuesto por técnicas psicoanalíticas, conductuales, cognitivas, sistémicas, de dinámicas de grupos y experienciales. Además, dentro de las intervenciones de este sistema se incluyeron un conjunto de técnicas que correspondían a acciones comunes de la psicoterapia, lo que dotaba al instrumento de un particular valor para el estudio de terapias naturalistas y eclécticas. Para poder realizar la evaluación de las intervenciones, se necesitaban jueces externos y observación directa o grabación de material clínico.

En el año 2005, Hilsenroth y colaboradores desarrollaron una clasificación de intervenciones psicoanalíticas y cognitivas, la *Escala Comparativa del Proceso Psicoterapéutico* (CPPS, por su sigla en inglés). El instrumento, constituido por 20 items (10 psicoanalíticos y 10 cognitivos) analizaba la adherencia a intervenciones prescriptas por un marco teórico y, a la vez, proscriptas por el otro, pudiendo ser utilizado tanto para el estudio de tratamientos manualizados como naturalistas.

A diferencia de otros instrumentos, la CPPS constituía un método macro-analítico para estudiar intervenciones, analizando qué tan característica había sido cada una de las intervenciones descritas, de las acciones realizadas en una sesión determinada por el terapeuta. Además, el instrumento permitía una mayor flexibilidad metodológica que el CPIRS, ya que podía ser evaluado por jueces independientes, pero también por el paciente o el terapeuta.

Esta escala ha sido validada en el contexto argentino, mostrando adecuadas propiedades psicométricas, con evidencias de confiabilidad y validez (Gómez Penedo, Barrientos, Martínez y Roussos, 2016).

En Argentina, Roussos y equipo (2005) desarrollaron la ya citada CMIP, un instrumento de evaluación de intervenciones, mediante jueces externos, que analizaba cuatro dimensiones de las intervenciones. En un primer nivel de análisis descriptivo, se caracterizaban los aspectos formales de las intervenciones. En ese nivel de la clasificación se incluyeron intervenciones comunes, específicas psicoanalíticas, específicas cognitivas y específicas conductuales. A su vez, el sistema de clasificación evaluaba el nivel de análisis del contenido de las intervenciones, las estrategias detrás de las técnicas que utilizaba el terapeuta y el nivel temporo-espacial al cual la intervención hacía referencia.

Mccarthy y Barber (2009) desarrollaron un listado multi-teórico de intervenciones terapéuticas (MULTI, por su sigla en inglés), que permitía evaluar las acciones del profesional en sesión, desde la perspectiva del terapeuta, el paciente u observadores externos. El listado creado por los autores incluía 60 intervenciones, en donde se describían técnicas comunes de la psicoterapia y de siete marcos teóricos diferentes: conductual, cognitivo, dialéctico-comportamental, interpersonal, centrado en el cliente, psicoanalítico y experiencial.

En otro desarrollo realizado en Latinoamérica, Valdés, Tomicic, Pérez y Krause (2010) crearon el *Sistema de Codificación de la Actividad Terapéutica* (SCAT). Este sistema era un método de codificación del lenguaje, mediante la evaluación de jueces independientes, que analizaba el contenido de los procesos de comunicación y del tipo de acciones de comunicación que se realizaban en terapia para influir al interlocutor. Este sistema, también micro-analítico, tenía la peculiaridad de analizar en sesión tanto la actividad del terapeuta como la del paciente.

Asimismo, en Argentina, Fernández-Alvarez y equipo (2015), en el marco de un proyecto de investigación más amplio sobre el estilo personal del terapeuta, crearon la *Guía de Observación del Terapeuta Aiglé* (GOTA). Este sistema de evaluación analizaba, mediante jueces externos, tres tipos de verbalizaciones que realizaban los terapeutas de diferentes aproximaciones teóricas (preguntas, afirmaciones e indicaciones), permitiendo evaluar su estilo personal.

Como se ha observado en esta síntesis de algunas de las clasificaciones de intervenciones desarrolladas hasta la actualidad, ha habido una gran heterogeneidad en sus formatos y cualidades. Algunas se han centrado en analizar exclusivamente intervenciones específicas o comunes, mientras que otras han incluido tanto intervenciones propias como compartidas por los distintos marcos de referencia. Si bien la mayoría ha utilizado estrategias micro-analíticas basadas en la evaluación de observadores externos, existen excepciones como la CPPS de Hilsenroth y otros (2005), que planteaba analizar a las sesiones como un todo y podía ser completada tanto por pacientes como por terapeutas.

Para esta tesis doctoral, se utilizó la sub-escala cognitivo-conductual del CPPS, en su versión para ser completada por los terapeutas. Debido a que esta escala no permite explorar el uso de intervenciones compartidas por distintos modelos, se desarrolló, a su vez, un listado de

intervenciones comunes, para que los terapeutas completen usando, también, a las sesiones como su unidad de análisis. De esta manera, se utilizaron recursos metodológicos para estudiar tanto intervenciones específicas cognitivas, como también intervenciones comunes a diferentes marcos teóricos.

### **El vínculo de las intervenciones con el proceso y los resultados de la psicoterapia**

El valor clínico atribuido a las intervenciones ha llevado a una proliferación de estudios orientados a analizar su aplicación y los efectos que producían sobre los tratamientos. Por un lado, un grupo de investigaciones se ha focalizado en estudiar la relación entre las intervenciones utilizadas por los profesionales y el cambio terapéutico observado en los pacientes. Por otra parte, dada la importancia atribuida a la alianza terapéutica como predictor de resultados en psicoterapia (ver Capítulo 4), un segundo grupo de estudios se ha centrado en indagar los vínculos entre el uso de intervenciones y la calidad de la alianza en el tratamiento.

**Vínculos entre el uso de intervenciones y la mejoría de los pacientes.** En cuanto a la relación de las intervenciones con la mejoría de los pacientes, las investigaciones en el área han observado resultados variados. Algunos estudios han sugerido que la mera cantidad de intervenciones utilizadas no presentaban una correlación directa con la mejoría de los pacientes (Høglend, 2004). En consonancia, estudios meta-analíticos realizados globalmente sobre técnicas de distintos marcos teóricos, han mostrado que ni la adherencia a intervenciones ni la competencia en su aplicación, tienen un tamaño de efecto superiores a cero sobre los resultados (Webb et al., 2010). No obstante, en algunos abordajes, como es el caso de la TCC para la depresión, se ha observado una relación entre adherencia a intervenciones específicas y mejoría de los pacientes. Tanto DeRubeis y Feeley (1990) como Feeley, DeRubeis y Gelfand (1999) reportaron que un mayor uso de intervenciones cognitivas concretas y focalizadas en los

síntomas del paciente, durante la segunda sesión, se asociaba a un mayor grado de mejoría subsecuente del paciente en su sintomatología. DeRubeis y Feeley (1990), particularmente, observaron que el uso de intervenciones cognitivas concretas, al principio de la terapia, se asociaba a mayores respuestas tempranas luego de tres sesiones de tratamiento.

Mediante una revisión bibliográfica, Defife y Hilsenroth (2011) identificaron en la literatura componentes comunes de la terapia, que operaban en las primeras sesiones de los tratamientos, y podían influir fuertemente el desarrollo del proceso y sus resultados. En sus conclusiones, los autores señalaron a (i) las expectativas de los pacientes por el tratamiento, (ii) la preparación del paciente para el ejercicio de su rol y (iii) la creación colaborativa de los objetivos del tratamiento, como tres elementos iniciáticos que parecían desempeñar un papel esencial en tratamientos de distinta raigambre teórica (Defife y Hilsenroth, 2011).

Adicionalmente, algunas investigaciones encontraron asociaciones entre las intervenciones y los resultados, cuando se incluían en los modelos variables moderadoras de su relación.

Por ejemplo, Gaston, Thompson, Gallagher, Cournoyer y Gagnon (1998) observaron en una terapia psicodinámica breve, que el uso de intervenciones exploratorias en el contexto de una mejor alianza, predecía mejores resultados. Mientras que en tratamientos cognitivos y tratamientos conductuales el uso de un menor grado de intervenciones exploratorias, en el contexto de una fuerte alianza, se relacionaba con mayores grados de mejoría. En otro estudio, Owen, Hilsenroth y Rodolfa (2012) analizaron la interacción entre la alianza, el uso de intervenciones (cognitivas y psicoanalíticas) y el cambio terapéutico. El mayor uso de intervenciones psicoanalíticas y cognitivas en el marco de una mejor alianza estuvo asociado al cambio terapéutico posterior a esa sesión. A estos resultados se suma la observación de Webb y

colaboradores (2010), como conclusión de su estudio meta-analítico ya citado, de que los tamaños del efecto del uso de las intervenciones aumentaban cuando en los estudios no se controlaba el efecto de alianza terapéutica.

En la misma línea, se ha encontrado que los efectos terapéuticos del uso de determinadas intervenciones estaban moderados por características previas de los pacientes. En un trabajo sobre terapias breves de apoyo-expresivas, Connolly y equipo (1999) reportaron que el efecto del porcentaje de las interpretaciones transferenciales utilizadas por los terapeutas, en las primeras cuatro sesiones de tratamiento, se veía moderado por la calidad del funcionamiento interpersonal de sus pacientes. Un mayor porcentaje de interpretaciones transferenciales se asociaba con peores resultados, especialmente en el cambio producido en las primeras sesiones, en aquellos pacientes que presentaban una baja calidad en las relaciones interpersonales.

En otro aporte en el campo, Høglend y colaboradores (2007, 2011) realizaron un estudio randomizado y controlado en donde compararon un tratamiento psicoanalítico que utilizaba interpretaciones transferenciales, con otro tratamiento psicoanalítico en el que se proscribía el uso de esas técnicas. Luego, el equipo de investigación utilizó variables interpersonales de los pacientes, medidas al principio de la terapia, para observar si estas características moderaban los efectos del uso de las interpretaciones transferenciales.

En contraposición con lo observado por Connolly y colaboradores (1999) y en oposición a sus propias hipótesis, Høglend y equipo (2007) reportaron que los pacientes con mayores problemas interpersonales obtuvieron mejores resultados frente al uso de interpretaciones transferenciales. Asimismo, Høglend y colaboradores (2011) mostraron que el uso de interpretaciones transferenciales se vinculaba con mejores resultados cuando se presentaba en pacientes con una baja alianza terapéutica y una baja calidad de relaciones objetales (peor

funcionamiento interpersonal). Por el contrario, en pacientes con relaciones objetales más maduras, en el contexto de una fuerte alianza, el uso de interpretaciones transferenciales se había asociado a peores resultados.

Si bien ha habido investigaciones empíricas estudiando el vínculo de las intervenciones con el cambio terapéutico alcanzado por los pacientes, como se pudo observar en el recorrido bibliográfico realizado, los trabajos explorando la relación entre las técnicas psicoterapéuticas y los cambios tempranos han sido más escuetos. No obstante, la naturaleza de la relación entre intervenciones y respuestas tempranas ha sido foco de intensos debates teóricos.

Producto de una revisión bibliográfica sobre respuestas tempranas en TCC para la depresión, Ilardi y Craighead (1994) concluyeron que los factores comunes de la terapia debían tener un rol más importante en el cambio terapéutico que las intervenciones cognitivas específicas. Los autores basaron sus conclusiones en el hecho de que la mayor parte del cambio en los tratamientos era alcanzando durante las primeras cuatro semanas de terapia, previo a la introducción de las técnicas específicas cognitivas, según lo establecían los protocolos clásicos de TCC (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979).

Los autores propusieron que las respuestas iniciales podían explicarse por un efecto temprano de remoralización en el paciente (Frank y Frank, 1961) debido al inicio de una terapia, lo que implicaba una mejoría en su bienestar subjetivo, reduciendo su desesperanza e impulsando expectativas positivas de cambio (Ilardi y Craighead, 1994). De esta manera, dejaban en un segundo plano el valor de las intervenciones específicas de los tratamientos cognitivos, en la consecución de las mejorías iniciales.

Algunos años más tarde, Tang y DeRubeis (1999a) criticaron fuertemente la interpretación realizada por Ilardi y Craighead (1994). A partir de los resultados del artículo ya

citado de DeRubeis y Feeley (1990), los autores sostuvieron que la cantidad de tiempo utilizado y el esfuerzo dedicado, por parte de terapeutas cognitivo-conductuales, en la aplicación de técnicas propias de su marco teórico, durante la segunda sesión, eran virtualmente idénticos a los observados en momentos posteriores de la terapia (DeRubeis y Feeley, 1990). Por otra parte, recordaron el hallazgo de aquel artículo, referente a que el uso de ciertas intervenciones cognitivas concretas en la segunda sesión de tratamiento, había mostrado predecir el cambio en las primeras tres sesiones de psicoterapia (DeRubeis y Feeley, 1990).

Estas puntualizaciones relativizaban la idea de que el cambio temprano era un indicador del efecto de factores comunes en psicoterapia, en desmedro del valor de factores específicos, al tiempo que sugerían la necesidad de incorporar variaciones a las metodologías de estudio de las respuestas temprana y su relación con las intervenciones (Tang y DeRubeis, 1999a).

A pesar de que este debate aún continúa abierto, no se han observado nuevas investigaciones empíricas orientadas a dilucidar el rol de las técnicas psicoterapéuticas sobre el cambio temprano. La investigación sobre la que se basa esta tesis doctoral, intentará realizar un aporte en esta dirección, estudiando el efecto terapéutico de intervenciones específicas y comunes, en los primeros momentos de terapia, y analizando cómo dicho efecto puede verse modificado por las características interpersonales de los pacientes.

**Las intervenciones y su vinculación con la alianza terapéutica.** Dentro de la investigación clínica, un grupo de estudios ha encontrado que la aparición y frecuencia de ciertas intervenciones en los tratamientos se veía asociada directamente a la fortaleza de la alianza. Werner-Wilson, Michaels, Thomas y Thiesen (2003) estudiaron el vínculo de las actividades terapéuticas con la alianza, en la primera sesión de tratamientos de pareja y familia, analizando el impacto de cuatro tipos de intervenciones: declaraciones positivas del terapeuta (dirigidas hacia

algo o alguien, sugiriendo una aprobación), declaraciones negativas (dirigidas hacia algo o alguien, sugiriendo una desaprobación), desafíos/confrontaciones (aseveraciones que implican un desacuerdo con el paciente, una propuesta alternativa o el pedido de una explicación), y la provisión de consejos. Independientemente del género de los pacientes, variable de interés en el estudio, el aporte de consejos y el desafío/confrontación a los pacientes se vio relacionado a un vínculo terapéutico más sólido.

En el año 2007, Hilsenroth y Cromer, realizaron una revisión bibliográfica de intervenciones de distintos marcos teóricos relacionadas con la alianza terapéutica, durante el periodo de evaluación y las primeras sesiones de tratamiento. A partir de este trabajo, ubicaron tres categorías de intervenciones que se asociarían a la alianza en las primeras sesiones: (i) intervenciones de encuadre; (ii) intervenciones de foco; e (iii) intervenciones de *feedback*. Entre las primeras se encontraban el adoptar una postura colaborativa con el paciente y utilizar un lenguaje concreto y claro, cercano a la experiencia del paciente. En las intervenciones de foco, asociadas a una mejor alianza terapéutica, se incluyeron: permitir que el paciente inicie el dialogo sobre temáticas relevantes, explorar en detalle esos temas, buscar clarificar cuál es la fuente de su malestar, señalar la presencia de ciclos interpersonales y explorar afectos y preocupaciones que generan malestar, manteniendo un foco activo sobre estas temáticas. Por último, las intervenciones de *feedback* eran aquellas que dotaban al paciente de información relevante. Entre ellas se agruparon proveer al paciente de nuevas formas de comprensión de su experiencia, revisar el significado de los resultados de la evaluación psicológica, otorgar psicoeducación sobre el trastorno que padece y su abordaje, y diseñar con el paciente, en forma colaborativa, las tareas y objetivos de la terapia.

Por su parte, Karver y equipo (2008) analizaron conductas de los terapeutas consideradas *facilitadoras* de la alianza terapéutica, en pacientes adolescentes con depresión, a partir de un estudio randomizado y controlado que comparó una TCC con un tratamiento de apoyo no directivo. A estos fines, utilizaron una escala específica que medía tres dominios de intervenciones. En el primer dominio se incluían malos entendidos de los terapeutas, errores en la identificación de las emociones del paciente, críticas al paciente, búsqueda excesiva de información sobre eventos y situaciones, y excesiva recapitulación de información previa aportada por el paciente. El segundo dominio presentaba acciones asociadas a la socialización del paciente en el tratamiento, como la presentación del modelo de abordaje y el establecimiento colaborativo de los procedimientos de tratamiento y sus objetivos. El tercer dominio consistía de acciones que representan el establecimiento de un *rapport*, en términos de exploración subjetiva de los pensamientos, sentimientos y deseos del paciente y un manifiesto apoyo por su condición.

En ambos tratamientos, una mayor frecuencia de acciones del dominio 1, que describían equivocaciones o malos entendidos del terapeuta en la segunda sesión, se asociaron negativamente con la alianza. Por otra parte, únicamente en la TCC, intervenciones del dominio *rapport*, en la primera sesión, se vieron correlacionadas directamente con la fortaleza de la alianza.

Duff y Bedi (2010), por su parte, realizaron un estudio en una muestra de 79 pacientes adultos de psicoterapia, analizando la asociación de la alianza con 15 acciones de los terapeutas, identificadas por sus pacientes. Los autores encontraron cinco acciones verbales de los terapeutas que tuvieron una asociación entre moderada y robusta con la fortaleza de la alianza terapéutica, a saber: realizar preguntas, realizar comentarios alentadores, identificar y transmitir los

sentimientos que experimenta el paciente, realizar comentarios positivos acerca del paciente y validar su experiencia subjetiva.

En otro estudio en la materia, realizado en Argentina, sobre tratamientos psicoanalíticos y cognitivo-conductuales, Waizmann (2010) observó una correlación inversa entre el grado de especificidad de las intervenciones usadas y la fortaleza de la alianza. Utilizando la ya descrita CMIP (Roussos et al., 2005), la autora observó que a mayor uso de intervenciones comunes mayor era la fortaleza de la alianza, especialmente en la sub-escala de vínculo terapéutico. Por otra parte, Waizmann (2010) reportó que el mayor uso de intervenciones de revisión, específicas del marco cognitivo (ensayo conductual y role playing, ensayo cognitivo, comprobación de hipótesis y análisis de costo-beneficios) y psicoanalítico (señalamiento y confrontación), se asociaron a una alianza terapéutica más débil, en ambos abordajes.

Esta tesis doctoral buscará acumular mayor evidencia de la asociación entre las intervenciones usadas por los terapeutas y la relación establecida por los participantes. Si bien han existido estudios previos, analizando el rol de las intervenciones sobre la alianza terapéutica, no se han encontrado investigaciones orientadas a estudiar de qué manera los factores técnicos de la terapia se vinculan con la negociación de la alianza. La investigación que sustenta esta tesis buscará realizar un primer aporte en este sentido.

### **Síntesis del capítulo**

El recorrido realizado en este capítulo muestra al estudio y la comprensión de las intervenciones psicoterapéuticas como un desafío complejo, atravesado por divergencias al definir a las intervenciones y a las metodologías adecuadas para su estudio. Tomando como antecedente el estado del arte descrito, el presente estudio se posiciona definiendo las intervenciones psicoterapéuticas como acciones realizadas por el terapeuta en sesión y orientadas

a facilitar o producir cambios en los pacientes (Waizmann et al., 2004). En referencia a los ejes de debate presentados en la primera parte de este capítulo, en la investigación en la se basa esta tesis doctoral se estudiará a las intervenciones con una estrategia *macro-analítica*, centrada en un nivel de análisis *descriptivo*, explorando tanto técnicas *específicas*, sistematizadas por el marco teórico cognitivo-conductual, como también *comunes*, aplicadas en diferentes formas de psicoterapia.

Independientemente de las estrategias conceptuales y empíricas para definir y operacionalizar las intervenciones, variados estudios empíricos en la materia han brindado evidencias que conectan a las intervenciones usadas por los terapeutas con variables relevantes del proceso, como la alianza terapéutica y los resultados de los abordajes. Algunas investigaciones mostraron que el vínculo entre las intervenciones y los resultados podría estar moderado por las características de quienes consultan, sugiriendo que algunos pacientes podrían necesitar una mayor cantidad de intervenciones específicas o comunes, en función de sus cualidades previas al inicio de la terapia. Esta observación se vincula con el surgimiento de propuestas teóricas como el modelo de Responsividad (*Responsiveness*; Stiles, Honos-Webb y Surko, 1998) o el modelo de Integración en Psicoterapia mediante la Respuesta a Contextos (*Context-Responsive Psychotherapy Integration*; Constantino, Bernecker, Boswell y Castonguay, 2013), que afirman que el principal mecanismo de cambio en psicoterapia es la adaptación técnica y relacional del proceso, a las cualidades del paciente y sus requerimientos en terapia, más allá de la patología específica diagnosticada.

Dentro de este marco, una de las líneas de investigación que tiene potencialidad de enriquecer el conocimiento acerca del rol de las intervenciones en psicoterapia, resulta de la identificación de marcadores en las características de los pacientes – por ejemplo, su

funcionamiento interpersonal – a partir de los cuales una técnica podría afectar positiva o negativamente a aquel que consulta. Estudios de esa naturaleza representarían un paso adelante en pos de responder a la pregunta paradigmática de los estudios de proceso-resultado en psicoterapia: *¿A quién, le sirve qué y en qué contexto?* (Paul, 1967).

En la investigación de esta tesis, se analizará tanto el impacto de las intervenciones (específicas y comunes) sobre la alianza terapéutica y los resultados tempranos, como los efectos diferenciales que estas intervenciones pueden tener sobre el proceso y los cambios en los momentos iniciáticos del tratamiento, según las características interpersonales de los pacientes. Mediante este trabajo, se busca obtener evidencias que permitan identificar intervenciones en las primeras sesiones, facilitadoras globalmente del proceso, así como técnicas que podrían ser especialmente útiles para pacientes con determinadas características interpersonales.

## Capítulo 3. Las respuestas tempranas en psicoterapia

### Introducción

Por definición, los tratamientos psicoterapéuticos están orientados a alcanzar alguna modalidad de cambio en los pacientes que consultan. A lo largo del desarrollo de la disciplina, y particularmente en la historia de su investigación empírica, han existido diferentes teorías acerca de la forma en la que dicho cambio se promueve y se produce durante el tratamiento.

Desde sus comienzos, gran parte de los abordajes terapéuticos han partido de la presunción de que el cambio en psicoterapia configuraba un proceso gradual y acumulativo, que surgía progresivamente con el correr de las sesiones (Rubel et al., 2015). Durante las décadas del 80 y 90, emergieron una importante cantidad de estudios empíricos desafiando esta idea y mostrando que un gran porcentaje del cambio en psicoterapia (e incluso la mayor parte del mismo) se producía dentro de las primeras cinco sesiones de tratamiento (Ilardi y Craighead, 1994). Posteriormente, se observó que estas modificaciones logradas en las primeras sesiones, definidas como *respuestas tempranas* a los tratamientos, tenían un importante valor predictivo de los resultados al finalizar la terapia (Haas, Hill, Lambert y Morrell, 2002; Renaud et al., 1998). Aquellos pacientes que presentaban mejorías en los primeros encuentros con el terapeuta, tenían una probabilidad mayor de recuperarse de su condición (en otras palabras, de obtener un cambio clínicamente significativo) o de alcanzar un nivel sustancial de cambio al finalizar el tratamiento.

Luego de su surgimiento, se presentaron críticas a los modelos iniciales de respuestas tempranas y propuestas alternativas para estudiar el cambio en psicoterapia, como los modelos de respuestas súbitas (Tang y DeRubeis, 1999a, 1999b). Una nueva camada de investigaciones empíricas volvieron a posicionar a las respuestas tempranas como un valioso predictor de los resultados de la psicoterapia (Lutz et al., 2014; Rubel et al., 2015). Esto se logró mediante el

estudio de trayectorias del cambio y el uso de metodologías estadísticas más sofisticadas, como es el caso de los modelos de curvas de crecimiento (Raudenbush y Bryk, 2002),

Al haberse acumulado durante tantos años evidencia robusta de que las modificaciones terapéuticas tempranas, independientemente de su definición conceptual u operacional, desempeñaban un rol fundamental en la producción de cambios al final del tratamiento, un conjunto de estudios intentaron elucidar cuales eran las variables del proceso o de los participantes, que podían favorecer u obstaculizar la aparición de cambios tempranos, intentado desarrollar guías clínicas para los terapeutas (Comninos y Grenyer, 2007; Connolly et al., 1999).

En el presente capítulo se desarrollarán las principales líneas de investigación y argumentación respecto del fenómeno de las respuestas tempranas en psicoterapia. La estructura de este capítulo se distribuirá en las siguientes secciones, que desarrollan cada uno de los puntos recién sintetizados: (a) Respuestas tempranas a los tratamientos, (b) El vínculo de las respuestas tempranas con los resultados de la terapia, (c) Las mejorías súbitas en el tratamiento, (d) Patrones de respuestas tempranas y (e) Variables de los participantes y del proceso asociadas a las respuestas tempranas.

En relación al último apartado de este capítulo, la investigación que se presenta en esta tesis, busca establecer de qué manera las problemáticas interpersonales de los pacientes y las intervenciones de los terapeutas se relacionan con las respuestas tempranas en psicoterapia. Se busca, así, obtener evidencias para el establecimiento de criterios clínicos que permitan favorecer la aparición de mejorías rápidas, facilitando una mayor efectividad y eficiencia en los tratamientos.

Cabe aclarar que en la bibliografía los términos respuestas rápidas y respuestas tempranas, se usan indistintamente para describir cambios sustanciales producidos en las

primeras sesiones de terapia. Si bien en esta tesis se eligió como noción principal el concepto de respuestas tempranas, en algunos pasajes se utiliza el término respuestas rápidas, como sinónimos.

### **Respuestas tempranas en los tratamientos**

Durante la década del 80 y los primeros años de la década del 90, se acumularon una serie de investigaciones que exploraron la presencia de cambios relevantes en las primeras sesiones de los tratamientos y su vínculo con los resultados. A diferencia de los modelos predominantes hasta ese entonces, que conceptualizaban al cambio como un proceso lineal y progresivo, producido a lo largo de toda la terapia, estas investigaciones sugirieron que la mayor parte del cambio se generaba en los primeros encuentros entre paciente y terapeuta (Rubel et al., 2015).

En el primer trabajo en la materia, Rush, Kovacs, Beck, Weissenburger y Hollon (1981) estudiaron los niveles de cambio de 35 pacientes con depresión unipolar, tratados con TCC o farmacología. Los autores observaron que durante las tres primeras semanas de tratamiento, los pacientes de la TCC lograron el 53.6% del cambio alcanzado a lo largo de todo el abordaje (de un promedio de 11 semanas), evaluando a partir del Inventario de Depresión de Beck (BDI, por su sigla en inglés; Beck, Ward, Mendelsohn, Mock y Erbaugh, 1961). Entre la primera y cuarta semana de tratamiento, se observaron diferencias significativas en sintomatología depresiva, niveles desesperanza, mejoría en auto-imagen, motivación, síntomas vegetativos y estado de ánimo.

A partir del trabajo de Rush y colaboradores (1981) se sucedieron un conjunto de investigaciones, que al igual que este artículo, encontraron respuestas tempranas en tratamientos

cognitivo-conductuales para depresión, que explicaban un porcentaje sustantivo de los cambios al finalizar los tratamientos.

Por ejemplo, en tratamientos de esta naturaleza que duraban entre 12 y 15 semanas, Blackburn y Bishop (1983) observaron que el 66.1% del cambio terapéutico, en sintomatología depresiva, se acumulaba durante las primeras cuatro semanas de tratamiento. A partir de estos resultados, sumados a los de Rush y colaboradores (1981) recién mencionados, los autores concluyeron que debía ofrecerse un abordaje alternativo a aquellos pacientes que no respondían rápidamente a la TCC.

Murphy, Simons, Wetzel y Lustman (1984) arribaron a resultados similares. Al estudiar pacientes con depresión moderada a severa, tratados mediante terapias Cognitivo-Conductuales, observaron que el 52.2% del cambio logrado durante todo el abordaje, se desarrollaba durante las tres primeras semanas.

Por su parte, Howard, Kopta, Krause y Orlinsky (1986) se dedicaron a estudiar la asociación entre las dosis de psicoterapia, definidas en términos de sesiones, y los efectos logrados a partir de las mismas. Para ello revisaron los efectos terapéuticos en 15 datasets que incluían más de 2400 pacientes de terapias de distintos marcos teóricos, para diversidad de cuadros psicopatológicos y con duración variable. En dicho trabajo, que inauguró la tradición de los estudios de *dosis-efecto* en psicoterapia, los autores reportaron que entre un 29% y un 38% de los pacientes presentaban mejorías en las primeras tres sesiones de tratamiento. En tratamientos que habían durado entre 1 y 16 sesiones, el rango de pacientes con mejorías en las primeras tres sesiones oscilaba entre un 34% y un 38%. Incluso en pacientes que habían atravesado tratamientos de largo plazo (entre 53 y 100 sesiones), un 29% había alcanzado mejorías en los primeros tres encuentros. Estos resultados mostraron que las respuestas tempranas, no eran un

fenómeno atípico o inusual, sino un evento que ocurría con frecuencia en procesos clínicos. A su vez, el estudio mostró que las primeras tres sesiones de tratamiento constituían el momento en el que se producía la mayor tasa de mejoría de los pacientes. Finalmente, este estudio sugirió que las respuestas tempranas no solo se daban en terapias cognitivo-conductuales, sino que eran un fenómeno que atravesaba los tratamientos de diferentes marcos de referencia.

En el año 1994, Ilardi y Craighead realizaron una revisión de todas las investigaciones que hasta el momento habían evaluado respuestas tempranas en abordajes cognitivos para la depresión. Identificaron ocho investigaciones entre las que se encuentran las ya citadas de Rush y colaboradores (1981) y Murphy y colaboradores (1984), sumadas a otros estudios. Según cálculos de los investigadores, en promedio el 63.4% de las mejorías sintomática de los tratamientos estudiados, se produjeron dentro de las primeras cuatro semanas.

Hasta el año 1994, el escenario de las investigaciones sobre respuestas tempranas se encontraba fuertemente dominado por estudios en pacientes deprimidos tratados con TCC, con excepción del trabajo pionero, ya citado, de Howard y colaboradores (1986). Basado en el mismo modelo de dosis-efecto usado en aquel trabajo, Kopta, Howard, Lowry y Beutler (1994), estudiaron las tasas de respuesta a diferentes grupos sintomatológicos en 854 pacientes de distintos tipos de psicoterapias. Para ello calcularon la mediana de dosis efectiva (comúnmente denominada ED50), que representa la dosis de sesiones necesarias para que el 50% de los pacientes respondan al tratamiento, presentando cambios clínicamente significativos (Jacobson y Truax, 1991). Estudiaron 3 grupos sintomatológicos: síntomas de distrés agudo (ansiedad, depresión, obsesiones y compulsiones), síntomas de distrés crónico (fobias, somatizaciones, ansiedad y/o depresión crónicas) y síntomas caracterológicos (paranoia, hostilidad, dificultades en entablar vínculos cercanos con otros).

Los investigadores observaron que en promedio la ED50 de los síntomas de distrés agudo era de 5 sesiones. Es decir, en 5 sesiones de tratamiento al menos el 50% de los pacientes logran cambios clínicamente significativos en los síntomas de esta naturaleza. Para síntomas crónicos, la ED50 era de 14 sesiones y para síntomas caracterológicos de más de 52 sesiones. Sin embargo, tanto en los síntomas crónicos como en los caracterológicos se encontró al menos un 20% de pacientes que presentaron un ritmo atípico de respuesta, logrando cambios clínicamente significativos dentro de las primeras cuatro sesiones.

De esta manera, los autores encontraron que no todas los síntomas respondían de la misma manera; mientras que algunos lo hacían con mayor velocidad, otros grupos sintomáticos requerían más tiempo para cambiar. Para conceptualizar las diferencias en las respuestas, los autores recuperaron el modelo de fases de cambio de Howard, Lueger, Maling y Martinovich (1993). Este modelo establecía que el cambio en psicoterapia seguía un patrón sucesivo y secuencial, en donde primero el paciente tenía una mejoría en el bienestar subjetivo, luego se producían modificaciones a nivel sintomático basal (vinculado a lo que serían síntomas agudos), y por último una mejoría generalizada en el funcionamiento social e interpersonal (asociada a síntomas crónicos y caracterológicos).

Maling, Gurtman y Howard (1995) evaluaron tasas de respuesta a distintas psicoterapias, pero focalizados en modificaciones en los problemas interpersonales de los pacientes (Horowitz, 2004). Si bien el estudio no se dedicó específicamente al análisis de respuestas tempranas, sus resultados muestran que luego de las primeras cuatro sesiones de tratamiento, el 45% de los pacientes presentaron mejorías en problemas interpersonales vinculados a una reducción en el ejercicio excesivo de control hacia otros. En ese mismo lapso de tiempo, un 35% de los pacientes mejoraron en problemas interpersonales asociados a una excesiva separación respecto

de otros y un 25% mejoraron en problemas vinculados a estar extremadamente centrados sobre sí mismo.

Este estudio, que consolidó los hallazgos de Kopta y colaboradores (1994), mostró que un porcentaje de pacientes presentaba altos niveles de mejorías en las primeras sesiones en cuanto al funcionamiento interpersonal, y no solo a nivel sintomático, como se consideraba previamente. Además, permitió identificar diferentes respuestas a la psicoterapia en distintas variables de funcionamiento interpersonal, siendo algunas más sencillas y rápidas de cambiar que otras.

De esta forma, durante las décadas del 80 y 90 se sumaron evidencias empíricas que mostraron que un importante porcentaje de los pacientes presentaban modificaciones relevantes en los primeros encuentros de la terapia y que la mayor proporción del cambio producido en la terapia tenía lugar en las primeras sesiones. Si bien estos estudios mostraron que las respuestas tempranas representaban un porcentaje importante de los cambios producidos en la terapia en su conjunto, investigaciones adicionales y específicas serían necesarias para establecer la capacidad predictiva de las respuestas tempranas respecto de los resultados de la psicoterapia.

### **El vínculo de las respuestas tempranas con los resultados de la terapia**

Luego de observar que gran porcentaje del cambio de los pacientes se producía dentro de las primeras sesiones, algunos estudios se preguntaron si la presencia de respuestas tempranas predecía los resultados al finalizar la terapia.

Uno de los primeros trabajos en esta línea fue el de Fennell y Teasdale (1987), quienes estudiaron respuestas tempranas en TCC (n =17) y tratamientos naturalísticos (*Treatment as usual* [TAU]; n= 14) para pacientes con depresión. En el estudio se observó que en los pacientes de TCC, el cambio producido en sintomatología depresiva (usando el BDI) en las tres sesiones,

correlacionaba significativamente con los niveles de cambio al finalizar el tratamiento. Luego, los autores dividieron a los grupos de pacientes de cada tratamiento en base a las medianas de cambio entre la evaluación inicial y la de la tercera sesión, creando cuatro grupos (TCC respuesta rápida, TCC respuesta lenta, TAU respuesta rápida, TAU respuesta lenta). Los pacientes con respuestas rápidas en TCC, se encontraron significativamente menos deprimidos que los otros tres grupos al finalizar el tratamiento.

Por su parte, Renaud y colaboradores (1998), analizaron respuestas rápidas de pacientes durante las primeras dos sesiones, en tres tipos de tratamientos (TCC, terapia de familia y terapia de apoyo) para adolescentes con depresión. Como criterio para identificar respuestas tempranas, los pacientes debían tener una disminución de al menos el 50% de sus puntajes iniciales en el BDI para la segunda sesión. Un 7.1% de la muestra cumplió este criterio y fueron considerados respondedores tempranos. El 29.2% presentó una mejoría inferior al 50% durante las dos primeras sesiones, siendo catalogados de respondedores intermedios. El 64.6% de la muestra, en cambio, no presentó ninguna modificación positiva, durante esas dos primeras sesiones. Aquellos pacientes que respondieron tempranamente al tratamiento, presentaron mayores niveles de cambio y mejores tasas de remisión de la depresión que los otros dos grupos, en las tres formas de tratamiento. A su vez, los respondedores tempranos tuvieron menores niveles de recaídas y, en caso de presentarse estas, los lapsos sin recaídas de los pacientes fueron más prolongados.

En 1999, Rachman resaltó que la mayor parte de los estudios sobre respuestas tempranas se habían realizado en base al tratamiento de la depresión. El autor señala que en el tratamiento de otras patologías, como los trastornos de ansiedad, sería esperable encontrar otras formas de respuesta, con un efecto más diferido. Es así que el autor enfatizó en la necesidad de una mayor

proliferación de estudios de respuestas tempranas en el tratamiento de otras patologías, y específicamente en el abordaje de trastornos de ansiedad.

En esta línea, Haas y colaboradores (2002) identificaron pacientes, con una diversidad de diagnósticos psicopatológicos, que respondían rápidamente (durante las primeras tres sesiones) a tratamientos en el contexto universitaria de distintos marcos teóricos. Para ello utilizaron modelos regresivos y el cálculo de cambios residuales. De los pacientes que presentaron respuestas tempranas, el 84% obtuvo mejorías confiables y el 46% se recuperó de su condición al terminar la terapia. En contraste, en los que respondieron en forma moderada o lenta, se observaron menores tasas de mejoría (30% y 10%, respectivamente) y menores tasas de recuperación (20% en respondedores moderados y 8% en lentos).

Lackner y colaboradores (2010) analizaron respuestas tempranas en TCC para pacientes con síndrome de colon irritable, observando que el 30% de los pacientes alcanzaron respuestas tempranas en la cuarta sesión de los tratamientos. El 90.5% de los sujetos que tuvieron respuestas rápidas, mantuvieron esas respuestas al terminar la terapia. Mientras que en el grupo que no respondió rápidamente, solo el 36.6% alcanzó una respuesta terapéutica al finalizar el abordaje. A su vez, los que respondieron rápidamente presentaron significativamente menor sintomatología al finalizar el tratamiento, si bien al principio del mismo tenían niveles sintomatológicos más altos.

Aportando evidencias que refutarían el postulado de Rachman (1999), Bradford y colaboradores (2011) encontraron respuestas tempranas en pacientes con trastornos de ansiedad generalizada, tratados con TCC. Sus resultados mostraron que aquellos pacientes que habían respondido al tratamiento a los tres y/o a los quince meses, tenían una magnitud de cambio significativamente más grande dentro del primer mes de tratamiento, que aquellos que no habían

respondido a la terapia. Por otra parte, los niveles de cambio en el primer mes permitieron predecir la curva de mejorías producida entre los 3 y los 15 meses. Aquellos con mayor nivel de cambio en el primer mes presentaron una pendiente mucho más pronunciada de mejoría en ese periodo.

En síntesis, los hallazgos de los estudios citados en este apartado, permitieron posicionar a las respuestas tempranas en los tratamientos como un predictor directo del cambio producido al finalizar la terapia. Aquellos pacientes que mejoraban al principio de las terapias, tenían una probabilidad mayor de alcanzar un éxito terapéutico o un mayor nivel de cambio al finalizar el abordaje. Esto se observó en diferentes cuadros psicopatológicos y en tratamientos de diferentes marcos teóricos, a pesar de que en sus orígenes el estudio de las respuestas tempranas se vio asociado fundamentalmente a TCC para la depresión.

Estas observaciones, respecto del valor de las respuestas tempranas en psicoterapia, contrastaron con los resultados encontrados en otros modelos terapéuticos en salud mental. Por ejemplo, en las intervenciones farmacológicas para el tratamiento de la depresión, las respuestas tempranas han sido consideradas un indicador negativo del pronóstico del paciente, asociadas habitualmente al efecto placebo (Quitkin, Rabkin, Ross y McGrath, 1984; Stewart et al., 1998). De esta forma, el valor de las respuestas tempranas pareciera ser un rasgo distintivo de la psicoterapia, en relación a otras prácticas en salud mental.

Debido a su valor predictivo, en esta tesis doctoral las respuestas tempranas configuran una de las variables dependientes a estudiar en las primeras sesiones de psicoterapia.

### **Mejorías súbitas en el tratamiento**

El artículo publicado por Ilardi y Craighead en 1994, en donde los autores, concluyeron que la mayor parte del cambio se producía en las primeras cuatro semanas de tratamiento, recibió

fuertes críticas conceptuales y metodológicas por parte de Tang y DeRubeis (1999a). Entre sus detracciones, los autores señalaron que Ilardi y Craighead (1994), daban por supuesto que los patrones de evaluación del cambio en los pacientes eran homogéneos. Es decir, que todos los sujetos tendían a mejorar en forma similar a lo largo del proceso. Poniendo a prueba esta hipótesis, Tang y DeRubeis (1999a) realizaron un re-análisis de los datos incluidos en la revisión de Ilardi y Craighead, observando que los patrones de cambio de los sujetos distaban de ser homogéneos, incluso dentro de aquellos que cambiaron tempranamente.

Enfocados en el análisis de trayectorias individuales de cambio, tal como le reclamaban a Ilardi y Craighead (1994), Tang y DeRubeis (1999b) identificaron patrones de cambio valiosos desde el punto de vista clínico y compartidos por muchos pacientes de psicoterapia. Es así que los autores desarrollaron el concepto de mejorías súbitas (*sudden gains*). Las mejorías súbitas eran definidas como cambios sintomatológicos que se producían entre dos sesiones consecutivas, cuya magnitud era mucho mayor a la de las variaciones habituales entre sesiones y que representaban una gran proporción del cambio producido durante todo el tratamiento (Tang y DeRubeis, 1999b). Según sostuvieron Tang y DeRubeis (1999b), estos patrones de cambio se observaban en un alto porcentaje de pacientes deprimidos, tratados con psicoterapia, y podían dar lugar a la identificación de sesiones claves en el tratamiento.

En el estudio en el que presentaron la metodología para el cálculo de las mejorías súbitas, los investigadores analizaron 61 pacientes con depresión mayor tratados mediante una TCC de un mínimo de ocho sesiones y un máximo de 20 (Tang y DeRubeis, 1999b).

Los autores reportaron que las mejorías súbitas se observaron en el 39% de los pacientes de la muestra y que las mismas podían suceder en cualquier momento del tratamiento. No obstante, debido a los criterios metodológicos usados para la identificación de estas mejorías,

aquellas surgidas dentro de las primeras tres sesiones no fueron contempladas. Sin embargo, la mediana de aparición de estas mejorías súbitas se ubicó muy tempranamente en el tratamiento (sesión 5), sugiriendo que al menos la mitad de ellas se desarrollaron antes o durante la quinta sesión del abordaje (Tang y DeRubeis, 1999b).

Los pacientes que experimentaron mejorías súbitas tuvieron resultados significativamente mejores que aquellos que no lo hicieron (Tang y DeRubeis, 1999b). Además, los pacientes con mejorías súbitas tuvieron tasas de recuperación más altas (79%) que aquellos que no las tuvieron (41%). Por último, los autores señalaron que la diferencia en los resultados del tratamiento, entre aquellos que tuvieron o no mejorías súbitas, es virtualmente idéntica al tamaño promedio de las mejorías súbitas. Esto los lleva a afirmar que los cambios producto de estas mejorías abruptas se mantuvieron a lo largo de todo el tratamiento y hasta el final de los mismos.

En réplicas posteriores a este estudio, Tang y colaboradores mostraron que más de la mitad del cambio de los pacientes con depresión a lo largo de todo un abordaje TCC se presentaba en el intervalo entre dos sesiones (Tang, DeRubeis y Beberman, 2005). Además, solo un tercio de aquellos que tenían mejorías súbitas presentaban recaídas dentro de los años posteriores al tratamiento, teniendo un 74% menos de riesgo de sufrir una recaída que los pacientes que no presentaban dichas mejorías abruptas (Tang, DeRubeis, Hollon y Shelton, 2007).

Al igual que los estudios primigenios de respuestas tempranas, el trabajo de Tang y DeRubeis (1999b) se centró en una población muy específica: pacientes deprimidos, tratados con TCC, en el marco de estudios clínicos controlados. Por este motivo, Stiles y colaboradores (2003) estudiaron si la aparición de mejorías súbitas y sus efectos, podían generalizarse a otras formas de terapia, en una variedad de problemáticas psicopatológicas. Con ese fin estudiaron una

muestra de pacientes, tratados en dispositivos terapéuticos naturales, entre los que se incluían tratamientos psicodinámicos, gestálticos, cognitivos e integrativos, entre otros. Los resultados mostraron que las mejorías súbitas también se presentaban en esta variedad de abordajes, pero en un porcentaje inferior al reportado en el trabajo que inauguró esta línea de estudios (Stiles et al., 2003). De los 135 pacientes estudiados, únicamente el 17% presentó criterios de mejorías súbitas dentro de las primeras 16 sesiones de tratamiento. Por otra parte, Stiles y equipo observaron que el cambio producto de las mejorías súbitas en estos pacientes representaban en promedio un 105% del cambio total al finalizar el tratamiento. Es decir, el cambio logrado por los pacientes en esos momentos claves de la terapia, no solo igualó sino que incluso superó a las modificaciones producidas durante todo el abordaje (Stiles et al., 2003).

En un estudio sobre adolescentes con depresión, en tres tipos de tratamientos (TCC, terapias de familia sistémico-conductuales y tratamientos de apoyo no directivos), Gaynor y colaboradores (2003) encontraron que el 39% presentaban estos cambios terapéuticos abruptos. Asimismo, el 82% de aquellos que obtuvieron respuestas tempranas, alcanzó modificaciones clínicamente significativas al final del tratamiento, mientras que en pacientes que no tuvieron ese patrón de respuesta, solo el 53% obtuvo mejorías significativas desde el punto de vista clínico.

Estos estudios aportaron evidencias de que la aparición de mejorías súbitas y su fuerte asociación con los resultados, no solo se circunscribía a tratamientos cognitivo-conductuales para la depresión (Tang y DeRubeis, 1999b), sino que también se observaba en una diversidad de tratamientos de distintos marcos teóricos y heterogeneidad psicopatológica (Stiles et al., 2003), así como en otras franjas etarias, como es el caso del tratamiento de adolescentes (Gaynor et al., 2003).

La metodología para el estudio de las mejorías súbitas fue criticada, ya que su análisis excluía deliberadamente los cambios producidos dentro de las primeras tres sesiones de tratamiento (Busch, Kanter, Landes y Kohlenberg, 2006) y a aquellos pacientes que terminaban tempranamente los abordajes (Lambert, 2005). Estas condiciones impedían integrar las virtudes de esta metodología al estudio de las respuestas tempranas a los abordajes y, por ende, dejaban de lado un porcentaje sustancial del cambio producido en las terapias (Busch et al., 2006). Por otra parte, estas limitaciones no permitían acumular evidencias para testear, desde esta metodología, las propuestas teóricas de Ilardi y Craighead (1994, 1999) acerca del valor de los factores comunes como procesos de cambio temprano en psicoterapia.

Considerando que los estudios de mejorías súbitas podían ser un avance metodológico respecto de los trabajos clásicos de respuestas tempranas, pero conscientes de las limitaciones descritas en el párrafo anterior, Busch y colaboradores (2006) analizaron las mejorías súbitas producidas entre la primera y la segunda sesión, en base a una modificación de los criterios originales. Con este propósito estudiaron una muestra de pacientes deprimidos tratados con TCC.

Los resultados mostraron que el 16% de los pacientes alcanzaron mejorías súbitas entre la primera y la segunda sesión. En esos pacientes, el cambio producido entre la primera y la segunda sesión representaba el 50% del cambio producido durante todo el tratamiento. Además, todos los pacientes que presentaron estas mejorías súbitas tempranas se recuperaron al terminar el tratamiento (Busch et al., 2006). En comparación, en aquellos pacientes que no se encontraron respuesta temprana se recuperó únicamente el 46%.

### **Patrones de respuestas tempranas**

Los estudios originales de respuestas tempranas se establecieron sobre la base del porcentaje de cambio logrado en los primeros encuentros (en relación al logrado durante todo el

tratamiento) o a partir de criterios pre-establecidos como los de significancia clínica, donde se veía si el paciente había mejorado lo suficiente como para superar un punto de corte determinado (Rubel et al., 2015).

Luego del surgimiento de los estudios de mejorías súbitas, que colocaron un mayor énfasis en el análisis del cambio individual y, especialmente, de su trayectoria, empezaron a surgir estudios dedicados a analizar los patrones de evolución sintomática en las primeras sesiones, identificando así, patrones de respuestas rápidas a los tratamientos.

Estos estudios se basaron, fundamentalmente, en el uso de distintas variantes de los modelos lineales mixtos, como es el caso de los modelos lineales jerárquicos (Tabachnick y Fidell, 2013) y los modelos mixtos de crecimiento (GMM por su sigla en inglés; Nagin y Odgers, 2010) que permiten analizar datos incluso cuando se viola el supuesto de independencia de las observaciones, y donde fenómenos de correlación entre los residuos, debido a auto-correlaciones de las mediciones, son esperables. Dicha cualidad los vuelve especialmente útiles para identificar patrones en medidas repetidas de una variable.

Hayes, Laurenceau, Feldman, Strauss y Cardaciotto (2007), usando modelos lineales jerárquicos, encontraron un patrón discontinuo de cambio, diferente al de las mejorías súbitas, que denominaron *pico de depresión (depression spike)*. Los autores observaron que un importante porcentaje de pacientes deprimidos tenían, efectivamente, respuestas tempranas en las sesiones iniciales. Sin embargo, también descubrieron que en algunos de esos pacientes, surgía una intensificación sintomatológica más adelante en el tratamiento, correspondiente con la fase de exposición, que posteriormente derivaba en nueva reducción en su sintomatología al final del tratamiento. Ambos patrones, los de respuestas tempranas y picos de depresión, predijeron

mejores resultados en dicho estudio: los primeros se vieron asociados a mayores niveles de esperanza y los segundos a un mayor procesamiento cognitivo.

En una muestra de 1129 pacientes de tratamientos psicoterapéuticos naturalísticos, Rubel y colaboradores (2013) analizaron los diferentes patrones de progreso, producidos durante las primeras seis sesiones. Los autores observaron que, comparados con el resto de los pacientes, aquellos que alcanzaban progresos sustanciales a partir de la primera sesión y que su grado de progreso se mantenía o incrementaba en las primeras cinco sesiones, obtenían mayores beneficios de los tratamientos con dosis menores de terapia, que el resto de los pacientes.

Lutz y colaboradores (2014), usando análisis de GMM en pacientes tratados con TCC para trastornos de pánico, identificaron cuatro trayectorias de cambio durante las primeras cinco sesiones: a) Respuestas tempranas; b) Cambio lento; c) Ausencia de cambio; y d) Deterioro. Los pacientes con respuestas tempranas (constituían un 20.2% de la muestra total) obtuvieron los mejores resultados del tratamiento. Por otra parte, el tamaño de efecto al final de la terapia en pacientes que presentaron respuestas tempranas, fue el doble comparado con los otros grupos.

Rubel y colaboradores (2015), estudiaron respuestas tempranas en una nueva muestra compuesta por 5484 pacientes tratados en 26 centros asistenciales de psicoterapia. A partir del análisis de GMM, los autores encontraron cuatro patrones de cambio en las primeras tres sesiones: respuestas rápidas (7.2%), respuestas lentas con alto nivel inicial de padecimiento (27.7%), respuestas lentas con bajo nivel inicial de padecimiento (62.7%) y deterioro temprano (2.4%).

A pesar de que la cantidad de pacientes con respuestas rápidas, representó un porcentaje minoritario en este estudio, aquellos que manifestaron dicha trayectoria de cambio inicial, tuvieron una probabilidad sustancialmente mayor de obtener una mejoría relevante al finalizar la

terapia. Mientras que en el grupo de pacientes con respuestas tempranas el 92.7% obtuvo mejorías confiables y el 65.2% cambios clínicamente significativos al concluir el tratamiento, en la muestra total solo el 35% alcanzó un cambio confiable y el 16% un cambio significativo desde una perspectiva clínica.

A modo de síntesis, el estado del arte en la materia nos muestra que, si bien la literatura en investigaciones en patrones de respuestas tempranas es muy reciente, ha tenido una gran proliferación e impacto en los últimos años. Esto se debe a las importantes implicancias que estos diseños tienen para la investigación, la clínica y la teoría, por permitir un análisis individual de la evolución de los pacientes, favoreciendo un entendimiento mayor acerca de cómo, cuándo y por qué, se genera el cambio en psicoterapia (Hayes et al., 2007).

### **Variables del paciente y de la psicoterapia asociadas a las respuestas tempranas**

Considerando que aquellos pacientes que mejoraban tempranamente tendían a obtener mejores resultados en los tratamientos, algunas líneas de investigación en clínica psicoterapéutica se focalizaron en estudiar características de los pacientes o variables de la terapia, que podían asociarse a la aparición de estas respuestas tempranas. Dicha información podría ayudar a diseñar tratamientos orientados a la búsqueda de respuestas rápidas y, por carácter transitivo, a lograr mejores resultados y un uso más optimizado de los recursos terapéuticos.

**Problemas interpersonales de los pacientes y respuestas tempranas.** Puesto que las mejorías tempranas ocurren en muchas oportunidades antes de que se introduzcan intervenciones específicas de los tratamientos que se conducen, algunos autores han sugerido que dichas acciones podrían tener un rol secundario en la aparición de estos cambios (Ilardi y Craighead, 1994, 1999). Por ende, los pacientes que cambian rápidamente en los tratamientos podrían ser

sujetos con cualidades específicas que favorecían dichas mejorías, como ser más resilientes o estar más preparados y/o motivados para el tratamiento (Lambert, 2005). Dentro de las características de los pacientes, sus problemas interpersonales al principio de la terapia, han sido una de las más exploradas al analizar su vínculo con los cambios rápidos (Beretta et al., 2005; Comminos y Grenyer, 2007). Estas investigaciones han mostrado algunas asociaciones entre las dificultades relacionales de los pacientes y la probabilidad de que cambien tempranamente en terapia, aunque en algunos casos los resultados a los que arribaron fueron inconsistentes y contrapuestos. En el Capítulo 1 de esta tesis se han detallado los resultados de estas investigaciones, explorando el vínculo entre los problemas interpersonales de los pacientes y las respuestas tempranas.

**Intervenciones y respuestas tempranas.** Debido a la presunción de que el principal factor de cambio en psicoterapia son las intervenciones realizadas por los terapeutas en sesión (Barber, 2009), una de las líneas de investigación para entender la emergencia de las respuestas tempranas, se ha dedicado a estudiar el rol de las técnicas de los terapeutas en estos procesos. Sin embargo, ha habido escasas investigaciones empíricas, con resultados poco concluyentes en la materia (Connolly et al., 1999; DeRubeis y Feeley, 1990), a pesar los nutridos debates teóricos sobre el rol de las intervenciones en el cambio temprano (Ilardi y Craighead, 1994; Tang y DeRubeis, 1999a).

En el Capítulo 2 de esta tesis se presentó el panorama detallado de investigaciones en la materia y los debates principales al respecto.

### **Síntesis del capítulo**

Luego de un largo periodo en la historia de la investigación en psicoterapia, dominado por una concepción del cambio terapéutico como un proceso lineal y acumulativo, en las últimas

décadas se han empezado a conceptualizar a las mejorías terapéuticas como un proceso de evolución que podría ser discontinuo. En este marco, han surgido estudios que evaluaron el cambio en distintos momentos de la terapia, siendo una de las líneas de investigación más fuerte aquella focalizada en estudiar las respuestas en las primeras sesiones de terapia. De esta manera, ha habido una proliferación de investigaciones centradas en estudiar los cambios producidos en las primeras sesiones, y establecer de qué modo este fenómeno se vinculaba con el desenlace final de la psicoterapia y con variables (tanto del proceso como de los participantes) que podían facilitar o limitar la emergencia de estos logros terapéuticos tempranos.

Con el paso de los años y la acumulación de evidencia empírica, las formas de operacionalizar el fenómeno de las respuestas tempranas y las estrategias metodológicas para estudiarlas fueron modificándose, adquiriendo un grado progresivo de complejidad y sofisticación. En un primer momento, se evaluaba qué porcentaje del cambio total producido en una psicoterapia se lograba en las primeras sesiones o qué porcentaje de pacientes alcanzaban cambios significativos en ese periodo. Progresivamente, las investigaciones viraron hacia el estudio de los vínculos entre el cambio temprano y los resultados de la terapia. Estudios más contemporáneos se dedicaron a analizar las trayectorias individuales de evolución en medidas de resultados al comienzo de la terapia, utilizando metodologías estadísticas específicas para este fin y buscando identificar distintos patrones de mejorías tempranas.

En resumen, las distintas líneas de investigación, independientemente de sus variaciones metodológicas, coincidieron en destacar a las respuestas tempranas como un fenómeno que acontecía en un porcentaje sustancial de los pacientes y que tenía una importante capacidad predictiva de los resultados de los tratamientos.

Demostrada la relevancia de las respuestas tempranas, los desarrollos teóricos y las investigaciones empíricas se dedicaron a analizar qué características de los pacientes o elementos del proceso podían facilitarlas.

Esta tesis busca realizar un aporte en esa dirección, identificando variables que permitan realizar adecuaciones técnicas en la psicoterapia para mejorar sus efectos tempranos, y por ende, sus resultados globales.

Los problemas interpersonales de los pacientes, al comienzo de la terapia, ha sido una de las variables que reflejan, en el estado del arte, una asociación con las respuestas tempranas.

En la investigación de esta tesis doctoral, se buscará continuar aportando evidencias respecto del efecto de los problemas interpersonales sobre las respuestas tempranas, analizando su función como una variable pronóstica.

Los estudios sobre variables del proceso asociadas a respuestas rápidas, han sido menos prolíficos en cantidad y sus resultados, a la vez, menos contundentes. La mayoría de los estudios al respecto fueron desarrollos teóricos acerca del rol de factores comunes o específicos y se encuentran algunos pocos trabajos empíricos en la materia.

En un esfuerzo por arrojar mayor luz sobre el vínculo del proceso terapéutico inicial y las respuestas tempranas, esta tesis doctoral, buscará analizar si las intervenciones realizadas en las primeras sesiones por los terapeutas (tanto específicas como comunes) se vinculan con los cambios tempranos de los pacientes.

Asimismo, en la investigación que sustenta esta tesis se intentará analizar el efecto conjunto de las características interpersonales de los pacientes y las intervenciones de los terapeutas, con el objetivo de crear evidencia que sugiera el uso de determinadas intervenciones

en pacientes con ciertas características para mejorar las probabilidades del surgimiento de respuestas tempranas.

## Capítulo 4. La negociación de la alianza en psicoterapia

### Introducción

Como un derivado natural de los estudios que se dedicaron a demostrar la eficacia de la psicoterapia, en la investigación clínica surgió la necesidad de analizar cuáles eran los componentes de los tratamientos vinculados a sus resultados, desarrollándose los estudios de proceso-resultados (Wampold y Imel, 2015). Del conjunto de variables exploradas en estos trabajos, la alianza terapéutica, entendida habitualmente como la relación de colaboración entre terapeuta y paciente, orientada a producir efectos en estos, ha sido históricamente la que más estudios empíricos ha tenido (Castonguay et al., 2006), posicionándose a partir de diversos meta-análisis como un predictor robusto de los resultados de la terapia (Horvath y Bedi, 2002; Horvath et al., 2011; Horvath y Symonds, 1991; Martin, Garske y Davis, 2000), independientemente de las modalidades de tratamiento estudiadas, los diseños de investigación utilizados y las medidas de resultado aplicadas (Flückiger, Del Re, Wampold, Symonds y Horvath, 2011).

Sin embargo, a lo largo de los años se ha creado un debate muy nutrido, con distintas posturas respecto de cuál es la naturaleza de la alianza terapéutica (Bordin, 1979; Hatcher y Barends, 2006; Horvath y Bedi, 2002; Safran y Muran, 2006) y cuál es el mecanismo de acción que subyace a su vínculo con los resultados (Barber, 2009; DeRubeis y Feeley, 1990). Más allá de estas divergencias teóricas, las diferentes corrientes le otorgan un rol importante a la alianza (si bien con distintos grados de valoración) en el proceso psicoterapéutico (Wampold, 2010).

En este capítulo primero se describirá el derrotero teórico hacia el surgimiento de la noción de alianza terapéutica. Luego, se presentarán diferentes posiciones respecto de cómo ha sido conceptualizada la alianza. Y finalmente, se resumirán algunas posiciones acerca del

vínculo de la alianza terapéutica con otras variables del proceso psicoterapéutico y con sus resultados.

La importancia de la exploración del concepto de alianza, radica en el hecho de que constituye una de las variables de estudio en esta tesis doctoral. Teniendo en cuenta el vínculo de la alianza con los resultados de la terapia, en esta tesis se analizará el efecto de variables del paciente y del proceso terapéutico sobre la alianza temprana, con la intención de aportar evidencias que permitan mejorar los procesos terapéuticos, y por añadidura, los resultados a los que arriban.

### **El surgimiento de la noción de alianza terapéutica.**

Diversos autores coinciden en ubicar los primeros antecedentes del concepto de alianza terapéutica en los desarrollos freudianos sobre la transferencia. Para el creador del psicoanálisis, los fenómenos transferenciales, entendidos como investiduras libidinales inconscientes depositadas sobre la figura del terapeuta, ocupaban un lugar esencial en el tratamiento.

**Las raíces freudianas de la noción de alianza.** Freud (1912), en su texto *Sobre la dinámica de la transferencia*, ubicó tres componentes que integraban los fenómenos transferenciales: la transferencia negativa, caracterizada por sentimientos hostiles, la transferencia positiva de mociones eróticas inconscientes y la transferencia positiva de sentimientos tiernos y amistosos. Los dos primeros los consideró formas de resistencia que debían ser canceladas haciéndolas conscientes, para poder avanzar en el tratamiento. Mientras que los sentimientos tiernos y amistosos, susceptibles de conciencia, no solo no obstruían el tratamiento sino que incluso, para Freud, eran “en el psicoanálisis, al igual que en los otros métodos de tratamiento, el portador del éxito” (Freud, 1912, p.103).

**Antecedentes psicoanalíticos post-freudianos.** Los trabajos del psicoanalista Richard Sterba (1934, 1940) representan otro antecedente fundacional para los desarrollos sobre alianza terapéutica. En sus escritos postuló que el analista, mediante sus interpretaciones transferenciales, buscaba diferenciar los aspectos del yo del paciente centrados en la percepción y afrontamiento de la realidad de aquellos que se encuentran ocupados en la supresión de los deseos inconscientes y su expulsión de la conciencia (Sterba, 1934, 1940). A partir de esa disociación terapéutica en el paciente, el terapeuta podía construir “una *alianza con el yo* del paciente contra las fuerzas poderosas de los instintos y la represión” (Sterba, 1934 p. 120). Para que la disociación fuera posible, el paciente debía lograr un fortalecimiento transitorio de su yo, mediante una identificación con el terapeuta. Esta identificación con el profesional surgía debido a su ofrecimiento de asistencia hacia el paciente para sobrellevar la situación que lo aquejaba, del llamado a que el paciente cooperase con él para mejorar su situación y de las observaciones e interpretaciones desprejuiciadas del clínico (Sterba, 1940). Sterba señaló que uno de los principales impulsores de esa identificación era el uso expresiones por parte del profesional que incluyeran el término “nosotros” (por ejemplo, “nosotros vamos a trabajar en terapia buscando que mejores tu situación”), al referirse a las tareas del tratamiento (Sterba, 1934). Para el teórico del psicoanálisis, esta identificación del paciente con el terapeuta era una condición *sine qua non* para el desarrollo adecuado de un tratamiento analítico (Sterba, 1940, p. 372).

El psicoanalista austríaco Fenichel (1941) realizó también un aporte significativo para el desarrollo del concepto de alianza, al identificar lo que él denominó como una *transferencia racional*. A diferencia de la transferencia irracional que incluiría sentimientos positivos y/o negativos que funcionan como una resistencia al análisis, la transferencia racional implicaría una

forma de transferencia positiva, facilitadora del proceso analítico, que por un largo periodo del tratamiento puede servir para superar las resistencias del análisis.

**El concepto de alianza y sus variaciones.** Algunos años después de estos desarrollos, es la psicoanalista Elizabeth Zetzel (1956) la que introduce por primera vez el concepto de *alianza terapéutica*. Sobre la base de los antecedentes recién descritos, la psicoanalista señaló la existencia de una relación positiva que le permitía al paciente, desde las partes sanas de su yo, trabajar con el terapeuta en las actividades del análisis. Este aspecto de la relación, denominada alianza terapéutica, se diferenciaba de la neurosis de transferencia, ya que no estaba caracterizada por una formación de compromiso (Zetzel, 1956). Por otro lado, en contraste con la neurosis de transferencia, no implicaba una resistencia para el tratamiento. Zetzel (1956) postuló que la posibilidad de que el tratamiento analítico fuera exitoso dependía directamente de la capacidad de establecer una alianza terapéutica. No obstante, Zetzel (1956) aclaró que para poder establecer una alianza terapéutica, se requería de un mínimo de fortaleza yoica, que no todos los pacientes tenían antes de empezar un tratamiento.

Siguiendo dentro del marco psicoanalítico, los trabajos del psiquiatra Ralph Greenson (1965, 1967) tuvieron una gran influencia en la forma de conceptualizar la alianza. Greenson (1965) propuso utilizar el concepto de *alianza de trabajo* para denominar el aspecto racional y no neurótico de la relación del paciente con el terapeuta. Si bien afirmó que la noción de alianza de trabajo incluía a los sentimientos razonables del paciente hacia su terapeuta, sostuvo que el aspecto central de la alianza era la capacidad del paciente para realizar los procedimientos que requiere el análisis (Greenson, 1965). Esta condición se manifestaba clínicamente mediante el deseo del paciente de realizar las tareas que proponía el terapeuta y su buena predisposición para trabajar en análisis, a partir de una identificación parcial y temporal con las actitudes y métodos

del terapeuta en sesión (Greenson, 1967). Por ello, Greenson (1965) prefirió utilizar el término alianza de trabajo, ya que a diferencia de otras nociones, como las de alianza terapéutica o transferencia racional, hacía foco en el trabajo terapéutico.

El autor consideraba que los principales determinantes de la alianza eran la motivación del paciente para mejorar, su actitud cooperativa y su capacidad para realizar las tareas que el terapeuta proponía (Greenson, 1965). Sostuvo, además, que tanto el terapeuta como el encuadre de tratamiento, contribuían fuertemente a su constitución, a partir de interpretaciones y una actitud empática y desprejuiciada (Greenson, 1967).

Más allá de la diferencia en el foco de sus definiciones, Greenson (1965) concordaba con Zetzel (1956), en que la alianza era un fenómeno esencial para los tratamientos psicoanalíticos, al mismo nivel que la neurosis de transferencia. Ya que para poder analizar a la neurosis de transferencia, mediante el recurso técnico de la interpretación, era necesaria la existencia de una alianza de trabajo suficientemente sólida (Greenson, 1967). De esta forma, aclara Greenson (1967), que la alianza no era un procedimiento técnico en sí mismo ni un proceso terapéutico de cambio, sino un componente necesario para que ambos operen en un análisis (Greenson, 1967).

En desarrollos posteriores, Greenson (1971) remarcó la existencia de otro fenómeno relacional que consideró de vital relevancia para el proceso psicoanalítico: la *relación real* entre paciente y terapeuta. Diferenció esa relación real de las reacciones transferenciales, en tanto estas últimas eran repeticiones indiscriminadas del pasado que tendían a distorsionar e ignorar la realidad, mientras que la relación real estaba constituida por aquellos aspectos en donde paciente y terapeuta son genuinos, no artificiales, realistas y no fantasiosos.

Si bien la alianza de trabajo, otro componente de la relación, era fundamentalmente un elemento realista, por momentos podía contener, según el autor, características artificiales.

Greenson (1971) ejemplifica el caso de un terapeuta que tiene fuertes sentimientos contra-transferenciales hacia un paciente y, en vez de reaccionar a partir de ellos, decide tener una actitud diferente a los fines terapéuticos. A pesar de considerar que son dos constructos que describen eventos distintos, Greenson sugirió que el núcleo principal y más estable de la alianza de trabajo estaba constituido por la relación real del paciente con su terapeuta.

### **Definiciones trans-teóricas de la alianza**

Hasta finales de la década del 70' los desarrollos y conceptualizaciones de la alianza terapéutica tenían lugar exclusivamente en teorizaciones psicoanalíticas, asumiéndose como un elemento específico de esos tratamientos (Horvath y Bedi, 2002). No obstante, durante esa década empezaron a surgir los primeros esfuerzos por crear nociones de alianza que pudieran utilizarse para comprender aspectos relacionales, en juego en tratamientos de diferentes marcos teóricos.

**El valor de la relación terapéutica en otros marcos teóricos.** En forma paralela a los desarrollos sobre alianza en el marco psicoanalítico, otras propuestas terapéuticas resaltaron el valor de aspectos vinculares en el proceso terapéutico y sus resultados. Dentro de esta tendencia, se ubicaron los desarrollos de Carl Rogers (1966) quien otorgaba un papel elemental a la relación que construían paciente y terapeuta. En los modelos de *psicoterapia centrados en el cliente* era fundamental el respeto, la aceptación y la confianza total del terapeuta en la capacidad del paciente para resolver sus dificultades. Esta aceptación del terapeuta hacia el paciente, le permitiría al que consulta aceptarse a sí mismo y, luego, a los demás (Rogers, 1966). La cooperación entre paciente y terapeuta, para este modelo, jugaba un papel elemental en el proceso de la psicoterapia. Asimismo, para alcanzar el éxito terapéutico era indispensable la creación en la diada de una visión compartida respecto del mundo, de la problemática del

paciente y de la relación terapéutica, mediante un ejercicio empático por parte del terapeuta para percibir la realidad tal y como la percibía el paciente (Rogers, 1966).

Del mismo modo, Beck et al. (1979) en su libro sobre terapia cognitiva para la depresión, resaltaron la importancia de la relación terapéutica en estos abordajes, dedicándole un capítulo entero a sus implicancias en la clínica. El terapeuta cognitivo, al igual que los profesionales que ejercen otro tipo de terapias, realizaba sus intervenciones en un contexto interpersonal (Beck et al., 1979). La manera en que aplicaba dichas técnicas y la relación terapéutica establecida se influirían mutuamente en el proceso. Los autores sostuvieron, en ese trabajo pionero, que la terapia cognitiva requería del mismo contexto y clima facilitador descrito en los abordajes psicodinámicos (Beck et al., 1979).

**La conceptualización de la alianza de Lester Luborsky.** En el año 1976, Lester Luborsky propuso el constructo de *alianza de asistencia*, también conocido como alianza de ayuda (*Helping Alliance*, en inglés). Según su comprensión del evento, la alianza estaría integrada por dos fases. La fase Tipo I, centrada en la forma en la que el paciente percibe al terapeuta, describía las creencias del paciente acerca de que el terapeuta era una persona que lo apoyaba y buscaba ayudarlo en su condición. La fase Tipo II, vinculada a la percepción del proceso terapéutico, estaba constituida por la sensación de que paciente y terapeuta trabajaban conjuntamente para resolver la problemática del paciente.

Si bien al momento de conceptualizar la alianza, Luborsky supone una concepción del proceso terapéutico con una clara impronta psicoanalítica (Horvath y Bedi, 2002), hecho esperable debido a que el autor es considerado uno de los principales referentes históricos de la psicoterapia psicodinámica, su descripción de la alianza como un componente de la terapia fue lo

suficientemente genérica como para empezar a ser utilizada por otros marcos teóricos (Horvath y Bedi, 2002; Luborsky, 1994).

**La definición pan-teórica de la alianza de Edward Bordin.** Hacia el año 1979, Bordin publicó un artículo en el que proponía explícitamente una definición pan-teórica del constructo de alianza, que iba a permitir generalizar este fenómeno y sus eventuales consecuencias a toda modalidad psicoterapéutica, independientemente de su marco de referencia. El propio Bordin (1979) sostuvo que este viraje podría representar un valioso aporte a la integración en psicoterapia y la investigación en este campo.

Bordin (1979) estableció cuatro proposiciones para enmarcar su desarrollo: (a) todas las psicoterapias involucraban una alianza terapéutica, pero se diferenciaban en base al tipo de alianza que necesitaban; (b) la alianza terapéutica explicaba parcialmente – si no totalmente – el nivel de cambio que se producía en una terapia; (c) Los diferentes marcos variaban de acuerdo a lo que exigían y esperaban del paciente y el terapeuta; y (d) la fuerza de la alianza surgía a partir del grado de ajuste entre lo que exigía un tipo de terapia y las características del paciente y terapeuta.

Sintetizando y fusionando distintas conceptualizaciones que existían hasta entonces, ya citadas (Greenson, 1965; Sterba, 1934; Zetzel, 1956), en un solo modelo, Bordin planteó una definición de la alianza integrada por tres componentes: el acuerdo mutuo entre paciente y terapeuta respecto de los objetivos de la terapia, el acuerdo entre los participantes respecto de las tareas a realizar en la terapia y el desarrollo de un vínculo afectivo entre ambos (Bordin, 1979). La colaboración entre paciente y terapeuta orientada hacia el cambio, producto de su acuerdo en las tareas y objetivos de trabajo y del vínculo afectivo entre ellos, constituiría el fenómeno de la alianza terapéutica (Bordin, 1979, 1983). Si bien estos tres elementos estarían presentes,

desempeñando un rol importante, en todas las terapias, variarían en su comportamiento según el modelo teórico del tratamiento que se aplicaba (Bordin, 1979).

Como señaló Bordin (1979), los terapeutas de distintos marcos se diferenciaban en la importancia que le atribuían a distintos objetivos o en el tipo de objetivos en el que estaban dispuestos a colaborar con sus pacientes para lograrlos. Un consenso mínimo entre paciente y terapeuta respecto de estos objetivos, variables según el marco teórico de tratamiento, sería un requisito indispensable para poder alcanzarlos (Bordin, 1983). De igual manera, los distintos abordajes proponían diferentes tareas que el paciente y el terapeuta debían desarrollar en terapia (Bordin, 1979), aunque eran los terapeutas los que proponían la forma específica de dichos procedimientos, adaptando el repertorio de actividades posibles a su estilo personal (Bordin, 1983). La fortaleza de la alianza, en este caso, era el resultado del grado en el que el paciente podía comprometerse con estas tareas, en base a la conexión de estas acciones con sus objetivos y en cómo esas actividades se ajustaban a sus posibilidades de desarrollarlas (Bordin, 1983).

Finalmente, paciente y terapeuta requerían de un vínculo afectivo que les permitiese desarrollar la empresa psicoterapéutica. En una primera etapa, Bordin consideraba que los objetivos y tareas que se formulaban en el tratamiento de cada marco impactarían, a su vez, sobre el tipo de vínculo que desarrollan los participantes. Por ende, la calidad del vínculo afectivo que debían desarrollar los participantes, variaría en función del tratamiento y de los objetivos y tareas que éste conllevaba (Bordin, 1979). Algunos años después, el autor se retracta de esta idea, sugiriendo que el vínculo afectivo necesario tenía la misma forma en todos los tratamientos, constituyendo un verdadero factor común a todas las terapias (Bordin, 1983). Ese vínculo se caracterizaría por sentimientos compartidos de agrado, cuidado y confianza hacia el otro, por parte de los participantes de la díada.

Al momento de establecer cuáles serían los principales contribuyentes a la alianza terapéutica, Bordin (1979) hizo hincapié en las características de los pacientes y los terapeutas, así como en su posible complementariedad. La predisposición de un paciente, por sus características, a aceptar un objetivo determinado, podría facilitar su colaboración en el trabajo hacia aquel objetivo promovido por un determinado tipo de tratamiento. A su vez, los pacientes podrían tener diferentes disposiciones según sus características y su carácter, en cuanto a las tareas propuestas por los distintos marcos teóricos, afectando la colaboración en terapia. Del mismo modo, podrían existir tendencias que facilitarían el desarrollo de un buen vínculo, como el hecho de que el paciente fuera una persona con mayor esperanza o confianza.

Sin embargo, el mismo Bordin plantea que estas condiciones no eran necesariamente fijas y que podían ser sensibles a las reacciones del terapeuta frente a estas condiciones previas y sus consecuencias (Bordin, 1979).

Bordin (1979) concluye que la complementariedad (*matching*) entre las personalidades del paciente y el terapeuta, dependerán de las demandas de alianza específica que plantea cada tratamiento (los objetivos que buscan y las tareas que prescriben).

Finalmente, Bordin hipotetizó que la fortaleza de la alianza se vinculaba más con la eficacia de los tratamientos que los factores específicos de cada marco teórico, aceptando que al momento no existían evidencias empíricas suficientes para corroborar dicha hipótesis (Bordin, 1979). Años después aclaró que asociar la eficacia de los tratamientos exclusivamente a la fortaleza de la alianza implicaría una sobre simplificación del fenómeno. Como alternativa, sostuvo que el nivel de cambio de un paciente se basaba en el desarrollo de una alianza sólida pero también en la reparación de la alianza cuando esta sufría alteraciones (Bordin, 1983). La presente tesis doctoral, se enfoca justamente en el estudio de componentes del proceso y

características del paciente que podrían favorecer una adecuada reparación y negociación de la alianza terapéutica.

Bordin (1983) afirmó que los patrones disfuncionales de pensamiento, acción y emoción, que afectaban a las personas en su vida cotidiana y los llevaban a consultar con un terapeuta, necesariamente iban a manifestarse en la colaboración del trabajo terapéutico, representando un potencial obstáculo para la terapia. En la medida en que la díada pudiera superar estas dificultades, no solo le permitiría seguir trabajando colaborativamente, sino que también le aportaría al paciente nuevas formas de pensamientos, sentimientos y acciones, más saludables. Estos cambios producidos mediante una reparación de problemas en la alianza, podrían luego trascender a la relación terapéutica y generalizarse a otros contextos de la vida cotidiana del paciente. A esa altura de sus desarrollos, Bordin llegó a la conclusión de que la construcción y reparación de la alianza de trabajo no solo facilita la aceptación del tratamiento psicoterapéutico, sino que “ese proceso de construcción y reparación *es* el tratamiento” (Bordin, 1983, p.36).

### **Desarrollos teóricos posteriores a la definición pan-teórica de Bordin**

**La definición multidimensional de la alianza de Louise Gaston.** En 1990, Louise Gaston realizó una revisión de los trabajos teóricos y empíricos sobre alianza terapéutica escritos hasta ese momento, tratando de elucidar los componentes principales que integraban el constructo. En su artículo, señaló que el concepto de alianza de trabajo, derivado de las obras de Sterba (1934) y Greenson (1965, 1967) y la noción de alianza terapéutica, introducida por Zetzel (1956), daban cuenta de dos formas de definir a la colaboración del paciente en la terapia, que representarían dos dimensiones del constructo global de alianza, diferenciados pero no independientes (Gaston, 1990). La alianza terapéutica señalaría la faceta más afectiva de la colaboración del paciente orientada a la figura del terapeuta, mientras que la alianza de trabajo se

asociaría a las capacidades del paciente para trabajar con compromiso en las tareas de la terapia (Gaston, 1990). Sumados a estos dos componentes, Gaston propone otros dos adicionales, desarrollando así su definición multidimensional de la alianza: (i) por un lado, el compromiso y comprensión empática del terapeuta, que junto con la alianza de trabajo y alianza terapéutica, según la autora, serían tres componentes de la alianza especialmente relevantes en las terapias dinámicas y centradas en el paciente; (ii) por otro lado, el acuerdo de paciente y terapeuta respecto de las tareas y objetivos de la terapia, que Gastón describió como particularmente valioso en las terapias eclécticas.

Como se puede observar, las dimensiones identificadas por Bordin (1979) se encuentran incluidas en el desarrollo de Gaston. El vínculo entre paciente y terapeuta representaba el componente más afectivo de la alianza, bajo la noción de alianza terapéutica. Mientras que el acuerdo de objetivos y metas, dos dimensiones diferentes para Bordin, formarían parte de un solo componente, de naturaleza cognitiva, focalizada en las congruencias al nivel de las creencias del paciente y terapeuta respecto de cómo el paciente puede estar mejor (Gaston, 1990). Es así, que la propuesta de Gaston, puede pensarse como un intento de reordenamiento y enriquecimiento del desarrollo de Bordin, manteniendo una de sus dimensiones, fusionando las dos restantes en un componente, e incluyendo dos nuevos aspectos de la relación al constructo de alianza: las capacidades del paciente para trabajar con compromiso en las tareas de la terapia y el compromiso empático y comprensión del terapeuta.

**El concepto de relación real de Gelso y Carter.** Gelso y Carter (1994), recuperando los desarrollos psicoanalíticos tempranos de Greenson (1967), señalaron que la relación terapéutica estaría integrada por tres aspectos. Además de la alianza de trabajo, la relación se vería conformada por la configuración transferencial y por la *relación real* entre paciente y terapeuta.

Estos tres componentes no serían exclusivos de los abordajes psicoanalíticos, sino que se presentarían en todas las formas de psicoterapia. Sin embargo, la importancia de cada uno de estos componentes variaba, según Gelso y Carter, en función de la visión del terapeuta y del marco de referencia en que se inscribe el tratamiento. Por otra parte, la forma particular que toman los tres componentes en cada caso, surgía a partir de la contribución conjunta del terapeuta y paciente a su relación.

No obstante, los autores consideraban que de los tres elementos, la alianza terapéutica era el más importante para pronosticar si la terapia se podría desarrollar adecuadamente y si sus resultados serían los esperados (Gelso y Carter, 1994). A la alianza la conceptualizaban como una “unión entre las partes razonables del yo o el *self* del paciente y el terapeuta” (Gelso y Carter, 1994, p. 297), para desarrollar el trabajo de la psicoterapia. En línea con los desarrollos de Bordin (1979, 1983) consideraban que la fortaleza de la alianza configuraba y se veía configurada por el grado de acuerdo en objetivos y metas, y el vínculo emocional entre los participantes. Si bien la alianza terapéutica podía relacionarse con los fenómenos transferenciales y con la relación real, presentando influencias mutuas, Gelso y Carter (1994) consideraban que la alianza tenía un espacio de independencia tanto de la relación real como de los fenómenos transferenciales. Esa autonomía, que denominaron *mandato de la alianza de trabajo*, surgía por el hecho de que la alianza se constituía a partir del propósito de trabajar en conjunto en la terapia. Independientemente de la transferencia y la relación real, los participantes tendrían expectativas específicas de acciones y roles de cada uno, por el mero acto de participar de una terapia. Este mandato, conformado por las expectativas del paciente y terapeuta, sería para Gelso y Carter (1994), aquello que definía a la alianza de trabajo y a su fortaleza durante el tratamiento.

**Visiones contemporáneas sobre la alianza.** Hacia el año 2002, Horvath y Bedi realizaron una nueva síntesis conceptual y empírica de los desarrollos realizados hasta el momento en alianza terapéutica. Frente a tantas nomenclaturas distintas (alianza terapéutica, alianza de trabajo, alianza de asistencia, entre otras), los autores deciden hablar de alianza, en términos genéricos, como una forma de englobar bajo un mismo concepto todas las teorizaciones e investigaciones existentes hasta ese tiempo.

Los autores afirmaron que la cualidad más saliente e importante del concepto de alianza, presente en las principales conceptualizaciones desde el desarrollo de Bordin (1979, 1983) hasta ese momento, era el valor atribuido a los aspectos colaborativos y consensuales de la relación. Siguiendo esta línea argumental, Horvath y Bedi propusieron una definición de alianza que buscaba integrar las ideas originales de Bordin con las visiones generalizadas en el campo de la clínica: “la alianza se refiere a la calidad y la fortaleza de la relación de colaboración entre el paciente y el terapeuta” (Horvath y Bedi, 2002, p.41). Los autores afirmaron que esta noción incluía la existencia de un vínculo afectivo positivo entre los participantes, caracterizado por sentimientos de confianza, agrado mutuo y respeto, entre otros. Pero además, la alianza estaba integrada por lo que los autores denominaron “el aspecto más cognitivo de la relación” (Horvath y Bedi, 2002, p.41): un consenso respecto de los objetivos de la terapia y un mutuo compromiso de trabajar conjuntamente para alcanzarlos, así como un sentido de responsabilidad de que cada uno iba a realizar las tareas que eran apropiadas a esos fines. La alianza, sostienen los autores, representaba un aspecto consciente e intencional de la relación, a pesar de que pueda tener múltiples determinantes, entre ellos las experiencias tempranas de los participantes (Horvath y Bedi, 2002).

Por su parte, Hatcher y Barends (1996) realizaron un análisis factorial exploratorio de las respuestas a ítems de tres de las medidas más difundidas de alianza: el Inventario de Alianza de Trabajo (WAI, por su sigla en inglés, Horvath y Greenberg, 1989), la Escala de Alianza Psicoterapéutica de California (CALPAS por su sigla en inglés; Gaston, 1991) y el Cuestionario de Alianza de Ayuda (HAQ por su sigla en inglés, Luborsky et al., 1996). Los resultados del análisis extrajeron dos factores que correspondían a las dimensiones propuestas por Bordín (Hatcher y Barends, 1996). Uno de los factores incluyó ítems asociados al vínculo terapéutico. Otro de los factores, agrupó ítems referidos al acuerdo de tareas y objetivos, lo que significaría que forman parte de un solo componente y no de dos distintos, como postuló Bordin (1979). Además, los autores identificaron a partir del análisis otros dos factores que no estaban presentes en las principales teorizaciones de alianza, de valor teórico y clínico, denominados Colaboración de confianza y Relación idealizada (Hatcher y Barends, 1996). La colaboración de confianza, implicaba el compromiso del paciente para facilitar la realización de un proceso terapéutico que percibe como beneficioso. Dicho factor tuvo una asociación directa con la mejoría posterior de los pacientes. El otro factor, la relación idealizada, describía la tendencia a tener una colaboración con el terapeuta pero marcada por desacuerdos importantes. Los pacientes que tuvieron puntajes altos en este factor, y por ende mantuvieron una buena relación con sus terapeutas a costa de no expresar desacuerdos relevantes en la relación, presentaron peores resultados en la psicoterapia.

Para Hatcher y Gillaspay (2006) la definición de Bordín era la más consolidada en la investigación en psicoterapia sobre alianza, pero carecía de algunos componentes que podrían enriquecer la teoría. La alianza, según Bordín, se centraba en la medida en que los participantes instalaban una relación de colaboración para realizar el trabajo necesario. De esta definición se

derivaban las tres dimensiones, ya descritas. Sin embargo, sostienen los autores que la definición de Bordín implicaba dos supuestos subyacentes: (i) pensar a la alianza como algo interpersonal y co-construido en la interacción de paciente y terapeuta en la búsqueda de alcanzar los objetivos de la terapia y (ii) entender a la alianza como un fenómeno vinculado a la realización de un trabajo terapéutico significativo para los participantes (Hatcher y Gillaspy, 2006).

Además, Hatcher y Gillaspy (2006) afirmaron que la definición de la alianza de Bordín, focalizada en la colaboración, transcendía al mero señalamiento de un aspecto relacional en la terapia, y en cambio proveía de una teoría general acerca de cómo debía funcionar un tratamiento, convirtiéndose en un marco conceptual más amplio. Desde esa perspectiva se podía evaluar cualquier evento de la terapia, a partir de si contaba o no con ese rasgo colaborativo. Sin embargo, se suele perder esa perspectiva global de la alianza, equiparando el fenómeno general de colaboración con algunas de sus manifestaciones. Para los autores, esta equivalencia implica un problema, ya que se confunden elementos de la terapia, con la alianza terapéutica, cuando en realidad son solo indicadores de su calidad (Hatcher y Gillaspy, 2006). La alianza terapéutica opera a un nivel conceptual más abstracto y esos elementos de la terapia o experiencias de los participantes no son la alianza en sí, sino manifestaciones de su calidad, es decir, de la cualidad de colaboración. Los autores, ponen como ejemplo el hecho de poner a la alianza al mismo nivel conceptual que las técnicas utilizadas por el terapeuta. Esto representaría un error, para Hatcher y Gillaspy. Las técnicas no eran, para los autores algo opuesto o complementario a la alianza, sino que representaban una manifestación de la misma (por ejemplo, el uso de técnicas adecuadas sería un indicador de buena alianza en un tratamiento). No obstante, el mismo Bordín (1979) es quien promovió originalmente esta visión, equivocada según los autores, al sostener que la

alianza sería más efectiva que el método terapéutico utilizado. La alianza para los autores debe ser pensada como un constructo que permite evaluar cualquier aspecto de la terapia, ya que no sería un componente de los tratamientos, sino una propiedad de dichos componentes, en tanto involucran al paciente en un trabajo valioso y colaborativo. Como la alianza se manifiesta en el trabajo colaborativo en sesión, es esperable que todos los elementos de la terapia estén asociadas a esta. Por otra parte, Hatcher y Gillaspy (2006) se preguntan si existe un nivel óptimo de fortaleza del vínculo (por ejemplo, agrado hacia el terapeuta), que superado podría redundar en peores resultados (hasta traducirse en un fenómeno iatrogénico). Desde su postura, el nivel de vínculo necesario depende del tipo de terapia. Para los autores un nivel vincular puede ser demasiado débil para conducir determinados tratamientos y óptimo para otros. Mientras que también podría existir un nivel vincular excesivo para la terapia que podría menoscabar la autonomía e independencia del paciente.

A pesar del surgimiento de estas teorizaciones que intentaron enriquecer la conceptualización de la alianza, mostrando otras facetas del fenómeno, la definición primigenia de Bordin ha sido históricamente y continua siendo en la actualidad la conceptualización más aceptada y utilizada para comprender la alianza y para diseñar instrumentos para evaluarla (Doran, Safran, Waizmann, Bolger y Muran, 2012; Waizmann, 2010). De esta forma, la alianza continua siendo mayoritariamente conceptualizada a partir de aquellos aspectos consensuales y colaborativos, que le permiten al paciente y terapeuta trabajar en pos de los objetivos del tratamiento (Doran, 2014).

### **La alianza como negociación**

A pesar de que la conceptualización de la alianza como una relación colaborativa, centrada en el consenso y armonía entre los participantes, se ha convertido en hegemónica en los

ámbitos de la clínica, la investigación y la teoría, en las últimas décadas se han acumulado una serie de críticas a esta conceptualización, al tiempo que han surgido propuestas alternativas.

Por ejemplo, autores como Brenner (1979) y Curtis (1979), han señalado que el constructo de alianza terapéutica, así definido, no incorporaba el surgimiento de sentimientos negativos y frustraciones que son esperables que aparezcan durante el trabajo terapéutico. Mitchell (1988), por su parte, afirmó que todas las relaciones humanas importantes, por su complejidad, tienen una cuota necesaria de conflicto, ya que se ven atravesadas por procesos como la autodefinición o la regulación emocional de los participantes. En este sentido, es de esperar que una relación como la que acontece en el espacio terapéutica, tenga su grado de conflictividad necesaria. En esta misma línea, algunas investigaciones empíricas han mostrado que las reacciones negativas de los pacientes en terapia, lejos de ser un fenómeno atípico, son habituales durante el tratamiento (Hill, Thompson y Corbett, 1992; Rennie, 1994).

Por otra parte, algunos autores comenzaron a cuestionar la presunción de que una buena alianza era siempre un indicador positivo en el tratamiento. Hatcher y Barends (1996), por ejemplo, observaron un factor de la alianza, definido por una colaboración muy alta y al mismo tiempo por un nivel de desacuerdos importantes. Los sujetos que puntuaron alto en ese factor de la alianza, presentaron los peores resultados del tratamiento estudiado por los autores.

Safran y Muran (2006) sostuvieron que el énfasis puesto en la colaboración, podía llevar a confundir al fenómeno de la alianza terapéutica, con obediencia y/o sumisión por parte del paciente. Sería este el caso de pacientes que acallan sus frustraciones o deseos, con el único fin de no alterar la relación con sus terapeutas (Bender, 2005). Por estos motivos, Safran y Muran (2006) afirmaron que el concepto de alianza, definido como colaboración, había alcanzado su límite de utilidad en la clínica, la teoría y la investigación psicoterapéutica. No obstante,

propusieron que no se abandonara la noción de alianza terapéutica, reconociendo su importancia en la predicción de resultados, sino que empezara a transitar un camino hacia una conceptualización más compleja del fenómeno, que permitiese incorporar los devenires y conflictos propios de las interacciones humanas.

En este escenario, como alternativa a la alianza entendida como colaboración, Safran, Muran y su equipo (Safran, Muran y Proskurov, 2009; Safran, Muran, Samstag y Stevens, 2001), han propuesto pensar a la alianza como un constructo dinámico caracterizado por la constante negociación y resolución de conflictos entre el paciente y el terapeuta. Sugirieron enfocarse en los procesos de negociación interpersonal, que subyacen a la relación entre el paciente y el terapeuta, y no en la mera colaboración que puede o no manifestarse en la misma. Como sostienen los autores, en desarrollos posteriores a los de su definición pan-teórica, el mismo Bordin (1983, 1994) sugiere la importancia de un proceso de negociación entre paciente y terapeuta respecto de las tareas y los objetivos de la terapia, así como la importancia de la capacidad del terapeuta para identificar y solucionar problemas en la alianza (Safran, Muran, Samstag y Stevens, 2002). Desde este punto de vista, la *negociación de la alianza* (como denominaron a este constructo alternativo) describía la capacidad del paciente y el terapeuta para sobrellevar conflictos que acontecen durante el tratamiento y resolver los desacuerdos que emergen respecto de las acciones que se realizan y los objetivos que se persiguen (Safran et al., 2001, 2009).

Según esta postura, cuando los intercambios entre paciente y terapeuta fluyen sin inconvenientes, los procesos de negociación pueden operar a un nivel implícito (Safran et al., 2002). Sería el caso de un terapeuta que decide no utilizar una determinada intervención por

considerar que podría no ser útil para el paciente o de un paciente que decide realizar una tarea propuesta por el terapeuta aunque no esté convencido de su valor (Safran et al., 2002).

Sin embargo, cuando emergen complicaciones en el proceso terapéutico y se observa un quiebre en la colaboración, la negociación entre los participantes se vuelve explícita (Safran et al., 2002). A estos *impasses* en la colaboración entre paciente y terapeuta los autores los denominaron *rupturas en la alianza*. Estas rupturas eran definidas como tensiones o desajustes que se producían durante la terapia en la relación de colaboración entre paciente y terapeuta (Safran et al., 2002). Dichas rupturas podían presentar una intensidad variable, yendo desde pequeños malos entendidos hasta quiebres significativos en el entendimiento de los participantes, que podrían derivar en abandonos abruptos por parte de los pacientes o malos resultados en la terapia (Safran et al., 2002). El surgimiento de estas rupturas, llevaba a los procesos de negociación a un nivel explícito, en donde la negociación emergía como un proceso de intercambio y confrontación entre individuos con diferentes percepciones, motivos subyacentes y expectativas de la terapia (Safran et al., 2002), que por ello constituía una tarea fina de acomodar sus propias expectativas a las del otro, sin renunciar a los propios deseos o necesidades. Por ende, esta forma de conceptualizar a la negociación de la alianza, la alejaba de la posibilidad de enmascarar un fenómeno de sumisión u obediencia por parte de los participantes, como se ha señalado al hablar de la alianza como colaboración (Safran et al., 2002). Según los autores, las rupturas podían producirse en cada uno de los componentes de la alianza identificados por Bordin (1979), ya sea en desacuerdos respecto de las tareas y objetivos de la terapia y/o por la presencia de tensiones en el vínculo afectivo entre los participantes (Safran et al., 2002).

La capacidad de negociación de estos desencuentros relacionales, era considerado un mecanismo de cambio en sí mismo, que le permitiría al paciente, desarrollar capacidades

interpersonales, aumentar su auto-confianza y construir relaciones más genuinas con otros (Benjamin, 1990; Safran y Muran, 2006). Esta idea, se fundaba en las teorías del psicoanálisis relacional, que consideraban que los procesos de negociación entre necesidades propias y ajenas, constituían un aprendizaje crítico para el desarrollo psicológico de una persona (Mitchell, 1988; Safran et al., 2002). En tanto muchas de las problemáticas que hacen que una persona comience un proceso terapéutico se asociaban a problemas en las relaciones interpersonales (Horowitz, 1979) o se encontraban relacionadas a dificultades en procesos de negociación entre las necesidades propias y las de los otros (Safran et al., 2002), el proceso de negociación de la alianza terapéutica, era considerado una oportunidad para que el paciente alcanzó logros relacionales que le permitiesen mejorar en otros ámbitos de su vida (Safran et al., 2002).

A partir de estos desarrollos, en el campo de la investigación de proceso-resultado, empezaron a gestarse estudios orientados a analizar las rupturas en la alianza terapéuticas y sus procesos de resolución, entendidos como negociación de la alianza, junto con sus repercusiones en términos de resultados psicoterapéuticos. A continuación se presentarán las dos estrategias fundamentales desarrolladas hasta el momento para evaluar marcadores de rupturas y negociación de la alianza: el análisis de patrones de evolución de la alianza *entre sesiones* y el estudio de indicadores de rupturas y de resoluciones *dentro* de las sesiones.

Si bien en la presente tesis doctoral se explorará la evolución de la negociación de la alianza entre sesiones, el análisis de los procesos de negociación (al utilizar una medida específica para ello) se hará sobre la base de una evaluación dentro de las sesiones.

### **Patrones de evolución de alianza terapéutica**

Una de las estrategias para evaluar los procesos de ruptura y resolución de la alianza, consistió en el estudio de los patrones de evolución de la alianza como colaboración. En tanto el

foco no estaba puesto en la fortaleza global de la alianza sino en la presencia de quiebres en ésta y en su capacidad resolutive, se buscó evaluar las oscilaciones en la alianza terapéutica a lo largo de los tratamientos.

Dos estudios pioneros de Golden y Robbins (1990) y Horvath y Marx (1990) fomentaron las investigaciones sobre la evolución de la alianza. En ambos trabajos, exploratorios y de caso único, se reportó la presencia de un patrón oscilatorio de la alianza durante el tratamiento, caracterizado por niveles altos al principio, reducciones posteriores de los niveles de alianza y, finalmente, una recuperación de la fortaleza de la relación, en el tramo final de la terapia. Influidos por estos estudios, Gelso y Carter (1994) propusieron la idea de que en los tratamientos exitosos se manifestaba ese patrón de fortaleza inicial, reducción de la alianza hacia la mitad del tratamiento y recuperación, en las etapas finales. Kivlighan y Shaughnessy (2000) se propusieron estudiar la hipótesis de Gelso y Carter, pero centrados en las primeras cuatro sesiones de tratamiento. Mediante cluster análisis, los autores encontraron tres patrones de evolución de la alianza: uno lineal donde se observaba un crecimiento progresivo de la alianza; uno estable, donde los niveles de alianza se mantenían similares; y finalmente uno cuadrático, también conocido como *U-shape* (con forma de U) donde se observaba el patrón de evolución también reportado por Golden y Robbins, y Horvath y Marx, pero en las primeras cuatro sesiones de terapia.

Posteriores desarrollos intentaron validar la existencia de estos patrones con métodos más robustos. Stiles et al. (2004) y Strauss et al. (2006), utilizaron parámetros de formas de cambio (conocidos en inglés como *shape-of-change parameters*) mediante modelos de regresiones. Utilizando esta metodología, identificaron patrones de evolución *V-shape* (con forma de V) que representaban deterioros y recuperaciones en la alianza terapéutica.

Si bien con los años se acumuló evidencia de la existencia de este patrón cuadrático en la evolución habitual de la alianza (Aguirre McLaughlin, Keller, Feeny, Youngstrom y Zoellner, 2014; Kalogerakos, 2009; Kramer, Roten, Beretta, Michel y Despland, 2009), algunas investigaciones no encontraron estos patrones al estudiar la evolución de la alianza (Constantino y Smith-Hansen, 2008; Piper, Ogrodniczuk, Lamarche, Hilscher y Joyce, 2005; Roten et al., 2004; Stevens, Muran, Safran, Gorman y Winston, 2007).

Estos resultados mixtos, llevaron a Castonguay, Constantino y Holtforth (2006) a afirmar la necesidad de seguir explorando la existencia de patrones de alianza y su impacto en el cambio en psicoterapia, ya que su investigación podría aportar información muy valiosa para el entrenamiento de clínicos y para el monitoreo y *feedback* a los terapeutas.

### **Rupturas en la alianza terapéutica durante las sesiones**

Otra alternativa para estudiar los conflictos en la alianza, fue estudiar las rupturas que se producían dentro de una sesión, en comparación con el estudio de la evolución de la alianza entre sesiones (Safran, Muran y Eubanks-Carter, 2011). Con estos modelos, Eames y Roth (2000) encontraron que las rupturas en la alianza eran un fenómeno frecuente en los tratamientos. Los pacientes reportaron rupturas en el 19% de las sesiones, mientras que los terapeutas las identificaron en el 43%. Por su parte, Muran y equipo (2009) encontraron que un 56% de los terapeutas y 37% de los pacientes reportaron rupturas durante las primeras seis sesiones.

Recientemente, se ha desarrollado también un instrumento para evaluación de la calidad de la *negociación de alianza* en las sesiones mediante el auto-reporte de los pacientes, la Escala de Negociación de la Alianza (ANS, por su sigla en inglés; Doran et al., 2012; Waizmann et al., 2015), que ha mostrado adecuadas propiedades psicométricas, con evidencias de confiabilidad y validez (Doran, Safran y Muran, 2016; Doran et al., 2012; Waizmann et al., 2015).

Se podría afirmar que la investigación de esta tesis doctoral, representa una síntesis de las dos tradiciones presentadas en el anterior apartado *Patrones de evolución de alianza terapéutica* y la presente sección *Rupturas en la alianza terapéutica durante las sesiones*. Esto se debe a que en este estudio se analizaron los procesos de negociación de la alianza en cada una de las sesiones, correspondiente a las estrategias del análisis de rupturas durante las sesiones, para luego estudiar sus trayectorias de evolución, en base a las metodologías del análisis de patrones de la alianza.

### **La alianza y su relación con los resultados de la terapia**

A partir de la definición pan-teórica de Bordin y de su postulación de que la alianza terapéutica operaba como el principal mecanismo de cambio en psicoterapia, empezaron a proliferar los estudios analizando la correlación entre la fortaleza de la alianza y los resultados del tratamiento en distintos marcos teóricos. En un primer meta-análisis, sintetizando los hallazgos de 24 investigaciones, Horvath y Symonds (1991) encontraron una asociación moderada entre la alianza terapéutica y el cambio en psicoterapia ( $\bar{r} = 0,26$ ). La perspectiva del paciente acerca de su alianza fue el mejor predictor de resultados del tratamiento ( $\bar{r} = 0,27$ ), en comparación con la visión de los terapeutas ( $\bar{r} = -0,03$ ) o el análisis mediante observadores externos ( $\bar{r} = 0,23$ ).

Para el año 2000, Martin y colaboradores, encontraron 79 investigaciones que habían explorado la relación entre alianza y resultados, con un tamaño de efecto global de  $\bar{r} = 0,22$  y sin observar diferencias en la capacidad predictiva en función de la fuente o el momento de evaluación de la alianza.

Uno de los esfuerzos más importantes para sistematizar e integrar el conocimiento sobre aspectos de la relación terapéutica vinculados a los resultados, fue el libro *Psychotherapy*

*Relationships that Works* (Relaciones psicoterapéuticas que funcionan, por su traducción al castellano), editado por Norcross (2002). En ese libro el comité *Steering*, perteneciente al grupo de trabajo sobre relaciones terapéuticas con soporte empírico (*Task Force on Empirically Supported Therapy Relationships*) de la *American Psychological Association*, identificó elementos de la relación terapéutica que presentaron evidencia de estar asociados a los efectos de la terapia. A la alianza terapéutica se la ubicó dentro del grupo de las variables relacionales con abundantes pruebas empíricas y réplicas acerca de sus efectos. El capítulo correspondiente a este constructo, fue escrito por Horvath y Bedi (2002), quienes presentan un nuevo meta-análisis en donde reportan un tamaño de efecto de  $\bar{r} = .21$ , entre la alianza y el cambio, que aumentaba al excluir estudios en trastornos por abuso de sustancia, llegando a  $\bar{r} = .23$ .

Esta evidencia acumulada fue posicionando a la calidad de la alianza terapéutica como un predictor modesto pero robusto de los resultados de los tratamientos (Barber, 2009).

En su libro *Principios de Cambio Terapéutico que Funcionan*, Castonguay y Beutler (2006) le dedican dos capítulos específicos a los factores relacionales vinculados al cambio en pacientes con trastornos del estado de ánimo, por un lado, y trastornos de ansiedad, por el otro. En esos capítulos se manifiesta que no existe otro elemento del proceso al que se le haya dado tanta atención en las investigaciones empíricas de proceso-resultado como la alianza terapéutica (Castonguay et al., 2006). En el libro se sostiene que tanto para el tratamiento de trastornos del estado de ánimo como para los trastornos de ansiedad, los terapeutas deberían buscar desarrollar una alianza terapéutica sólida y mantenerla durante el tratamiento (Castonguay et al., 2006; Stiles y Wolfe, 2006).

Siguiendo esta tendencia, Bruce Wampold (2010) en su libro *The basics of psychotherapy* sostuvo que luego de los niveles de severidad iniciales de los pacientes, la alianza

terapéutica es la variable que mejor predice los resultados en psicoterapia. A pesar de que existe una presunción generalizada de que la alianza terapéutica tendría mayor impacto en las terapias que le asignan un papel destacado a los aspectos relacionales, tales como las terapias psicoanalíticas o las terapias centradas en el paciente, en comparación con abordajes más estructuradas como la TCC (Wampold, 2010), la capacidad predictiva de la alianza terapéutica por sobre los resultados ha mostrado ser independiente del marco teórico (Martin et al., 2000; Wampold, 2010). El autor remarca que la alianza terapéutica ha sido incluso un predictor de resultados en tratamientos farmacológicos (Krupnick et al., 1996; Zuroff y Blatt, 2006).

Hacia el año 2011, Horvath, Del Re, Flückiger y Symonds realizaron un último meta-análisis de la relación entre alianza y cambio, sobre la base de 190 investigaciones, encontrando un tamaño de efecto mayor al reportado en las anteriores revisiones ( $\bar{r} = .28$ ).

Por otra parte, además de la calidad de la alianza terapéutica, en los últimos años se ha acumulado evidencia en favor de un vínculo entre las reparaciones de rupturas en la alianza y los resultados. En el libro ya citado *Psychotherapy Relationships that Works*, editado por Norcross (2002), el comité de la *American Psychological Association* ubicó a la reparación de rupturas en la alianza, dentro del grupo de las variables con evidencia prometedora que debía seguir siendo explorada. El capítulo de esta variable del proceso fue escrito por Safran y colaboradores (2002).

Del mismo modo, en un capítulo del ya citado libro *Principles of Therapeutic Change that Work* (Castonguay y Beutler, 2006), orientado a explorar factores relaciones, los autores argumentaron que si la alianza era un elemento importante para los resultados del tratamiento, era esperable que también lo fuera la forma en la que se abordaban problemáticas en la misma (Castonguay et al., 2006). Sin embargo, se consideraba que para ese entonces la información sobre las rupturas y resoluciones en la alianza y su vínculo con resultados era escasa, como para

arrojar inferencias concluyentes respecto de su rol como principio de cambio en psicoterapia (Castonguay et al., 2006; Stiles y Wolfe, 2006).

Posteriormente, surgieron un conjunto de investigaciones que reportaron que la presencia de rupturas y su resolución predecían mejores resultados, ya sea con métodos de evaluación intra sesión (Muran et al., 2009) o de evaluación global de la evolución de la alianza entre sesiones (Aguirre McLaughlin et al., 2014; Stiles et al., 2004; Strauss et al., 2006). En un meta-análisis conducido por Safran y equipo (2011), los autores encontraron únicamente 13 investigaciones explorando los efectos de las resoluciones de rupturas, pero sus resultados sugirieron la importancia de seguir explorando el valor de las rupturas y resoluciones en la alianza, con tamaños de efecto de  $\bar{r} = .24$  respecto de la presencia de rupturas y resoluciones y de  $\bar{r} = .65$  respecto de la diferencia pre-post tratamiento frente a la inclusión de un entrenamiento focalizado en resolución de rupturas. Sin embargo, se consideraba que era necesario seguir estudiando esta relación para tener una clara imagen de su rol en relación a los resultados.

Más recientemente ha habido estudios que encontraron que la *negociación de la alianza* permite predecir los resultados de la terapia. Doran, Safran y Muran (2016) observaron que los niveles de negociación de la alianza, medido mediante el ANS, predecían las mejorías sintomáticas y en problemas interpersonales, incluso superando la capacidad predictiva de medidas tradicionales de alianza terapéutica. Por su parte, Roussos, Gómez Penedo, Doran y Horowitz (2016) observaron que los niveles de negociación de la alianza en las primeras cuatro sesiones de psicoterapia, predecían los niveles de mejoría a nivel sintomático al finalizar el tratamiento. A su vez, aquellos pacientes con mejor calidad de la negociación de la alianza, tendían a aumentar sus niveles de control en las relaciones interpersonales, al terminar la terapia.

### **La naturaleza de la relación entre alianza y cambio**

La asociación del cambio terapéutico con la alianza, ya sea de su calidad o de sus procesos de reparación frente a eventuales rupturas, ha generado muchos debates respecto de cuál es la naturaleza de esa relación (Barber, 2009). La asociación entre la alianza y los resultados de la terapia ha llevado a una asunción generalizado tanto en la clínica como en la investigación, de que la alianza terapéutica produce en sí misma un efecto sobre los resultados de la terapia (Feeley et al., 1999).

Frente a estas ideas, algunos teóricos propusieron que la relación entre cambio y alianza podía ser inversa (DeRubeis y Feeley, 1990; Feeley et al., 1999). En su mayoría los estudios de la relación entre alianza y cambio, históricamente habían medido los niveles sintomáticos del paciente al principio y final de la terapia, y tomaban una medida de alianza en algún momento del tratamiento (por ejemplo, la sesión 4). Luego correlacionaban los niveles de alianza en dicha sesión con el cambio producido entre el principio y el final del tratamiento. Estos diseños metodológicos no controlaban la posibilidad de que cambios producidos en las primeras sesiones de tratamiento (antes de la medida de alianza) produjeran un efecto sobre los niveles de la misma y, a su vez, sobre el resultado de la terapia (Klein et al., 2003). Siguiendo esta hipótesis, la relación entre la alianza y el resultado sería un sub-producto de la relación entre la presencia de mejorías tempranas y el subsiguiente fortalecimiento del vínculo, producto de estas mejorías. Para establecer que la alianza efectivamente producía un efecto en los resultados, la posibilidad de una causalidad opuesta, mediante dichos cambios tempranos, debía ser controlada (DeRubeis, Brotman y Gibbons, 2005).

Durante la década del '90, algunos estudios mostraron que las mejorías sintomáticas durante las primeras sesiones predecían la fortaleza de la alianza y que al controlar ese efecto, la

relación entre la alianza y los resultados ya no era significativa (DeRubeis y Feeley, 1990; Feeley et al., 1999).

Sin embargo, dichas investigaciones recibieron críticas metodológicas por centrarse no en la evolución de las variables en el tiempo y su relación temporal (Falkenström, Granström y Holmqvist, 2013). Posteriormente, algunos estudios que se dedicaron a estudiar la evolución de la alianza y del cambio terapéutico durante el transcurso de la terapia, utilizando metodologías estadísticas más sofisticadas (como los modelos auto-regresivos o modelos mixtos) que permitían evaluar tanto el cambio intra-sujeto como el cambio entre sujetos, encontraron evidencias mixtas. Mientras que solamente un estudio observó que los cambios terapéuticos precedían los niveles de alianza (Strunk, Brotman y DeRubeis, 2010), la gran mayoría reportó que la alianza precedía los cambios subsiguientes (Accurso et al., 2015; Klein et al., 2003; Roussos, Gómez Penedo y Muiños, 2016; Zilcha-Mano, Dinger, McCarthy y Barber, 2014) o que ambas variables presentaban un fenómeno de interdependencia, es decir, una predicción temporal mutua a lo largo del tratamiento (Crits-Christoph, Connolly Gibbons, Hamilton, Ring-Kurtz y Gallop, 2011; Falkenström et al., 2013; Ramseyer, Kupper, Caspar, Znoj y Tschacher, 2014).

### **La alianza y otras variables del proceso psicoterapéutico**

Frente al valor atribuido a la alianza terapéutica, diversos teóricos e investigadores han intentado dilucidar qué componentes de la terapia o de los participantes pueden influir en la conformación de la relación terapéutica.

**Problemas interpersonales de los pacientes y alianza terapéutica.** Una de las variables más estudiadas en relación a la alianza terapéutica ha sido el funcionamiento interpersonal de los pacientes, particularmente en sus formas patológicas. Asumiendo que la relación terapéutica es

un fenómeno co-construido entre el paciente y el profesional, es esperable que los patrones de interacción habituales del paciente en su vida, influyan en dicha relación. Las dificultades sistemáticas del paciente para relacionarse con otros, a su vez, podrían impactar en la cualidad de la alianza terapéutica y también en su vinculación con los resultados (Connolly Gibbons et al., 2003; Dinger et al., 2007). En el Capítulo 1 de esta tesis se realizó una descripción pormenorizada de estas investigaciones.

**Intervenciones y alianza terapéutica.** Por otra parte, el factor técnico de la terapia, es decir, aquellas acciones que realiza un terapeuta en sesión orientadas a que el paciente cambie, fue considerado otro elemento del proceso que podía influir sobre la fortaleza de la alianza terapéutica. Las intervenciones específicas que los marcos teóricos prescriben, así como las intervenciones comunes a diferentes abordajes, tendrían el potencial de impactar en la fortaleza de alianza terapéutica (Castonguay, Goldfried, Wiser, Raue y Hayes, 1996; Safran y Muran, 2000). Un desarrollo exhaustivo de estas investigaciones se describe en el Capítulo 2 de esta tesis.

### **Síntesis del capítulo**

Si bien el debate sobre la naturaleza del rol de la alianza terapéutica en los resultados continúa abierto, existe un consenso generalizado respecto de su importancia en los procesos terapéuticos, ya sea como un proceso de cambio, un contexto óptimo para que las intervenciones específicas de un tratamiento funcionen, o un termómetro que nos indica qué tan bien se está desarrollando la terapia (Barber, 2009; Gaston, 1990). Incluso defensores del valor de las variables específicas de los tratamientos, como es el caso de David Barlow, sostienen que la alianza es importante para “maximizar la eficacia” de los tratamientos psicológicos (Barlow, 2004, p. 874). Es por esto que en el campo de la investigación en psicoterapia es considerado

relevante estudiar el vínculo de la alianza terapéutica con otras variables que podrían promover o socavar su fortaleza durante la terapia.

El recorrido por las investigaciones en la materia muestra que las características de los pacientes (especialmente aquellas de naturaleza interpersonal), las intervenciones de los terapeutas, y la interrelación de estas dos variables, constituyen tres elementos que podrían tener un impacto valioso en la consolidación de la relación terapéutica. Estudiar la asociación de estos fenómenos con la alianza, en una dimensión pronóstica, podría permitirnos establecer qué características tienden a asociarse con peores vínculos, en una dimensión técnica, y también observar qué intervenciones favorecen una mejor relación terapéutica. Finalmente, el establecimiento de intervenciones que, asociadas a determinadas características de los pacientes, favorecerían la fortaleza del vínculo, nos permitiría desarrollar estrategias de respuesta (*responsiveness*; Stiles y Wolfe, 2006); es decir, adecuaciones técnicas a las necesidades del paciente, para mejorar tanto el proceso como los resultados.

De esta manera, esta tesis doctoral apunta a analizar de qué forma las características interpersonales previas de los pacientes y las intervenciones de los terapeutas afectan a la negociación de la alianza terapéutica y a su evolución en las primeras sesiones de tratamiento. Además se buscará establecer si determinadas intervenciones de los terapeutas, en el contexto de ciertas cualidades interpersonales de los pacientes facilitan u obstaculizan el desarrollo y crecimiento de la negociación de la alianza en los primeros momentos de la terapia.

## Capítulo 5. Métodos

### Características generales del diseño metodológico

Para alcanzar los objetivos de esta investigación se utilizó un diseño observacional, en donde los eventos de interés del proceso psicoterapéutico fueron estudiados en su contexto natural de surgimiento, con la intención de fortalecer la validez ecológica de los resultados. Las estrategias para el control de variables intervinientes, con la intención de aumentar la validez interna del estudio, se centraron en los criterios de inclusión de los participantes y los procedimientos de registro del material, que serán detallados en los apartados siguientes de este capítulo.

El registro del material se realizó mediante medidas de auto-reporte, completadas por el paciente o el terapeuta, según correspondiera al tipo de instrumento. Siendo los resultados de estas escalas valores numéricos, el análisis de los datos estuvo focalizado en metodologías cuantitativas para establecer la asociación entre variables o efectos condicionales de las mismas. Debido a que en algunas variables se presentaban medidas repetidas en el tiempo y que los pacientes se encontraban anidados en un conjunto de terapeutas (cada terapeuta trató a más de un paciente del estudio) se debieron usar procedimientos estadísticos que permitieran operar con datos con estas particularidades.

A continuación se presentarán los distintos detalles metodológicos de la investigación realizada. Primero, se hará referencia a los resguardos éticos que se tuvieron en cuenta al momento de conducir el estudio. Luego, se describirán las características de la muestra estudiada y los criterios de inclusión/exclusión utilizados para su selección. Se describirán también las características generales de los tratamientos realizados en el estudio, así como los instrumentos que se utilizaron para la recolección de los datos. Finalmente, se detallarán paso por paso los

procedimientos de la investigación y se explicarán las estrategias estadísticas usadas para el análisis de los datos.

### **Resguardos éticos de la investigación**

En la presente investigación se respetaron todos los lineamientos éticos postulados por el código de ética de la Asociación de Psicólogos de Buenos Aires (Ver punto 6.03; APBA, 2013), los principios éticos y códigos de conducta para psicólogos de la *American Psychological Association* (Ver punto 8; APA, 2010) y a la Ley Nacional de Salud Mental vigente en la República Argentina (Ley N° 26.657, 2013).

A su vez, se utilizaron los trabajos de Leibovich de Duarte (2000) y de Roussos, Braun y Olivera (2012), sobre la dimensión ética y conductas responsables en investigación en salud mental, como guía de trabajo para el diseño de los resguardos éticos en este estudio.

Previo a su inclusión en la muestra de la investigación, todos los sujetos dieron un consentimiento informado para participar del estudio. El mismo fue presentado tanto en forma oral como escrita, con un vocabulario acorde al lenguaje de los participantes. Los pacientes que aceptaron integrar la muestra del estudio, tuvieron la posibilidad de cesar su participación en cualquier momento en que lo desearan, sin ningún perjuicio respecto de la continuidad o calidad de sus tratamientos. Una vez terminada la recolección de los datos, los participantes mantuvieron el derecho de solicitar la eliminación del material correspondiente a su caso, si así lo deseaban. No obstante, ninguno de los pacientes participantes hizo uso de esta prerrogativa.

Todos los procedimientos de la investigación que sustenta esta tesis doctoral fueron aprobados por el Comité de Ética en la Investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires (Ver Apéndice I).

### **Muestra**

**Características de la muestra.** Para este trabajo se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, mediante el cual se convocó una muestra de 66 diadas paciente-terapeutas. Los pacientes que integraron el estudio eran sujetos que consultaron espontáneamente para iniciar una psicoterapia en un centro privado de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Todos los pacientes participantes incluidos en la muestra eran adultos (entre 18 y 65 años) que contaban con algún trastorno emocional (Allen, McHugh y Barlow, 2007). Esta categoría trans-diagnóstica incluye bajo una misma noción al espectro de los trastornos ansioso/depresivos, a partir del argumento de que comparten factores etiopatogénicos, tales como la afectividad negativa, que podrían derivar en abordajes terapéuticos comunes. De esta forma, los trastornos emocionales incluyen tanto a los trastornos de ansiedad (trastorno de angustia con agorafobia, trastorno de angustia sin agorafobia, fobia social, trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno de ansiedad generalizada) como a trastornos del estado de ánimo (trastorno depresivo mayor y trastorno distímico) bajo un mismo concepto genérico.

A su vez, la muestra estuvo integrada por siete terapeutas que formaban parte del plantel de profesionales del centro. Para ser incluidos en la muestra, los terapeutas debían tener al menos dos años de experiencia clínica y haber cursado y aprobado el programa de especialización y entrenamiento en psicoterapia ofrecida por el centro.

En cuanto a las características demográficas de los pacientes participantes (ver Tabla 1), los mismos tuvieron una media de 35,73 años (desvío estándar [DS]= 11,57 años) y eran en su mayoría mujeres (66,7 %). Solo el 21% de los participantes consultaban para realizar su primer tratamiento psicoterapéutico, contando la mayoría de la muestra con al menos uno (38.7%) o dos tratamientos previos (22.6%).

Tabla 1.  
Características demográficas y diagnósticas de los pacientes ( $n = 66$ ).

| VARIABLES                                   | Media (DS)    | f  | %     |
|---|---------------|----|-------|
| Edad  | 35,73 (11,57) |    |       |
| Género                                      |               |    |       |
| <i>Femenino</i>                             |               | 44 | 66,67 |
| <i>Masculino</i>                            |               | 22 | 33,33 |
| Tratamientos previos                        | 1,39 (1,05)   |    |       |
| <i>Ninguno</i>                              |               | 13 | 20,97 |
| <i>Uno</i>                                  |               | 24 | 38,71 |
| <i>Dos</i>                                  |               | 14 | 22,58 |
| <i>Tres</i>                                 |               | 10 | 16,13 |
| <i>Cuatro</i>                               |               | 1  | 1,61  |
| Trastornos de ansiedad                      |               | 40 | 61,54 |
| <i>T. de angustia sin agorafobia</i>        |               | 20 | 30,77 |
| <i>T. de angustia con agorafobia</i>        |               | 4  | 6,15  |
| <i>T. de ansiedad generalizada</i>          |               | 10 | 15,38 |
| <i>Fobia específica</i>                     |               | 1  | 1,54  |
| <i>Fobia social</i>                         |               | 1  | 1,54  |
| <i>T. obsesivo-compulsivo</i>               |               | 2  | 3,08  |
| <i>T. de ansiedad no especificado</i>       |               | 2  | 3,08  |
| Trastornos del estado de ánimo              |               | 25 | 38,46 |
| <i>T. depresivo mayor de episodio único</i> |               | 16 | 24,62 |
| <i>T. depresivo mayor recidivante</i>       |               | 5  | 7,69  |
| <i>Distimia</i>                             |               | 4  | 6,15  |

*Nota.* Frente a faltante de datos en alguna variable se reportó el porcentaje en base a la cantidad de casos válidos;  $n$  = Número muestral; DS = desvío estándar;  $f$  = frecuencia; % = porcentaje; T. = trastorno.

Respecto a las variables diagnósticas, el 61.54% de la muestra consultó por trastornos de ansiedad y el 38.46% por trastornos del estado de ánimo. Más específicamente la distribución de los pacientes por diagnóstico fue: 15.38% trastorno de ansiedad generalizada, 30.77% trastorno de angustia sin agorafobia, 6.15% trastorno de angustia con agorafobia, 1.54% fobia específica, 24.62% trastorno depresivo mayor de episodio único, 7.69% trastorno depresivo mayor recidivante, 1.54% fobia social, 6.15% distimia, 3.08% trastorno obsesivo compulsivo y 3.08% trastorno de ansiedad no especificado (Ver Tabla 1).

Los terapeutas del estudio eran en su mayoría mujeres (71.43%), que al principio de la investigación contaban con una media de edad de 33 años (DS = 4.73 años) y un promedio de 6.86 años de experiencia clínica (DS= 4.26).

**Criterios de inclusión / exclusión de la muestra.** Para participar del estudio los participantes debían tener entre 18 y 65 años. A su vez, al consultar para iniciar un tratamiento, los pacientes debían ser diagnosticados por los admisores con alguno de los siguientes trastornos de ansiedad o del estado de ánimo, presentados según sus correspondientes nomenclaturas en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales versión 5 (DSM-5; American Psychiatric Association, 2013) y la Clasificación internacional de enfermedades versión 10 (CIE 10; (Organización Mundial de la Salud, 1992):

- Trastorno depresivo mayor / Trastorno depresivo recurrente.
- Trastorno distímico / Distimia.
- Trastorno de angustia con agorafobia/Agorafobia.
- Trastorno de angustia sin agorafobia / Trastorno de pánico.
- Fobia social / Fobias sociales.
- Trastorno obsesivo-compulsivo / Otros trastornos obsesivos compulsivos.
- Trastorno de ansiedad generalizada / Trastorno de ansiedad generalizada.
- Trastorno de ansiedad no especificado.
- Trastorno de estado de ánimo no especificado.

La identificación, por parte de los admisores, de un trastorno de personalidad comórbido en los consultantes, fue establecido como un criterio de exclusión para la participación en la

muestra. Este criterio, buscó limitar el efecto de esa variable interviniente en los resultados del estudio.

Una vez que el paciente era derivado al terapeuta tratante, el mismo debía confirmar el diagnóstico del admisor, para que el paciente fuese incluido en el estudio.

Por otra parte, los terapeutas participantes debían tener al menos de 2 años de experiencia clínica y haber completado la formación de pos-grado de 2 años otorgada por el centro.

### **Tratamiento**

El centro de psicoterapia<sup>4</sup> en donde se realizaron los abordajes tiene una orientación en terapia breve focalizada en la resolución de problemas (*Solution-Focused Brief Therapy* [SFBT]; de Shazer et al., 1986, de Shazer y Berg, 1997) y todos los terapeutas que participaron del estudio culminaron la carrera de especialización en dicho modelo que dicta el centro.

Si bien en este apartado se hará una descripción de las cualidades principales de este abordaje, cabe aclarar que ninguna de las hipótesis específicas del estudio se asocia a las características particulares del tratamiento y que su selección fue parte de la estrategia general del proyecto UBACyT en el cual se encuadra la presente investigación.

Basado en los trabajos de de Shazer y colaboradores (1986, 1997) la SFBT es un abordaje orientado a encontrar soluciones a las problemáticas de los pacientes, haciendo foco en sus recursos y fortalezas, y minimizando la importancia atribuida a las causas pretéritas de dichas dificultades (de Shazer et al., 1986; SFBT Research Committee, 2007). Si bien este modelo surge en el paradigma sistémico de las terapias familiares, la SFBT integra nociones y técnicas de otros abordajes como es el caso de la TCC o la entrevista motivacional (SFBT Research Committee, 2007).

---

<sup>4</sup> Los tratamientos fueron conducidos en el Centro Privado de Psicoterapia. Dicho centro cuenta con un convenio firmado con el Equipo de Investigación en Psicología Clínica, dirigido por el Dr. Andrés Roussos, para la provisión de material clínico, en el marco del proyecto UBACyT 20020120100052, programación 2013-2016.

Según la perspectiva de la SFBT, al llegar a terapia los pacientes cuentan con los recursos necesarios para sobrellevar las dificultades que los agobian, siendo probable que aquellas soluciones a sus problemas sucedan en forma inadvertida en su vida cotidiana (Weiner-Davis, de Shazer y Gingerich, 1987). La SFBT busca generalizar esas acciones, para que el paciente mismo pueda alcanzar una manera de resolver sus problemas.

A esos fines, el terapeuta busca que el paciente desarrolle una imagen ideal de cómo le gustaría que sea su vida. A partir de allí, paciente y terapeuta construyen un plan de objetivos y pequeñas soluciones que le permitan progresivamente transformar esa imagen ideal en un escenario posible (de Shazer et al., 1986; SFBT Research Committee, 2007).

Al estar claramente orientado al futuro, la SFBT le dedica poco tiempo a la exploración de la historia y los antecedentes de la problemática (Gingerich y Eisengart, 2000), considerando que un conocimiento exhaustivo de su posible etiología no es necesario (Wettersten, Lichtenberg y Mallinckrodt, 2005).

Estudios experimentales han presentado evidencia de la eficacia de la SFBT en el tratamiento de distintas patologías mentales y en distintos contextos (Cordero, Cordero, Natera y Caraveo, 2009; Gingerich y Eisengart, 2000; Lindforss y Magnusson, 1997).

En consonancia con la naturaleza breve del SFBT, en la muestra de este estudio los tratamientos duraron en promedio de 10,83 sesiones (DS= 6,70 sesiones).

Sin embargo, vale la pena resaltar que los abordajes incluidos en este estudio fueron conducidos tal y como los terapeutas lo realizan en su cotidianidad, sin pedirles explícitamente que realizaran un tratamiento SFBT o de alguna otra cualidad. Por ende, no se les pidió a los profesionales que modificaran sus procedimientos terapéuticos ni se realizó ningún chequeo de adherencia a un tratamiento específico, con el objetivo de maximizar la validez ecológica de los

resultados del trabajo. Dentro del dispositivo terapéutico del centro, los terapeutas contaron con reuniones semanales de supervisión grupal, aunque no fueron compelidos a utilizar los casos del estudio en dichas supervisiones, quedando a criterio de los terapeuta la discusión o no de dichos casos, tal y como sucede en su práctica cotidiana en el centro.

## **Materiales**

Para operacionalizar las variables involucradas en los objetivos del estudio, se utilizaron escalas psicométricas de auto-reporte completadas por el paciente o el terapeuta, según correspondiera.

A continuación se presentan los cinco instrumentos utilizados, junto con los datos existentes respecto de sus propiedades psicométricas.

- *Cuestionario de Resultados 45* [OQ.45.2, por su sigla en inglés] (Lambert et al., 1996) en su versión en castellano (Von Bergen y De la Parra, 2002). Este instrumento es un cuestionario autoadministrable breve integrado por 45 items, en una escala de tipo Likert de 1 (“Nunca”) a 5 (“Casi siempre”) que describe la frecuencia en la que el paciente experimenta determinadas fuentes de malestar. El OQ.45, que ha sido un instrumento ampliamente utilizado para el estudio de la evolución de los pacientes y los resultados en psicoterapia, analiza tres grandes áreas de cambio terapéutico: el malestar en el funcionamiento social, el malestar en las relaciones interpersonales y el malestar sintomático. En un estudio realizado en una muestra argentina (Fernández-Alvarez, Hirsch, Maristany y Torrente, 2005), esta versión en español del cuestionario ha presentado una adecuada consistencia interna ( $\alpha = .92$ ) y confiabilidad test-retest ( $r = .86$ ). En el mismo estudio, se presentaron evidencias de validez concurrente del cuestionario a partir de correlaciones fuertes ( $r = .71$ ;  $p < .01$ ) con otras medidas de resultado como el SCL-

90-R (Derogatis, 1994; Casullo y Perez, 1999/2008), así como evidencias de sensibilidad para medir el cambio luego de tres sesiones de tratamiento ( $t = 5.35; p < .01$ ).

- *Escala de Negociación de Alianza Terapéutica – Versión Argentina* (ANS-A, por sus siglas en inglés; Doran et al., 2012; Waizmann et al., 2015). Dicho instrumento, usado en este estudio para explorar la forma en que paciente y terapeuta negociaban la Alianza Terapéutica durante su tratamiento, es una escala de tipo Likert con categorías de respuesta de 1 (“nunca”) a 7 (“siempre”) puntos, integrada por 12 ítems que deben ser completados por el paciente. El instrumento cuenta con un puntaje global de la negociación de la alianza junto con dos sub-escalas específicas. La sub-escala “*Confort con sentimientos negativos*” (CSN) describe el grado en que paciente y terapeuta pueden integrar y conversar acerca de sentimientos de frustración o enojo surgidos en la terapia. La sub-escala “*Postura flexible y negociadora*” de los participantes (PFN) refleja la voluntad del terapeuta para negociar con el paciente las metas y tareas de la terapia.

La adaptación al contexto argentino de la ANS, en una muestra de pacientes de la Ciudad de Buenos Aires, presentó adecuadas propiedades psicométricas (Waizmann et al., 2015). Se observaron evidencias de consistencia interna del puntaje total de la escala ( $\alpha = .78$ ) así como de sus dos factores (Factor 1  $\alpha = .92$  y Factor 2  $\alpha = .87$ ). Al mismo tiempo, en aquel estudio se reportaron evidencias de validez concurrente del ANS y sus factores a partir de una fuerte correlación con el WAI-SR (Hatcher y Gillaspy, 2006), otra de las medidas más utilizadas para estudiar alianza terapéutica, (*Correlación de Pearson [r]* entre ANS y WAI-SR =  $.692, p < .001$ ;  $r$  entre Factor 1 del ANS y WAI-SR =  $.618, p < .001$ ;  $r$  entre Factor 2 del ANS y WAI-SR =  $-.512, p < .001$ ) y evidencias de validez de constructo presentando, mediante un análisis factorial

exploratorio, una solución de dos factores al igual que la escala original en inglés, con los mismos ítems cargando en sus respectivos factores.

- *Inventario de Problemas Interpersonales - 64 [IIP-64, por su sigla en inglés]* (Alden, Wiggins y Pincus, 1990; Horowitz et al., 2000) en su versión adaptada al castellano (Maristany, 2005). El mismo es una versión abreviada del Inventario de Problemas Interpersonales desarrollado por Horowitz y colaboradores (1988), con el objetivo de estudiar las dificultades que presentan los individuos en su forma de relacionarse con otros. El IIP-64 es un cuestionario autoadministrable de 64 ítems de tipo Likert de 1 (“para nada”) a 5 (“mucho”) puntos, que describen acciones que las personas hacen demasiado o que les cuesta realizar en sus relaciones con otros. Los ítems del instrumento se distribuyen en un modelo circunplejo de ocho sub-escalas de estilo interpersonal (Ver Figura 2, Capítulo 1): Dominador (o controlador); Competitivo (o auto-centrado); Frio (o distante); Inhibido Socialmente (o evitativo); No asertivo (o sumiso); Explotable (o acomodaticio); Auto-sacrificado (o sobre protector); e Intrusivo (o demandante). Estas sub-escalas se distribuyen, a su vez, en dos dimensiones: Común, que en su polo positivo representa acciones de cordialidad y en su negativo de hostilidad; y Agencia que en su polo positivo describe actitudes de dominación y en su negativo de sumisión. Las dos dimensiones del modelo generan a su vez cuatro cuadrantes de caracterología interpersonal, a saber: Hostilidad-Dominación, Hostilidad-Sumisión, Cordialidad-Dominación y Cordialidad-Sumisión (Ver Figura 3, Capítulo 1). En un análisis de sus propiedades psicométricas realizados en población no clínica de la Ciudad de Buenos Aires, las ocho escalas del inventario presentaron adecuados indicadores de consistencia interna con valores de  $\alpha$  de Cronbach que oscilaron entre .67 y .85 (Maristany, 2005). A su vez, mediante un análisis factorial, el estudio

presenta evidencias de validez de constructo del modelo circunplejo que subyace a la estructura del inventario (Maristany, 2005).

- *Escala Comparativa del Proceso Psicoterapéutico (CPPS* por su sigla en inglés; Hilsenroth et al., 2005) en su adaptación al contexto argentino (Gómez Penedo et al., 2016). Este instrumento es una estrategia de análisis global del proceso terapéutico, que evalúa la actividad de los terapeutas durante las sesiones (Hilsenroth et al., 2005). El instrumento original cuenta con 20 ítems en una escala de tipo Likert de 7 puntos (0 = Nada característico; 6 = Extremadamente característico). 10 ítems representan intervenciones Cognitivo-conductuales (CB) y los otros 10 ítems intervenciones psicodinámicas (PI). Cada ítem describe intervenciones prescriptas por un marco teórico y proscriptas por el otro, al menos desde un punto de vista teórico (Hilsenroth et al., 2005). El instrumento puede ser completado tanto por el terapeuta, el paciente u observadores externos, señalando hasta qué punto cada una las intervenciones enumeradas es característica de lo que ocurrió durante una sesión específica. Para la presente tesis se utilizó la versión del terapeuta y, debido a las características del tratamiento, solo se analizaron los ítems de la escala CB, ya que las terapias SFBT prescriben el uso de intervenciones cognitivas, mientras que proscriben la utilización de intervenciones de tipo psicoanalíticas orientadas a la exploración y elaboración de significados en torno a la problemática del paciente. En un estudio del comportamiento psicométrico de la versión terapeuta del CPPS, adaptado al contexto argentino, en una muestra de psicoterapeutas de la Ciudad de Buenos Aires, ambas sub-escalas presentaron una adecuada consistencia interna (Sub-escala CB  $\alpha = .93$ ; Sub-escala PI  $\alpha = .71$ ), mientras que a su vez presentaron evidencias de validez de constructo a partir de una solución factorial de dos factores, en donde todas las

intervenciones menos dos ubicaron sus cargas principales en el factor correspondiente a su marco teórico (Gómez Penedo et al., 2016).

En el Apéndice II se presenta el listado de las intervenciones que conforman la sub-escala cognitiva de la CPPS, estudiada en esta investigación.

- *Escala de Intervenciones Comunes (EIC*; Manubens, Gómez Penedo, Juan y Roussos, 2017). Con el fin de evaluar en este trabajo no solo las intervenciones específicas cognitivas, sino también las intervenciones comunes a los distintos marcos teóricos, se creó un cuestionario *ad hoc* para ser completado por el profesional tratante, con ítems que describen intervenciones que atraviesan diferentes propuestas terapéuticas. Para ello se revisaron diversas clasificaciones ya existentes de distintos marcos de referencia. La versión final de este conglomerado de intervenciones comunes estuvo integrada por 5 ítems derivados del Psychotherapy Processes Q-Sort ([PQS] Jones, 1985), 3 ítems de la CPIRS (Trijsburg et al., 2002), 3 ítems de la CMIP (Roussos, Etchebarne y Waizmann, 2003) y 1 ítems del MULTI (Mccarthy y Barber, 2009).

Al igual que en el CPPS se utilizó una escala de respuesta de 7 puntos (0 = Nada característico; 6 = Extremadamente característico) en donde los participantes debían contestar cuán representativo era cada uno de los ítems respecto de las acciones realizadas por los profesionales en una sesión determinada.

Un análisis factorial exploratorio sugirió la presencia de tres factores de intervenciones comunes: (i) Intervenciones orientadas a fortalecer la alianza terapéutica y la esperanza en el paciente (ii) Intervenciones orientadas a validar o desafiar la experiencia del paciente, y (iii) Intervenciones orientadas a la recolección de información y establecimiento del encuadre terapéutico.

En el Apéndice III se presenta el listado de las intervenciones incluidas en este cuestionario y los factores a los que corresponden.

### **Procedimientos**

Una vez que un paciente era diagnosticado con un trastorno de la emoción por los admisores del centro, sin presencia de un trastorno de personalidad comórbido, el sujeto era derivado a alguno de los terapeutas tratantes según su disponibilidad.

Antes de comenzar la primera sesión, el terapeuta invitaba al paciente a participar de la investigación, explicándole los objetivos de la misma y sus derechos como participante. A aquellos pacientes que aceptaban voluntariamente participar se les pedía que firmaran un consentimiento informado, en donde se sintetizaban las características del estudio y donde se aseguraba el resguardo de sus derechos como sujeto de investigación. Se manifestaba expresamente que la negación a participar del estudio o su abandono prematuro no tendría ninguna consecuencia negativa en el devenir de la terapia.

Aquellos pacientes que aceptaban participar debían completar inmediatamente después de terminar cada una de las primeras cuatro sesiones de terapia el OQ.45 (evaluación de severidad) y el ANS (negociación de la alianza). A su vez, al finalizar la primera sesión los pacientes completaban por única vez el IIP-64 para analizar sus problemáticas interpersonales. Las escalas eran entregadas al paciente por el terapeuta y luego guardadas en una carpeta cerrada. Los terapeutas no podían leer los resultados de las escalas, buscando limitar el efecto eventual del *feedback* como una variable interviniente, así como la influencia de efectos de aquiescencia o deseabilidad social en las respuestas de los pacientes.

Los terapeutas, a su vez, completaron la sub-escala cognitiva del CPPS y la escala de intervenciones comunes EIC al finalizar cada una de las sesiones, teniendo en cuenta la sesión que acaba de terminar, como su referencia para completarlas.

En la Tabla 2, se presenta una síntesis de los procedimientos de recolección de datos, en base a los instrumentos utilizados, los momentos de su administración y los participantes que los completaron.

Tabla 2.  
Resumen de los procedimientos de recolección de datos.

| <i>Instrumento</i> | <i>Momento de toma<br/>(en número de sesión)</i> |     |      |     | <i>Fuente</i> | <i>Constructo que mide</i> |
|--------------------|--|-----|------|-----|---------------|----------------------------|
|                    | 1era   | 2da | 3era | 4ta |               |                            |
| IIP-64             | x  |     |      |     | Paciente      | Problemas interpersonales  |
| CPPS               | x  | x   | x    | x   | Terapeuta     | Intervenciones Cognitivas  |
| EIC                | x  | x   | x    | x   | Terapeuta     | Intervenciones Comunes     |
| OQ.45              | x  | x   | x    | x   | Paciente      | Severidad Clínica          |
| ANS                | x  | x   | x    | x   | Paciente      | Negociación de la alianza  |

*Nota.* IIP-64 = Inventario de problemas interpersonales 64; CPPS Escala comparativa del proceso psicoterapéutico; EIC= Escala de intervenciones comunes; OQ.45= Cuestionario de resultados 45; ANS= Escala de negociación de la alianza. En la *f fuente* se describe el participante que completo el instrumento correspondiente.

### **Estrategias para el Análisis de los Datos**

En este apartado se presentan las estrategias estadísticas que se utilizaron para analizar los datos de esta investigación.

Los procedimientos estadísticos paramétricos clásicos, como es el caso de las correlaciones de Pearson, las regresiones ordinarias de mínimos cuadrados, las regresiones logísticas o los análisis de la varianza, tienen una serie de supuestos cuya violación pueden atentar gravemente contra la confiabilidad de los resultados.

Uno de los supuestos básicos de todos estos modelos es el de independencia de las observaciones (Raudenbush y Bryk, 2002). Cada una de las observaciones que se utilizan para

estos modelos (por ejemplo el puntaje de un participante en una escala) debe ser independiente y diferenciada del resto de las observaciones (es decir, los puntajes de los otros participantes en dicha escala). En términos estadísticos, esto implica que el comportamiento de un participante específico no debe permitir predecir el de otro participante, sino que los resultados de ambos deben ser independientes.

Si bien estas metodologías han sido ampliamente utilizadas en investigación en psicoterapia, en las últimas décadas se han resaltado una serie de violaciones a este principio de independencia en algunos de los diseños metodológicos más habituales en la investigación clínica (Raudenbush y Bryk, 2002).

Es el caso, por ejemplo, de los diseños que incorporan medidas repetidas (Luke, 2004). En dichos estudios donde un participante completa una escala en distintos momentos, cada una de esas observaciones no es independiente de la otra. Por el contrario, es de esperar que dichas observaciones estén fuertemente correlacionadas, permitiendo predecir con un alto grado de confiabilidad el puntaje de una observación a partir de otra realizada en la misma serie temporal.

Además, en muchas de las investigaciones que se realizan en psicoterapia los pacientes se encuentran anidados (traducción de la terminología técnica *nested* en inglés) en unidades de jerarquía superior (Luke, 2004). Los pacientes de una muestra clínica, por ejemplo, pueden ser tratados en distintos centros. O los terapeutas de un estudio pueden tratar más un paciente incluido en la muestra. En ese contexto, es esperable que las pacientes tratados en cada centro o por cada terapeuta tiendan a correlacionar en mayor medida entre sí y presentar diferencias con los pacientes tratados en otros centros o por otros terapeutas, representando otra forma de violación al supuesto de independencia de las observaciones.

Para poder lidiar con esta problemática se han postulado diferentes modelos estadísticos. Los modelos lineales jerárquicos (HLM por su sigla en inglés) representan una de las propuestas más difundidas en la actualidad para realizar análisis cuando existen medidas repetidas o anidación de los datos en diferentes niveles (Raudenbush y Bryk, 2002). Estos modelos también suelen ser conocidos como modelos mixtos o modelos multinivel, haciendo estas denominaciones referencia a las dos características salientes de estos procedimientos estadísticos. Los modelos lineales jerárquicos son modelos mixtos ya que estiman tanto parámetros fijos (por ejemplo la media de un grupo) como aleatorios (los efectos individuales). Pero a su vez son modelos multi-nivel debido a que analizan la variabilidad en distintos niveles de organización de las observaciones (unidades de análisis). Es así que estos modelos estadísticos permiten analizar en un único modelo cómo varían los puntajes de cada participante en el tiempo (efectos intra-sujetos), como varían los puntajes de toda la muestra (efectos inter-sujetos), y cómo varían los puntajes de la muestra según las agrupaciones a las que pertenecen. Pensando específicamente en la psicoterapia, los modelos jerárquicos otorgan la posibilidad de estudiar cómo varían los síntomas de cada paciente durante las sesiones de psicoterapia (Nivel 1), cómo los pacientes se diferencian en sus síntomas y en la evolución de dichos síntomas en el tiempo (Nivel 2) y cómo varían los síntomas y su evolución en los pacientes según el terapeuta que los trató (Nivel 3).

A continuación se presentará un ejemplo de la fórmula de base que se utilizará para calcular estos modelos a partir de las medidas repetidas y la anidación de los pacientes en los terapeutas tratantes:

**Modelo del Nivel 1**

$$\text{OQ.45/ANS}_{ijk} = \pi_{0jk} + \pi_{1jk} * (\text{Sesión}_{ijk}) + e_{ijk}$$

**Modelo del Nivel 2**

$$\pi_{0jk} = \beta_{00k} + r_{0jk}$$

$$\pi_{1jk} = \beta_{10k} + r_{1jk}$$

**Modelo del Nivel 3**

$$\beta_{00k} = \gamma_{000} + u_{00k}$$

$$\beta_{10k} = \gamma_{100} + u_{10k}$$

En donde el puntaje de OQ.45 / ANS en la sesión  $i$  de un paciente  $j$  tratado por un terapeuta  $k$  es estimado por el puntaje de OQ.45 / ANS del paciente al comienzo de la terapia ( $\pi_{0jk}$ ), más el cambio que se produce en los puntajes de dicho paciente entre cada una de las sesiones ( $\pi_{1jk}$ ). El efecto aleatorio  $e_{ijk}$  permite que el puntaje de cada paciente en cada sesión varíe respecto de la estimación realizada.

En el nivel dos, el  $\pi_{0jk}$  pasa a ser estimado por el promedio de los puntajes de OQ.45 / ANS al principio de la terapia de los pacientes del terapeuta  $k$  ( $\beta_{00k}$ ), mientras que  $\pi_{1jk}$  es estimado mediante el promedio del cambio en los puntajes de OQ.45 / ANS de una sesión a otra en los pacientes del terapeuta  $k$  ( $\beta_{10k}$ ). Los parámetros aleatorios ( $r_{0jk}$  y  $r_{1jk}$ ) permiten al paciente  $j$  del terapeuta  $k$  variar respecto de los puntajes de OQ.45 / ANS iniciales y de la tasa de cambio promedio en los pacientes de dicho terapeuta.

Finalmente, en el nivel tres,  $\beta_{00k}$  es estimado a partir del promedio de los puntajes de OQ.45 / ANS en toda la muestra ( $\gamma_{000}$ ) y  $\beta_{10k}$  es calculado a partir del promedio del cambio inter-sesión del conjunto de los pacientes ( $\gamma_{100}$ ). Los parámetros aleatorios ( $u_{00k}$  y  $u_{10k}$ ), nuevamente,

permiten que los pacientes del terapeuta  $k$  varíen respecto de los puntajes de OQ.45 / ANS y la tasa de cambio, observados en la muestra total.

Para el análisis de los datos en la investigación de esta tesis se usaron modelos lineales jerárquicos como el recién presentando, para estimar los niveles y el grado de cambio en las dos variables dependientes (severidad medida mediante el OQ.45 y negociación de la alianza medida mediante el ANS). En ambos casos se aplicó una fórmula idéntica a la presentada arriba, que representa un modelo de curva de crecimiento, con la salvedad de que para las dos variables se utilizaron distintas estrategias de centramiento de la serie. Los modelos de OQ.45 estuvieron centrados en la sesión 4, mientras que los del ANS fueron centrados en el medio entre la sesión 2 y 3.

Estas distintas formas de centrar la serie temporal no tienen implicancias en la pendiente lineal calculada ( $\pi_{1jk}$ ) ya que es invariante con el tiempo, pero sí modifica la interpretación del intercepto ( $\pi_{0jk}$ ). En los modelos en donde los puntajes de OQ.45 conforman la variable dependiente, el intercepto representa los valores del participante en la sesión 4, mientras que los modelos donde se usa al ANS como variable dependiente, el intercepto representa el valor estimado para un punto medio de las 4 sesiones (entre la sesión 2 y 3).

Para el análisis, en primera instancia se aplicaron modelos de tres niveles, incluyendo la variabilidad intra-pacientes, la variabilidad entre pacientes y la variabilidad entre terapeutas. Luego se computaron análisis de correlación intra-clase (*IntraClass Correlation* [ICC]) para establecer el grado de varianza explicada en las variables dependientes a partir del efecto del terapeuta (Raudenbush y Bryk, 2002). Como en ambos casos, la variabilidad explicada por el terapeuta fue igual o inferior al 1%, se volvieron a realizar los análisis utilizando únicamente los dos primeros niveles: estimando la variabilidad individual y la variabilidad entre participantes.

Por ende, la fórmula final utilizada para los análisis fue la siguiente:

**Modelo del Nivel 1**

$$\text{OQ.45/ ANS}_{ij} = \beta_{0j} + \beta_{1j} * (\text{Sesión}_{ij}) + r_{ij}$$

**Modelo del Nivel 2**

$$\beta_{0j} = \gamma_{00} + u_{0j}$$

$$\beta_{1j} = \gamma_{10} + u_{1j}$$

En donde se conserva la interpretación de los términos de los primeros dos niveles del modelo antes presentado (el modelo jerárquico de tres niveles), pero modificando la nomenclatura de los términos. Por lo tanto, en este modelo en el nivel uno, el puntaje de OQ.45 / ANS en la sesión  $i$  de un paciente  $j$  es estimada por el puntaje de OQ.45 / ANS del paciente al comienzo de la terapia ( $\beta_{0j}$ ), más el cambio que se produce en esos puntajes entre cada una de las sesiones ( $\beta_{1j}$ ). El efecto aleatorio  $r_{ij}$  permite que los puntajes de cada paciente en cada sesión varíen respecto de la estimación realizada.

En el nivel dos, el parámetro  $\beta_{0j}$  pasa a ser estimado por el promedio de los puntajes de OQ.45 / ANS de todos los pacientes de la muestra ( $\gamma_{00}$ ), mientras que el parámetro  $\beta_{1j}$  es estimado mediante el promedio del cambio en los puntajes de OQ.45 / ANS de una sesión a otra en todos los pacientes ( $\gamma_{10}$ ). Los parámetros aleatorios ( $u_{0j}$  y  $u_{1j}$ ) permiten al paciente  $j$  variar respecto de los puntajes de OQ.45 / ANS iniciales y la tasa de cambio promedio observado en toda la muestra.

Además de parámetros lineales, estos modelos pueden incluir también otros parámetros de crecimiento, como es el caso del crecimiento cuadrático, en donde la serie no presenta un crecimiento invariante a lo largo del tiempo pero sí una aceleración o desaceleración de los

puntajes que es constante. En todos los casos se evaluó la necesidad de incluir un término de esta naturaleza en los modelos.

Además, se analizaron los residuos de los modelos para corroborar si se violaba el supuesto de distribución normal y homocedasticidad de los residuos (Raudenbush y Bryk, 2002). En caso de violarse dicho supuesto se realizaron las transformaciones correspondientes para poder realizar los análisis, sin perjuicio de su confiabilidad (Singer y Willett, 2003).

Una vez establecidos los niveles y el grado de cambio a lo largo de las primeras cuatro sesiones en las variables dependientes, se incluyeron a las dos variables independientes (problemas interpersonales e intervenciones) como predictores de las trayectorias de la negociación de alianza y la severidad de los pacientes.

Debido a que los problemas interpersonales fueron medidos una sola vez en todos los pacientes (al principio de la terapia), los mismos fueron introducidos como predictores en el nivel 2. Las intervenciones, en cambio, al ser medias en las cuatro sesiones de tratamiento, fueron introducidas como predictores en el nivel 1.

## Capítulo 6. Resultados

### Introducción

En este capítulo se reportarán los resultados de esta investigación. En una primera sección se presentarán los análisis descriptivos de las variables exploradas en este estudio. Luego se reportarán los resultados de los análisis estudiando las relaciones entre las variables de interés.

### Resultados descriptivos

En este apartado se presentarán los análisis descriptivos de las variables exploradas en esta tesis. Como medidas de tendencia central y de dispersión, se presentarán las medias y desvío estándar, respectivamente. Para el análisis de la distribución de las variables, se describirán contraste de asimetría y curtosis (calculados a partir de los estadísticos y errores estándar correspondientes) y contrastes de normalidad multivariada derivados de los primeros (González, Abad y Lévy, 2006). Se consideraron evidencias de asimetría o curtosis, valores inferiores a -1,96 o superiores a 1,96, en sus respectivos contrastes. En el caso de la normalidad multivariada, se asumió una distribución no normal, frente a valores de los contrastes inferiores a -5,99 o superiores a 5,99 (González et al., 2006).

Para analizar las trayectorias de las variables que constituyen series temporales (es decir, las intervenciones de los terapeutas, el cambio de los pacientes y la negociación de la alianza) se presentarán gráficos de evolución y análisis de curvas de crecimientos (incluyendo términos lineales y cuadráticos).

**Análisis descriptivo de los problemas interpersonales de los pacientes.** La Tabla 3 muestra las medias, desvío estándar y contrastes de asimetría, curtosis y normalidad multivariada en cada uno de los índices de los problemas interpersonales de los pacientes (Distrés general, dimensiones, cuadrantes y sub-escalas).

Tabla 3.

*Media, desvío estándar, y contrastes de asimetría, curtosis y normalidad multivariada en los resultados de los problemas interpersonales (IIP-64) de los pacientes de la muestra, al principio de la terapia (n = 66).*

| Índices de problemas interpersonales | Media | DE   | $zG_1$ | $zG_2$ | $k^2$ |
|--------------------------------------|-------|------|--------|--------|-------|
| <i>Distrés Interpersonal General</i> | 2,46  | 0,42 | -0,40  | -0,85  | 0,88  |
| <i>Dimensiones</i>                   |       |      |        |        |       |
| Comunión                             | 0,32  | 0,53 | -0,04  | 1,14   | 1,29  |
| Agencia                              | -0,18 | 0,41 | 0,94   | -1,32  | 2,62  |
| <i>Cuadrantes</i>                    |       |      |        |        |       |
| Hostilidad-Dominación                | 5,25  | 1,25 | 1,23   | -0,99  | 2,50  |
| Hostilidad-Sumisión                  | 5,74  | 1,52 | 1,27   | -0,81  | 2,28  |
| Cordialidad-Dominación               | 6,15  | 1,20 | 0,48   | 0,12   | 0,25  |
| Cordialidad-Sumisión                 | 6,66  | 1,61 | -0,67  | -0,93  | 1,31  |
| <i>Sub-escalas</i>                   |       |      |        |        |       |
| Dominador                            | 2,18  | 0,54 | 1,73   | -0,02  | 2,98  |
| Competitivo                          | 2,19  | 0,61 | 1,08   | -0,94  | 2,05  |
| Frio                                 | 2,15  | 0,78 | 2,35*  | 0,16   | 5,55  |
| Inhibido Socialmente                 | 2,32  | 0,78 | 1,59   | -1,03  | 3,59  |
| No asertivo                          | 2,68  | 0,74 | -0,05  | -0,86  | 0,75  |
| Explotable                           | 2,69  | 0,82 | -0,19  | -0,67  | 0,48  |
| Auto-sacrificado                     | 2,92  | 0,74 | 0,28   | -1,16  | 1,43  |
| Intrusivo                            | 2,55  | 0,67 | 1,02   | -0,89  | 1,85  |

*Nota.* DE = Desvío estándar;  $zG_1$  = Contraste de asimetría;  $zG_2$  = Contraste de curtosis;  $k^2$  = Contraste de normalidad multivariada. \* Se rechaza la hipótesis nula de una distribución simétrica, mesocúrtica o normal.

En la Figura 4, se presenta la distribución de los problemas interpersonales de los pacientes de la muestra según el modelo circuplejo (Horowitz et al., 2000). Tal como se puede observar en dicha figura, todas las problemáticas interpersonales presentaron un grado de presencia en la muestra. En cuanto a las dimensiones de dificultades interpersonales, es de destacar que las mayores problemáticas interpersonales observadas fueron las correspondientes a los problemas de comunión positiva y de agencia negativa. Esta observación es consistente con el hecho de que el cuadrante con los puntajes más altos en la muestra haya sido el de Cordialidad-Sumisión (caracterizado por agencia negativa y comunión positiva), siendo las tres

sub-escalas que componen este cuadrante (No asertivo, Explotable y Auto-sacrificado), las que presentaron los puntajes más altos al comienzo de la terapia. Esta predominancia de problemas interpersonales de Cordialidad-Sumisión se ve ilustrada nuevamente en la Figura 4.

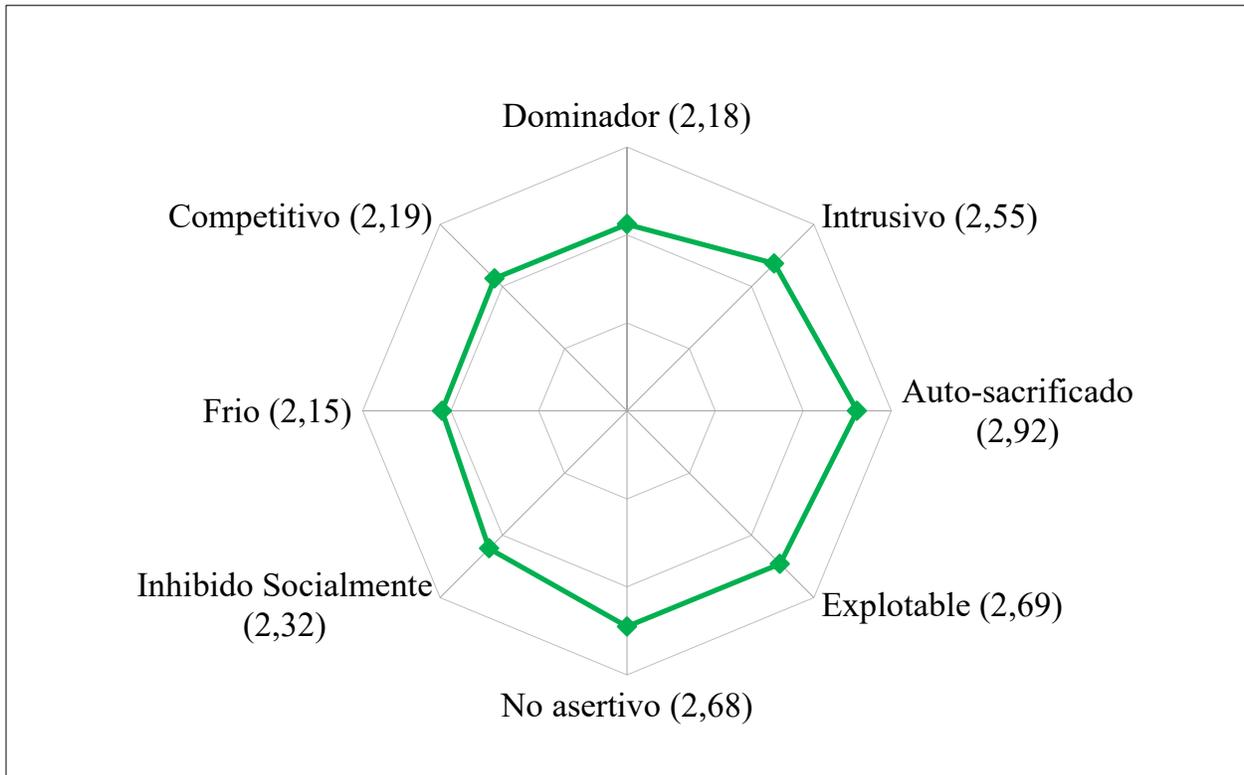


Figura 4. Distribución de las medias de puntaje de la muestra en el modelo circunplejo de los problemas interpersonales (Horowitz et al., 2000). Nota. La media se presenta entre paréntesis junto a la sub-escala a la que corresponde.

En cuanto a la distribución de los puntajes de los problemas interpersonales de los pacientes, únicamente la sub-escala Frio mostró evidencias de no contar con una distribución asimétrica. En todos los demás contrastes de esta variable, no se rechazó la hipótesis nula de una distribución simétrica, mesocúrtica o normal.

**Análisis descriptivo de las intervenciones de los terapeutas.** En la Tabla 4 se presentan las medidas de tendencia central (la media aritmética) y de dispersión (el desvío estándar) de las intervenciones que integran la sub-escala cognitiva del CPPS y las sub-escala del instrumento de intervenciones comunes, en cada una de las cuatro sesiones. Además se presentan los niveles de

cada una de las intervenciones dentro de las cuatro primeras sesiones (promedio de los puntajes durante toda la serie temporal).

Tabla 4.

*Resultados descriptivos (media y desvío estándar), niveles promedios, cambio y aceleración semanal de las intervenciones cognitivas (CPPS) y comunes (EIC), en las primeras cuatro sesiones de terapia.*

|  | Sesión 1    | Sesión 2    | Sesión 3    | Sesión 4    | Nivel | Cambio semanal | Aceleración semanal |
|--|-------------|-------------|-------------|-------------|-------|----------------|---------------------|
|  | M (DE)      | M (DE)      | M (DE)      | M (DE)      |       |                |                     |
| <i>Inter. Cognitivas</i> <sup>b</sup>                        | 2,96 (1,17) | 3,24 (1,15) | 3,26 (1,02) | 3,21 (1,07) | 3,17  | 0,10*          | -0,08               |
| Consejos <sup>b</sup>  | 3,26 (1,88) | 3,99 (1,68) | 4,24 (1,54) | 4,34 (1,42) | 3,95  | 0,33**         | -0,17*              |
| Propone temas <sup>b</sup>                                   | 3,88 (1,33) | 3,96 (1,22) | 3,94 (1,14) | 3,94 (1,13) | 3,93  | 0,02           | -0,02               |
| Discute ideas <sup>a</sup>                                   | 2,68 (1,54) | 2,82 (1,37) | 2,91 (1,36) | 2,84 (1,36) | 2,81  | 0,06           |                     |
| Actividades inter-sesión <sup>b</sup>                        | 2,86 (2,28) | 3,74 (1,80) | 3,58 (1,85) | 3,41 (1,82) | 3,40  | 0,15           | -0,33**             |
| Explica intervenciones <sup>a</sup>                          | 2,70 (1,86) | 2,43 (1,99) | 2,24 (1,97) | 2,36 (1,95) | 2,43  | -0,13*         |                     |
| Dialoga sobre el futuro <sup>a</sup>                         | 3,61 (1,68) | 3,85 (1,81) | 3,88 (1,62) | 4,22 (1,44) | 3,89  | 0,16*          |                     |
| Aporta información <sup>a</sup>                              | 4,09 (1,54) | 3,67 (1,82) | 3,52 (1,61) | 3,42 (1,59) | 3,68  | -0,20**        |                     |
| Práctica inter-sesión <sup>b</sup>                           | 2,50 (2,02) | 3,03 (1,90) | 3,24 (1,83) | 2,95 (1,63) | 2,93  | 0,17*          | -0,21*              |
| Técnicas de afrontamiento <sup>b</sup>                       | 2,03 (1,95) | 2,68 (1,81) | 2,83 (1,75) | 2,73 (1,76) | 2,57  | 0,23*          | -0,20*              |
| Interactúa didacticamente <sup>a</sup>                       | 2,05 (1,71) | 2,21 (1,84) | 2,27 (1,86) | 2,34 (1,96) | 2,22  | 0,10           |                     |
| <i>Inter. Comunes de Alianza</i> <sup>b</sup>                | 3,72 (0,64) | 3,22 (0,87) | 3,18 (0,80) | 3,19 (0,79) | 3,33  | -0,17**        | 0,13**              |
| Valoración positiva <sup>a</sup>                             | 4,70 (1,02) | 4,44 (1,31) | 4,52 (1,21) | 4,42 (1,29) | 4,52  | -0,07          |                     |
| Objetivos de la terapia <sup>b</sup>                         | 4,92 (1,07) | 3,55 (1,54) | 3,46 (1,64) | 3,43 (1,64) | 3,85  | -0,45**        | 0,39**              |
| Comentarios alentadores <sup>a</sup>                         | 3,55 (2,10) | 3,15 (2,08) | 3,31 (2,15) | 3,50 (2,07) | 3,38  | -0,01          |                     |
| Tareas de la terapia <sup>a</sup>                            | 3,52 (1,64) | 3,21 (1,77) | 3,36 (1,65) | 3,14 (1,73) | 3,31  | -0,08          |                     |
| <i>Inter. Comunes de Validación/desafío</i> <sup>a</sup>     | 2,76 (0,87) | 2,70 (0,89) | 2,59 (0,82) | 2,60 (0,88) | 2,67  | -0,07†         |                     |
| Cuestiona al paciente <sup>b</sup>                           | 1,85 (1,68) | 2,22 (1,82) | 2,03 (1,55) | 1,98 (1,59) | 2,02  | 0,03           | -0,13               |
| Empatiza <sup>a</sup>  | 3,95 (1,70) | 3,73 (1,64) | 3,70 (1,50) | 3,47 (1,47) | 3,71  | -0,13*         |                     |
| Información personal <sup>a</sup>                            | 0,44 (0,75) | 0,45 (0,89) | 0,48 (0,77) | 0,67 (1,10) | 0,51  | 0,06           |                     |
| Normalización <sup>a</sup>                                   | 4,77 (1,39) | 4,44 (1,28) | 4,23 (1,43) | 4,25 (1,43) | 4,42  | -0,18**        |                     |
| <i>Inter. Comunes de información y encuadre</i> <sup>b</sup> | 4,59 (0,77) | 2,97 (1,15) | 3,02 (1,13) | 3,02 (1,24) | 3,40  | -0,47**        | 0,38**              |
| Pide información <sup>b</sup>                                | 4,65 (1,06) | 4,11 (1,23) | 4,11 (1,35) | 3,92 (1,33) | 4,20  | -0,21**        | 0,10                |
| Sintetiza <sup>a</sup>                                       | 4,09 (1,17) | 3,66 (1,43) | 3,75 (1,37) | 3,56 (1,48) | 3,77  | -0,14*         |                     |
| Encuadre <sup>b</sup>  | 4,89 (1,11) | 1,18 (1,68) | 1,18 (1,82) | 1,50 (1,88) | 2,19  | -1,02**        | 1,17**              |

*Nota.* M = Media; DE = Desvío estándar; Inter Comunes de Alianza = Intervenciones comunes orientadas a fortalecer la alianza; Inter. Comunes de Validación/Desafío = Intervenciones comunes orientadas a validar o desafiar la experiencia del paciente; Inter. Comunes de información y encuadre = Intervenciones comunes orientadas a la recolección de información y establecimiento del encuadre terapéutico; <sup>a</sup> Se aplicó un modelo de crecimiento incluyendo solamente un término lineal debido a que la inclusión de un término cuadrático no mejoraba la varianza explicada por el modelo ( $p < 0,05$ ); <sup>b</sup> En estos modelos se incluyó un término lineal y uno cuadrática (centrada en el medio de la serie temporal), ya que la inclusión de este último mejoraba significativamente la cantidad de varianza explicada por el mismo ( $p < 0,05$ ). En este caso, el cambio lineal se debe interpretar como el promedio de cambio semanal a lo largo de toda la serie temporal; †  $p < 0,1$ ; \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ .

Para establecer las trayectorias de evolución de cada una de las intervenciones durante las primeras cuatro sesiones de tratamiento se aplicaron modelos de curva de crecimiento lineal y cuadrático. En la Tabla 4 se presentan los resultados de estos análisis. Cuando la inclusión de un término cuadrático no mejoró significativamente la varianza explicada por el modelo, se reportaron los resultados del modelo lineal (es decir, el cambio semanal en la variable). En cambio, cuando la inclusión del término cuadrático mejoró significativamente la varianza explicada por el modelo, se reportaron tanto las pendientes lineales (cambio semanal promedio) como las cuadráticas (aceleración del cambio semanal) del modelo cuadrático.

Los resultados de los índices globales muestran que la adherencia a intervenciones cognitivas tendió a aumentar en promedio 0,10 unidades sesión a sesión,  $\gamma_{10} = 0,10$ ,  $SE = 0,04$ ,  $t(63) = 2,427$ ,  $p = 0,02$ . Sin embargo, el crecimiento de las intervenciones cognitivas presentó una tendencia hacia la desaceleración de -0,08 unidades por sesión, a pesar de que la misma no fue estadísticamente significativa,  $\gamma_{20} = -0,08$ ,  $SE = 0,04$ ,  $t(63) = -1,839$ ,  $p = 0,07$ . En la Figura 5 se representa la evolución empírica de las intervenciones cognitivas, mostrando un aumento relevante de la primera sesión a la segunda y luego un virtual mantenimiento de los niveles de adherencia entre la segunda, tercera y cuarta sesión. En las intervenciones comunes orientadas a fortalecer la alianza en el paciente, en cambio, se observó una reducción lineal promedio de -0,17 por sesión,  $\gamma_{10} = -0,17$ ,  $SE = 0,03$ ,  $t(63) = -5,499$ ,  $p < 0,001$ , y una aceleración significativa del crecimiento de la adherencia a estas intervenciones de 0,13 unidades por sesión,  $\gamma_{20} = 0,13$ ,  $SE = 0,04$ ,  $t(63) = 3,513$ ,  $p < 0,001$ . En las intervenciones comunes de validación y desafío de la experiencia del paciente, se observó una reducción lineal de -0,07 unidades sesión a sesión en un nivel de tendencia,  $\gamma_{10} = -0,07$ ,  $SE = 0,03$ ,  $t(63) = -1,887$ ,  $p = 0,06$ . Finalmente, las intervenciones comunes de recolección de información y establecimiento del encuadre tuvieron una reducción

lineal promedio de -0,47 unidades por sesión,  $\gamma_{10} = -0,47$ ,  $SE = 0,04$ ,  $t(63) = -10,894$ ,  $p < 0,001$ , y una aceleración en el crecimiento de la adherencia a estas intervenciones de 0,38 unidades por sesión,  $\gamma_{20} = 0,38$ ,  $SE = 0,04$ ,  $t(63) = 9,486$ ,  $p < 0,001$ . En la Figura 5 se muestran las trayectorias de los tres factores de intervenciones comunes.

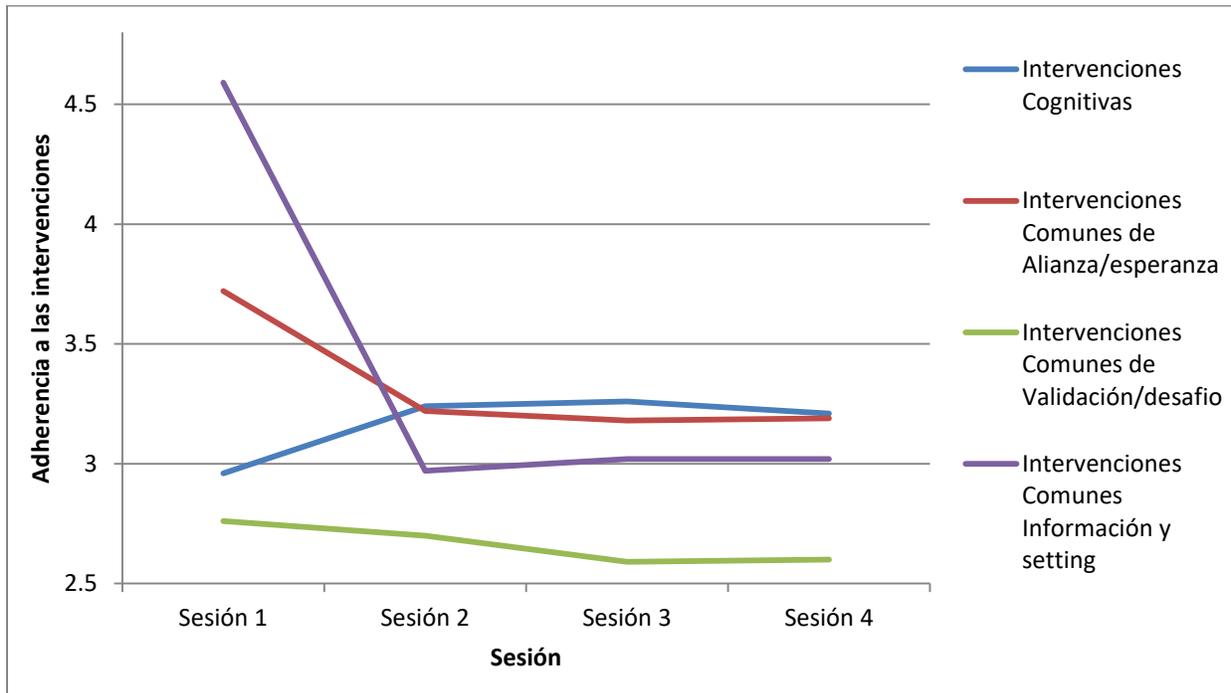


Figura 5. Trayectorias de las sub-escalas de los índices globales de intervenciones cognitivas (CPPS) e intervenciones comunes (EIC), durante las cuatro sesiones de tratamiento.

A su vez, en las Figuras 6 y 7 se presentan las trayectorias de cada una de las intervenciones cognitivas (CPPS) y comunes (EIC), respectivamente.

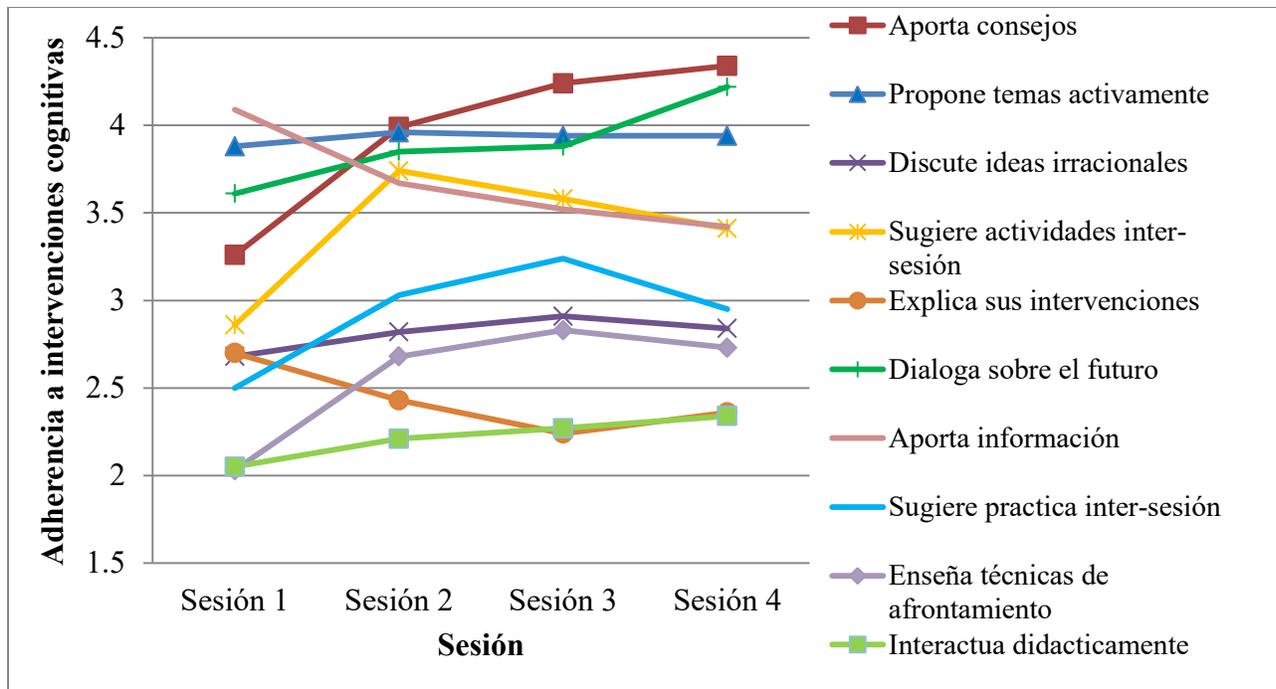


Figura 6. Trayectorias de las intervenciones cognitivas (CPPS) en las primeras cuatro sesiones.

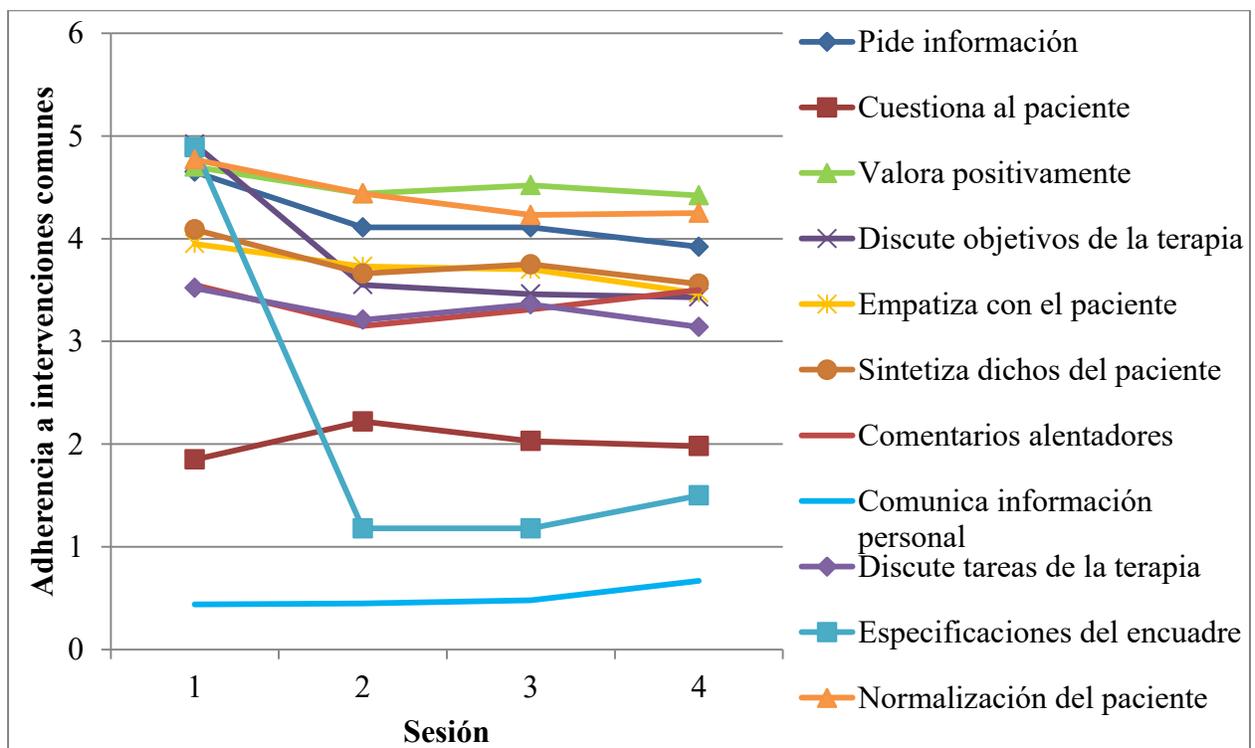


Figura 7. Trayectorias de las intervenciones comunes (EIC) en las primeras cuatro sesiones.

Adicionalmente a las medidas gráficas, se realizaron contrastes de asimetría, curtosis y normalidad multivariada sobre los puntajes de las sub-escalas de intervenciones (CPPS y EIC; ver Tabla 5). En las intervenciones cognitivas, durante la sesión 4, se rechazó la hipótesis de una distribución mesocúrtica y normal. Por otra parte, en las intervenciones comunes orientadas a fortalecer la alianza en el paciente, también se rechazó la hipótesis de una distribución asimétrica, mesocúrtica y normal, en los puntajes de la sesión 2. Además, en las intervenciones de validación/desafío de la experiencia del paciente, se mostraron evidencias de una distribución asimétrica y no normal en las sesiones 1, 3 y 4. En cambio, en las intervenciones comunes de recolección de información y establecimiento del encuadre, no se observaron evidencias de asimetría, curtosis o una distribución no normal.

Tabla 5.

*Contrastes de asimetría, curtosis y normalidad multivariada en las puntajes totales y sub-escalas de intervenciones (CPPS y EIC), severidad del paciente (OQ.45) y negociación de la alianza (ANS), en las cuatro sesiones de tratamiento.*

| Escala / sub-escala | Sesión 1 |        |        | Sesión 2 |        |        | Sesión 3 |        |        | Sesión 4 |        |        |
|---------------------|----------|--------|--------|----------|--------|--------|----------|--------|--------|----------|--------|--------|
|                     | $zG_1$   | $zG_2$ | $k^2$  |
| <i>Inter. Cog.</i>  | 0,53     | -1,14  | 1,58   | -0,51    | 1,47   | 2,43   | 0,41     | 1,39   | 2,09   | 0,70     | 2,82*  | 8,41*  |
| <i>Inter. Com.</i>  |          |        |        |          |        |        |          |        |        |          |        |        |
| Al./Esp.            | -1,85    | 0,16   | 3,44   | -2,27*   | 3,86*  | 20,03* | -1,45    | -0,66  | 2,53   | 0,01     | -0,73  | 0,54   |
| Val./Des            | -2,36*   | 1,34   | 7,37*  | -0,75    | -0,69  | 1,04   | -2,98*   | 1,30   | 10,58* | -2,75*   | 1,35   | 9,38*  |
| Inf./ Enc.          | 1,72     | -1,26  | 4,54   | 1,68     | 1,36   | 4,70   | 1,32     | 0,28   | 1,81   | 1,03     | 0,45   | 1,26   |
| <i>ANS total</i>    | -1,28    | -0,30  | 1,72   | -1,13    | -0,82  | 1,94   | -1,74    | -0,92  | 3,88   | -2,91*   | 1,31   | 10,15* |
| ANS CSN             | -2,78*   | 1,30   | 9,42*  | -1,00    | -1,58  | 3,48   | -2,16*   | -0,53  | 4,95   | -2,36*   | 0,44   | 5,77   |
| ANS PFN             | -7,07*   | 9,65*  | 143,1* | -5,18*   | 6,19*  | 65,22* | -4,98*   | 4,81*  | 48,0*  | -6,71*   | 10,61* | 157,7* |
| <i>OQ.45 total</i>  | 0,07     | -0,53  | 0,28   | 0,41     | -0,66  | 0,61   | 0,60     | -0,51  | 0,61   | 0,80     | 0,56   | 0,95   |
| OQ DS               | -0,36    | 0,06   | 0,13   | 0,28     | -0,27  | 0,15   | 0,55     | -0,63  | 0,70   | 0,62     | 0,43   | 0,57   |
| OQ FS               | 0,73     | -1,18  | 1,92   | 0,10     | -0,37  | 0,15   | -0,60    | -1,33  | 2,13   | -0,63    | -0,67  | 0,84   |
| OQ RI               | 0,91     | -0,74  | 1,38   | 1,28     | -0,83  | 2,32   | 1,47     | -0,08  | 2,18   | 2,12     | 0,83   | 5,19   |

*Nota.* Inter. Cog = Intervenciones Cognitivas; Inter. Com. = Intervenciones comunes; Al./Esp.= Intervenciones orientadas a fortalecer la alianza; Val/Des= Intervenciones de Validación/desafío; Inf./Enc. = intervenciones de información y encuadre; CSN = Confort con sentimientos negativos; PFN= Postura flexible y negociadora; DS= Distrés sintomático; FS= Funcionamiento social; RI = Relaciones interpersonales;  $zG_1$  = Contraste de asimetría;  $zG_2$  = Contraste de curtosis;  $k^2$  = Contraste de normalidad multivariada. \* Se rechaza la hipótesis nula de una distribución simétrica, mesocúrtica o normal.

**Análisis descriptivo de la medida de severidad de los pacientes.** En la Tabla 6 también se presentan las medidas de tendencia central (la media aritmética) y de dispersión (el desvío estándar) de los puntajes totales del OQ.45 y sus tres sub-escalas, en cada una de las cuatro primeras sesiones de tratamiento. Dentro de los índices de OQ.45 el mayor grado de malestar se manifestó en la sub-escala de distrés sintomático ( $M= 1,87$ ,  $DE = 0,55$ ), luego en la de funcionamiento social ( $M=1,54$ ,  $DE= 0,46$ ) y por último en la de relaciones interpersonales ( $M= 1,53$ ,  $DE= 0,48$ ). El puntaje medio del OQ.45 total fue de 1,72 y su desvío estándar de 0,44.

Por otro lado, en la Tabla 5 se reportan contrastes de asimetría, curtosis y normalidad multivariada, para cada uno de los índices del OQ.45 en los cuatro momentos de toma. En ninguno de los casos se encontraron evidencias de asimetría, curtosis o ausencia de una distribución normal en las variables.

Tabla 6.

*Resultados descriptivos (media y desvío estándar) de los puntajes totales y sub-escalas de la negociación de la alianza (ANS) y los niveles de severidad del paciente (OQ.45), durante las primeras cuatro sesiones.*

|                  | Sesión 1      | Sesión 2      | Sesión 3      | Sesión 4      |
|------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
|                  | <i>M</i> (DE) | <i>M</i> (DE) | <i>M</i> (DE) | <i>M</i> (DE) |
| <i>ANS total</i> | 5,70 (0,74)   | 5,80 (0,70)   | 6,00 (0,74)   | 6,05 (0,73)   |
| ANS CSN          | 5,10 (1,28)   | 5,44 (1,12)   | 5,70 (1,05)   | 5,70 (1,00)   |
| ANS PFN          | 6,27 (0,89)   | 6,19 (0,84)   | 6,30 (0,79)   | 6,40 (0,73)   |
| <i>OQ total</i>  | 1,72 (0,44)   | 1,66 (0,48)   | 1,61 (0,55)   | 1,54 (0,56)   |
| OQ DS            | 1,87 (0,55)   | 1,76 (0,59)   | 1,71 (0,67)   | 1,62 (0,66)   |
| OQ FS            | 1,54 (0,46)   | 1,57 (0,47)   | 1,46 (0,51)   | 1,39 (0,50)   |
| OQ RI            | 1,53 (0,48)   | 1,50 (0,47)   | 1,50 (0,51)   | 1,48 (0,53)   |

*Nota.* *M* = Media; DE = desvío estándar; CSN = Sub-escala de Confort con sentimientos negativos; PFN = Postura flexible y negociadora; DS = Distrés interpersonal del OQ.45, FS = Funcionamiento social, RI = Relaciones interpersonales.

El análisis de los residuos del OQ.45 total y sus sub-escalas, mostraron una distribución normal multivariada en el nivel 1 y 2. Además en ninguno de los casos las pruebas de comparación de los modelos (mediante estadísticos  $\chi^2(4)$ ) evidenciaron la necesidad de incluir un

término cuadrático, sugiriendo una evolución lineal de las variables (Ver Figura 8). Por estas razones, se decidió utilizar los puntajes brutos derivados del OQ.45 para estimar sus trayectorias y realizar los análisis de asociación con los problemas interpersonales e intervenciones.

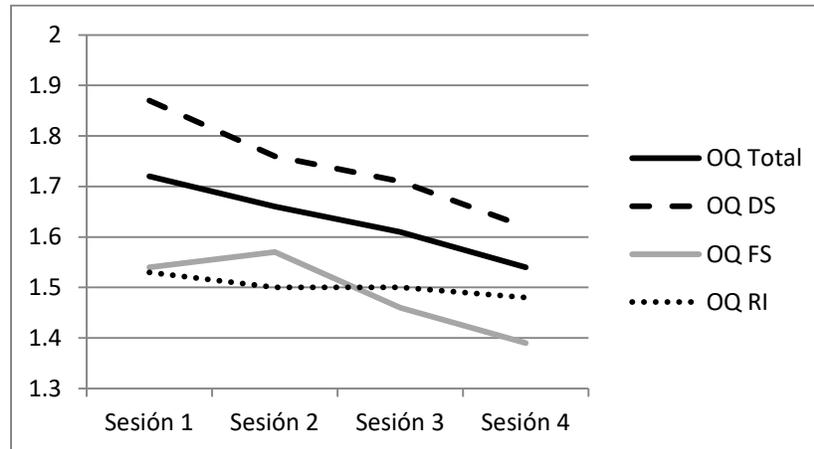


Figura 8. Trayectorias de evolución (empírica) de la severidad temprana de los pacientes (OQ.45 total y sub-escalas) durante las primeras cuatro sesiones de tratamiento.

**Análisis descriptivo de la medida de negociación de la alianza.** En la Tabla 6 se presentan las medidas de tendencia central (la media aritmética) y de dispersión (el desvío estándar) de los puntajes totales en el ANS y sus dos sub-escalas, en cada una de las cuatro primeras sesiones de tratamiento. Considerando que el ANS tienen una escala teórica en el rango de 1 a 7, en promedio los puntajes iniciales de los pacientes fueron altos en la escala total, con una media de 5.70 (DE = 0,74). Por otra parte se observaron mayores puntajes iniciales en el factor Posición flexible y negociadora (PFN), con una media de 6,27 (DE= 0,89), comparado con los puntajes en el factor Confort con sentimientos negativos (CSN), con una media de 5,10 (DE= 1,28).

En la Tabla 5, se reportan contrastes de asimetría, curtosis y normalidad multivariada, para cada uno de los índices del ANS en los cuatro momentos de toma. En las dos sub-escalas del ANS se observaron diversas evidencias de asimetría, curtosis y una distribución no normal a

lo largo de distintos momentos toma. En el puntaje total del ANS se observaron evidencias de asimetría y de una distribución no normal, particularmente en la cuarta sesión.

Para poder establecer el nivel de negociación de la alianza en las primeras sesiones (una de las variables dependientes de esta investigación), se realizó un modelo lineal jerárquico incondicional sin ningún predictor al nivel 1 (variabilidad intra-sujeto) ni al nivel 2 (variabilidad inter-sujeto). Una vez estimados estos modelos, es necesario realizar un estudio exploratorio de sus residuos (diferencia entre los valores reales y predichos), para corroborar que no se haya violado alguno de los supuestos del análisis, que pudiera minar la confiabilidad del mismo. Una de los principales supuestos de estos modelos es que los residuos que surgen de ellos deben presentar una media igual a 0 y una distribución normal multivariada en el nivel 1 y el nivel 2. Al realizar el análisis descriptos de los residuos del modelo incondicional para el ANS total, se observó una asimetría negativa en la distribución de los residuos del nivel 1, rechazándose la hipótesis de una distribución normal tanto a partir de medidas gráficas como estadísticas, Kolmogorov-Smirnov[K-S](256) = .064,  $p = 0,01$ . Para poder corregir esta violación y realizar adecuadamente los análisis, tal como sugieren Singer y Willett (2003), se utilizó la estrategia de transformación de la escala de la potencia de los datos desarrollada por John W. Tukey. Este método prescribe utilizar estrategias para reducir la potencia de una variable cuando esta cuenta con una asimetría positiva (en un principio calculando la raíz cuadrada, y luego la raíz cúbica, etc.), y estrategias que incrementen el poder de una variable, cuando tiene una distribución asimétrica negativa (elevándola a la potencia de 2, luego a la potencia de 3, etc.). De esta forma, se incrementa o reduce progresivamente la potencia de una variable hasta alcanzar una distribución con el mayor grado de simetría posible.

Puesto que en este caso los residuos del modelo de negociación de la alianza total evidenciaron una distribución asimétrica negativa, se utilizaron métodos sucesivos de incremento de la potencia. A partir de ellos, se observó que la mejor distribución de la variable surgía al elevarla a la potencia de 4. Al correr nuevamente el modelo incondicional con esta transformación de la variable, los residuos del nivel 1 manifestaron evidencias gráficas y estadísticas de tener una distribución normal,  $K-S(256) = 0,03, p = 0,20$ .

Del mismo modo, al analizar el nivel del factor CSN del ANS, se observaron evidencias de una distribución no normal de los residuos tanto en el nivel 1 ( $K-S(256) = 0,09, p < 0,001$ ) como en el nivel 2 del modelo. Una transformación de los datos elevando los puntajes del factor CSN a la potencia de 3, permitieron una distribución de los residuos más cercana a la normal en el nivel 1 ( $K-S(256) = 0,04, p < 0,20$ ) y el nivel 2, observada mediante pruebas gráficas y estadísticas.

A su vez, al analizar los residuos del modelo incondicional del factor PFN del ANS, se presentó una distribución no normal, caracterizada por una asimetría negativa ( $K-S(256) = 0,13, p < 0,001$ ). La mejor transformación de datos, observada a partir de pruebas gráficas y estadísticas, surgió al elevar a la potencia de 5 los puntajes del factor. Si bien los estadísticos de normalidad de los residuos en el nivel 1 siguieron rechazando la hipótesis nula de normalidad,  $K-S(256) = 0,09, p < 0,001$  (resultado que se mantuvo al continuar elevando la potencia del factor progresivamente), esta transformación redujo drásticamente la asimetría de la distribución de los residuos ( $zG_1$  factor PFN no transformado = -6.83;  $zG_1$  factor PFN elevado a la quinta potencia = -1.88).

En cada uno de los casos, una vez estimados los coeficientes utilizando estas transformaciones, los resultados se volvieron a transformar a su escala original para su

presentación. Así, el nivel medio de negociación de alianza total durante las primeras cuatro sesiones fue de 6,00 puntos,  $\gamma_{00} = 1298,0$ ,  $SE = 59,60$ ,  $t(63) = 21,780$ ,  $p < 0,001$ , el del factor CSN fue de 5,69 puntos,  $\gamma_{00} = 184,22$ ,  $SE = 9,79$ ,  $t(63) = 18,813$ ,  $p < 0,001$ , y el del factor PFN 6,45 puntos,  $\gamma_{00} = 11149,5$ ,  $SE = 483,53$ ,  $t(63) = 23,058$ ,  $p < 0,001$ .

Posteriormente, se analizó la evolución de la negociación de la alianza durante las primeras cuatro sesiones de tratamiento. En la Figura 9 se presentan las trayectorias empíricas de las tres medidas del ANS.

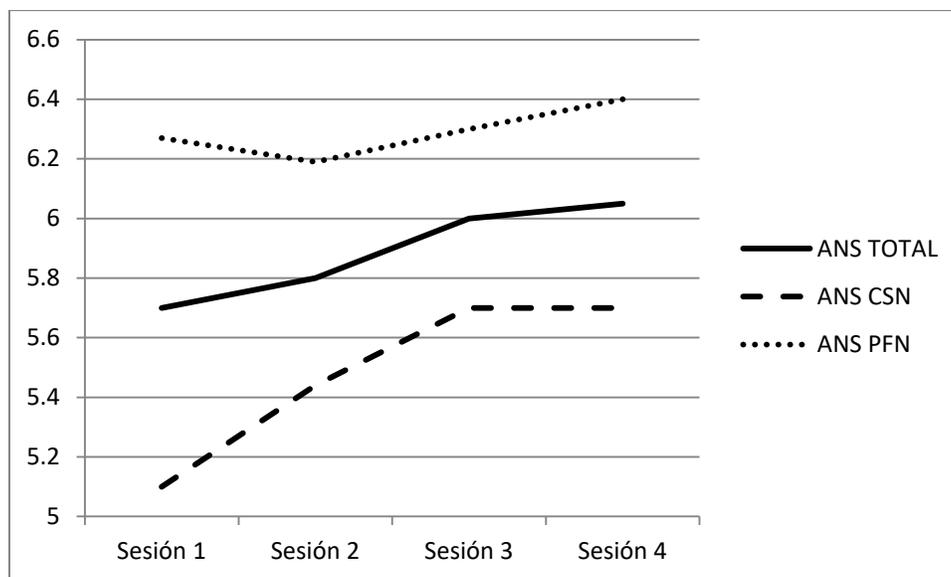


Figura 9. Trayectorias de evolución (empírica) de la negociación de la alianza (ANS total y sub-escalas) en las primeras cuatro sesiones de tratamiento.

Como se observa en dicho gráfico el puntaje total del ANS y el factor CSN, presentaron un crecimiento progresivo durante las cuatro sesiones. Si bien en el factor PFN también se observó una tendencia al crecimiento en las momentos de toma, la misma fue menos pronunciada y lineal que en el caso de los otros dos índices.

Para poder estimar el cambio semanal del ANS se realizaron modelos de curva de crecimiento, estimando los puntajes de negociación de la alianza a partir del tiempo como predictor en el nivel 1. Evidencias de una distribución no normal de los residuos y de no-

linealidad en las trayectorias de los datos, sugirieron la necesidad de realizar una transformación conjunta de la variable dependiente y el tiempo, como variable independiente, para poder explorar la relación lineal entre las variables (Singer y Willett, 2003). Para ello se utilizó la regla de *bulge* de Mosteller y Tukey, para la transformación de datos longitudinales (Singer y Willett, 2003). Esta estrategia plantea la necesidad de analizar las trayectorias individuales de cada sujeto de la muestra e identificar las formas no lineales predominantes de evolución. En la negociación de la alianza total, el análisis individual de curvas de crecimiento mostró una predominancia de un crecimiento lineal que tendía a desacelerarse con el tiempo. Frente a estas trayectorias se recomienda elevar la potencia de la variable dependiente y reducir la potencia de la variable temporal (Singer y Willett, 2003). Luego de realizar diversos intentos de transformación y aplicando modelos de crecimiento lineal para revisar la distribución de sus residuos, se concluyó que la mejor solución era elevar a la potencia de 4 los puntajes totales de negociación de la alianza y transformar las semanas tomando su raíz cuadrada. Puesto que el predictor tiempo se encontraba centrado en la primera sesión, y las transformaciones deben realizarse sobre números superiores a cero, a la variable tiempo se le sumó su media (en este caso 1,5) previo al cálculo de su raíz cuadrada. Al realizar esta transformación, el análisis de comparación de modelos no sugirió la inclusión de un término cuadrático,  $\chi^2(4) = 2,59, p > 0,50$ .

La misma estrategia se utilizó con el ANS factor CSN y factor PFN, frente a evidencias de una distribución no normal de los residuos y de una falta de relación lineal con el predictor tiempo.

En el factor CSN, se optó por una solución elevando los puntajes del ANS a la potencia de 4 y reduciendo la potencia del tiempo en semanas, mediante su raíz cuadrada. Esta solución redujo la asimetría en los residuos del nivel 1, observándose una distribución bivariada más

cercana a la distribución normal y mayores evidencias de linealidad en la relación entre la negociación de la alianza y el tiempo. Al realizar esta transformación, el análisis de comparación de modelos no sugirió la inclusión de un término cuadrático,  $\chi^2(4) = 5,68, p = 0,22$ .

En el factor PFN, se optó por una solución elevando a la potencia de 5 los puntajes del factor y aumentando a su vez la potencia del tiempo, elevándolo a la potencia de 3. Esto se debió a la pendiente negativa inicial de la variable y su aceleración positiva (como se puede observar en la Figura 9). Con esta transformación, los residuos presentaron una distribución más simétrica y normal, lidiando con la no linealidad de la serie. Al realizar esta transformación, el análisis de comparación de modelos no sugirió la inclusión de un término cuadrático,  $\chi^2(4) = 3,66, p > 0,50$ .

### **Resultados de los análisis de asociación de variables**

En esta sección se reportarán los resultados de los análisis realizados para poder alcanzar los objetivos planteados en esta tesis doctoral. Para una organización de estos resultados, se utilizarán como ejes de ordenamiento a los seis objetivos específicos de esta tesis doctoral, tal como fueron presentados en la introducción.

**Objetivo específico 1#: relación entre los problemas interpersonales de los pacientes y las respuestas tempranas.** Para poder alcanzar este objetivo de investigación se realizaron modelos de crecimiento en HLM, usando al puntaje total del OQ.45 y de sus tres sub-escalas como variables dependientes. Como predictor en el nivel 1 de los modelos se incluyó a la variable tiempo, centrada en la sesión cuatro. Y luego se incluyó a los distintos índices del IIP como predictores a nivel 2 del intercepto (que representa los puntajes de OQ.45 en la sesión 4) y del cambio semanal en OQ.45 (cambio producido entre una sesión y otra). En la Tabla 7 se presentan los coeficientes surgidos de estos análisis y sus respectivos errores estándar.

Tabla 7.

*Resumen de los modelos incondicionales y condicionales, analizando los efectos de los problemas interpersonales de los pacientes (IIP-64) sobre la severidad temprana del paciente (OQ.45) y su cambio semanal.*

| Modelos de efectos fijos                       | OQ total       |      | OQ DS          |      | OQ FS          |      | OQ RI         |      |
|--|----------------|------|----------------|------|----------------|------|---------------|------|
|  | $\gamma$       | SE   | $\gamma$       | SE   | $\gamma$       | SE   | $\gamma$      | SE   |
| <i>Modelos Incondicionales</i>                 |                |      |                |      |                |      |               |      |
| Intercepto                                     | <b>1,54**</b>  | 0,07 | <b>1,62**</b>  | 0,08 | <b>1,39**</b>  | 0,06 | <b>1,48**</b> | 0,07 |
| Cambio semanal                                 | <b>-0,07**</b> | 0,02 | <b>-0,09**</b> | 0,02 | <b>-0,07**</b> | 0,02 | -0,02         | 0,01 |
| <i>Efectos sobre el puntaje en la sesión 4</i> |                |      |                |      |                |      |               |      |
| Distrés Interpersonal                          | <b>0,57**</b>  | 0,15 | <b>0,62*</b>   | 0,19 | <b>0,50**</b>  | 0,14 | <b>0,51**</b> | 0,14 |
| (dim.) Comunión                                | -0,23          | 0,14 | -0,23          | 0,17 | <b>-0,27*</b>  | 0,12 | -0,18         | 0,13 |
| (dim.) Agencia                                 | 0,07           | 0,17 | 0,07           | 0,20 | 0,03           | 0,16 | 0,12          | 0,16 |
| (cua.) HD                                      | <b>0,22**</b>  | 0,05 | <b>0,23**</b>  | 0,06 | <b>0,20**</b>  | 0,04 | <b>0,20**</b> | 0,05 |
| (cua.) HS                                      | <b>0,13*</b>   | 0,04 | <b>0,14*</b>   | 0,05 | <b>0,13**</b>  | 0,04 | <b>0,11*</b>  | 0,04 |
| (cua.) CD                                      | <b>0,13*</b>   | 0,06 | <b>0,14*</b>   | 0,07 | <b>0,10†</b>   | 0,05 | <b>0,14*</b>  | 0,06 |
| (cua.) CS                                      | 0,06           | 0,04 | 0,07           | 0,05 | 0,04           | 0,04 | 0,05          | 0,04 |
| <i>Efectos sobre el cambio semanal</i>         |                |      |                |      |                |      |               |      |
| Distrés Interpersonal                          | 0,004          | 0,04 | -0,03          | 0,05 | <b>0,08*</b>   | 0,04 | 0,005         | 0,03 |
| (dim.) Comunión                                | -0,01          | 0,03 | -0,04          | 0,04 | -0,01          | 0,04 | 0,04          | 0,03 |
| (dim.) Agencia                                 | 0,02           | 0,04 | 0,02           | 0,05 | -0,001         | 0,04 | 0,03          | 0,03 |
| (cua.) HD                                      | 0,01           | 0,01 | 0,003          | 0,02 | 0,02           | 0,01 | -0,002        | 0,01 |
| (cua.) HS                                      | 0,001          | 0,01 | -0,001         | 0,01 | 0,02           | 0,01 | -0,01         | 0,01 |
| (cua.) CD                                      | -0,00004       | 0,01 | -0,02          | 0,02 | <b>0,03†</b>   | 0,02 | 0,02          | 0,01 |
| (cua.) CS                                      | -0,003         | 0,01 | -0,01          | 0,01 | 0,01           | 0,01 | 0,01          | 0,01 |

*Nota.*  $\gamma$  = Coeficientes de regresión gamma; SE= Error Estandar; DS = Distrés sintomático; FS = Funcionamiento social; RI = Relaciones interpersonales; (dim.) = dimensión; (cua.) = cuadrante; HD= Hostilidad-Dominación; HS= Hostilidad-Sumisión; CD= Cordialidad-Dominación; CS= Cordialidad-Sumisión.

Los resultados mostraron un efecto del distrés interpersonal de los pacientes sobre los puntajes totales del OQ.45 al finalizar la 4ta sesión,  $\gamma_{01} = 0,57$ , SE = 0,15,  $t(62) = 3,731$ ,  $p < 0,001$ . El aumento de 1 unidad en el distrés interpersonal al comienzo de la terapia predecía un aumento de 0,57 unidades en los puntajes de OQ.45. Del mismo modo se observaron efectos de los cuadrantes sobre los niveles de OQ.45. Sobre los puntajes de OQ.45 se observó un efecto de los cuadrantes de problemas interpersonales de Hostilidad-Dominación,  $\gamma_{01} = 0,22$ , SE = 0,05,  $t(62) = 4,424$ ,  $p < 0,001$ , Hostilidad-Sumisión,  $\gamma_{01} = 0,13$ , SE = 0,04,  $t(62) = 2,951$ ,  $p = 0,004$ , y Cordialidad-Dominación,  $\gamma_{01} = 0,13$ , SE = 0,06,  $t(62) = 2,187$ ,  $p = 0,03$ . En todos los casos, una

unidad de aumento en dicho cuadrante se vinculó con un aumento en los niveles de OQ.45 posterior a la sesión 4. Para un análisis más fino de los problemas interpersonales que podían afectar los puntajes de OQ.45, se estudiaron el efecto de las sub-escalas de problemas interpersonales específicas involucradas en los cuadrantes que manifestaron un efecto (No se analizaron todas para reducir la cantidad de análisis y, por ende, la probabilidad de una inflación del error de Tipo I). Dentro del cuadrante Hostilidad-Sumisión, se observó un efecto significativo de los problemas interpersonales de la sub-escala de Frio,  $\gamma_{01} = 0,30$ ,  $SE = 0,08$ ,  $t(62) = 3,679$ ,  $p < 0,001$ , e Inhibido Socialmente,  $\gamma_{01} = 0,20$ ,  $SE = 0,09$ ,  $t(62) = 2,193$ ,  $p = 0,03$ . En el cuadrante Cordialidad-Dominación, se observó el efecto significativo de la sub-escala de problemas Dominador,  $\gamma_{01} = 0,29$ ,  $SE = 0,14$ ,  $t(62) = 2,138$ ,  $p = 0,04$ . Además, en el cuadrante Hostil-Dominante se observó un efecto de la sub-escala Competitivo,  $\gamma_{01} = 0,43$ ,  $SE = 0,10$ ,  $t(62) = 4,185$ ,  $p < 0,001$ , y de las sub-escalas Frio (también perteneciente al cuadrante Hostilidad-Sumisión) y Dominador (también perteneciente al cuadrante Cordialidad-Dominación).

Como se puede observar en la Tabla 7, se observaron efectos de los problemas interpersonales sobre las tres dimensiones del OQ.45 (distrés sintomático, funcionamiento social, relaciones interpersonales).

Sin embargo, no se observó un efecto del distrés interpersonal de los pacientes sobre el cambio semanal en OQ.45 total,  $\gamma_{11} = 0,004$ ,  $SE = 0,04$ ,  $t(62) = 0,100$ ,  $p = 0,92$ . Tampoco se observaron efectos significativos de las dimensiones o cuadrantes interpersonales (Ver Tabla 7) sobre el cambio semanal en OQ.45 total.

No obstante, al analizar los efectos de los problemas interpersonales sobre el cambio en las tres sub-escalas de OQ.45, se observó un efecto significativo del distrés interpersonal sobre el cambio semanal en el distrés por el funcionamiento social (Ver Figura 10),  $\gamma_{11} = 0,08$ ,  $SE =$

0,04,  $t(62)= 1,973$ ,  $p = 0,05$ . Una unidad de aumento en el distrés interpersonal de los pacientes implicó un aumento semanal de 0,08 unidades en el distrés del funcionamiento social. Al analizar el efecto de los cuadrantes sobre el cambio en esta dimensión, no se observó ningún efecto significativo, pero si una tendencia en relación al cuadrante de Cordialidad-Dominación,  $\gamma_{II} = 0,03$ ,  $SE = 0,02$ ,  $t(62)= 1,694$ ,  $p = 0,09$ , en donde una unidad de aumento en los puntajes del cuadrante, al principio de la terapia, se relacionaron con un aumento semanal de 0,03 unidades en el distrés en el funcionamiento social (Ver Figura 10).

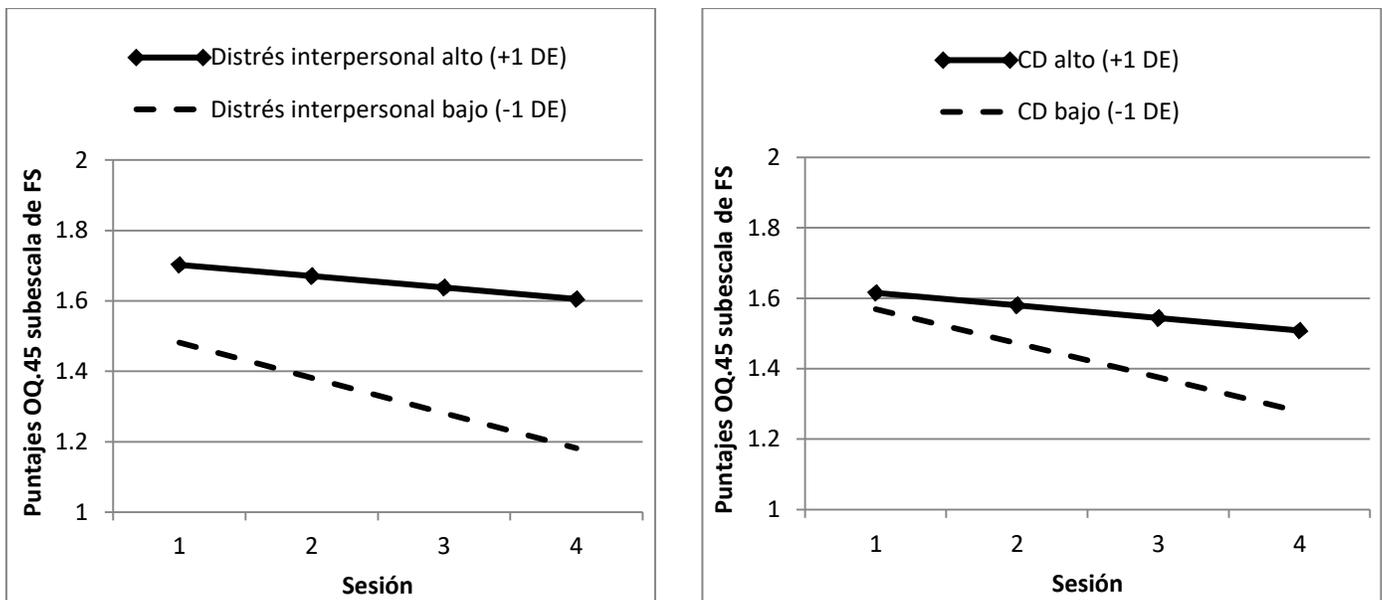


Figura 10. Evolución de los puntajes en la sub-escala de funcionamiento social (OQ.45) en función del distrés interpersonal de los pacientes (IIP-64; panel izquierdo) y de los puntajes en el cuadrante de Cordialidad-Dominación (panel derecho). Nota. DE= Desvío Estándar; FS = sub-escala de funcionamiento social del OQ.45; CD= Cordialidad-Dominación.

**Síntesis de los resultados del objetivo específico 1#.** Los resultados de los análisis para dar cuenta de este objetivo, mostraron evidencias de una asociación entre las problemáticas interpersonales de los pacientes y los resultados tempranos en psicoterapia. Los niveles de severidad globales de los pacientes y en las tres dimensiones exploradas, al finalizar la cuarta sesión, se vieron asociados, al comienzo del tratamiento, al grado de distrés interpersonal,

a diversos cuadrantes de funcionamiento interpersonal (Hostilidad-Dominación, Hostilidad-Sumisión y Cordialidad-Dominación) y a problemáticas interpersonales específicas (Frio, Inhibido Socialmente, Dominador, Competitivo). En todos los casos, mayores problemáticas interpersonales en cada uno de los índices, se asoció a peores niveles de severidad temprana, al finalizar la cuarta sesión. Al analizar los efectos de los problemas interpersonales sobre la evaluación semanal de la severidad, se observó únicamente una asociación: aquellos pacientes que presentaban mayores niveles de distrés interpersonal general al principio de la terapia, tuvieron una menor tasa de mejoría en el distrés por el funcionamiento social, durante las primeras cuatro sesiones.

**Objetivo específico 2#: relación entre los problemas interpersonales de los pacientes y la negociación de la alianza temprana.** Para responder a este objetivo de investigación, se realizaron modelos incondicionales y de crecimiento en HLM, usando al puntaje total del ANS y sus dos sub-escalas como variables dependientes. En los modelos incondicionales no se incluyó ningún predictor en el nivel 1, mientras que en el nivel 2 se incorporaron a los distintos índices del IIP para predecir el nivel global de alianza en las primeras cuatro sesiones. Para los modelos de curvas de crecimiento, como predictor en nivel 1 se incluyó a la variable *tiempo*, centrada en el medio de la serie de cuatro sesiones (equivalente a una sesión teórica de valor 2,5). Posteriormente, se incluyeron a los distintos índices del IIP como predictores a nivel 2 del intercepto (que representa los puntajes de ANS en la sesión 4) y del cambio semanal en ANS (cambio producido entre una sesión y otra). Si bien en estos modelos no consideramos relevante, desde el punto de vista teórico, analizar los efectos del IIP sobre el intercepto (debido a que representaría el puntaje de alianza en una sesión inexistente), se incluyeron los índices interpersonales como predictores en los análisis de curva de crecimiento, para controlar esos

efectos en dichos modelos. Sin embargo, los mismos no serán reportados en esta sección resultados.

En la Tabla 8 se presentan los coeficientes de regresión (y sus respectivos errores estándar) surgidos de los análisis prediciendo los niveles de negociación de la alianza en las cuatro primeras sesiones, en función de los problemas interpersonales de los pacientes.

Tabla 8.  
*Resumen de los modelos incondicionales y condicionales, analizando los efectos de los problemas interpersonales (IIP-64) de los pacientes sobre los niveles de negociación de la alianza (ANS).*

| Modelos de efectos fijos              | Nivel temprano de NA |        |             | Nivel temprano CSN |       |             | Nivel temprano PFN |        |             |
|---------------------------------------|----------------------|--------|-------------|--------------------|-------|-------------|--------------------|--------|-------------|
|                                       | $\gamma$             | SE     | $\gamma$ ER | $\gamma$           | SE    | $\gamma$ ER | $\gamma$           | SE     | $\gamma$ ER |
| <i>Modelos Incondicionales</i>        |                      |        |             |                    |       |             |                    |        |             |
| Intercepto                            | 1298,0**             | 59,6   | 6,00        | 184,22**           | 9,79  | 5,69        | 11149,5**          | 483,5  | 6,45        |
| <i>Modelos de efectos principales</i> |                      |        |             |                    |       |             |                    |        |             |
| Distrés Interpersonal                 | <b>-265,91</b> †     | 137,84 | -0,33       | <b>-49,81</b> *    | 22,44 | -0,28       | 68,68              | 1150,4 | 0,02        |
| (dim.) Comunión                       | <b>197,47</b> †      | 116,33 | 0,22        | 22,65              | 19,33 | 0,11        | 1392,4             | 949,1  | 0,31        |
| (dim.) Agencia                        | 57,31                | 146,42 | 0,07        | 24,14              | 23,90 | 0,12        | -967               | 1183,3 | -0,23       |
| (cua.) HD                             | <b>-108,10</b> *     | 45,64  | -0,13       | <b>-13,71</b> †    | 7,63  | -0,07       | -560,7             | 379,8  | -0,13       |
| (cua.) HS                             | <b>-83,93</b> *      | 37,87  | -0,10       | <b>-15,36</b> *    | 6,16  | -0,08       | -47,18             | 318,8  | -0,01       |
| (cua.) CD                             | -20,29               | 52,23  | -0,02       | -6,18              | 8,56  | -0,03       | 328,6              | 422,3  | 0,07        |
| (cua.) CS                             | -22,90               | 37,87  | -0,03       | -6,80              | 6,18  | -0,03       | 226,9              | 306,8  | 0,05        |

*Nota.* Para volver a transformar los resultados obtenidos a la escala original, se estimaron puntajes de negociación de la alianza en las primeras cuatro sesiones para participantes con un nivel promedio en los índice de problemas interpersonales vs. participantes que tenían un nivel una unidad por encima de ese promedio. Esos puntajes estimados luego fueron transformados a la escala original, a partir de realizar la operación inversa a la primera transformación. Posteriormente, se estableció el promedio de las diferencias entre los niveles en cada caso. Dicha diferencia fue considerada una estimación del coeficiente gamma en su escala original.  $\gamma$  = Coeficientes de regresión gamma; SE= Error Estandar;  $\gamma$  ER = Coeficientes de regresión gamma transformados a su escala original; NA= Negociación de la Alianza; CSN= Confort con sentimientos negativos; PFN= Postura flexible y negociadora; †  $p \leq 0,1$ ; \*  $p \leq 0,05$ .

Los resultados mostraron una tendencia en la asociación entre distrés interpersonal y el nivel temprano de negociación de la alianza en los pacientes (promedio dentro de las cuatro primeras sesiones),  $\gamma_{00} = -265,91$ , SE = 137,84,  $t(62) = -1,929$ ,  $p = 0,06$ . Transformado a la escala original, eso implicaba que una unidad de aumento en el distrés interpersonal de los pacientes, se asoció con una reducción de -0,33 unidades en el nivel de negociación de alianza. Del mismo

modo, la dimensión de comunión presentó una relación en un nivel de tendencia con los niveles de negociación de la alianza,  $\gamma_{00} = 197,47$ ,  $SE = 116,33$ ,  $t(62) = 1,697$ ,  $p = 0,09$ . En este caso, un aumento de una unidad en la dimensión de comunión se relacionó con un *aumento* en los niveles de negociación de la alianza de 0,22 unidades.

Adicionalmente, en los análisis utilizando a los cuadrantes de problemáticas interpersonales como predictores, se observó una relación significativa de los puntajes de Hostilidad-Dominación,  $\gamma_{00} = -108,10$ ,  $SE = 45,64$ ,  $t(62) = -2,369$ ,  $p = 0,02$ , y Hostilidad-Sumisión,  $\gamma_{00} = -83,93$ ,  $SE = 37,86$ ,  $t(62) = -2,216$ ,  $p = 0,03$ , con los niveles totales de negociación de la alianza. En ambos análisis el aumento de problemáticas interpersonales del cuadrante se asoció a peores niveles de negociación de la alianza; una unidad de aumento en el cuadrante Hostilidad-Dominación predijo una reducción de -0,13 unidades en la negociación de la alianza, mientras que una unidad de aumento en el cuadrante Hostilidad-Sumisión predijo una reducción de -0,10 unidades en la negociación de la alianza. De estos dos cuadrantes, los problemas interpersonales específicos que presentaron una asociación inversa con los niveles de negociación de la alianza fueron: Competitivo ( $\gamma_{00} = -267,39$ ,  $SE = 91,07$ ,  $t(62) = -2,936$ ,  $p = 0,04$ ), Frio ( $\gamma_{00} = -152,54$ ,  $SE = 74,12$ ,  $t(62) = -2,058$ ,  $p = 0,04$ ) e Inhibido Socialmente ( $\gamma_{00} = -156,40$ ,  $SE = 75,13$ ,  $t(62) = -2,058$ ,  $p = 0,04$ ).

Al estudiar las dimensiones de la negociación de la alianza, se observó que el distrés interpersonal de los pacientes predijo significativamente los niveles en el factor CSN,  $\gamma_{00} = -49,81$ ,  $SE = 22,45$ ,  $t(62) = -2,219$ ,  $p = 0,03$ . El aumento de una unidad en el distrés interpersonal de los pacientes predijo una reducción de -0,28 unidades en el factor CSN de negociación de la alianza. Explorando específicamente los cuadrantes de problemas interpersonales, se observó que el cuadrante de Hostilidad-Sumisión se asoció significativamente a los niveles de CSN,  $\gamma_{00} = -$

15,36, SE = 6,16,  $t(62) = -2,493$ ,  $p = 0,02$ ; una unidad de aumento en el cuadrante se asoció a una reducción de -0,08 unidades en CSN. Específicamente, el factor CSN se asoció con problemas de Inhibición Social,  $\gamma_{00} = -31,55$ , SE = 12,13,  $t(62) = -2,601$ ,  $p = 0,01$ .

Ninguno de los índices de problemas interpersonales se asoció a los niveles de la negociación de la alianza en el factor PFN.

Posteriormente, se analizó el efecto de los problemas interpersonales sobre el cambio producido en la negociación de la alianza, durante las primeras cuatro sesiones.

Tabla 9.

*Resumen de los modelos incondicionales y condicionales, analizando los efectos de los problemas interpersonales de los pacientes (IIP-64) sobre el cambio semanal en la negociación de la alianza (ANS)*

| Modelos de efectos fijos                         | NA totales      |        |             | CSN             |        |             | PFN           |        |             |
|--|-----------------|--------|-------------|-----------------|--------|-------------|---------------|--------|-------------|
|  | $\gamma$        | SE     | $\gamma$ ER | $\gamma$        | SE     | $\gamma$ ER | $\gamma$      | SE     | $\gamma$ ER |
| <i>Modelos Incondicionales</i>                   |                 |        |             |                 |        |             |               |        |             |
| Intercepto                                       | 692,87**        | 142,38 |             | 433,66*         | 192,88 |             | 10766,6**     | 510,95 |             |
| Cambio semanal                                   | <b>356,06**</b> | 84,86  | 0,12        | <b>400,12**</b> | 111,04 | 0,16        | <b>42,54*</b> | 21,27  | 0,002       |
| <i>Efectos de los PI sobre el cambio semanal</i> |                 |        |             |                 |        |             |               |        |             |
| Distrés Interpersonal (dim.)                     | -195,67         | 200,41 | -0,06       | -301,65         | 261,49 | -0,11       | -11,38        | 50,59  | -0,0004     |
| Comunión (dim.)                                  | 356,06          | 84,86  | 0,07        | 283,08          | 218,74 | 0,09        | 17,85         | 42,41  | 0,0005      |
| Agencia (cua.)                                   | -126,78         | 208,14 | -0,05       | -133,69         | 272,64 | -0,07       | -30,25        | 52,25  | 0,03        |
| HD (cua.)  | <b>-132,67*</b> | 65,71  | -0,04       | <b>-175,28*</b> | 85,93  | -0,06       | -11,14        | 16,96  | -0,0004     |
| HS (cua.)  | -57,77          | 55,48  | -0,02       | -82,14          | 72,49  | -0,02       | -2,41         | 14,02  | -0,0001     |
| CD (cua.)  | -15,32          | 74,43  | -0,004      | -38,93          | 97,31  | -0,01       | -5,36         | 18,66  | -0,0002     |
| CS (cua.)  | 9,41            | 54,06  | 0,005       | -4,82           | 70,75  | 0,004       | 3,76          | 13,55  | 0,0001      |

*Notas.*  $\gamma$  = Coeficientes de regresión Gamma; SE= Error Estandar;  $\gamma$  ER = Coeficientes de regresión gamma transformados a su escala original; NA= Negociación de la Alianza; CSN= Confort con sentimientos negativos; PFN= Postura flexible y negociadora; †  $p \leq 0,1$ ; \*  $p \leq 0,05$ ; \*\*  $p \leq 0,001$ .

Como se observa en la Tabla 9, únicamente los problemas del cuadrante Hostilidad-Dominación predijeron significativamente el cambio semanal en los niveles de negociación de la alianza total,  $\gamma_{11} = -132,67$ , SE = 65,71,  $t(62) = -2,019$ ,  $p = 0,04$ . Una unidad de aumento en los problemas de Hostilidad-Dominación representó una reducción de -0,04 unidades (en la escala real del ANS) en el cambio semanal de la negociación de la alianza. El efecto significativo del

cuadrante Hostilidad-Dominación se observó específicamente sobre el cambio semanal en el factor CSN,  $\gamma_{11} = -175,28$ ,  $SE = 85,93$ ,  $t(62) = -2,040$ ,  $p = 0,04$ . En este caso, el aumento de una unidad en el cuadrante de Hostilidad-Dominación predijo una reducción de -0,06 unidades en el factor CSN (en su escala real).

Haciendo un análisis más minucioso, usando como predictores a los problemas que integran el cuadrante, se observó que los problemas de Competitivo eran los que predecían significativamente el cambio en la negociación de la alianza total,  $\gamma_{11} = -280,13$ ,  $SE = 133,62$ ,  $t(62) = -2,097$ ,  $p = 0,04$ , y el factor CSN,  $\gamma_{11} = -353,03$ ,  $SE = 175,28$ ,  $t(62) = -2,014$ ,  $p = 0,04$ . Del mismo modo, se observó una relación en un nivel de tendencia de los problemas Dominador con el cambio en los niveles totales de negociación de la alianza,  $\gamma_{11} = -313,30$ ,  $SE = 165,32$ ,  $t(62) = -1,895$ ,  $p = 0,06$ , y el factor CSN,  $\gamma_{11} = -390,32$ ,  $SE = 216,89$ ,  $t(62) = -1,800$ ,  $p = 0,08$ .

Por otra parte, no se observaron efectos significativos de los problemas interpersonales sobre el cambio en el factor PFN.

**Síntesis de los resultados del objetivo específico 2#.** Los análisis conducidos en el marco de este objetivo, arrojaron evidencias en favor de una relación entre las problemáticas interpersonales de los pacientes observadas al principio de la terapia, y la negociación de la alianza en las primeras sesiones. Los niveles de negociación de la alianza en general, se han visto asociados a los cuadrantes Hostilidad-Dominación y Hostilidad-Sumisión, así como a las problemáticas específicas de ser Competitivo, Frio e Inhibido Socialmente. Mayores niveles de problemáticas interpersonales, en cada caso, se vieron asociados a puntajes más débiles en la negociación de alianza. Asimismo, las problemáticas interpersonales se han visto específicamente asociadas al factor CSN de negociación de la alianza. El malestar interpersonal general se vinculó a niveles más bajos en el factor CSN, durante las primeras cuatro sesiones. A

su vez, los puntajes en el cuadrante Hostilidad-Sumisión, y específicamente los problemas de Inhibición Social, se asociaron a puntajes más débiles de negociación en el factor CSN. Por otra parte, mayores niveles de Hostilidad-Dominación, y particularmente problemáticas de ser Competitivo, se vincularon a un menor grado de crecimiento en el factor CSN de la negociación de la alianza, durante los primeros cuatro encuentros. En contraste, los niveles y el grado de cambio en el factor PFN de la negociación de la alianza, no se asociaron significativamente a ninguno de los índices de problemáticas interpersonales.

**Objetivo específico 3#: relación entre las intervenciones de los terapeutas y las respuestas tempranas.** Para poder dar cuenta de este objetivo de investigación, se realizaron modelos de crecimiento en HLM, usando al puntaje total del OQ.45 y sus tres sub-escalas como variables dependientes. Se incluyó la variable tiempo como predictor en el nivel 1 (centrado en la cuarta sesión) y los distintos índices de intervenciones cognitivas y comunes también como predictores en el nivel 1, a modo de covariables temporales (*time-varying covariates*) como factores fijos. No se agregaron predictores en el nivel 2 de los análisis.

En la Tabla 10 se presentan los efectos de las distintas intervenciones cognitivas (CPPS) y su índice global sobre los puntajes de OQ.45. Como se puede observar, el índice global de intervenciones cognitivas no se asoció significativamente con los puntajes de OQ.45 durante las primeras cuatro sesiones.

Al analizar la asociación de la severidad temprana de los pacientes y las 10 intervenciones cognitivas por separado, únicamente la intervención “El terapeuta centra el diálogo en situaciones futuras de la vida del paciente” se asoció significativamente con los puntajes totales de OQ.45,  $\gamma_{20} = -0,04$ ,  $SE = 0,01$ ,  $t(127) = -2,891$ ,  $p = 0,01$ . Una unidad de aumento en estas intervenciones, en una sesión dada, se asoció a una reducción de -0,04 unidades

en los puntajes de OQ.45, al terminar esa sesión. Más específicamente los puntajes de esa intervención se asociaron significativamente a los puntajes del distrés sintomático del OQ.45,  $\gamma_{20} = -0,04$ ,  $SE = 0,02$ ,  $t(127) = -2,590$ ,  $p = 0,01$ , y los puntajes de funcionamiento social,  $\gamma_{20} = -0,04$ ,  $SE = 0,02$ ,  $t(127) = -2,226$ ,  $p = 0,03$ .

Tabla 10.

*Resumen de los modelos condicionales analizando el efecto de las intervenciones cognitivas (CPPS) como covariables temporales del grado de severidad temprana de los pacientes (OQ.45)*

| Modelos de efectos fijos   | OQ total      |      | OQ DS         |      | OQ FS         |      | OQ RI         |      |
|--|---------------|------|---------------|------|---------------|------|---------------|------|
|  | $\gamma$      | SE   | $\gamma$      | SE   | $\gamma$      | SE   | $\gamma$      | SE   |
| <i>Efectos de las intervenciones sobre los puntajes de OQ.45</i> |               |      |               |      |               |      |               |      |
| Cognitivas   | 0,002         | 0,02 | 0,001         | 0,03 | -0,004        | 0,03 | -0,001        | 0,02 |
| Consejos   | 0,01          | 0,01 | 0,01          | 0,01 | 0,01          | 0,01 | 0,01          | 0,01 |
| Propone temas  | -0,01         | 0,01 | -0,01         | 0,01 | -0,03         | 0,02 | 0,001         | 0,02 |
| Discute ideas  | 0,003         | 0,01 | 0,001         | 0,01 | -0,01         | 0,02 | 0,02          | 0,01 |
| Actividades inter-sesión   | -0,01         | 0,01 | -0,01         | 0,01 | 0,001         | 0,01 | 0,002         | 0,01 |
| Explica intervenciones   | 0,003         | 0,01 | -0,001        | 0,01 | 0,01          | 0,01 | 0,001         | 0,01 |
| Dialoga sobre el futuro  | <b>-0,04*</b> | 0,01 | <b>-0,04*</b> | 0,02 | <b>-0,04*</b> | 0,02 | <b>-0,03†</b> | 0,02 |
| Aporta información   | 0,01          | 0,01 | 0,01          | 0,01 | 0,01          | 0,01 | -0,01         | 0,01 |
| Práctica inter-sesión  | 0,01          | 0,01 | 0,01          | 0,01 | 0,001         | 0,01 | 0,003         | 0,01 |
| Técnicas de afrontamiento  | 0,01          | 0,01 | 0,01          | 0,01 | 0,01          | 0,01 | 0,001         | 0,01 |
| Interactúa didácticamente  | 0,01          | 0,01 | 0,01          | 0,02 | 0,01          | 0,02 | -0,004        | 0,01 |

*Nota.* En estos modelos se incluyó el efecto del tiempo (en semanas) como una covariable. Tanto el efecto del tiempo como el de las intervenciones se analizó como un efecto fijo, mientras que el intercepto se mantuvo como un efecto aleatorio.  $\gamma$  = Coeficientes de regresión gamma; SE= Error Estandar; DS = Distrés sintomático; FS = Funcionamiento social; RI = Relaciones interpersonales; †  $p \leq 0,1$ ; \*  $p \leq 0,05$ .

En la Tabla 11 se presentan los efectos de las intervenciones comunes exploradas y sus tres factores. Las intervenciones comunes de orientadas a fortalecer la alianza en el paciente, se asoció significativamente a los puntajes de totales del OQ.45,  $\gamma_{20} = -0,05$ ,  $SE = 0,02$ ,  $t(127) = -1,984$ ,  $p = 0,05$ . Una unidad de aumento en el uso de estas intervenciones, se asoció a una reducción de -0,05 unidades en los puntajes de OQ.45. Dentro de las sub-escalas del OQ.45, la adhesión a intervenciones comunes orientadas a fortalecer la alianza se asoció específicamente a los puntajes de funcionamiento social,  $\gamma_{20} = -0,09$ ,  $SE = 0,03$ ,  $t(127) = -2,889$ ,  $p < 0,01$ .

Tabla 11.

*Resumen de los modelos condicionales analizando el efecto de las intervenciones comunes (EIC) como covariables temporales del grado de severidad temprana de los pacientes (OQ.45).*

| Modelos de efectos fijos                                      | OQ total      |      | OQ DS        |      | OQ FS         |      | OQ RI         |      |
|---|---------------|------|--------------|------|---------------|------|---------------|------|
|   | $\gamma$      | SE   | $\gamma$     | SE   | $\gamma$      | SE   | $\gamma$      | SE   |
| <i>Efectos de las intervenciones sobre los puntajes de OQ</i> |               |      |              |      |               |      |               |      |
| Inter. Com. Alianza   | <b>-0,05*</b> | 0,02 | -0,04        | 0,03 | <b>-0,09*</b> | 0,03 | -0,04         | 0,03 |
| Valoración positiva   | -0,02         | 0,01 | -0,01        | 0,02 | <b>-0,03*</b> | 0,02 | -0,02         | 0,02 |
| Objetivos de la terapia                                       | <b>-0,02*</b> | 0,01 | -0,02        | 0,01 | <b>-0,04*</b> | 0,01 | -0,01         | 0,01 |
| Comen. Alentadores  | <b>-0,02†</b> | 0,01 | -0,02        | 0,01 | -0,01         | 0,01 | <b>-0,03*</b> | 0,01 |
| Tareas de la terapia  | -0,01         | 0,01 | -0,004       | 0,01 | -0,01         | 0,01 | -0,02         | 0,01 |
| Inter. Com. Validación / desafío                              | 0,03          | 0,03 | 0,03         | 0,03 | -0,004        | 0,03 | 0,02          | 0,03 |
| Cuestiona al paciente   | 0,02          | 0,01 | 0,02         | 0,01 | -0,004        | 0,01 | <b>0,02†</b>  | 0,01 |
| Empatiza  | 0,01          | 0,01 | 0,01         | 0,02 | 0,01          | 0,02 | -0,01         | 0,01 |
| Información personal  | 0,001         | 0,02 | 0,002        | 0,02 | 0,002         | 0,03 | 0,01          | 0,02 |
| Normalización   | -0,01         | 0,01 | -0,01        | 0,02 | -0,02         | 0,02 | -0,01         | 0,02 |
| Inter. Com. Información / encuadre                            | 0,02          | 0,02 | <b>0,04†</b> | 0,02 | -0,01         | 0,02 | 0,01          | 0,02 |
| Pide información  | 0,02          | 0,01 | 0,02         | 0,02 | -0,01         | 0,02 | 0,02          | 0,02 |
| Sintetiza   | 0,02          | 0,01 | 0,03         | 0,02 | 0,02          | 0,02 | 0,01          | 0,02 |
| Encuadre  | 0,003         | 0,01 | 0,01         | 0,01 | -0,01         | 0,01 | -0,001        | 0,01 |

*Nota.* En estos modelos se incluyó el efecto del tiempo (en semanas) como una covariable. Tanto el efecto del tiempo como el de las intervenciones se analizó como un efecto fijo, mientras que el intercepto se mantuvo como un efecto aleatorio.  $\gamma$  = Coeficientes de regresión Gamma; SE= Error Estandar; Inter. Com.= Intervenciones comunes; DS = Distrés sintomático; FS = Funcionamiento social; RI = Relaciones interpersonales; Comen. alentadores= Comentarios alentadores; †  $p \leq 0,1$ ; \*  $p \leq 0,05$ .

Sin embargo, los puntajes totales de OQ.45 no se asociaron a las intervenciones comunes de validación/desafío de las experiencias del paciente,  $\gamma_{20} = 0,03$ , SE = 0,03,  $t(127) = 1,107$ ,  $p = 0,27$ , ni a las intervenciones comunes de recolección de información y establecimiento del encuadre,  $\gamma_{20} = 0,02$ , SE = 0,02,  $t(127) = 1,318$ ,  $p = 0,19$ .

Estudiando los efectos de las distintas intervenciones comunes por separado, se observó que la intervención común “El terapeuta habla con el paciente acerca los objetivos de la terapia” (Intervenciones comunes orientadas a la alianza), se vio asociada significativamente a los puntajes del OQ total,  $\gamma_{20} = -0,02$ , SE = 0,01,  $t(127) = -1,928$ ,  $p = 0,05$ . Una unidad de aumento en dicha intervención se asoció con una reducción de -0,02 unidades en los puntajes totales del OQ.45. Particularmente, esta intervención se vinculó a los puntajes de la sub-escala de funcionamiento social del OQ.45,  $\gamma_{20} = -0,04$ , SE = 0,01,  $t(127) = -2,733$ ,  $p < 0,01$ .

Además, la intervención común “El terapeuta realiza comentarios alentadores hacia el paciente para infundirle esperanza” (Intervenciones comunes orientadas a la alianza), se relacionó con los puntajes totales de OQ.45 aunque solamente en un nivel de tendencia ( $p < 0.1$ ),  $\gamma_{20} = -0,02$ ,  $SE = 0,01$ ,  $t(127) = -1,799$ ,  $p < 0,07$ . No obstante, esta intervención se asoció significativamente a los puntajes de la sub-escala relaciones interpersonales del OQ.45,  $\gamma_{20} = -0,03$ ,  $SE = 0,01$ ,  $t(127) = -2,112$ ,  $p = 0,04$ . Una unidad de aumento en dicha intervención se asoció con una reducción de -0,03 unidades en los puntajes de la sub-escala relaciones interpersonales.

Del mismo modo, la intervención común “El terapeuta le transmite al paciente una valoración positiva de algunos de sus comentarios, sentimientos y/o conductas” (Intervenciones comunes orientadas a la alianza) se asoció a los puntajes de la sub-escala funcionamiento social,  $\gamma_{20} = -0,03$ ,  $SE = 0,02$ ,  $t(127) = -2,001$ ,  $p < 0,05$ . Un aumento de una unidad en esta intervención se vinculó con una reducción de -0,03 unidades en los puntajes de la sub-escala de funcionamiento social.

**Síntesis de los resultados del objetivo específico 3#.** En el estudio de la relación entre los índices globales de intervenciones y la evolución clínica de los pacientes, se observó que únicamente el uso de intervenciones comunes orientadas a fortalecer la alianza se asoció en los pacientes a menores niveles de severidad general temprana, y específicamente, menor severidad en el malestar vinculado al funcionamiento social. No obstante, al realizar un análisis individual sobre las distintas intervenciones exploradas, una de las técnicas cognitivas (“El terapeuta centra el diálogo en situaciones futuras de la vida del paciente”) se asoció a menores niveles de severidad durante las primeras sesiones, especialmente en el distrés sintomático y el funcionamiento social. Además, como era esperable, tres de las intervenciones correspondientes

al factor intervenciones comunes orientadas a fortalecer la alianza (“El terapeuta habla con el paciente acerca los objetivos de la terapia”, “El terapeuta realiza comentarios alentadores hacia el paciente para infundirle esperanza” y “El terapeuta le transmite al paciente una valoración positiva de algunos de sus comentarios, sentimientos y/o conductas”) se asociaron a menores niveles de severidad durante las primeras sesiones de tratamiento.

**Objetivo específico 4#: relación entre las intervenciones de los terapeutas y la negociación de la alianza temprana.** Para alcanzar este objetivo de investigación, se realizaron modelos de crecimiento en HLM, usando los puntajes totales de la negociación de la alianza y sus dos sub-escalas como variables dependientes. En estos modelos la variable tiempo se incorporó como predictor en el nivel 1 (centrada en la sesión teórica 2,5) y se incluyeron a los distintos índices de intervenciones cognitivas y comunes también como predictores en el nivel 1, a modo de covariables temporales (*time-varying covariates*) como factores fijos. No se agregaron predictores en el nivel 2 en estos análisis.

Como se presenta en la Tabla 12, el índice de intervenciones cognitivas no se asoció significativamente a los puntajes de negociación de la alianza en ninguno de los casos.

Al estudiar el efecto de las intervenciones cognitivas como predictores se encontró una asociación de la intervención cognitiva “El terapeuta aporta datos e información al paciente respecto de sus síntomas, su trastorno o del tratamiento” con los puntajes del ANS, aunque únicamente en un nivel de tendencia,  $\gamma_{10} = 35,63$ ,  $SE = 18,81$ ,  $t(127) = 1,894$ ,  $p = 0,06$ . No obstante, esta intervención se relacionó significativamente con los puntajes de la sub-escala PFN de la negociación de la alianza,  $\gamma_{10} = 416,54$ ,  $SE = 186,03$ ,  $t(127) = 2,239$ ,  $p = 0,03$ . Al re-escalar los resultados a la escala original del instrumento, se observó que una unidad de aumento en dicha intervención se asoció a un aumento de 0,05 unidades en los puntajes de PFN.

Tabla 12.  
Resumen de los modelos condicionales analizando los efectos de las intervenciones cognitivas (CPPS) como covariables temporales de la fortaleza de la negociación de la alianza (ANS).

| Modelos de efectos fijos  | NA total       |       |             | CSN      |       |             | PFN             |        |             |
|---------------------------|----------------|-------|-------------|----------|-------|-------------|-----------------|--------|-------------|
|                           | $\gamma$       | SE    | $\gamma$ ER | $\gamma$ | SE    | $\gamma$ ER | $\gamma$        | SE     | $\gamma$ ER |
| <i>Inter. Cognitivas</i>  | 27,69          | 32,46 | 0,03        | 16,40    | 41,18 | 0,02        | 193,32          | 318,83 | 0,02        |
| Consejos                  | 12,61          | 19,21 | 0,01        | 33,24    | 24,42 | 0,04        | -22,86          | 184,00 | -0,003      |
| Propone temas             | 17,77          | 22,32 | 0,02        | 26,88    | 27,99 | 0,03        | 68,46           | 240,12 | 0,01        |
| Discute ideas             | 18,25          | 20,51 | 0,02        | 22,33    | 25,60 | 0,03        | 41,52           | 211,32 | 0,01        |
| Actividades inter-sesión  | -11,21         | 15,31 | -0,01       | -13,81   | 19,29 | 0,002       | -109,67         | 153,03 | -0,01       |
| Explica inter.            | -8,19          | 17,06 | -0,01       | -29,85   | 21,29 | -0,04       | 23,84           | 174,01 | 0,003       |
| Dialoga sobre futuro      | <b>40,34</b> † | 21,61 | 0,05        | 29,84    | 27,47 | 0,04        | 235,91          | 214,73 | 0,03        |
| Aporta información        | <b>35,63</b> † | 18,81 | 0,04        | 10,42    | 23,96 | 0,01        | <b>416,54</b> * | 186,03 | 0,05        |
| Práctica inter-sesión     | 6,53           | 17,32 | 0,01        | 9,23     | 21,87 | 0,01        | -14,26          | 171,39 | -0,002      |
| Técnicas de afrontamiento | -12,85         | 17,93 | -0,02       | -14,23   | 22,89 | -0,02       | 12,63           | 173,31 | 0,001       |
| Interactúa didácticamente | 21,57          | 20,22 | 0,02        | 13,57    | 25,42 | 0,02        | 175,54          | 196,43 | 0,02        |

*Nota.* En estos modelos se incluyó el efecto del tiempo (en semanas) como una covariable. Tanto el efecto del tiempo como el de las intervenciones se analizó como un efecto fijo, mientras que el intercepto se mantuvo como un efecto aleatorio.  $\gamma$  = Coeficientes de regresión gamma; SE= Error Estandar;  $\gamma$  ER = Coeficientes de regresión gamma transformados a su escala original; Inter. = Intervenciones; CSN= Confort con sentimientos negativos; PFN= Postura flexible y negociadora; †  $p \leq 0,1$ ; \*  $p \leq 0,05$ .

Por otra parte, también se observó una relación en un nivel de tendencia, no significativa, entre la intervención cognitiva “El terapeuta centra el diálogo en situaciones futuras de la vida del paciente.” y los puntajes totales de la negociación de la alianza,  $\gamma_{10} = 40,34$ , SE = 21,61,  $t(127) = 1,867$ ,  $p = 0,06$ .

Posteriormente se analizaron los efectos de las intervenciones comunes sobre la negociación de la alianza. Los resultados de estos análisis se presentan en la Tabla 13.

Las intervenciones comunes de orientadas a la alianza se asociaron significativamente a los puntajes totales de negociación de la alianza,  $\gamma_{10} = 77,92$ , SE = 39,16,  $t(127) = 1,990$ ,  $p < 0,05$ . Una unidad de aumento en el uso de intervenciones en factor 1 de intervenciones comunes, se vinculó a un aumento de 0,09 unidades (en su escala original) en los puntajes totales de la

negociación de la alianza. No obstante, no se encontraron relaciones entre la negociación de la alianza y los factores de intervenciones comunes de validación/desafío de la experiencia del paciente y recolección de información y establecimiento de encuadre.

Por otra parte, la intervención común de “El terapeuta le transmite al paciente que sus sentimientos o conductas son entendibles y/o esperables en su contexto” (factor validación/desafío de la experiencia del paciente) se vinculó significativamente con los puntajes totales de la negociación de la alianza,  $\gamma_{10} = 54,35$ ,  $SE = 22,67$ ,  $t(127) = 2,398$ ,  $p = 0,02$ . Una unidad de aumento en la intervención se asoció a un aumento de 0.06 unidades en la negociación de la alianza. A su vez, esta intervención se asoció significativamente con los puntajes de la sub-escala CNF,  $\gamma_{10} = 91,47$ ,  $SE = 28,21$ ,  $t(127) = 3,242$ ,  $p < 0,01$ . Una unidad de aumento en la intervención se asoció a un aumento de 0,12 unidades en la sub-escala CNF de la negociación de la alianza.

La intervención común “El terapeuta habla con el paciente acerca los objetivos de la terapia” (Intervenciones comunes orientadas a la alianza), a su vez, presentó una relación significativa con la sub-escala PFN de la negociación de la alianza,  $\gamma_{10} = 414,86$ ,  $SE = 176,32$ ,  $t(127) = 2,353$ ,  $p < 0,02$ . Volviendo a transformar los coeficientes a su escala original, se observó que una unidad de aumento en esta intervención se vinculó a un aumento de 0,05 unidades en los niveles de la sub-escala PFN de la negociación de la alianza.

Finalmente la intervención común “El terapeuta explicita al paciente estados afectivos, cognitivos y/o comportamentales que pudo inferir en él” (factor validación/desafío de la experiencia del paciente) se vinculó en un nivel de tendencia tanto con los puntajes totales de negociación de la alianza,  $\gamma_{10} = 35,97$ ,  $SE = 20,49$ ,  $t(127) = 1,755$ ,  $p = 0,08$ , como con los puntajes de la sub-escala PFN,  $\gamma_{10} = 385,38$ ,  $SE = 208,94$ ,  $t(127) = 1,844$ ,  $p = 0,06$ .

Tabla 13.

*Resumen de los modelos condicionales analizando los efectos de las intervenciones comunes (EIC) como covariables temporales de la fortaleza de la negociación de la alianza (ANS).*

| Modelos de efectos fijos             | NA total      |       |             | CSN           |       |             | PFN            |        |             |
|--------------------------------------|---------------|-------|-------------|---------------|-------|-------------|----------------|--------|-------------|
|                                      | $\gamma$      | SE    | $\gamma$ ER | $\gamma$      | SE    | $\gamma$ ER | $\gamma$       | SE     | $\gamma$ ER |
| <i>Inter. Alianza</i>                | <b>77,92*</b> | 39,16 | 0,09        | 42,55         | 49,40 | 0,06        | 634,94         | 393,63 | 0,07        |
| Val. Positiva                        | 19,06         | 22,49 | 0,02        | 2,04          | 28,19 | 0,003       | 336,30         | 236,66 | 0,04        |
| Objetivos                            | 21,50         | 17,91 | 0,02        | -6,20         | 22,35 | -0,01       | <b>414,86*</b> | 176,32 | 0,05        |
| Com. Alentadores                     | 10,23         | 17,81 | 0,01        | -11,88        | 22,57 | -0,02       | 233,73         | 171,22 | 0,03        |
| Tareas                               | -16,07        | 16,84 | -0,02       | -27,30        | 21,12 | -0,04       | 80,50          | 174,68 | 0,01        |
| <i>Inter. Validación / desafío</i>   | 43,54         | 41,93 | 0,05        | 44,18         | 53,13 | 0,06        | 426,22         | 406,39 | 0,05        |
| Cuestiona                            | -27,25        | 18,97 | -0,03       | -31,46        | 24,02 | -0,04       | 162,75         | 191,48 | 0,02        |
| Empatiza                             | <b>35,97†</b> | 20,50 | 0,04        | 25,99         | 25,97 | 0,03        | <b>385,38†</b> | 208,94 | 0,04        |
| Infor. Personal                      | 8,76          | 32,67 | 0,01        | -34,26        | 40,90 | -0,05       | 87,32          | 335,60 | 0,01        |
| Normalización                        | <b>54,35*</b> | 22,67 | 0,06        | <b>91,47*</b> | 28,21 | 0,12        | -105,20        | 229,91 | -0,01       |
| <i>Inter. Información y encuadre</i> | 9,27          | 28,46 | 0,01        | -32,18        | 35,05 | -0,04       | 151,22         | 251,54 | 0,02        |
| Pide infor.                          | -24,64        | 25,11 | -0,03       | -24,24        | 31,52 | -0,03       | -237,52        | 249,96 | -0,03       |
| Sintetiza                            | 21,53         | 22,20 | 0,02        | 27,19         | 27,48 | 0,04        | 24,32          | 230,89 | 0,003       |
| Encuadre                             | 6,36          | 13,86 | 0,01        | -23,98        | 17,14 | -0,03       | 162,43         | 123,04 | 0,02        |

*Nota.* En estos modelos se incluyó el efecto del tiempo (en semanas) como una covariable. Tanto el efecto del tiempo como el de las intervenciones se analizó como un efecto fijo, mientras que el intercepto se mantuvo como un efecto aleatorio.  $\gamma$  = Coeficientes de regresión Gamma; SE= Error Estandar;  $\gamma$  ER = Coeficientes de regresión gamma transformados a su escala original; NA= Negociación de la Alianza; CSN= Confort con sentimientos negativos; PFN= Postura flexible y negociadora; †  $p \leq 0,1$ ; \*  $p \leq 0,05$ .

**Síntesis de los resultados del objetivo específico 4#.** En el estudio de los efectos

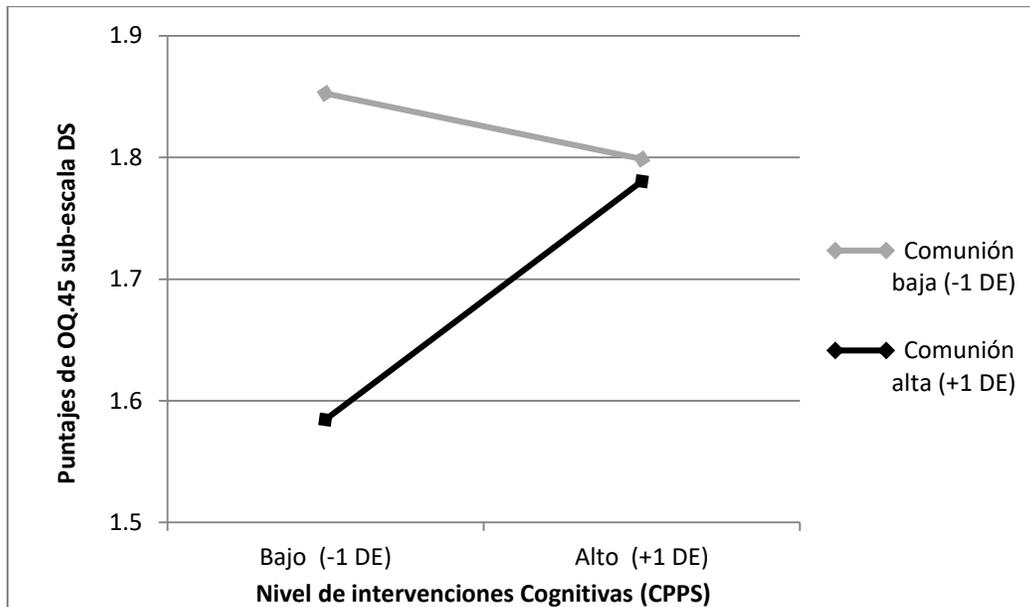
de las intervenciones sobre la alianza, el uso global de intervenciones cognitivas no se vio asociado a la fortaleza de la negociación de la alianza. De las intervenciones comunes, únicamente las orientadas al fortalecimiento de la alianza se vieron asociadas a mayores niveles de negociación de la alianza. Al analizar los efectos individuales de las técnicas psicoterapéuticas, el uso de una intervención cognitiva (“El terapeuta aporta datos e información al paciente respecto de sus síntomas, su trastorno o del tratamiento”) y una de las intervenciones orientadas a la alianza terapéutica (“El terapeuta habla con el paciente acerca los objetivos de la terapia”), se asociaron a mayores puntajes en el factor PFN. Además, el mayor uso de una de las

intervenciones del factor validación/desafío de la experiencia del paciente (“El terapeuta le transmite al paciente que sus sentimientos o conductas son entendibles y/o esperables en su contexto”), se vinculó a una negociación de la alianza más fuerte en el factor CSN.

**Objetivo específico 5#: efecto de los problemas interpersonales sobre la relación entre las intervenciones del terapeuta y las respuestas tempranas.** Para dar cuenta de este objetivo específico, se realizaron nuevamente modelos de crecimiento en HLM, utilizando a los puntajes totales del OQ.45 y sus sub-escalas como variables dependientes. En el nivel 1 del modelo se incluyeron dos predictores: (i) el tiempo en semanas (centrado en la sesión 4) y (ii) los cuatro índices de intervenciones (cognitivas y comunes) como covariables temporales (*time-varying covariates*). En el nivel 2, se incorporan los diferentes índices de problemas interpersonales como predictores del intercepto (constante del modelo; efecto aleatorio), el efecto del tiempo (efecto fijo) y el efecto de las intervenciones (efecto fijo). Los resultados de estos análisis se presentan en la Tabla 14.

Respecto de la predicción de los efectos de las intervenciones cognitivas, se observó una relación de tendencia (no significativa), entre el efecto de estas intervenciones sobre los puntajes de OQ.45 total y los problemas de comunión,  $\gamma_{11} = 0,08$ ,  $SE = 0,05$ ,  $t(188) = 1,873$ ,  $p = 0,06$ . Sin embargo, sí se observó un efecto significativo de los problemas de comunión, sobre los efectos de las intervenciones cognitivas en el distrés sintomático,  $\gamma_{11} = 0,11$ ,  $SE = 0,06$ ,  $t(188) = 1,927$ ,  $p = 0,05$ . En pacientes con un nivel promedio en la dimensión de comunión, el aumento de una unidad en el uso de intervenciones cognitivas se asoció a un aumento de 0,03 unidades en los niveles de distrés sintomáticos, mientras que en los pacientes que contaban con una unidad por encima de la media de comunión, el incremento de una unidad en las intervenciones cognitivas se asoció a un aumento de 0,14 unidades en el Distrés Sintomático. En la Figura 11, se presenta

esta interacción en término de valores altos y bajos en los problemas interpersonales de comunión y el uso de intervenciones cognitivas.

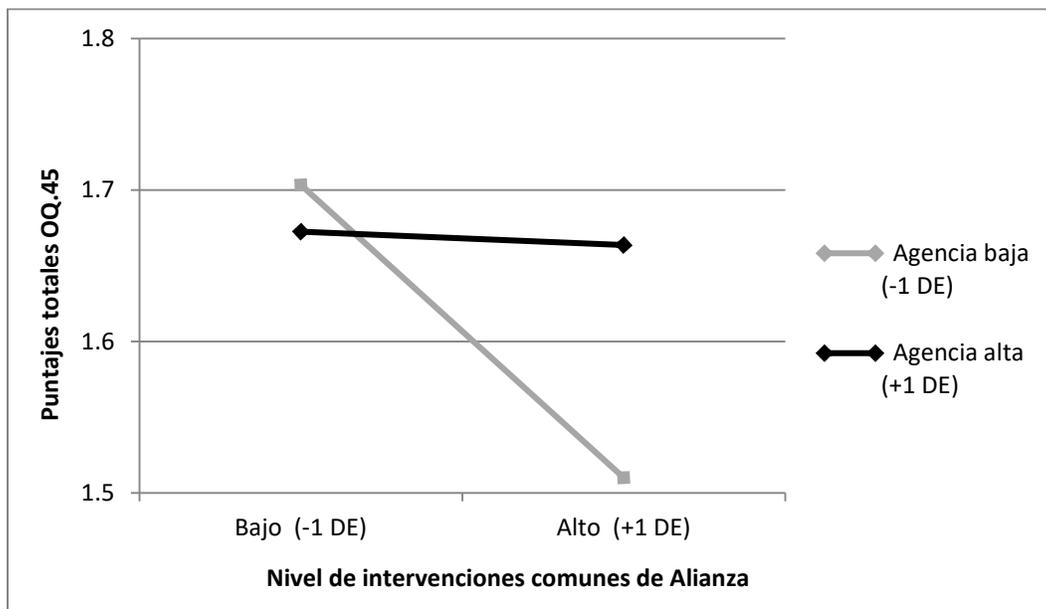


*Figura 11.* Efectos de los problemas de comunión (nivel 2) sobre la relación entre las intervenciones cognitivas y los puntajes de OQ.45 en la sub-escala Distrés sintomático (nivel 1). Se estableció la diferencia de un desvío estándar por encima y por debajo de la media para establecer puntajes altos y bajos en intervenciones cognitivas (DE= 1.08) y en los problemas de comunión (DE= .53). *Nota.* DS= Distrés sintomático; DE= Desvío estándar.

También se observaron efectos de significativos de los problemas interpersonales sobre la relación entre las intervenciones comunes orientadas a la alianza y los puntajes del OQ.45. Los problemas interpersonales de la dimensión de agencia tuvieron un efecto significativo sobre la relación de estas intervenciones con los puntajes totales del OQ.45,  $\gamma_{11} = 0,14$ ,  $SE = 0,06$ ,  $t(188) = 2,317$ ,  $p = 0,02$ . En pacientes con un nivel promedio de problemas de agencia, el aumento de una unidad en el uso de intervenciones comunes orientadas a la alianza, se asoció a una reducción de -0,06 unidades en los puntajes totales de OQ.45, mientras que en aquellos que tenían una unidad por encima de la media en sus puntajes de agencia, el aumento de 1 unidad en las intervenciones comunes se asoció a un aumento de 0,08 unidades en los puntajes totales de

OQ.45. En la Figura 12, se presenta este efecto en base a puntajes altos y bajos puntos en los problemas interpersonales de agencia y las intervenciones comunes orientadas a la alianza.

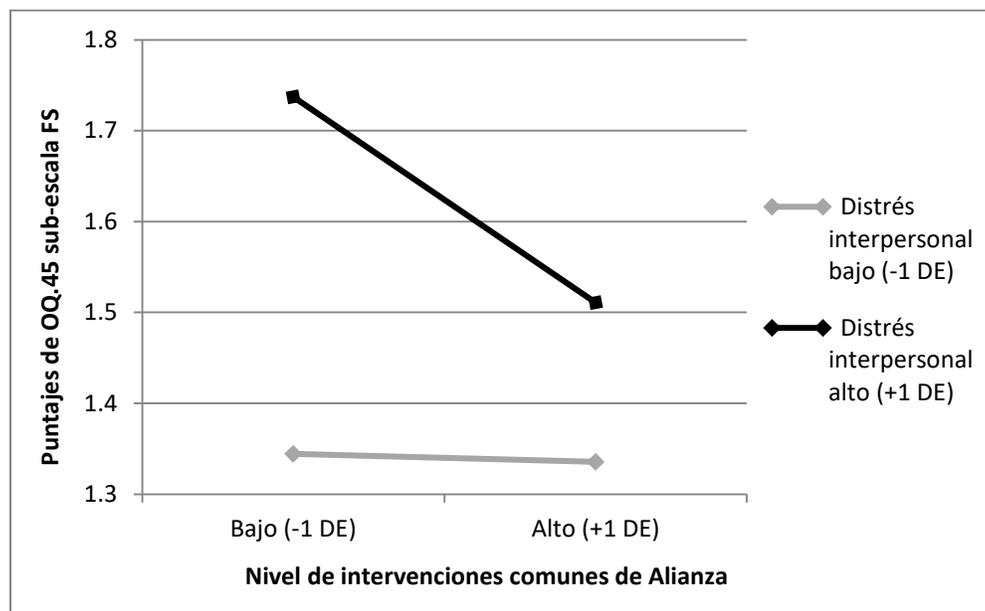
Analizando específicamente las sub-escalas del OQ.45, se observó un efecto de los niveles de agencia sobre la relación de las intervenciones comunes orientadas a la alianza con los puntajes en la sub-escala de distrés sintomático,  $\gamma_{II} = 0,15$ ,  $SE = 0,08$ ,  $t(188) = 1,982$ ,  $p = 0,05$ , y relaciones interpersonales,  $\gamma_{II} = 0,17$ ,  $SE = 0,07$ ,  $t(188) = 2,595$ ,  $p = 0,01$ .



*Figura 12.* Efectos de los problemas interpersonales de agencia sobre la relación entre las intervenciones comunes orientadas a la alianza y los puntajes totales de OQ.45. Se estableció la diferencia de un desvío estándar por encima y por debajo de la media para establecer puntajes altos y bajos en dichas intervenciones ( $DE = 0,81$ ) y en los problemas de agencia ( $DE = 0,41$ ). *Nota.* FS= Funcionamiento social; DE= Desvío estándar.

Por otra parte, se observó una relación de tendencia (no significativa), entre el efecto de intervenciones comunes orientadas a la alianza sobre los puntajes de OQ.45 total y el distrés interpersonal general,  $\gamma_{II} = -0,11$ ,  $SE = 0,06$ ,  $t(188) = -1,765$ ,  $p = 0,08$ . Sin embargo, se observó un efecto significativo del distrés interpersonal general, sobre la relación entre estas intervenciones y la sub-escala específica de funcionamiento social,  $\gamma_{II} = -0,16$ ,  $SE = 0,07$ ,

$t(188) = -2,253, p = 0,03$ . En pacientes con un nivel promedio en el distrés interpersonal general, el aumento de una unidad en el uso de intervenciones comunes orientadas a la alianza se asoció a una reducción de  $-0,07$  unidades en los niveles de la sub-escala de funcionamiento social, mientras que en los pacientes que contaban con una unidad por encima de la media de distrés interpersonal, el incremento de una unidad en las intervenciones comunes del factor 1 se asoció a una reducción de  $-0,23$  unidades en los puntajes de funcionamiento social. En la Figura 13, se presenta esta interacción en términos de valores altos y bajos en distrés interpersonal general y el uso de intervenciones comunes orientadas a la alianza.



*Figura 13.* Efectos del distrés interpersonales general sobre la relación entre las intervenciones comunes del factor 1 y los puntajes de la sub-escala de funcionamiento social del OQ.45. Se estableció la diferencia de un desvío estándar por encima y por debajo de la media para representar puntajes altos y bajos en intervenciones comunes del factor 1 (DE= 0,81) y el distrés interpersonal (DE= 0,42). *Nota.* FS= Funcionamiento social; DE= Desvío estándar.

Tabla 14.

*Resumen de los modelos condicionales analizando el efecto de los problemas interpersonales (IIP-64) sobre la relación entre la severidad temprana de los pacientes (OQ.45) y las intervenciones cognitivas (CPPS) y comunes (EIC).*

| Modelos de efectos fijos                | OQ total      |      | OQ DS        |      | OQ FS         |      | OQ RI        |      |
|---|---------------|------|--------------|------|---------------|------|--------------|------|
|   | $\gamma$      | SE   | $\gamma$     | SE   | $\gamma$      | SE   | $\gamma$     | SE   |
| <i>Inter. Cognitivas</i>                |               |      |              |      |               |      |              |      |
| Distrés Interpersonal                   | 0,01          | 0,05 | 0,02         | 0,06 | -0,04         | 0,06 | 0,001        | 0,05 |
| (dim.) Comunción                        | <b>0,08†</b>  | 0,05 | <b>0,11*</b> | 0,06 | 0,05          | 0,05 | <b>0,08†</b> | 0,05 |
| (dim.) Agencia                          | 0,02          | 0,05 | 0,02         | 0,06 | -0,05         | 0,06 | 0,07         | 0,05 |
| <i>Inter. de Alianza</i>                |               |      |              |      |               |      |              |      |
| Distrés Interpersonal                   | <b>-0,11†</b> | 0,06 | -0,10        | 0,08 | <b>-0,16*</b> | 0,07 | -0,08        | 0,07 |
| (dim.) Comunción                        | -0,07         | 0,05 | -0,06        | 0,07 | -0,07         | 0,06 | -0,08        | 0,06 |
| (dim.) Agencia                          | <b>0,14*</b>  | 0,06 | <b>0,15*</b> | 0,08 | 0,11          | 0,07 | <b>0,17*</b> | 0,07 |
| <i>Inter. de Validación / desafío</i>   |               |      |              |      |               |      |              |      |
| Distrés Interpersonal                   | -0,02         | 0,07 | -0,02        | 0,08 | 0,06          | 0,08 | -0,09        | 0,07 |
| (dim.) Comunción                        | 0,02          | 0,05 | 0,03         | 0,06 | -0,004        | 0,06 | 0,05         | 0,06 |
| (dim.) Agencia                          | 0,06          | 0,06 | 0,07         | 0,07 | -0,03         | 0,07 | 0,09         | 0,06 |
| <i>Inter. de Información y encuadre</i> |               |      |              |      |               |      |              |      |
| Distrés Interpersonal                   | -0,03         | 0,04 | -0,04        | 0,05 | -0,04         | 0,05 | -0,02        | 0,04 |
| (dim.) Comunción                        | 0,02          | 0,04 | 0,05         | 0,05 | -0,001        | 0,05 | -0,002       | 0,04 |
| (dim.) Agencia                          | 0,04          | 0,04 | 0,05         | 0,05 | 0,03          | 0,05 | 0,03         | 0,04 |

*Nota.* En estos modelos se incluyó el efecto del tiempo (en semanas) como una covariable. Tanto el efecto del tiempo como el de las intervenciones se analizó como un efecto fijo, mientras que el intercepto se mantuvo como un efecto aleatorio.  $\gamma$  = Coeficientes de regresión gamma; SE= Error Estandar; Inter. = Intervenciones; DS = Distrés sintomático; FS = Funcionamiento social; RI = Relaciones interpersonales; †  $p \leq 0,1$ ; \*  $p \leq 0,05$ .

**Síntesis de los resultados del objetivo específico 5#.** En la exploración de los efectos de los problemas interpersonales sobre la relación entre las intervenciones de los terapeutas y la severidad temprana de los pacientes, se observaron también algunos efectos significativos. Los pacientes con mayores problemáticas interpersonales, se beneficiaron de un mayor uso de intervenciones orientadas a la alianza, con menores niveles de severidad en el malestar asociado al funcionamiento social. Por otra parte, en pacientes con mayores problemáticas de comunción positiva, un mayor uso de intervenciones cognitivas, se asoció a peores niveles de severidad en el distrés sintomático. Por último, en pacientes con problemáticas de agencia negativa, un mayor uso de intervenciones orientadas a la alianza, se asoció a menores

niveles tempranos de severidad, en relación al distrés sintomático y al distrés en las relaciones interpersonales.

**Objetivo específico 6#: efecto de los problemas interpersonales sobre la relación entre las intervenciones del terapeuta y la negociación de la alianza temprana.** Para este objetivo, se realizaron también modelos de crecimiento en HLM, utilizando a los puntajes totales de la negociación de la alianza y sus sub-escalas como variables dependientes. En el nivel 1 del modelo se incluyeron como predictores (i) al tiempo en semanas (centrado en la sesión 4) y (ii) a los distintos índices de las intervenciones cognitivas y comunes, como covariables temporales (*time-varying covariates*). En el nivel 2, se incorporan los diferentes índices de problemas interpersonales como predictores del intercepto (constante del modelo; efecto aleatorio), el efecto del tiempo (efecto fijo) y el efecto de las intervenciones (efecto fijo). Los resultados de estos análisis se presentan en la Tabla 15.

Al estimar la relación entre las intervenciones cognitivas y los puntajes totales de negociación de la alianza, se observó un efecto significativo de los problemas interpersonales de agencia,  $\gamma_{11} = -153,67$  (estimación  $\gamma_{11}$  en escala real = -0,18),  $SE = 74,62$ ,  $t(188) = -2,059$ ,  $p = 0,04$ . En pacientes con un nivel promedio en la dimensión de agencia, el aumento de una unidad en el uso de intervenciones cognitivas se asoció a un aumento de 0,03 unidades en la negociación de la alianza total, mientras que en los pacientes que contaban con una unidad por encima de la media de agencia, el incremento de una unidad en las intervenciones cognitivas se asoció a una reducción de -0,15 unidades en la negociación de la alianza total (Ver Figura 14).

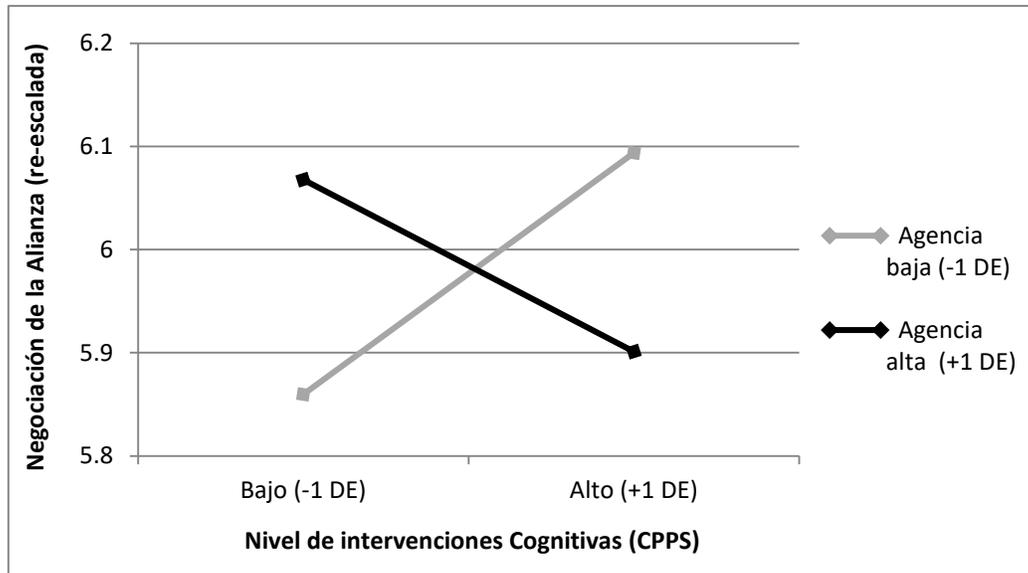
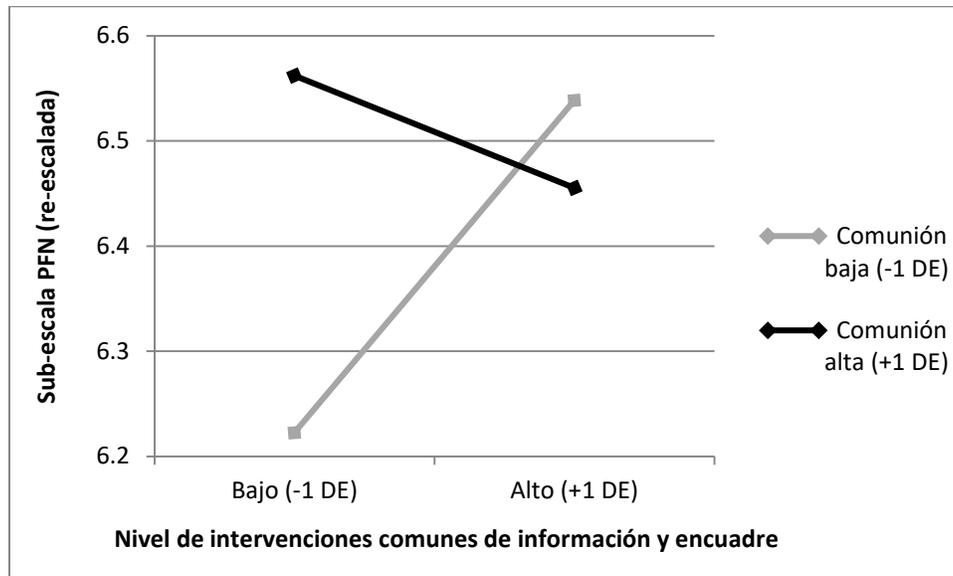


Figura 14. Efecto de los problemas interpersonales de agencia sobre la relación entre las intervenciones cognitivas y los puntajes totales de la negociación de la alianza. Se estableció la diferencia de un desvío estándar por encima y por debajo de la media para establecer puntajes altos y bajos en intervenciones cognitivas (DE= 1,08) y los problemas interpersonales de agencia (DE= 0,41). Nota. FS= Funcionamiento social; DE= Desvío estándar.

Los problemas interpersonales de agencia presentaron a su vez un efecto, en un nivel de tendencia, sobre la relación de la sub-escala CSN y la adherencia a intervenciones cognitivas,  $\gamma_{II} = -178,12$  (estimación  $\gamma_{II}$  en escala real= -0,22), SE = 94,88,  $t(188) = 1,877$ ,  $p = 0,06$ .

Por otra parte, también se observó un efecto significativo de los problemas interpersonales de comunión sobre la relación entre las intervenciones comunes de recolección de información y establecimiento de encuadre y los puntajes en la sub-escala PFN,  $\gamma_{II} = -1364,38$  (estimación  $\gamma_{II}$  en escala real= -0,15), SE = 525,11,  $t(188) = -2,598$ ,  $p = 0,01$ . En pacientes con un nivel promedio de comunión, el aumento de una unidad en el uso de estas intervenciones se asoció a un aumento de 0,01 unidades en la sub-escala PFN, mientras que en los pacientes que contaban con una unidad por encima de la media de comunión, el incremento

de una unidad en dichas intervenciones se asoció a una reducción de -0,15 unidades en la sub-escala PFN (Ver Figura 15).



*Figura 15.* Efecto de los problemas interpersonales de comunión sobre la relación entre las intervenciones comunes de recolección de información y establecimiento de encuadre y los puntajes totales de la sub-escala PFN de la negociación de la alianza. Se estableció la diferencia de un desvío estándar por encima y por debajo de la media para establecer puntajes altos y bajos en las intervenciones (DE= 1,27) y los problemas interpersonales de comunión (DE= 0,53). Nota. PFN= Postura flexible y negociadora; DE= Desvío estándar.

A su vez, el distrés interpersonal general de los pacientes presentó un efecto, en un nivel de tendencia, sobre la relación entre las intervenciones comunes de recolección de información y establecimiento del encuadre y los puntajes en la sub-escala PFN,  $\gamma_{II} = -1008,11$  (estimación  $\gamma_{II}$  en escala real= 0,11), SE = 570,33,  $t(188)= 1,768$ ,  $p = 0,07$ .

No obstante, no se observaron efectos significativos de los problemas interpersonales sobre la relación entre la negociación de la alianza y las intervenciones comunes orientadas a la alianza o las intervenciones comunes de validación / desafío de la experiencia del paciente.

Tabla 15.

*Resumen de los modelos condicionales analizando el efecto de los problemas interpersonales (IIP-64) sobre la relación entre la negociación de la alianza (ANS) y las intervenciones cognitivas (CPPS) y comunes (EIC).*

| Modelos de efectos fijos              | NA total        |        |             | CSN             |        |             | PFN             |        |             |
|---------------------------------------|-----------------|--------|-------------|-----------------|--------|-------------|-----------------|--------|-------------|
|                                       | $\gamma$        | SE     | $\gamma$ ER | $\gamma$        | SE     | $\gamma$ ER | $\gamma$        | SE     | $\gamma$ ER |
| <i>Inter. Cognitivas</i>              |                 |        |             |                 |        |             |                 |        |             |
| Distrés Interpersonal                 | 115,65          | 77,34  | 0,16        | 145,46          | 97,62  | 0,24        | 137,40          | 722,87 | 0,02        |
| (dim.) Comunión                       | 9,80            | 70,79  | 0,01        | -25,72          | 90,12  | -0,03       | 298,90          | 671,25 | 0,03        |
| (dim.) Agencia                        | <b>-153,67*</b> | 74,62  | -0,18       | <b>-178,12†</b> | 94,88  | -0,22       | -84,96          | 720,83 | -0,01       |
| <i>Inter. de Alianza</i>              |                 |        |             |                 |        |             |                 |        |             |
| Distrés Interpersonal                 | 18,26           | 93,68  | 0,21        | 51,47           | 118,72 | -0,43       | -856,71         | 872,16 | -0,10       |
| (dim.) Comunión                       | -30,06          | 83,87  | -0,25       | -27,16          | 107,68 | -0,23       | 190,09          | 796,12 | 0,01        |
| (dim.) Agencia                        | 76,37           | 103,65 | -0,07       | 51,50           | 133,03 | -0,18       | 1201,7          | 930,56 | 0,14        |
| <i>Inter. de validación / desafío</i> |                 |        |             |                 |        |             |                 |        |             |
| Distrés Interpersonal                 | 114,97          | 99,22  | 0,31        | 159,65          | 124,90 | 0,51        | -345,22         | 923,97 | -0,04       |
| (dim.) Comunión                       | -74,78          | 80,31  | -0,21       | -46,72          | 102,70 | -0,20       | -352,19         | 778,52 | -0,04       |
| (dim.) Agencia                        | -52,24          | 92,84  | -0,06       | -65,16          | 118,16 | -0,19       | 641,02          | 895,86 | 0,08        |
| <i>Inter. información / encuadre</i>  |                 |        |             |                 |        |             |                 |        |             |
| Distrés Interpersonal                 | 65,16           | 67,43  | 0,30        | 74,63           | 102,96 | 0,51        | <b>1008,11†</b> | 570,33 | 0,11        |
| (dim.) Comunión                       | -103,50         | 63,07  | -0,16       | -25,64          | 80,29  | -0,14       | <b>-1364,4*</b> | 525,11 | -0,15       |
| (dim.) Agencia                        | -61,21          | 67,98  | -0,03       | -49,79          | 86,02  | -0,13       | 134,60          | 592,80 | 0,02        |

*Nota.* En estos modelos se incluyó el efecto del tiempo (en semanas) como una covariable. Tanto el efecto del tiempo como el de las intervenciones se analizó como un efecto fijo, mientras que el intercepto se mantuvo como un efecto aleatorio.  $\gamma$  = Coeficientes de regresión Gamma; SE= Error Estandar;  $\gamma$  ER = Coeficientes de regresión gamma transformados a su escala original; Inter.= Intervenciones; CSN= Confort con sentimientos negativos; PFN= Postura flexible y negociadora; †  $p \leq 0,1$ ; \*  $p \leq 0,05$ .

### Síntesis de los resultados del objetivo específico 6#. Los análisis

correspondientes a este objetivo mostraron a su vez un efecto de los problemas interpersonales de los pacientes sobre la relación entre las intervenciones de los terapeutas y la negociación de la alianza. Los pacientes con problemáticas de agencia negativa tuvieron niveles más bajos de negociación de la alianza frente a un mayor uso de intervenciones cognitivas. Asimismo, en pacientes con problemáticas de comunión positiva, mayores intervenciones de recolección de

información y establecimiento de encuadre en las primeras sesiones se asociaron a peores niveles en el factor PFN. Además de estas dos observaciones, no se encontraron otros efectos de los problemas interpersonales sobre la relación entre intervenciones y negociación de la alianza.

## Capítulo 7. Discusión y conclusiones

### Introducción

Esta tesis doctoral tuvo por objetivo estudiar los vínculos de los problemas interpersonales de los pacientes y las intervenciones iniciales de los terapeutas con dos predictores tempranos de éxito terapéutico: las respuestas rápidas a los tratamientos y la alianza terapéutica en los momentos iniciáticos de la terapia.

A continuación se presentarán las principales conclusiones de los resultados obtenidos, en relación a sus implicancias clínicas. Además, se discutirán las limitaciones de la investigación realizada y potenciales líneas de investigación futuras, para continuar con los desarrollos plasmados en este trabajo doctoral.

### Conclusiones del estudio.

En este apartado se describirán las interpretaciones teóricas de los resultados del estudio, a la luz de bibliografía previa en la materia, junto con las implicancias clínicas de estos hallazgos.

**Problemas interpersonales de los pacientes.** En el análisis de las problemáticas relacionales de los pacientes se observaron niveles moderados de dificultades relaciones en las ocho tipologías exploradas (rango de puntajes promedios de 2,15 a 2,92, con un rango teórico de 1 a 5 en la escala). Investigaciones previas han mostrado una mayor amplitud en los rangos de las dificultades interpersonales. Esto se ha visto en investigaciones que exploraron problemáticas interpersonales en depresión (rango: 1,93-3,11; Vittengl, Clark y Jarrett, 2003), ansiedad generalizada (rango: 1,80-3,83; Gómez Penedo, Constantino, Coyne, Westra y Antony, 2017) y

disfunciones de la personalidad (rango: 2,16-3,37; Ogrodniczuk, Piper, Joyce, Steinberg y Duggal, 2009)<sup>5</sup>.

Por otra parte, los niveles globales de *distrés interpersonal* manifestados por los pacientes al principio del tratamiento (M= 2,46), han sido similares a los de muestras generales de psicoterapia (M= 2,48, Horowitz et al., 1988; M= 2,58, Paivio y Bahr, 1998) y también a los de pacientes con trastornos del estado de ánimo (M= 2,48; Vittengl et al., 2003). Sin embargo, los niveles de *distrés interpersonal* observados en la muestra, mostraron valores más bajos que los de pacientes con ansiedad generalizada (M= 2,74, Gómez Penedo et al., 2017). Cabe destacar que en ese último estudio todos los pacientes analizados tenían un nivel alto de severidad en su patología de ansiedad generalizada, al comienzo de la terapia, característica que podría explicar la diferencia observada en el *distrés interpersonal*.

Adicionalmente, en los resultados de este estudio doctoral se observó una predominancia de problemáticas del cuadrante *cordialidad-sumisión*, con puntajes promedios positivos en la dimensión de *comuni3n* (M= 0,32) y negativos en la de *agencia* (M= -0,18). De esta manera, los problemas interpersonales de ser *autosacrificado* (M= 2,92), *explotable* (M= 2,69) y *no asertivo* (M= 2,68), fueron los más prevalentes en la muestra.

Esta tipología de problemáticas interpersonales caracterizada por conductas de extrema cordialidad y sumisi3n hacia los otros, ha sido observada como predominante en pacientes con depresi3n y ansiedad generalizada (Vittengl et al., 2003; Gómez Penedo et al., 2017). Esto sugiere que las problemáticas asociadas a una necesidad marcada de conectarse y establecer

---

<sup>5</sup> Cabe destacar que en algunas investigaciones se utilizaron diferentes formas de calcular y presentar los índices de problemas interpersonales o diferentes escalas al computar los valores de los ítems. Para poder realizar una comparaci3n precisa, en aquellos casos en donde el método de cálculo o escalamiento fue diferente al usado en esta tesis doctoral, se volvieron a escalar o calcular los índices (en base a los datos presentados en cada uno de los trabajos) siguiendo el método usado en esta tesis. Los valores que se presentan en todos los casos son aquellos que permiten una comparaci3n directa con los resultados de esta investigaci3n.

relaciones con otros, sumadas a un alto grado de sumisión en las relaciones de poder con otras personas, constituirían una característica saliente de los trastornos emocionales.

A pesar de estas tendencias, algunas investigaciones han mostrado que existe, a su vez, una gran variabilidad en las problemáticas interpersonales dentro de los diferentes trastornos (Kachin, Newman y Pincus, 2001; Przeworski et al., 2011; Slaney, Pincus, Uliaszek y Wang, 2006), sugiriendo que la asociación entre problemáticas relacionales y disfunciones mentales es *patoplástica* (Hopwood, Clarke y Perez, 2007). Esto implica que no existen dificultades sociales patognomónicas para cada trastorno, sino que la sintomatología psiquiátrica de un cuadro puede relacionarse e integrarse con diferentes problemáticas interaccionales y de diversas formas.

De esta proposición teórica se desprende la idea de que, tanto la sintomatología del cuadro que padece el paciente como sus dificultades interpersonales predominantes, deberían ser incorporadas conjuntamente a la evaluación y planificación del tratamiento en la búsqueda de mejorar los diseños de abordaje y sus beneficios (Hopwood et al., 2007).

**Intervenciones terapéuticas tempranas.** En el análisis de trayectoria de las intervenciones, se observaron distintos patrones de evolución de las técnicas utilizadas en las primeras sesiones. En promedio, las *intervenciones específicas cognitivas* fueron aplicadas en menor medida en la primera sesión (M= 2,96), creciendo su utilización a partir de la segunda sesión (M= 3,24), y manteniendo esos niveles durante la tercera (M= 3,26) y cuarta (M= 3,21) sesión. Independientemente de ese patrón de evolución los niveles observados en estas intervenciones fueron moderados, considerando que su escala se ubica en el rango de 0 a 6 puntos.

Si bien no ha habido muchas investigaciones indagando el uso de intervenciones específicas cognitivas durante las primeras sesiones de psicoterapia, han existido algunos debates

teóricos al respecto. Como se mencionó en el Capítulo 2, basados en los desarrollos clásicos de Beck y colaboradores (1979), Ilardi y Craighead (1994, 1999) sostuvieron que no sería esperable que los terapeutas cognitivos empezaran a utilizar las intervenciones nucleares del modelo (por ejemplo, re-estructuración cognitiva) antes de la cuarta sesión del tratamiento, otorgándole un valor mayor a los factores y actividades terapéuticas comunes, en esos momentos iniciáticos de la terapia. Sin embargo, algunos estudios empíricos han contradicho esta presunción, no solo mostrando que en las primeras sesiones de terapia se utilizan niveles medios de adherencia a intervenciones cognitivas, sino también sugiriendo que al principio del tratamiento es cuando se utiliza una mayor proporción de intervenciones cognitivas concretas (DeRubeis y Feeley, 1990; Feeley et al., 1999). Estos últimos resultados empíricos, se asociaron a lo observado en esta investigación, evidenciando un uso promedio moderado de intervenciones cognitivas en las primeras sesiones, con una tendencia de crecimiento entre la primera y la segunda sesión, a pesar de que en este estudio se analizaron tratamientos cognitivo-integrativos y no tratamientos cognitivo-conductuales clásicos.

En cuanto a las *intervenciones comunes*, aquellas *orientadas a recolectar información y presentar especificaciones del encuadre*, tuvieron los puntajes más altos en la primera sesión, aunque luego manifestaron una caída abrupta a partir de la segunda sesión, manteniendo esos niveles en las dos sesiones siguientes. Un alto nivel inicial de intervenciones orientadas a captar información y establecer pautas de encuadre, ha sido previamente reportado en investigaciones en distintos marcos teóricos (Connolly, Crits-Christoph, Shappell, Barber y Luborsky, 1998; Town, Hardy, McCullough y Stride, 2012; Wiser y Goldfried, 1996). Asimismo, otros estudios han reportado la tendencia a una reducción en las intervenciones de recolección de información

durante los primeros encuentros entre paciente y terapeuta (Diamond, Hogue, Liddle y Dakof, 1999), como se ha observado en este trabajo.

El mismo patrón presentaron las *intervenciones orientadas al fortalecimiento de la alianza*, obteniendo los puntajes más altos en la primera sesión, y luego presentando una merma en sus niveles (menos pronunciada que en las intervenciones de recolección de información y establecimiento de encuadre) a partir de la sesión 2. Los niveles alcanzados en dicha sesión se mantuvieron estables durante las dos sesiones restantes. En relación a este hallazgo, investigaciones previas mostraron que el trabajo colaborativo tendía a disminuir durante las primeras tres sesiones de terapia, aunque en aquellos casos que posteriormente presentarían una alianza terapéutica más sólida, la formulación conjunta de objetivos tendía a aumentar en el transcurso de ese periodo (Diamond et al., 1999).

Finalmente en las *intervenciones comunes de validación/desafío de la experiencia del paciente* se observaron puntajes con escasa variabilidad en las primeras cuatro sesiones, presentando, no obstante, una leve tendencia progresiva a la reducción en sus puntajes. Trabajos previos, en contraste, habían mostrado una tendencia al aumento de intervenciones relativas al desafío de las cogniciones o conductas de los pacientes, aunque en el tratamiento de adolescentes (Diamond et al., 1999).

**Cambio terapéutico temprano (evolución temprana de la severidad).** En la muestra de este estudio se observó, en promedio, una reducción significativa en la severidad temprana general de los pacientes, durante las primeras cuatro sesiones. Particularmente, los pacientes mostraron una mejoría significativa en el *distrés asociado a síntomas* (ansiedad, estado de ánimo, etc.) y al *funcionamiento social*. Sin embargo, a pesar de observarse una leve tendencia a

la reducción en el *distrés asociado a las relaciones interpersonales*, los cambios en esta dimensión de severidad no fueron significativos.

Los cambios significativos observados en las primeras sesiones, en los niveles de *severidad general, distrés sintomático y distrés por el funcionamiento social*, se asociaron a un amplio conjunto de investigaciones que han mostrado que los cambios terapéuticos tempranos en psicoterapia no configuran un fenómeno atípico sino, por el contrario, frecuente. Estudios previos han mostrado que el mayor porcentaje del cambio en psicoterapia se produce durante las primeras cuatro o cinco sesiones de tratamiento (Blackburn y Bishop, 1983; Ilardi y Craighead, 1994; Murphy et al., 1984; Rush et al., 1981) y que aproximadamente un tercio de los pacientes que consultan, alcanzan mejorías significativas durante las primeras tres sesiones de tratamiento (Howard et al., 1986). Trabajos sobre modelos de mejorías terapéuticas abruptas, también han reportado que al menos la mitad de las mejorías terapéuticas súbitas en psicoterapia, se producen antes o durante la quinta sesión del tratamiento (Tang y DeRubeis, 1999b). A su vez, se ha reportado que el 16% de los pacientes alcanza mejorías súbitas entre la primera y la segunda sesión, representando esas mejorías el 50% del cambio total que obtendrán durante todo el tratamiento (Busch et al., 2006). Finalmente, estas observaciones se vinculan a estudios más recientes que han identificado patrones de respuestas tempranos en la evolución terapéutica durante las primeras sesiones (Lutz et al., 2014; Rubel et al., 2013, 2015).

Este trabajo doctoral representa un nuevo aporte para establecer a los cambios significativos tempranos como un fenómeno esperable en la psicoterapia.

Por otra parte, la ausencia de un cambio significativo en el *distrés asociado a relaciones interpersonales*, también es consistente con antecedentes en el estado del arte que muestran una

tasa de respuesta más lenta para este tipo de problemáticas (Kopta et al., 1994; Maling et al., 1995).

Además, estas respuestas diferenciales, entre *distrés sintomático*, *funcionamiento social* y *distrés interpersonal*, coinciden con el modelo de fases de cambio de Howard y colaboradores (1993) ya descrito, que propone una secuencia de cambios sucesivos en psicoterapia. Estos cambios terapéuticos comienza con un aumento del bienestar subjetivo del paciente, luego continúan con mejorías en síntomas psicopatológicos agudos y, finalmente, con mejorías en características estables de la personalidad. El funcionamiento en las relaciones interpersonales y su distrés asociado, al estar anclado en rasgos de carácter estable de la personalidad, sería esperable que responda a los efectos de la psicoterapia de una manera más lenta. Esto explicaría que en los resultados de esta tesis se hayan observado, durante las primeras sesiones, cambios muy leves en el distrés asociado a las relaciones interpersonales y que los mismos no hayan sido estadísticamente significativos, en contraste con el cambio en el distrés sintomático y el malestar por el funcionamiento social.

Los resultados de esta tesis sugieren que los terapeutas se orienten a buscar una consecución de cambios progresivos, en relación a los planteos del modelo de fases de cambio de Howard y colaboradores (1993). Primero apuntando a generar una remoralización en el paciente, que motorizada por un aumento de esperanza, produzca un aumento en su bienestar general. Luego intentando producir cambios a nivel sintomático y de funcionamiento social. Y, finalmente, abordando las problemáticas más estables y complejas, vinculadas a la personalidad y las formas de relacionarse con otros. Esto implica que un modelo de abordaje orientado a alcanzar cambios de una complejidad creciente, que permita un camino terapéutico fluido, potencialmente con mejores resultados y menos abandonos tempranos.

**Evolución de la negociación de la alianza.** En cuanto a los niveles de *negociación de la alianza* durante las primeras cuatro sesiones, se observaron puntajes promedios altos en sus distintos índices. Con un rango teórico de 1 a 7 en la escala utilizada, se observaron niveles promedios de 6,00 en la *negociación de la alianza total*, 5,69 en la escala *confort con sentimientos negativos* y 6,45 en la escala *postura flexible y negociante*. Estos puntajes han sido superiores a los reportados en estudios realizados en Estados Unidos (ANS total: 5,32; CSN: 4,66; PFN: 5,98; Doran, Safran y Muran, 2016). Las diferencias observadas pueden deberse a los distintos momentos de toma o modalidades terapéuticas, evaluadas en los dos estudios, o bien a la existencia de diferencias culturales en la forma de experimentar a la psicoterapia en ambos países, que han sido reportadas previamente (Jock et al., 2013).

En el análisis de sus trayectorias de evolución, se observó un crecimiento en los *niveles de negociación de la alianza* durante las primeras cuatro sesiones de tratamiento. Especialmente, los pacientes presentaron un aumento significativo en el grado *confort con la expresión de sentimientos negativos o incómodos*. No obstante, no se observaron cambios significativos en la *postura flexible y negociante del terapeuta*<sup>6</sup>.

Estos resultados sugieren que durante las primeras sesiones, los pacientes tienden a sentirse más cómodos transmitiendo e integrando en la terapia sentimientos e ideas negativas acerca del proceso y del terapeuta. Dicho aumento progresivo en la comodidad para transmitir aspectos negativos en el vínculo, podría implicar un mayor compromiso con la terapia, así como un mejor proceso terapéutico en donde se visibilizan los sentimientos negativos, permitiendo que los mismos sean abordados. Incluso, el aumento de la comodidad del paciente para transmitir sentimientos negativos, podría ser un mecanismo de cambio en sí mismo, reduciendo su

---

<sup>6</sup> Es necesario aclarar que la falta de un cambio significativo en la sub-escala *postura flexible y negociante* se observó previa a la transformación de los datos para corregir, justamente, la no-linearidad de la variable.

padecimiento a corto plazo y mejorando sus relaciones interpersonales a largo plazo. Futuras investigaciones deberían explorar los efectos de estos cambios tempranos en la negociación de la alianza, y más específicamente en el confort para expresar sentimientos negativos, sobre las respuestas tempranas y sus resultados finales de la terapia.

En el caso de la *postura flexible y negociante*, en cambio, no se observó una mejoría significativamente con el paso de las sesiones. Esto se podría explicar por el hecho de que los puntajes en esta escala en la primera sesión empezaron en niveles muy altos ( $M = 6,27$ ) muy cerca del límite superior del puntaje de la escala (recordando que tiene una escala teórica de 1 a 7). Por ende, el alto nivel inicial en esta sub-escala es esperable que haya imposibilitado un mayor crecimiento durante las primeras sesiones. También los componentes de la varianza en el cambio producido en esta sub-escala no fueron significativos (a diferencia de la sub-escala confort con sentimientos negativos), sugiriendo una escala variabilidad en la misma. Futuras investigaciones deberían analizar la interacción entre el nivel de la variable y su variación en el tiempo, en un mismo modelo, mediante métodos como los orientados a explorar efectos contextuales (Raudenbush y Bryk, 2002), para desagregar sus efectos potenciales, en la relación con el cambio.

Al momento no se han observado investigaciones que hayan analizado la evolución de la negociación de la alianza durante las primeras sesiones. Por ende, estos resultados representan otro de los aportes originales de esta tesis doctoral.

**Efecto de los problemas interpersonales sobre la evolución de la severidad temprana de los pacientes.** Al analizar los efectos directos de los problemas interpersonales, se observó que el grado de *distrés interpersonal* de los pacientes, al principio de la terapia, se asociaba significativamente a los niveles de severidad al finalizar la cuarta sesión, en términos globales y

en cada una de las tres dimensiones de severidad. En todos los casos, un mayor grado de distrés interpersonal predijo un mayor nivel de severidad al terminar la cuarta sesión.

Por otra parte, el grado de *distrés interpersonal* predijo también la tasa de cambio en los niveles de severidad en el *funcionamiento social*. Aquellos pacientes con más problemáticas interpersonales en general, tendieron a disminuir su distrés producto de su funcionamiento social de manera más lenta, que aquellos con menores dificultades relacionales.

Estos hallazgos, se suman a un cúmulo de investigaciones previas que sugieren que los pacientes con mayores problemáticas interpersonales, se benefician menos de la psicoterapia tanto tempranamente como al final del tratamiento (Dammann et al., 2016; Renner et al., 2012).

La explicación de estos resultados se puede asociar a que la terapia, como ya se resaltó en la introducción, es por definición un dispositivo *interpersonal*; aquellos pacientes con mayores dificultades en el establecimiento de relaciones con otros pueden ser más difíciles de tratar o beneficiarse menos del abordaje. Las dificultades interpersonales de los pacientes pueden dificultar la fluidez del proceso terapéutico o hacer que los pacientes sean menos permeables al cambio mediante dicho dispositivo interpersonal.

Analizando las dimensiones de problemáticas interpersonales, se observó que los puntajes en la dimensión de *comuni3n*, se asociaron también al grado de severidad temprana en el *funcionamiento social* en la sesi3n 4. En este caso, pacientes con mayor grado de problemáticas de *comuni3n* positiva (que manifestaron una necesidad exacerbada de conexi3n y relaci3n con otras personas) tuvieron menores niveles de severidad al finalizar la cuarta sesi3n.

En l3nea con los resultados observados en esta investigaci3n, algunos trabajos han reportado que los problemas interpersonales de *comuni3n* positiva se asocian a mayores

respuestas tempranas (Beretta et al., 2005) y mejores resultados al finalizar el tratamiento (Schauenburg et al., 2000).

Estos resultados también pueden explicarse por la naturaleza relacional de la psicoterapia. Los pacientes con tendencias hacia la búsqueda de relaciones de cercanías (a pesar de que estas puedan ser exageradas y patológicas), pueden verse más motivados a establecer un vínculo de intimidad con el terapeuta y, por ende, a comprometerse más con el abordaje sacando mayores provechos del mismo, especialmente al compararlos con aquellos que presentan problemáticas de comunión negativa (tendencias hacia la indiferencia y hostilidad con otros).

No obstante, en esta tesis doctoral se exploró únicamente una relación lineal entre la dimensión de *comunión* y la evolución de la severidad temprana de los pacientes. Es importante resaltar que los dos extremos de la dimensión configuran conductas desadaptativas: en el polo negativo, representan conductas de indiferencia u hostilidad exacerbadas, mientras que en el polo positivo se describen conductas asociadas a una búsqueda extrema de conexión con otros y establecimiento de relaciones de cercanía. Ambos polos de esta dimensión (que los pacientes sean extremadamente desapegados o dependientes) podrían configurar un mayor desafío clínico para el terapeuta, en comparación con tendencias más moderadas (es decir, centrales, en la dimensión). Futuras investigaciones deberían explorar relaciones no lineales entre estas dimensiones y la severidad de los pacientes, como es el caso de relaciones cuadráticas (Raudenbush y Bryk, 2002), que permitirían determinar si existe un nivel central óptimo en estas dimensiones, cuyo alejamiento hacia los extremos se asociaría a peores resultados.

Por otra parte, no se observó una relación entre la dimensión de *agencia* de los problemas interpersonales con los niveles de severidad de los pacientes al finalizar las primeras cuatro sesiones o con su cambio durante ese periodo. En este punto, la bibliografía ha mostrado una

gran diversidad de resultados con escaso consenso teórico. En algunos casos las problemáticas de *agencia* positiva se asociaron a mejores respuestas tempranas (Comninos y Grenyer, 2007) y resultados al finalizar la terapia (Dinger et al., 2007, 2013), mientras que en otros estudios las problemáticas de *agencia* positiva predijeron peores mejorías tempranas (Beretta et al., 2005) y resultados finales (Quilty et al., 2013; Wiltink et al., 2016).

En este punto, nuevamente, es posible que la relación entre la *agencia* y la severidad temprana no sea lineal sino cuadrática; según esta hipótesis, pacientes con altos y bajos niveles de *agencia* (ambos extremos de la dimensión) podrían asociarse con mayores niveles de severidad. Futuras investigaciones en la materia, podrían enriquecer el campo estudiando sistemáticamente estas hipótesis.

**Efecto de los problemas interpersonales sobre la evolución de la negociación de la alianza.** En el análisis de la relación entre problemas interpersonales y negociación de la alianza, se observó una relación significativa entre el *distrés interpersonal* general de los pacientes y el *comfort con sentimientos negativos*. Los pacientes con mayores problemas relacionales tendieron a tener menores puntajes en dicho indicador de la negociación de la alianza. También el *distrés interpersonal* general se asoció con la *negociación de alianza total*, aunque únicamente en un nivel de tendencia.

Como ya se argumentó en estas conclusiones, es esperable que los problemas interpersonales de los pacientes impacten en el proceso terapéutico, especialmente en componentes relacionales del mismo, como es el caso del proceso de negociación de la alianza. Aquellos pacientes con mayores problemas relacionales tuvieron más dificultades en el proceso de negociación de la alianza con el terapeuta, es decir, en crear un contexto propicio para plantear y negociar desacuerdos así como problemáticas vinculares.

A resultados similares arribaron investigaciones que analizaron el efecto del distrés interpersonal general sobre la alianza terapéutica, entendida en un sentido clásico, como relación de colaboración. Mayores niveles de distrés interpersonal, al principio de la terapia, se han visto asociados a una alianza terapéutica más débil al comienzo de la terapia (Connolly Gibbons et al., 2003; Paivio y Bahr, 1998) y durante todo el tratamiento (Constantino y Smith-Hansen, 2008; Renner et al., 2012).

Del mismo modo, en esta tesis doctoral mayores problemáticas asociadas a la hostilidad o indiferencia en las relaciones interpersonales (cuadrantes *hostilidad-sumisión* y *hostilidad-dominación*) se vincularon con niveles más bajos en la *negociación de la alianza total*. Por otra parte, al evaluar los efectos sobre el cambio en la negociación de la alianza, los problemas de *hostilidad-dominación* (es decir, de *comunión* negativa y *agencia* positiva) se vincularon a un menor grado de aumento en la *negociación de la alianza total* y en *el confort con los sentimientos negativos*.

En este punto existe un consenso generalizado en la bibliografía de que las problemáticas interpersonales de *comunión* negativa (asociadas a conductas de hostilidad e indiferencia), se vinculan con una alianza terapéutica más débil en los inicios del tratamiento (Connolly Gibbons et al., 2003; Constantino et al., 2008, 2010; Muran et al., 1994; Puschner et al., 2005; Saunders, 2001), así como durante todo el proceso (Constantino y Smith-Hansen, 2008; Dinger et al., 2013; Renner et al., 2012).

Los pacientes con conductas más hostiles o indiferentes hacia otros tuvieron más dificultades en la negociación de la alianza, especialmente en la comodidad de plantear ideas o sentimientos negativos. Esa tendencia a retirarse de las interacciones y a no querer conectar,

puede dificultar el proceso de negociación, ya que la misma requiere un compromiso de ambas partes y un involucramiento interpersonal, que en estos pacientes podría estar ausente.

Por otra parte, el hecho de que pacientes con tendencias hostiles e indiferentes sientan incomodidad transmitiéndolas en sesión, tiene también importantes implicancias clínicas. En estos pacientes, que con mayor facilidad podrían desarrollar rupturas en la relación con sus terapeutas, dichas conflictividades podrían pasar inadvertidas más fácilmente debido a las inhibiciones para expresar su emocionalidad negativa. Los terapeutas deberían estar especialmente atentos en estos tipos de pacientes para identificar marcadores sutiles de emocionalidad negativa, cuya expresión estaría inhibida, y para poder discutirlos y elaborarlos en sesión.

A diferencia del consenso que existe sobre los efectos de la dimensión de *comuni3n*, existen discrepancias en la literatura sobre el rol de las problemáticas de la dimensi3n de *agencia* sobre la alianza terapéutica. En algunos estudios mayores niveles de alianza, se asociaron a valores negativos de *agencia* (Muran et al., 1994; Renner et al., 2012), mientras que en otros casos se asociaron a valores positivos de *agencia* (Johansen et al., 2013; Paivio y Bahr, 1998). En esta investigaci3n, las problemáticas de *agencia* positiva combinadas con problemas de *comuni3n* negativa (más específicamente problemas del cuadrante *hostilidad-dominaci3n*) se asociaron a un menor crecimiento en los puntajes de la *negociaci3n de la alianza total* y en el *confort con los sentimientos negativos*. Sin embargo, la dimensi3n de *agencia* por sí sola no se vio asociada a la *negociaci3n de la alianza total*.

Cabe destacar que todas las investigaciones que se presentaron como antecedentes de este estudio fueron sobre la base del concepto de alianza terapéutica en un sentido clásico. Hasta el momento no se han encontrado estudios que presenten una asociaci3n de los problemas

interpersonales sobre la negociación de la alianza. Por ende, esta investigación representa un primer aporte en este sentido, mostrando que los problemas interpersonales generales se asocian a una negociación de alianza más débil, particularmente en el confort en transmitir e integrar sentimientos negativos en terapia. Además, la negociación de la alianza fue más fuerte en pacientes con problemas de *comuni3n* positiva y más débil en pacientes con problemas de *agencia* negativa combinada con dificultades de *comuni3n* negativa. Debido a que en la literatura los problemas interpersonales, en general, y la dimensi3n de *comuni3n*, específicamente, tambi3n se han visto asociados a la alianza terap3utica como colaboraci3n, podr3a hipotetizarse que la negociaci3n de la alianza opera como un mediador en la relaci3n entre las problemáticas interpersonales y la alianza. Dificultades interpersonales pueden afectar los procesos de negociaci3n de la alianza, y estos, a su vez, impactar sobre el nivel de la colaboraci3n en la alianza terap3utica. No obstante, ser3an necesarios futuras investigaciones que pudieran analizar modelos de mediaci3n entre estas tres variables, para establecer el ajuste de este efecto indirecto potencial de las problemáticas interpersonales sobre la alianza, a partir de su negociaci3n.

**Efecto de las intervenciones sobre la evoluci3n de la severidad temprana de los pacientes.** En el estudio de los efectos de las t3cnicas reportadas por los terapeutas, no se observ3 una relaci3n significativa entre las *intervenciones cognitivas* y la severidad de los pacientes. Sin embargo, al analizar las intervenciones individualmente, la t3cnica “El terapeuta centra el diálogo en situaciones futuras de la vida del paciente”, perteneciente a la *sub-escala cognitiva*, se asoci3 negativamente a los *niveles de severidad total* y, particularmente, a las dimensiones de *distr3s sintomático* y *del funcionamiento social*. Aquellos pacientes en los que se los terapeutas tuvieron un mayor accionar en ese sentido, manifestaron menores niveles de severidad percibida al finalizar la sesi3n. Dicha observaci3n se vincula con estudios ya citados

que asocian el cambio y las respuestas tempranas al uso de intervenciones cognitivas concretas (DeRubeis y Feeley, 1990; Feeley et al., 1999).

Esta intervención cognitiva, orientada a discutir sobre aspectos del futuro en sesión, podría ser especialmente importante en los primeros encuentros para facilitar una remoralización del paciente y un aumento consiguiente en su bienestar general (Frank y Frank, 1961; Howard et al., 1993), generando a partir de ello mayores beneficios de la terapia.

Por otra parte, un mayor uso de las *intervenciones comunes orientadas a la alianza terapéutica* se asoció a menores niveles de *severidad temprana global* y en el *funcionamiento social*. Específicamente, tres intervenciones de este factor se asociaron a menor nivel de severidad: el terapeuta transmitiendo una valoración positiva del paciente, conversando con el paciente acerca de los objetivos de la terapia y realizando comentarios alentadores.

Estas *intervenciones orientadas a la alianza*, vinculadas a menor severidad en los pacientes, se vieron asociadas a los componentes de intervenciones comunes tempranas, identificadas por Defife y Hilsenroth (2011) como fundamentales para el proceso y los resultados de la terapia. Por un lado la realización de comentarios alentadores implica operar sobre las expectativas de los pacientes por el tratamiento, especialmente en aquellos sujetos con escaso optimismo respecto de la que puede participar durante la terapia. Mientras que el dialogo sobre los objetivos de la terapia redundaría en un mayor grado de colaboración en su conformación.

La preparación del paciente para el ejercicio de su rol, el último elemento común identificado como fundamental por Defife y Hilsenroth (2011) también se encuentra asociado a esta sub-escala de intervenciones comunes, mediante la intervención centrada en el dialogo con

el paciente respecto de las tareas de terapia. Sin embargo, esa intervención en particular no se vio asociada a los niveles de severidad temprana manifestados por los pacientes.

Este tipo de intervenciones dirigidas a la alianza terapéutica y a fomentar su esperanza, plantean que la percepción del terapeuta como alguien que sostiene y acepta al paciente, está íntimamente asociada a su apertura para negociar lo que pasa en términos de los objetivos y lo que hace en terapia (Fitzpatrick, Janzen, Chamodraka, Gamberg y Blake, 2009). La colaboración entre paciente y terapeuta, implica aceptar una cierta autoridad del terapeuta pero también un poder compartido al momento de decidir lo que acontece en terapia (Fitzpatrick et al., 2009). Esto es esperable que redunde en un mayor compromiso con la terapia, producto de una sensación de seguridad en el paciente y de una mayor confianza con su terapeuta (Fitzpatrick et al., 2009).

Los resultados de esta tesis muestran que un factor común de *intervenciones orientadas a la alianza* se asoció a menores niveles de severidad temprana. Aunque también se observó una *intervención cognitiva específica* asociada a mejores resultados. En ambos casos, tanto las *intervenciones orientadas a fortalecer la alianza* y la intervención centrada en el dialogo sobre aspectos del futuro, podrían generar una mayor remoralización en el paciente (Frank y Frank, 1961) generando un aumento en su bienestar subjetivo, que pudiera facilitar posteriormente mejorías a nivel sintomático, funcional e interpersonal (Howard et al., 1993).

Los terapeutas se beneficiarían de utilizar en mayor medida estas intervenciones centradas en mejorar la alianza y la esperanza del paciente, así como también orientando las intervenciones al futuro del paciente.

Además, desde el punto de vista teórico, estos resultados, aconsejan una solución intermedia frente al debate de la importancia de los elementos comunes vs. específicos en la

producción de mejorías tempranas en psicoterapia (Ilardi y Craighead, 1994; Tang y DeRubeis, 1999a) sugiriendo que ambos elementos pueden cumplir un rol valioso en la obtención de cambios terapéuticos rápidos.

**Efecto de las intervenciones sobre la negociación de la alianza.** En los análisis realizados, el uso de *intervenciones cognitivas* en general no se vio asociado a los niveles de negociación de la alianza. No obstante, en el estudio individual de las intervenciones, el aporte de datos e información al paciente respecto de sus síntomas, su trastorno o del tratamiento, presentó una asociación directa con la dimensión postura flexible y negociante, de la negociación de la alianza. Los pacientes cuyos clínicos aportaron más información de esta naturaleza, percibieron una postura de mayor flexibilidad y negociación en los intercambios terapéuticos.

A pesar de que en investigaciones previas se ha observado que el uso de algunas intervenciones específicas cognitivas como las de revisión (e.g. ensayo conductual y role playing, ensayo cognitivo, comprobación de hipótesis y análisis de costo-beneficios) se vinculan a una alianza terapéutica más débil (Waizmann, 2010), otros trabajos han sostenido que el acto de proveer información al paciente en las primeras sesiones representa uno de los principales componentes técnicos para fortalecer la alianza temprana (Hilsenroth y Cromer, 2007).

Más específicamente, en relación a los resultados de este estudio, el hecho de que el terapeuta hable con el paciente acerca de lo que le pasa a nivel psicopatológico y de cuáles serían las estrategias terapéuticas adecuadas para abordar su situación, implicaría darle información al paciente, para que pueda opinar y pensar acerca de lo que harán durante el tratamiento. Es posible que un paciente cuyo terapeuta está dispuesto a transmitir esta información, se sienta más involucrado en el proceso de toma de decisiones respecto de lo que va a acontecer durante la terapia. Al estar informado y al poder opinar al respecto, e incluso disentir con la visión

planteada por el terapeuta o con los procedimientos sugeridos por este para abordar la situación, es probable que el paciente tienda a percibir al terapeuta en una postura más flexible y conciliadora en cuanto a lo que acontece en terapia, aumentando así la negociación de la alianza entre los participantes. De esta forma, el acto de transmitir al paciente la perspectiva del terapeuta respecto de sus síntomas, su configuración patológica o su tratamiento adecuado, abre las puertas a una negociación entre los interlocutores, que si es saldada, posiblemente genere una mayor colaboración del paciente con el terapeuta, y un mayor acuerdo respecto de hacia dónde se dirige la terapia, y mediante qué caminos; de esta manera, una mejor negociación de la alianza favorecería la construcción de una alianza terapéutica, en términos de colaboración, más sólida. Es así que los resultados de esta tesis sugieren que los terapeutas podrían obtener beneficios relacionales en sus tratamientos, frente al aporte estratégico de información sobre lo que los pacientes sufren, así como también sobre cuáles serían las estrategias necesarias para abordar estos padecimientos.

Por otra parte, en esta investigación, *las intervenciones comunes* utilizadas por los terapeutas, se han visto asociadas a la fortaleza de la alianza terapéutica, en consonancia con los resultados de estudios previos en el área (Waizmann, 2010). Específicamente, como se podría esperar, las *intervenciones orientadas a la alianza* se asociaron positivamente a los niveles de negociación de la alianza, de manera tal que un mayor uso de estas intervenciones predijo niveles más altos en los puntajes de la *negociación de la alianza total*. Particularmente, el hecho de que el terapeuta haya conversado con el paciente acerca de los objetivos de la terapia se vio asociado a una percepción de una mayor flexibilidad y postura negociante en la relación terapéutica. Este resultado se vincula con estudios previos que han mostrado que el aumento de intervenciones dirigidas a formular colaborativamente objetivos, durante las primeras sesiones de terapia, se

asociaba a mejorías en la alianza terapéutica durante ese periodo (Diamond et al., 1999; Hilsenroth y Cromer, 2007).

Volviendo al concepto de negociación de la alianza, los resultados de este estudio sugieren que los pacientes cuyos terapeutas abrieron el diálogo hacia una discusión sobre los objetivos del tratamiento, sintieron que sus terapeutas tenían una postura más flexible y que les permitieron discutir (y negociar) las metas hacia las cuáles se dirigiría la terapia. Nuevamente, sería posible trazar un camino desde este tipo de intervenciones, hacia la fortaleza de la alianza terapéutica, mediada por su negociación. Aquellos terapeutas que dedicaron más tiempo a la discusión sobre los objetivos de la terapia, pueden haber favorecido una mayor negociación de ellos con los pacientes, generando así que los pacientes acuerden en mayor medida con las metas fijadas, ya que fueron producto de un proceso de intercambios, en donde el paciente tuvo voz y voto. Por ende, estos resultados sugieren que los terapeutas se beneficiarían a nivel relacional de darle un papel predominante a la discusión de los objetivos del tratamiento durante las primeras sesiones con el paciente y a su creación conjunta mediante un proceso de negociación.

Otras intervenciones que integran el factor de técnicas orientadas a la alianza, se han visto previamente en la bibliografía asociadas a su fortaleza, como es el caso de la realización por parte del terapeuta de comentarios alentadores y positivos acerca del paciente (Duff y Bedi, 2010). No obstante, dicha intervención no se vio asociada en forma significativa a la negociación de la alianza en este estudio.

Por otra parte, en esta investigación la utilización de un mayor grado de intervenciones orientadas a normalizar la experiencia del paciente (en términos de sus sentimientos, pensamientos y conductas), se asoció también a mayores niveles de *negociación de la alianza*, específicamente en la dimensión de *confort con sentimientos negativos*. En este escenario, la

normalización de su experiencia es probable que haya generado en los pacientes la sensación de ser comprendidos por los terapeutas, sin ser juzgados o culpabilizados, facilitando así la expresión de ideas o emocionalidad negativa respecto del terapeuta o el proceso, en caso de que surjan. De esta manera, las intervenciones de normalización podrían crear la sensación en el paciente de que la terapia configura un ambiente relacional preparado para contener e integrar esas emociones y pensamientos. En cuanto a sus implicancias clínicas, estos resultados marcan la pauta de que un mayor esfuerzo por parte de los terapeutas de contextualizar y normalizar las experiencias y sensaciones de los pacientes en las primeras sesiones, podrían ayudarlos en el establecimiento de un vínculo de confianza, que le permitiría a los pacientes abrirse más a transmitir lo que les pasa, por más de que ello involucre sentimientos negativos o indeseables respecto de la terapia o la figura del terapeuta, mejorando así los procesos de negociación de la alianza.

Trabajos previos han observado que otros elementos que integran el factor de intervenciones comunes de validación/desafío de la experiencia del paciente, se asociaron a una mayor fortaleza en la alianza terapéutica, como es el caso de intervenciones de desafío/confrontación (Werner-Wilson et al., 2003), expresión de un manifiesto apoyo al paciente (Karver et al., 2008) así como la identificación empática y validación de la experiencia del paciente (Duff y Bedi, 2010). No obstante, en esta investigación no se observó una asociación de estas intervenciones con la negociación de la alianza, ni tampoco con el índice global de intervenciones comunes de validación/desafío de la experiencia del paciente. Es posible que estos recursos técnicos impacten a la fortaleza de la alianza terapéutica, pero no a su proceso de negociación. Futuras investigaciones deberían continuar explorando el efecto

diferencial de estas acciones terapéuticas sobre la alianza terapéutica en un sentido clásico, así como también sobre su proceso de negociación.

**Efecto de los problemas interpersonales sobre la asociación entre las intervenciones y lo severidad temprana de los pacientes.** A partir de estos análisis se observaron características interpersonales de los pacientes que predecían el efecto de las intervenciones sobre su condición clínica. Pacientes con mayor *distrés interpersonal* en general, se beneficiaron más de un mayor uso de *intervenciones orientadas a la alianza*, presentando menores niveles de severidad en cuanto al *funcionamiento social* durante las primeras sesiones.

En el estado del arte, se han encontrado únicamente dos investigaciones explorando fenómenos afines, pero en tratamientos psicoanalíticos y en relación al uso de intervención específicas de ese marco, con resultados discrepantes (Connolly et al., 1999; Høglend et al., 2007). Por ende, resulta difícil comparar estos resultados con trabajos previos en la materia.

Los hallazgos de esta tesis implicarían que las intervenciones orientadas a la creación de una fuerte alianza terapéutica serían especialmente beneficiosas en pacientes que se presentan con un mayor nivel de problemáticas interpersonales. Para poder entender este fenómeno se pueden especular diferentes explicaciones.

Si bien los estudios de tasas de respuesta en psicoterapia muestran que los problemas interpersonales son más difíciles de modificar tempranamente que otras problemáticas, un mayor padecimiento interpersonal podría conectar a las intervenciones relacionales con una mayor remoralización (Frank y Frank, 1961), en pacientes que especialmente las necesitan, produciendo una mejoría más marcada en el malestar por el funcionamiento social. Estos pacientes con más problemas podrían beneficiarse de los efectos de las intervenciones de esta naturaleza, debido a que se espera que estas intervenciones operen a nivel relacional, promoviendo posiblemente una

mayor esperanza y bienestar subjetivo, mediado por la constitución de esa relación. Por otra parte, puede que estos pacientes requieran de una alianza más sólida, como un contexto necesario para que el tratamiento genere los efectos terapéuticos. A su vez, las intervenciones relacionales, independientemente del efecto que generen sobre el vínculo, puede que tengan un mayor efecto sobre los pacientes con estas características, ayudando a resolver fuentes de malestar asociado a las relaciones interpersonales.

Estos resultados sugieren que podría ser útil para los terapeutas analizar los problemas interpersonales de los pacientes al principio del tratamiento, para establecer el grado de hincapié que deberían otorgarle a intervenciones centradas en fortalecer la alianza terapéutica. De esta forma, podrían identificar subtipos de pacientes que, por sus mayores niveles de malestar en las relaciones interpersonales, necesiten de un mayor uso de dichas intervenciones, facilitando cambios tempranos a nivel del funcionamiento social.

Asimismo, las problemáticas interpersonales de *comuni3n* en los pacientes, tuvieron un efecto sobre la relaci3n entre el uso de *intervenciones cognitivas* y la severidad temprana de los pacientes. Especialmente, se observ3 que en pacientes con mayores problemáticas de *comuni3n* positiva, un mayor uso de *intervenciones cognitivas* se asoci3 a una intensificaci3n en los niveles de severidad (en t3rminos de *distr3s sintomático*).

Los pacientes con problemáticas de *comuni3n* positiva, se caracterizan por tener una necesidad muy marcada, incluso desadaptativa, de establecer conexiones con otros, particularmente relaciones de cercanía. Una orientaci3n muy t3cnica del terapeuta, desde el punto de vista de su marco te3rico, durante las primeras sesiones podría generar un desajuste en la relaci3n, produciendo un choque interpersonal con los pacientes, no beneficioso para el abordaje. Quizás en los primeros momentos de la terapia, este tipo de pacientes, que se presentan

con un alto grado de dependencia, requiere de una correspondencia por parte del paciente, enfocándose más en un trabajo relacional que en un abordaje orientado a los mecanismos de cambio cognitivos (Ilardi y Craighead, 1994, 1999). En este sentido, sería importante que el terapeuta ajuste su abordaje a las características interpersonales de los pacientes, siendo complementario a ellas. Esta acción facilitaría el proceso de asimilación del paciente al abordaje. No obstante, a pesar de ser beneficioso en las primeras sesiones, a largo plazo esta complementariedad podría generar que las problemáticas que los pacientes manifiestan se consoliden, por el hecho de validarlas y legitimarlas, en los intercambios con el terapeuta. En ese caso, el terapeuta debería realizar un movimiento relacional, más adelante en la terapia, que permita a los pacientes modificar estas características interpersonales disfuncionales, que podrían estar asociadas a la sintomatología por la que consultó, como ha sido reportado en algunos trastornos emocionales, como el trastorno de ansiedad generalizada (Eng y Heimberg, 2006; Gómez Penedo et al., 2017) y la depresión mayor (Constantino et al., 2008). Esto implicaría un abordaje diferencial para los primeros momentos de la terapia y para el resto del tratamiento.

Futuras investigaciones deberían explorar esta secuencia posible de adaptaciones técnicas en base a las dificultades relacionales de los pacientes y su potencial influencia como procesos de cambio, temprano, al finalizar la terapia y en periodos de seguimiento post-tratamiento.

Por otra parte, las problemáticas de la dimensión de *agencia* se vincularon a los efectos de las *intervenciones orientados a la alianza* sobre los *niveles generales de severidad* temprana del paciente. Particularmente, los pacientes con bajos niveles de *agencia* (en otras palabras, pacientes con altos niveles de sumisión en sus relaciones) se beneficiaron más de un mayor uso de *intervenciones orientadas a la alianza*. Pacientes con estas características, manifiestan malestar en torno a sentirse sometidos en las relaciones con otros, siendo demasiado sumisos; un

abordaje que plantea un llamado a la colaboración de los pacientes para pensar las tareas y objetivos de la terapia y mejorar su esperanza, podría representar un alivio para el paciente en término de su sumisión percibida, así como un aumento en su auto-eficacia, que redunde en una mejoría del paciente en general.

Por ello, posiblemente, los pacientes con *agencia* negativa, en donde se utilizaron en mayor medida estas intervenciones, no solo mostraron menores niveles de severidad temprana en el *malestar interpersonal*, sino también en el *malestar sintomático*. Por ende, para los terapeutas sería auspicioso diseñar abordajes especialmente colaborativos en las primeras sesiones, frente a indicadores de problemáticas de sumisión en los pacientes.

**Efecto de los problemas interpersonales sobre la asociación entre las intervenciones y la negociación de la alianza.** También en la investigación que conforma la base de esta tesis doctoral se encontraron características interpersonales maladaptativas de los pacientes, que afectaron la relación entre las intervenciones y la negociación de la alianza.

En pacientes con problemáticas de *agencia* positiva (es decir, con tendencias dominantes) un mayor uso de *intervenciones cognitivas* se asoció a una *negociación de la alianza total* más débil. En cambio, en pacientes problemáticas de *agencia* negativa (es decir, con tendencias hacia la sumisión) un mayor uso de *intervenciones cognitivas* se asociaron a mejores niveles de *negociación de la alianza total*.

Estos resultados se pueden comprender en el marco del principio de complementariedad de Kiesler (1996). Pacientes con problemáticas de *agencia* positiva (es decir, con tendencias dominantes) podrían tender a chocar más, en términos interpersonales, con el terapeuta, durante las primeras sesiones, frente a un abordaje más directivo, en el que se presente una mayor aplicación de *intervenciones cognitivas*. La razón de ello podría residir en su percepción del

terapeuta como alguien dominante y los conflictos asociados a esta percepción, debido al estilo interpersonal del paciente. Según la teoría de Kiesler (1996) las relaciones complementarias, son más estables y llevaderas para las personas. Para alcanzar ello los interlocutores deberían tener posiciones recíprocas en el nivel de agencia. Es decir, si uno es dominante, el otro debe ser sumiso. Aquí se muestra que cuando el terapeuta tiene un rol más activo, utilizando intervenciones de naturaleza más directivas, como las sistematizadas en el marco cognitivo, esto repercute negativamente en la negociación de la alianza, frente a tendencias interpersonales dominantes del paciente. En estos pacientes, que tienen una mayor necesidad de controlar los intercambios con otros e influir sobre ellos, un mayor uso de intervenciones cognitivas produjo una merma en la negociación de la alianza.

Por otra parte, cuando los pacientes presentaron mayores niveles de *agencia* negativa (tendencias de sumisión) las *intervenciones cognitivas* se asociaron a una mejor alianza. En este caso, un abordaje más directivo representaría también una relación de mayor complementariedad en pacientes sumisos, explicando así el aumento en los niveles de negociación de la alianza.

Cabe aclarar que si bien a los problemas interpersonales de los pacientes subyacen rasgos de la personalidad estables, con los que los pacientes muchas veces se sienten identificados en alguna medida, estas problemáticas representan fuentes de malestar para los participantes. Por ende, a pesar de que los terapeutas podrían beneficiarse de ajustar sus abordajes a estos rasgos, con el fin de no chocar interpersonalmente con los pacientes, al mismo tiempo deberían tener cuidado de no intensificar ese malestar o posiblemente fijar esos problemas, mediante un refuerzo de conductas interpersonales desadaptativas mediante la relación terapéutica. En los pacientes con sumisión, por ejemplo, esto implicaría que sería provechoso realizar, en las primeras sesiones, intervenciones más directivas y específicas, mostrando al paciente que

terapeuta está a cargo del proceso, mientras que poco a poco se vaya creando un espacio de intercambio para que el paciente pueda dar su opinión sobre cuáles deben ser las tareas a realizar y objetivos a seguir. Por ello, como se observó en los resultados del 5<sup>to</sup> objetivo específico de este estudio, los pacientes con menor *agencia* se beneficiaron más de una mayor cantidad de *intervenciones orientadas a la alianza*. Eso implica crear un ambiente en un principio consistente con las tendencias del paciente al tiempo que se desarrollan nuevos espacios de interacción que permitan la creación de experiencias innovadoras y terapéuticas, a nivel interpersonal (Constantino y Westra, 2012).

Por otra parte, entre los pacientes que presentaron bajos niveles de *comuni3n* (con tendencias indiferentes u hostiles), aquellos en los que su terapeuta utiliz3 un mayor grado de *intervenciones comunes orientadas a recolectar informaci3n y establecer el encuadre*, tuvieron mayores puntajes en la dimensi3n *de postura flexible y negociante* de la negociaci3n de la alianza. En cambio, en pacientes de *comuni3n* positiva, se observaron los resultados opuestos.

Esto podr3a sugerir que en pacientes con una escasa tendencia y motivaci3n a conectarse con otros, las intervenciones orientadas a la b3squeda y s3ntesis de informaci3n y al establecimiento de pautas de encuadre pueden ser vividas como una oportunidad de expresi3n y dial3go acerca de los aspectos de la terapia. Quiz3s en pacientes con problem3ticas de *comuni3n* positiva esto puede ser experimentado negativamente, debido a la necesidad relacional que tienen de conectarse con otros. Para ellos, un abordaje m3s orientado a la recolecci3n de informaci3n y el encuadre en las primeras sesiones quiz3s fue vivido como extremadamente t3cnico, en contraposici3n a sus necesidades interpersonales de conexi3n con el terapeuta.

## **Limitaciones**

La investigación que aquí se presenta cuenta con una serie de limitaciones que deberían resaltarse. Por un lado, para esta investigación se utilizó un diseño observacional naturalístico, no se manipulo ninguna variable para conocer sus efectos, sino que se exploró la presencia de los mismos y se realizaron inferencias relacionales entre las distintas variables de estudio. Cualquier inferencia o conclusión acerca del efecto de una variable, no debería ser entendido en un sentido causal, sino desde una perspectiva de vinculación estadística, en el contexto de los modelos predictivos aplicados. Por ende, si bien se puede hipotetizar la naturaleza unidireccional de algunas de las asociaciones encontradas, las mismas deben ser interpretadas con extrema cautela en términos de especulaciones teóricas. Futuras investigaciones, basadas en diseños experimentales, deberían estudiar los efectos de las intervenciones utilizadas por los terapeutas sobre la negociación de alianza y la severidad de los pacientes, mediante la manipulación de las técnicas aplicadas por los profesionales. De esta manera, se podrían establecer inferencias causales, estudiando su asociación, a su vez, con los problemas interpersonales de los pacientes como variable moderadoras de dichos efectos.

Por otra parte, todas los instrumentos utilizados para estudiar las variables de interés fueron medidas de auto-reporte completadas por el paciente o el terapeuta. Estas metodologías pueden generar algunos sesgos en las respuestas como pueden ser los fenómenos asociados a la deseabilidad social y aquiescencia de los participantes. También pueden producir sesgos por varianza compartida debido a la utilización de una misma fuente para medir distintas variables (Podsakoff, MacKenzie, Lee y Podsakoff, 2003). Futuras investigaciones deberían incorporar otras perspectivas en el estudio de las variables exploradas, como podría ser el estudio de las

intervenciones terapéuticas a partir de observadores externos o la negociación de la alianza según la perspectiva del terapeuta.

Además, las conclusiones a las que se ha arribado en este estudio, deben limitarse a la negociación de la alianza y al cambio terapéutico en momentos tempranos de la terapia. Aunque ambas variables son consideradas eventuales predictores de resultados finales de los tratamientos, los resultados de este trabajo doctoral no pueden ser generalizados a todo el proceso de la psicoterapia. Nuevos estudios serían necesarios para indagar la asociación de los problemas interpersonales de los pacientes y las intervenciones de los psicoterapeutas, en las distintas fases de un tratamiento, para poder generalizar estas conclusiones a todo el proceso.

Si bien el tamaño muestral utilizado puede ser considerado adecuado para la identificación de tamaños de efectos medios y grandes, la cantidad de participantes es posible que haya limitado la capacidad para identificación de efectos o asociaciones de variables pequeños, teniendo una baja potencia estadística a esos fines (Cohen, 1988). Estudios futuros con mayores tamaños muestrales permitirían la observación de efectos más menguados, que pudieron haber pasado desapercibidos en este trabajo.

Además, futuras investigaciones se beneficiarían de estudiar los mecanismos de acción de estos efectos, buscando variables mediadores en el proceso o en los participantes que pudieran explicar la relación entre las intervenciones, la negociación de la alianza y la severidad de los pacientes.

A su vez, en este trabajo no se han explorado las asociaciones de las series temporales de la negociación de la alianza y la severidad de los pacientes; futuros trabajos podrían indagar la relación temporal entre estas variables y su asociación con las intervenciones y las problemáticas

interpersonales de los pacientes, como ya se ha hecho el caso de alianza como colaboración y la evolución clínica de los pacientes (Roussos et al., 2016).

## Referencias

- Accurso, E. C., Fitzsimmons-craft, E. E., Ciao, A., Cao, L., Crosby, R. D., Smith, T. L., ... Peterson, C. B. (2015). Therapeutic Alliance in a Randomized Clinical Trial for Bulimia Nervosa. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 83*, 637–642.
- Aguirre McLaughlin, A., Keller, S. M., Feeny, N. C., Youngstrom, E. A y Zoellner, L. A. (2014). Patterns of therapeutic alliance: rupture-repair episodes in prolonged exposure for posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 82*, 112–121. <http://doi.org/10.1037/a0034696>
- Alden, L. E., Wiggins, J. S. y Pincus, A. L. (1990). Construction of Circumplex Scales for the Inventory of Interpersonal Problems. *Journal of Personality Assessment, 55*, 521–536.
- Allen, L., McHugh, R. y Barlow, D. (2007). Emotional Disorders a Unified Protocol En: D. Barlow (Ed.) *Clinical Handbook of Psychological Disorders*, (4ta ed., pp. 578-614). New York: Guilford Press.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Press.
- American Psychological Association (2010, 1 de Enero) *Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct*. Obtenido de: <http://www.apa.org/ethics/code/principles.pdf>
- Asociación de Psicólogos de Buenos Aires (2013). *Código de ética de la Asociación de Psicólogos de Buenos Aires*. Punto 6.03. Obtenido de: <http://www.psicologos.org.ar/docs/Etica.pdf>.
- Averill, J. R. (1980). On the paucity of positive emotions. En K. R. Blankstein, P. Pliner y J. Polivy (Eds.), *Assesment and modification of emotional behavior* (pp. 7–46). New York, NY: Plenum Press.

- Barber, J. P. (2009). Toward a working through of some core conflicts in psychotherapy research. *Psychotherapy Research, 19*, 1–12. <http://doi.org/10.1080/10503300802609680>
- Barlow, D. H. (2004). Psychological Treatments. *American Psychologist, 59*, 869–878. <http://doi.org/10.1037/0003-066X.59.9.869>
- Beck, J. S. (2011). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond* (2nd ed.). New York, NY: The Guilford Press.
- Beck, A. T., Rush, J., Shaw, B. y Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York, NY: Guilford Press.
- Beck, A., Ward, C., Mendelsohn, M., Mock, J. y Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry, 4*, 561–571.
- Behrens, J. T. (1997). Principles and procedures of exploratory data analysis. *Psychological Methods, 2*, 131–160. <http://doi.org/10.1037/1082-989X.2.2.131>
- Bender, D. S. (2005). The therapeutic alliance in the treatment of personality disorders. *Journal of Psychiatric Practice, 11*, 73–87. <http://doi.org/10.1097/00131746-200503000-00002>
- Benjamin, J. (1990). An outline of intersubjectivity : The development of recognition. *Psychoanalytic Psychology, 7*, 33–46.
- Beretta, V., de Roten, Y., Drapeau, M., Kramer, U., Favre, N. y Despland, J.-N. (2005). Clinical significance and patients' perceived change in four sessions of brief psychodynamic intervention: characteristics of early responders. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 78*, 347–362. <http://doi.org/10.1348/147608305X25766>
- Beutler, L. E., Malik, M. L., Alimohamed, S., Harwood, T. M., Talebi, H., Noble, S. y Wong, E. (2004). Therapist variables. En M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5ta ed., pp. 227–306). New York: Wiley.

- Blackburn, I. M. y Bishop, S. (1983). Changes in cognition with pharmacotherapy and cognitive therapy. *British Journal of Psychiatry*, *143*, 609–617.  
<http://doi.org/10.1192/bjp.143.6.609>
- Bland, J. M. y Altman, D. G. (1996). Transforming data. *Bmj*, *312*, 770.  
<http://doi.org/10.1136/bmj.312.7033.770>
- 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. En A. O. Horvath y L. S. Greenberg (Eds.), *The working alliance: Theory, research and practice* (pp. 13–37). New York, NY: John Wiley & Sons.
- Bradford, A., Cully, J., Rhoades, H., Kunik, M., Kraus-Schuman, C., Wilson, N. y Stanley, M. (2011). Early response to psychotherapy and long-term change in worry symptoms in older adults with generalized anxiety disorder. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, *19*, 347–356. <http://doi.org/10.1097/JGP.0b013e3181f18061>
- Brenner, C. (1979). Working alliance, therapeutic alliance, and transference. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, *27*, 137–158.
- Busch, A. M., Kanter, J. W., Landes, S. J. y Kohlenberg, R. J. (2006). Sudden Gains and Outcome: A Broader Temporal Analysis of Cognitive Therapy for Depression. *Behavior Therapy*, *37*, 61–68.
- Castonguay, L. G. y Beutler, L. E. (2006), *Principles of Therapeutic Change that Work*. New York: Oxford University Press.

- Castonguay, L. G., Constantino, M. J. y Holtforth, M. G. (2006). The working alliance: Where are we and where should we go? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43, 271–279. <http://doi.org/10.1037/0033-3204.43.3.271>
- Castonguay, L. G., Goldfried, M. R., Wisner, S., Raue, P. J. y Hayes, A. M. (1996). Predicting the effect of cognitive therapy for depression: a study of unique and common factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 497–504. Obtenido de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8698942>
- Castonguay, L. G. y Holtforth, M. G. (2005). Change in psychotherapy: A plea for no more “nonspecific ” and false dichotomies. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 12, 198–201. <http://doi.org/10.1093/clipsy/bpi026>
- Castonguay, L. G., Holtforth, M. G., Coombs, M. M., Beberman, R., Kakouros, A. A., Boswell, J. F., ... Jones, E. E. (2006). Relationship factors in treating dysphoric disorders. En L. G. Castonguay y L. E. Beutler (Eds.), *Principles of Therapeutic Change that Work* (pp. 65–82). New York: Oxford University Press.
- Casullo, M. y Perez, A. (1999/2008). *El inventario de síntomas SCL-90-R de L. Derogatis*. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Obtenido de: <http://www.fundacionforo.com/pdfs/inventariodesintomas.pdf>
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Comninos, A. y Grenyer, B. F. S. (2007). The influence of interpersonal factors on the speed of recovery from major depression. *Psychotherapy Research*, 17, 230–239. <http://doi.org/10.1080/10503300600849140>
- Connolly, M. B., Crits-christoph, P., Shappell, S., Barber, J. P., Luborsky, L., Shaffer, C., ... Shaffer, C. (1999). Relation of Transference Interpretations to Outcome in the Early

- Sessions of Brief Supportive- Expressive Psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 9, 485–495.
- Connolly Gibbons, M. B., Crits-Christoph, P., de la Cruz, C., Barber, J. P., Siqueland, L. y Gladis, M. (2003). Pretreatment expectations, interpersonal functioning, and symptoms in the prediction of the therapeutic alliance across supportive-expressive psychotherapy and cognitive therapy. *Psychotherapy Research*, 13, 59–76.
- Connolly, M. B., Crits-Christoph, P., Shappell, S., Barber, J. P. y Luborsky, L. (1998). Therapist Interventions in Early Sessions of Brief Psychotherapy for Depression. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 7, 290–300.
- Constantino, M. J., Bernecker, S. L., Boswell, J. F. y Castonguay, L. G. (2013). Context-responsive psychotherapy integration as a framework for a unified clinical science: Conceptual and empirical considerations. *Journal of Unified Psychotherapy and Clinical Science*, 2, 1–20.
- Constantino, M. J., Manber, R., DeGeorge, J., McBride, C., Ravitz, P., Zuroff, D. C., ... Arnow, B. A. (2008). Interpersonal styles of chronically depressed outpatients: Profiles and therapeutic change. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 45, 491–506. <http://doi.org/10.1037/a0014335>
- Constantino, M. J., Schwaiger, E. M., Smith, J. Z., George, J. D. E., Ravitz, P. y Zuroff, D. C. (2010). Patient interpersonal impacts and early therapeutic alliance in interpersonal therapy for depression. *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training*, 47, 418–424. <http://doi.org/10.1037/a0021169>

- Constantino, M. J. y Smith-Hansen, L. (2008). Patient interpersonal factors and the therapeutic alliance in two treatments for bulimia nervosa. *Psychotherapy Research, 18*, 683–698. <http://doi.org/10.1080/10503300802183702>
- Constantino, M. J. y Westra, H. A. (2012). An expectancy-based approach to facilitating corrective experiences in psychotherapy. En C. E. Hill y L. G. Castonguay (Eds.), *Transformation in psychotherapy: Corrective experiences across cognitive behavioral, humanistic, and psychodynamic approaches* (pp. 121–139). Washington, D. C.: American Psychological Association.
- Cordero, M., Cordero, R., Natera, G. y Caraveo, J. (2009). La terapia centrada en soluciones. Una opción de tratamiento para la dependencia al alcohol. *Salud Mental, 32*, 223–230.
- Crits-Christoph, P., Connolly Gibbons, M. B., Hamilton, J., Ring-Kurtz, S. y Gallop, R. (2011). The dependability of alliance assessments: the alliance-outcome correlation is larger than you might think. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 79*, 267–278. <http://doi.org/10.1037/a0023668>
- Curtis, H. (1979). The concept of the therapeutic alliance: Implications for the widening scope. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 27*, 159 – 192.
- Dammann, G., Riemenschneider, A., Walter, M., Sollberger, D., Kuchenhoff, J., Gundel, H., ... Gremaud-Heitz, D. J. (2016). Impact of interpersonal problems in borderline personality disorder inpatients on treatment outcome and psychopathology. *Psychopathology, 49*, 172–180. <http://doi.org/10.1159/000446661>
- de Shazer, S. y Berg, I. K. (1997). “What works?” Remarks on research aspects of Solution-Focused Brief Therapy. *Journal of Family Therapy, 19*, 121–124. <http://doi.org/10.1111/1467-6427.00043>

- de Shazer, S., Berg, I. K., Lipchick, E., Nunnally, E., Molnar, A., Gingerich, W. y Weiner-Davis, M. (1986). Brief therapy: focused solution development. *Family Process*, 25, 207–221.
- Defife, J. A. y Hilsenroth, M. J. (2011). Starting off on the right foot : Common factor elements in early psychotherapy process. *Journal of Psychotherapy Integration*, 21, 172–191.  
<http://doi.org/10.1037/a0023889>
- Derogatis, L. R. (1994). *Symptom checklist-90-R: Administration, scoring and procedures manual* (3era ed. revisada). Minneapolis: National Computer Systems.
- DeRubeis, R. J., Brotman, M. A. y Gibbons, C. J. (2005). A conceptual and methodological analysis of the nonspecifics argument. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 12, 174–183. <http://doi.org/10.1093/clipsy/bpi022>
- DeRubeis, R. J. y Feeley, M. (1990). Determinants of change in cognitive therapy for depression. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 469–482.
- Diamond, G. M., Hogue, A., Liddle, H. A. y Dakof, G. A. (1999). Alliance-Building Interventions with Adolescents in Family Therapy: A Process Study. *Psychotherapy*, 36, 355–368.
- Dinger, U., Strack, M., Leichsenring, F. y Henning, S. (2007). Influences of patients' and therapists' interpersonal problems and therapeutic alliance on outcome in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 17, 148–159. <http://doi.org/10.1080/10503300600865393>
- Dinger, U., Zilcha-Mano, S., Mccarthy, K. S., Barrett, M. S. y Barber, J. P. (2013). Interpersonal problems as predictors of alliance, symptomatic improvement and premature termination in treatment of depression. *Journal of Affective Disorders*, 151, 800–803.  
<http://doi.org/10.1016/j.jad.2013.07.003>

- Doran, J. M. (2014). The working alliance: Where have we been, where are we going? *Psychotherapy Research*, 26, 146-163. <http://doi.org/10.1080/10503307.2014.954153>
- Doran, J. M., Safran, J. D. y Muran, J. C. (2016). The alliance negotiation Scale: a psychometric investigation. *Psychological Assessment*, 27, 885–897.
- Doran, J. M., Safran, J. D., Waizmann, V., Bolger, K. y Muran, J. C. (2012). The Alliance Negotiation Scale: Psychometric construction and preliminary reliability and validity analysis. *Psychotherapy Research*, 22, 1–10.  
<http://doi.org/10.1080/10503307.2012.709326>
- Duff, C. T. y Bedi, R. P. (2010). Counsellor behaviours that predict therapeutic alliance: From the client's perspective. *Counselling Psychology Quarterly*, 23, 91–110.  
<http://doi.org/10.1080/09515071003688165>
- Eames, V. y Roth, A. (2000). Patient attachment orientation and the early working alliance — A Study of patient and therapist reports of alliance quality and ruptures. *Psychotherapy Research*, 10, 421–434.
- Eng, W. y Heimberg, R. G. (2006). Interpersonal correlates of generalized anxiety disorder: Self versus other perception. *Journal of Anxiety Disorders*, 20, 380–387.  
<http://doi.org/10.1016/j.janxdis.2005.02.005>
- Etchebarne, I. (2014). *Estrategias psicoterapéuticas iniciales para el tratamiento del Trastorno de Ansiedad Generalizada*. Tesis doctoral, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.
- Etchegoyen, R. H. (1986). *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*. Buenos Aires: Amorrortu.

- Falkenström, F., Granström, F. y Holmqvist, R. (2013). Therapeutic alliance predicts symptomatic improvement session by session. *Journal of Counseling Psychology, 60*, 317-328. <http://doi.org/10.1037/a0032258>
- Feeley, M., DeRubeis, R. J. y Gelfand, L. A. (1999). The temporal relation of adherence and alliance to symptom change in cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*, 578–582.
- Feixas, G. y Miró, M. T. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia. Una introducción a los tratamientos psicológicos*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica.
- Fenichel, O. (1941). Problems of psychoanalytic technique. *Psychoanalytic Quarterly, VII*, 421–442.
- Fennell, M. J. V y Teasdale, J. D. (1987). Cognitive therapy for depression: Individual differences and the process of change. *Cogn Ther Res, 11*, 253–271. <http://doi.org/10.1007/bf01183269>
- Fernández-Alvarez, H., Castañeiras, C., Curtarelli, A., García, F., Gómez, B., Lichtenberger, A. y Corbella, S. (2015). Presentación de una guía para la observación y clasificación de la conducta verbal de los terapeutas. *Terapia Psicológica, 33*, 23–34.
- Fernández-Álvarez, H., Hirsh, H., Maristany, M. y Torrente, F. (2005) *Propiedades psicométricas del OQ-45.2 en la Argentina: un estudio piloto*. Poster presentado en el 4º Congreso Mundial de Psicoterapia. Buenos Aires.
- Fitzpatrick, M. R., Janzen, J., Chamodraka, M., Gamberg, S. y Blake, E. (2009). Client relationship incidents in early therapy: doorways to collaborative engagement. *Psychotherapy Research, 19*, 654–665. <http://doi.org/10.1080/10503300902878235>

- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., Symonds, D. y Horvath, A. O. (2011). How central is the alliance in psychotherapy? A multilevel longitudinal meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology, 59*, 1–8. <http://doi.org/10.1037/a0025749>
- Frank, J. D. y Frank, J. B. (1961). *Persuasion and healing. A comparative study of psychotherapy*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Freud, S. (1912). Sobre la dinámica de la transferencia. *Obras completas*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, Vol. XII, 97-106.
- Freud, S. (1917). 26a conferencia. La teoría de la libido y el narcisismo. *Obras Completas*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, Vol. XVI, 375-391.
- Freud, S. (1921). Psicología de las masas y análisis del yo. *Obras Completas*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, Vol. XVIII, 63-136.
- Gaston, L. (1990). The concept of the alliance and its role in psychotherapy: Theoretical and empirical considerations. *Psychotherapy, 27*, 143–153. <http://doi.org/10.1037/0033-3204.27.2.143>
- Gaston, L. (1991). Reliability and criterion-related validity of the California Psychotherapy Alliance Scales--patient version. *Psychological Assessment, 3*, 68–74. <http://doi.org/10.1037/1040-3590.3.1.68>
- Gaston, L., Thompson, L., Gallagher, D., Cournoyer, L. y Gagnon, R. (1998). Alliance, Technique, and their Interactions in Predicting Outcome of Behavioral, Cognitive, and Brief Dynamic Therapy. *Psychotherapy Research, 8*, 190–209.
- Gaynor, S. T., Weersing, V. R., Kolko, D. J., Birmaher, B., Heo, J. y Brent, D. A. (2003). The prevalence and impact of large sudden improvements during adolescent therapy for depression: A comparison across cognitive-behavioral, family, and supportive therapy.

- Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 386–393.  
<http://doi.org/10.1037/0022-006X.71.2.386>
- Gelso, C. J. y Carter, J. A. (1994). Components of the psychotherapy relationship: Their interaction and unfolding during treatment. *Journal of Counseling Psychology*, 41, 296–306.
- Gingerich, W. J. y Eisengart, S. (2000). Solution-focused brief therapy: a review of the outcome research. *Family Process*, 39, 477–498. <http://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2000.39408.x>
- Golden, B. R. y Robbins, S. B. (1990). The Working Alliance Within Time-Limited Therapy : A Case Analysis. *Professional Psychology: Research and Practice*, 21, 476–481.
- Gómez Penedo, J. M., Barrientos, J. C., Martínez, A. y Roussos, A. J. (2016). Comparative Psychotherapy Process Scale (CPPS): analysis of the validity and reliability of its adaptation into Spanish / Escala Comparativa del Proceso Psicoterapéutico (CPPS): análisis de la validez y confiabilidad de su adaptación al castellano. *Estudio. Estudios de Psicología / Studies in Psychology*, 37, 656-677.  
<http://doi.org/10.1080/02109395.2016.1189207>
- Gómez Penedo, J. M., Constantino, M. J., Coyne, A. E., Westra, H. A. y Antony, M. M. (en prensa). Markers for context-responsiveness: Client baseline interpersonal problems moderate the efficacy of two psychotherapies for generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*.
- González, N., Abad, J. y Lévy, J. P. (2006). Normalidad y otros supuestos en análisis de covarianzas. En J. P. Lévy (Ed.), *Modelización con estructuras de covarianza* (pp. 31–57). La Coruña: Netbiblo

- Greenson, R. R. (1965). The working alliance and the transference neurosis. *Psychoanalytic Quarterly*, 34, 155–181.
- Greenson, R. R. (1967). *Technique and practice of psychoanalysis*. New York, NY: International Universities Press.
- Greenson, R. R. (1971). The real relationship between the patient and the psychoanalyst. En M. Kanzer (Ed.), *The unconscious today*. New York, NY: International Universities Press.
- Haas, E., Hill, R. D., Lambert, M. J. y Morrell, B. (2002). Do early responders to psychotherapy maintain treatment gains? *Journal of Clinical Psychology*, 58, 1157–1172.
- Hardy, A. O., Tracey, T. J. G., Glidden-Tracey, C., Hess, T. R. y Rohlfing, J. E. (2011). Interpersonal contribution to outcome: the relation of interpersonal distress and symptomatic improvement as a result of psychotherapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 18, 225–233. <http://doi.org/10.1002/cpp>
- Hatcher, R. y Barends, A. (2006). How a return to theory could help alliance research. *Psychotherapy*, 43, 292–299. <http://doi.org/10.1037/0033-3204.43.3.292>
- Hatcher, R. L. y Barends, A. (1996). Patients' View of the alliance in psychotherapy: exploratory factor analysis of three alliance measures. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1326–1336.
- Hatcher, R. L. y Gillaspay, J. A. (2006). Development and validation of a revised short version of the working alliance inventory. *Psychotherapy Research*, 16, 12–25. <http://doi.org/10.1080/10503300500352500>
- Hayes, A. M., Laurenceau, J.-P., Feldman, G., Strauss, J. L. y Cardaciotto, L. (2007). Change is not always linear: the study of nonlinear and discontinuous patterns of change in

- psychotherapy. *Clinical Psychology Review*, 27, 715–23.  
<http://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.01.008>
- Hill, C., Thompson, B. y Corbett, M. (1992). The impact of therapist ability to perceive displayed and hidden client reactions on immediate outcome in first sessions of brief therapy. *Psychotherapy Research*, 2, 143–155.  
<http://doi.org/10.1080/10503309212331332914>
- Hilsenroth, M. J., Blagys, M. D., Ackerman, S. J., Bonge, D. R. y Blais, M. A. (2005). Measuring psychodynamic-interpersonal and cognitive-behavioral techniques: development of the comparative psychotherapy process scale. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42, 340–356. <http://doi.org/10.1037/0033-3204.42.3.340>
- Hilsenroth, M. J. y Cromer, T. D. (2007). Clinician interventions related to alliance during the initial interview and psychological assessment. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 44, 205–218. <http://doi.org/10.1037/0033-3204.44.2.205>
- Høglend, P. (2004). Analysis of transference in dynamic psychotherapy: A review of empirical research. *Canadian Journal of Psychoanalysis*, 12, 280–300.
- Høglend, P., Hersoug, A. G., Bøgwald, K.-P., Amlo, S., Marble, A., Sørbye, Ø., ... Crits-Christoph, P. (2011). Effects of transference work in the context of therapeutic alliance and quality of object relations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79, 697–706. <http://doi.org/10.1037/a0024863>
- Høglend, P., Johansson, P., Marble, A., Bøgwald, K. y Amlo, S. (2007). Moderators of the effects of transference interpretations in brief dynamic psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 17, 160–171. <http://doi.org/10.1080/10503300701194206>

- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B. y Layton, J. B. (2010). Social relationships and mortality risk: A meta-analytic review. *PLoS Medicine*, 7(7), 1–20.  
<http://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000316>
- Hopwood, C. J., Clarke, A. N. y Perez, M. (2007). Pathoplasticity of bulimic features and interpersonal problems. *International Journal of Eating Disorders*, 40, 652–658.  
<http://doi.org/10.1002/eat>
- Horowitz, L. M. (1979). On the cognitive structure of interpersonal problems treated in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 5–15.
- Horowitz, L. M. (2004). *Interpersonal Foundations of Psychopathology*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Horowitz, L. M., Alden, L. E., Wiggins, J. S. y Pincus, A. L. (2000). *IIP: Inventory of Interpersonal Problems manual*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Horowitz, L. M., Rosenberg, S. E., Baer, B. A., Ureño, G. y Villaseñor, V. S. (1988). Inventory of interpersonal problems: psychometric properties and clinical applications. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 885–892.
- Horvath, A. O. y Bedi, R. P. (2002). The Alliance. En J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy Relationships That Work* (pp. 37–70). New York: Oxford University Press.  
<http://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C. y Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 48, 9–16. <http://doi.org/10.1037/a0022186>
- Horvath, A. O. y Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36, 223–233. <http://doi.org/10.1037/0022-0167.36.2.223>

- Horvath, A. O. y Marx, R. W. (1990). The Development and Decay of the Working Alliance During Time-limited Counselling. *Canadian Journal of Counselling/Revue Canadienne de Counsellin*, 24, 240–260.
- Horvath, A. O. y Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 139–149.  
<http://doi.org/10.1037//0022-0167.38.2.139>
- Howard, K. I., Kopta, S. M., Krause, M. S. y Orlinsky, D. E. (1986). The dose-effect relationship in psychotherapy. *The American Psychologist*, 41, 159–164. <http://doi.org/10.1037/0003-066X.41.2.159>
- Howard, K. I., Lueger, R. J., Maling, M. S. y Martinovich, Z. (1993). A Phase Model of Psychotherapy Outcome: Causal Mediation of Change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 678–685.
- Ilardi, S. S. y Craighead, W. E. (1994). The Role of Nonspecific Factors in Cognitive-Behavior Therapy for Depression. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 1, 138–155.  
<http://doi.org/10.1111/j.1468-2850.1994.tb00016.x>
- Ilardi, S. S. y Craighead, W. E. (1999). Rapid early response, cognitive modification, and nonspecific factors in cognitive behavior therapy for depression: A reply to Tang and DeRubeis. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6, 295–299.  
<http://doi.org/10.1093/clipsy/6.3.295>
- Jacobson, N. S. y Truax, P. (1991). Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 12–19. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2002127>

- Jock, W., Bolger, K. W., Martin, J., Penedo, G., Waizmann, V., Olivera, J. y Roussos, A. J. (2013). Differential client perspectives on therapy in Argentina and the United States: A cross-cultural study. *Psychotherapy, 50*, 517–524. <http://doi.org/10.1037/a0033361>
- Johansen, R., Melle, I., Iversen, V. C. y Hestad, K. (2013). Personality traits, interpersonal problems and therapeutic alliance in early schizophrenia spectrum disorders. *Comprehensive Psychiatry, 54*, 1169–1176. <http://doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.05.016>
- Jones, E. E. (1985). *Manual for the Psychotherapy Process Q Sort*. Manuscrito no publicado, University of California, Berkeley.
- Juan, S. (2014). *Inferencias pronósticas e intervenciones en el Trastorno de Ansiedad Generalizada*. Tesis doctoral, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.
- Juan, S., Etchebarne, I. y Roussos, A. J. (2016). Vínculos entre pronóstico e intervenciones en terapia psicoanalítica y cognitiva: análisis teórico y aportes de la investigación empírica. *Artículo en evaluación*.
- Kachin, K. E., Newman, M. G. y Pincus, A. L. (2001). An interpersonal problem approach to the division of social phobia subtypes. *Behavior Therapy, 32*, 479–501. [http://doi.org/10.1016/S0005-7894\(01\)80032-0](http://doi.org/10.1016/S0005-7894(01)80032-0)
- Kalogerakos, A. F. (2009). *An Examination of Therapeutic Alliance Patterns, Client Attachment, Client Interpersonal Problems, and Therapy Outcome in Process-Experiential and Cognitive-Behavioural Treatment for Depression*. Tesis doctoral, University of Toronto, Toronto, Canadá.
- Karver, M., Shirk, S., Handelsman, J. B., Crisp, H., Gudmundsen, G. y McMakin, D. (2008). Relationship Processes in Youth Psychotherapy: Measuring alliance, alliance-building

- behaviors and client involvement. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 16, 15–28.
- Kiesler, D. J. (1996). *Contemporary interpersonal theory and research: Personality, psychopathology, and psychotherapy*. New York, NY: John Wiley and Sons.
- Kiesler, D. J. y Schmidt, J. A. (2006). *The impact message inventory-circumplex (IMI-C) manual*. Redwood City, CA: Mind Garden.
- Kivlighan, D. M. y Shaughnessy, P. (2000). Patterns of working alliance development: A typology of client's working alliance ratings. *Journal of Counseling Psychology*, 47, 362–371. <http://doi.org/10.1037//0022-0167.47.3.362>
- Klein, D. N., Schwartz, J. E., Santiago, N. J., Vivian, D., Vocisano, C., Castonguay, L. G., ... Keller, M. B. (2003). Therapeutic alliance in depression treatment: controlling for prior change and patient characteristics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 997–1006. <http://doi.org/10.1037/0022-006X.71.6.997>
- Kopta, S. M., Howard, K. I., Lowry, J. L. y Beutler, L. E. (1994). Patterns of Symptomatic Recovery in Psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 1009-1016.
- Kramer, U., Roten, Y. De, Beretta, V., Michel, L. y Despland, J. N. (2009). Alliance patterns over the course of short-term dynamic psychotherapy : The shape of productive relationships. *Psychotherapy Research*, 19, 37–41. <http://doi.org/10.1080/10503300902956742>
- Krupnick, J. L., Sotsky, S. M., Elkin, I., Simmens, S., Moyer, J., Watkins, J. y Pilkonis, P. A. (1996). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy and pharmacotherapy outcome: findings in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression

- Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 532–539.
- Lackner, J. M., Gudleski, G. D., Keefer, L., Krasner, S. S., Powell, C. y Katz, L. A. (2010). Rapid response to cognitive behavior therapy for irritable bowel syndrome. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 8, 426–432.  
<http://doi.org/10.1016/j.cgh.2010.02.007>.Rapid
- Lambert, M. J. (2005). Early response in psychotherapy: Further evidence for the importance of common factors rather than “placebo effects.” *Journal of Clinical Psychology*, 61, 855–869. <http://doi.org/10.1002/jclp.20130>
- Lambert, M. J., Burlingame, G. M., Umphress, V., Hansen, N., Vermeersch, D. A., Clouse, G. C. y Yanchar, S. C. (1996). The reliability and validity of the outcome questionnaire. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 3, 249–258.
- Leary, T. (1957). *Interpersonal diagnosis of personality. A functional theory and methodology for personality evaluation*. New York, NY: Ronald Press. [http://doi.org/10.1016/S0033-3182\(65\)72325-6](http://doi.org/10.1016/S0033-3182(65)72325-6)
- Leibovich de Duarte, A. (2000). La dimensión ética en la investigación psicológica. *Revista Del Instituto de Investigaciones de La Facultad de Psicología*, 5, 41–61.
- Ley No 26.657, *Boletín Oficial de la República Argentina, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina*, 29 de mayo de 2013.
- Lieberman, M. D. (2013). *Social: Why our brains are wired to connect*. New York, NY: Crown Publishing Group.
- Lindfors, L. y Magnusson, D. (1997). Solution-focused therapy in prison. *Contemporary Family Therapy*, 19, 89–103. <http://doi.org/Doi 10.1023/A:1026114501186>

- Luborsky, L. (1976). Helping alliances in psychotherapy: the groundwork for a study of their relationship to its outcome. En J. L. Claghorn (Ed.), *Successful psychotherapy* (pp. 92–116). New York, NY: Brunner/Mazel.
- Luborsky, L. (1994). Therapeutic alliances as Predictors of psychotherapy outcomes: Factors explaining the predictive success. En A. O. Horvath y L. S. Greenberg (Eds.), *The working alliance: Theory, research, and practice* (John Wiley, pp. 38–51).
- Luborsky, L., Barber, J. P., Siqueland, L., Johnson, S., Najavits, L. M., Frank, A. y Daley, D. (1996). The revised helping alliance questionnaire (HAQ-II): Psychometric properties. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 5, 260–271.
- Luke, D. A. (2004). *Multilevel modeling*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Lutz, W., Hofmann, S. G., Rubel, J., Boswell, J. F., Shear, M. K., Gorman, J. M., ... Barlow, D. H. (2014). Patterns of early change and their relationship to outcome and early treatment termination in patients with panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82, 287–97. <http://doi.org/10.1037/a0035535>
- Luyten, P., Lowyck, B. y Vermote, R. (2010). The relationship between interpersonal problems and outcome in psychodynamic hospitalization-based treatment for personality disorders: A 12-month follow-up study. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 24, 417–436. <http://doi.org/10.1080/02668734.2010.522115>
- Maling, M., Gurtman, M. y Howard, K. (1995). The response of interpersonal problems to varying doses of psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 5, 63–75.
- Manubens, R., Gómez Penedo, J. M., Juan, S. y Roussos, A. J. (2017). Escala de intervenciones comunes en psicoterapia: un instrumento de auto-reporte para la actividad terapéutica. *Manuscrito en preparación*.

- Maristany, M. (2005). *Problemas en las relaciones interpersonales y Trastornos de la personalidad*. Tesis doctoral, Universidad de Belgrano, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.
- Martin, D. J., Garske, J. P. y Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables : A meta-analytic Review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 438–450. <http://doi.org/10.1037/0022-006X.68.3.438>
- Mccarthy, K. S. y Barber, J. P. (2009). The Multitheoretical List of Therapeutic Interventions (MULTI): Initial report. *Psychotherapy Research, 19*, 96–113. <http://doi.org/10.1080/10503300802524343>
- Milbrath, C., Bond, M., Cooper, S., Znoj, H. J., Horowitz, M. J. y Perry, J. C. (1999). Sequential consequences of therapists' interventions. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research, 8*, 40–54.
- Mitchell, S. A. (1988). *Relational concepts in psychoanalysis. An integration*. Cambridge, MA: Harvard University Press Cambridge,. <http://doi.org/10.1037/028484>
- Muran, J. C., Safran, J. D., Gorman, B. S., Samstag, L. W., Eubanks-Carter, C. y Winston, A. (2009). The relationship of early alliance ruptures and their resolution to process and outcome in three time-limited psychotherapies for personality disorders. *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training, 46*, 233–248. <http://doi.org/10.1037/a0016085>
- Muran, J. C., Segal, Z. V, Samstag, L. W. y Crawford, C. E. (1994). Patient Pretreatment Interpersonal Problems and Therapeutic Alliance in Short-Term Cognitive Therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62*, 185–190.

- Murphy, G. E., Simons, A. D., Wetzel, R. D. y Lustman, P. J. (1984). Cognitive therapy and pharmacotherapy. Singly and together in the treatment of depression. *Archives of General Psychiatry*, 41, 33–41. <http://doi.org/10.1001/archpsyc.1984.01790120037006>
- Nagin, D. S. y Odgers, C. L. (2010). Group-based trajectory modeling in clinical research. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 109–38. <http://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.121208.131413>
- Norcross, J. C. (2002). *Psychotherapy Relationships That Work*. New York, NY: Oxford University Press.
- Ogrodniczuk, J. S., Piper, W. E., Joyce, A. S., Steinberg, P. I. y Duggal, S. (2009). Interpersonal problems associated with narcissism among psychiatric outpatients. *Journal of Psychiatric Research*, 43, 837–842. <http://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2008.12.005>
- Olivera, J. (2016). *Nociones de cambio en psicoterapia desde la perspectiva de sujetos que han realizado un tratamiento psicoterapéutico*. Tesis doctoral, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.
- Organización Mundial de la Salud. (1992). *CIE 10: Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor.
- Owen, J., Hilsenroth, M. J. y Rodolfa, E. (2012). Interaction among alliance, psychodynamic – interpersonal and cognitive – behavioural techniques in the prediction of post-session change. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 20, 513-522. <http://doi.org/10.1002/cpp>
- Paivio, S. y Bahr, L. (1998). Interpersonal problems, working alliance, and outcome in short-term experiential therapy. *Psychotherapy Research*, 8, 392–407.
- Paul, G. L. (1967). Strategy of outcome research in psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology*, 31, 109–118.

- Piper, W. E., Ogradniczuk, J. S., Lamarche, C., Hilscher, T. y Joyce, A. S. (2005). Level of Alliance , Pattern of Alliance , and Outcome in Short – term Group Therapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 55, 527–550.
- Podsakoff, P. M., MacKenzie, S. B., Lee, J.-Y. y Podsakoff, N. P. (2003). Common method biases in behavioral research: a critical review of the literature and recommended remedies. *Journal of Applied Psychology*, 88, 879–903. <http://doi.org/10.1037/0021-9010.88.5.879>
- Przeworski, A., Newman, M. G., Pincus, A. L., Kasoff, M. B., Yamasaki, A. S., Castonguay, L. G. y Berlin, K. S. (2011). Interpersonal pathoplasticity in individuals with generalized anxiety disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 120, 286–98. <http://doi.org/10.1037/a0023334>
- Puschner, B., Bauer, S., Horowitz, L. M. y Kordy, H. (2005). The relationship between interpersonal problems and the helping alliance. *Journal of Clinical Psychology*, 61, 415–429. <http://doi.org/10.1002/jclp.20050>
- Quilty, L. C., Mainland, B. J., McBride, C. y Bagby, R. M. (2013). Interpersonal problems and impacts: Further evidence for the role of interpersonal functioning in treatment outcome in major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders*, 150, 393–400. <http://doi.org/10.1016/j.jad.2013.04.030>
- Quitkin, F., Rabkin, J. G., Ross, D. y McGrath, P. (1984). Duration of Antidepressant Drug Treatment. *Arch Gen Psychiatry*, 41, 1984.
- Rachman, S. (1999). Rapid and not-so-rapid responses to cognitive behavioral therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6, 293–294.

- Ramseyer, F., Kupper, Z., Caspar, F., Znoj, H. y Tschacher, W. (2014). Time-series panel analysis (TSPA): Multivariate modeling of temporal associations in psychotherapy process. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 82*, 828–838.  
<http://doi.org/10.1037/a0037168>
- Raudenbush, S. W. y Bryk, A. S. (2002). *Hierarchical linear models: Applications and data analysis methods* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Renaud, J., Brent, D. A., Baugher, M., Birmaher, B., Kolko, D. J. y Bridge, J. (1998). Rapid response to psychosocial treatment for adolescent depression: a two-year follow-up. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 37*, 1184–1190.  
<http://doi.org/10.1097/00004583-199811000-00019>
- Renner, F., Jarrett, R. B., Vittengl, J. R., Barrett, M. S., Anna, L. y Thase, M. E. (2012). Interpersonal problems as predictors of therapeutic alliance and symptom improvement in cognitive therapy for depression. *Journal of Affective Disorders, 138*, 458–467.  
<http://doi.org/10.1016/j.jad.2011.12.044>
- Rennie, D. L. (1994). Clients' Deference in Psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology, 41*, 427–437.
- Rogers, C. R. (1966). *Psicoterapia centrada en el cliente: práctica, implicaciones y teoría*. Buenos Aires: Paidós.
- Roten, Y. De, Fischer, M., Drapeau, M., Beretta, V., Kramer, U., Favre, N. y Despland, J. (2004). Is one assessment enough? Patterns of helping alliance development and outcome. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 11*, 324–331.
- Roussos, A. J., Braun, M. y Olivera, J. (2012). *Conductas responsables para la investigación en psicología: guía de trabajo*. Buenos Aires: FUNICS.

- Roussos, A., Etchebarne, I. y Waizmann, V. (2003). Un esquema clasificatorio para las intervenciones en psicoterapia. *Memorias de las X Jornadas de Investigación en Psicología: Salud, educación y trabajo*. Facultad de Psicología, UBA, Agosto. Tomo I, 98-101.
- Roussos, A. J., Etchebarne, I. y Waizmann, V. (2005). Un esquema clasificatorio para las intervenciones en psicoterapia cognitiva y psicoanalítica. *Anuario de Investigaciones, XVIII*, 51–61.
- Roussos, A. J., Gómez Penedo, J. M., Doran, J.M. y Horowitz, L. M. (2016) Early alliance negotiation as a predictor of therapeutic change in psychotherapy. *Manuscrito en evaluación*.
- Roussos, A. J., Gómez Penedo, J. M. y Muiños, R. (2016). 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*. Publicación on-line de avance. <http://doi.org/10.1080/10503307.2016.1174346>
- Rubel, J., Lutz, W., Kopta, S. M., Köck, K., Minami, T., Zimmermann, D. y Saunders, S. M. (2015). Defining early positive response to psychotherapy: An empirical comparison between clinically significant change criteria and growth mixture modeling. *Psychological Assessment, 27*, 478–488. <http://doi.org/10.1037/pas0000060>
- Rubel, J., Lutz, W. y Schulte, D. (2013). Patterns of change in different phases of outpatient psychotherapy: A stage-sequential pattern analysis of change in session reports. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 22*, 1–14. <http://doi.org/10.1002/cpp.1868>

- Rush, A. J., Kovacs, M., Beck, A. T., Weissenburger, J. y Hollon, S. D. (1981). Differential effects of cognitive therapy and pharmacotherapy on depressive symptoms. *Methods*, 3, 221–229.
- Safran, J. D. y Muran, J. C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. Nueva York, NY: Guilford Press.
- Safran, J. D. y Muran, J. C. (2006). Has the concept of the therapeutic alliance outlived its usefulness? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training.*, 43, 286–291.  
<http://doi.org/10.1037/0033-3204.43.3.286>
- Safran, J. D., Muran, J. C. y Eubanks-Carter, C. (2011). Repairing alliance ruptures. *Psychotherapy*, 48, 80–87. <http://doi.org/10.1037/a0022140>
- Safran, J. D., Muran, J. C. y Proskurov, B. (2009). Alliance, negotiation and rupture resolution. En R. A. Levy y J. Stuart Ablon (Eds.), *Handbook of Evidence Based Psychodynamic Therapy* (pp. 201–225). New York: Human Press.
- Safran, J. D., Muran, J. C., Samstag, L. W. y Stevens, C. (2001). Repairing alliance ruptures. *Psychotherapy*, 38, 406–412.
- Safran, J. D., Muran, J. C., Samstag, L. W. y Stevens, C. L. (2002). Repairing alliance ruptures. En J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy Relationships That Work* (pp. 235–254). New York: Oxford University Press. <http://doi.org/10.1037/a0022140>
- Saunders, S. M. (2001). Pretreatment correlates of the therapeutic bond. *Journal of Clinical Psychology*, 57, 1339–1352.
- Schauenburg, H., Kuda, M., Sammet, I. y Strack, M. (2000). The influence of interpersonal problems and symptom severity on the duration and outcome of short-term psychodynamic psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 10, 133–146.

- Secord, P. F. y Backman, C. W. (1961). Personality theory and the problem of stability and change in individual behavior: An interpersonal approach. *Psychological Review*, 68, 21–32.
- Seeman, T. E. (1999). Health promoting effects of friends and family on health outcomes in older adults. *American Journal of Health Promotion*, 14, 362–370.
- Segrin, C. (2001). *Interpersonal processes in psychological problems*. New York, NY: The Guilford Press.
- Singer, J. D. y Willett, J. B. (2003). *Applied longitudinal data analysis: Modeling change and event occurrence*. New York, NY: Oxford University Press.
- Skinner, B. F. (1984). The evolution of behavior. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 41, 217–221. <http://doi.org/10.1901/jeab.1984.41-217>
- Slaney, R. B., Pincus, A. L., Uliaszek, A. A. y Wang, K. T. (2006). Conceptions of perfectionism and interpersonal problems: evaluating groups using the structural summary method for circumplex data. *Assessment*, 13, 138–153. <http://doi.org/10.1177/1073191105284878>
- Solution-Focused Brief Therapy Research Committee (2007). *Solution focused therapy treatment manual for working with individuals research committee of the solution focused brief therapy association*. Obtenido el 25 de Mayo de 2015, de la página de la Solution-Focused Brief Therapy Association: <http://www.sfbta.org/Research.pdf>.
- Sterba, R. (1934). The fate of the ego in analytic therapy. *International Journal of Psychoanalysis*, 115, 117–126.
- Sterba, R. (1940). The dynamics of the dissolution of the transference resistance. *Psychoanalytic Quarterly*, IX, 363–379.

- Stevens, C. L., Muran, J. C., Safran, J. D., Gorman, B. S. y Winston, A. (2007). Levels and patterns of the therapeutic alliance in brief psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, *61*, 109–29. Obtenido de:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17760317>
- Stewart, J. W., Quitkin, F. M., McGrath, P. J., Amsterdam, J., Fava, M., Fawcett, J., ... Roback, P. (1998). Use of pattern analysis to predict differential relapse of remitted patients with major depression during 1 year of treatment with fluoxetine or placebo. *Archives of General Psychiatry*, *55*, 334–43.  
<http://doi.org/http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.55.4.334>
- Stiles, W. B., Glick, M. J., Osatuke, K., Hardy, G. E., Shapiro, D. A., Agnew-Davies, R., ... 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*, 81–92. <http://doi.org/10.1037/0022-0167.51.1.81>
- Stiles, W. B., Honos-Webb, L. y Surko, M. (1998). Responsiveness in psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *5*, 439–458.
- Stiles, W. B., Leach, C., Barkham, M., Lucock, M., Iveson, S., Shapiro, D. A., ... Hardy, G. E. (2003). Early sudden gains in psychotherapy under routine clinic conditions: practice-based evidence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *71*, 14–21.  
<http://doi.org/10.1037/0022-006X.71.1.14>
- Stiles, W. B. y Wolfe, B. E. (2006). Relationship factors in treating anxiety disorders. En L. Castonguay y L. E. Beutler (Eds.), *Principles of Therapeutic Change that Work* (pp. 155–166). New York: Oxford University Press.

- Strauss, J. L., Hayes, A. M., Johnson, S. L., Newman, C. F., Brown, G. K., Barber, J. P., ...  
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*, 337–45. <http://doi.org/10.1037/0022-006X.74.2.337>
- Strunk, D. R., Brotman, M. A. y DeRubeis, R. J. (2010). The process of change in cognitive therapy for depression: predictors of early inter-session symptom gains. *Behaviour Research and Therapy, 48*, 599–606. <http://doi.org/10.1016/j.brat.2010.03.011>
- Sullivan, H. D. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*. New York, NY: Routledge.
- Swann Jr., W. B. (1987). Identity negotiation: where two roads meet. *Journal of Personality and Social Psychology, 53*, 1038–1051. <http://doi.org/10.1037/0022-3514.53.6.1038>
- Tabachnick, B. G. y Fidell, L. S. (2013). *Using Multivariate Statistics* (6th ed.). New York, NY: Pearson.
- Tang, T. Z. y DeRubeis, R. J. (1999a). Reconsidering rapid early response in cognitive behavioral therapy for depression. *Clinical Psychology: Science and Practice, 6*, 283–288. <http://doi.org/10.1093/clipsy.6.3.283>
- Tang, T. Z. y DeRubeis, R. J. (1999b). Sudden gains and critical sessions in cognitive-behavioral therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*, 894–904.  
Obtenido de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15709844>
- Tang, T. Z., DeRubeis, R. J. y Beberman, R. (2005). Cognitive changes, critical sessions, and sudden gains in cognitive-behavioral therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*, 168–172. <http://doi.org/10.1037/0022-006X.73.1.168>

- Tang, T. Z., DeRubeis, R. J., Hollon, S. D. y Shelton, R. (2007). Sudden gains in cognitive therapy of depression and depression relapse / recurrence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*, 404–408. <http://doi.org/10.1037/0022-006X.75.3.404>
- Thomä, H. y Kächele, H. (1989). *Teoría y Práctica del Psicoanálisis. I Fundamentos*. Barcelona: Herder.
- Town, J. M., Hardy, G. E., Mccullough, L. y Stride, C. (2012). Patient affect experiencing following therapist interventions in short-term dynamic psychotherapy. *Psychotherapy Research, 22*, 208-219.
- Trijsburg, R. W., Frederiks, G. C. F., Gorlee, M., Klouwer, E., den Hollander, A. M. y Duivendoorn, H. J. (2002). Development of the Comprehensive Psychotherapeutic Interventions Rating Scale (CPIRS). *Psychotherapy Research, 12*, 287–317.
- Trijsburg, W. R., Trent, S. T. y Perry, C. J. (2004). An Empirical Study of the Differences in Interventions between Psychodynamic Therapy and Cognitive-Behavioural Therapy for Recurrent Major Depression. *Canadian J. Psychoanal., 12*, 325-345.
- Valdés, N., Tomicic, A., Pérez, J. C. y Krause, M. (2010). Sistema de codificación de la actividad terapéutica (scat-1.0): Dimensiones y categorías de las acciones comunicacionales de pacientes y psicoterapeutas. *Revista Argentina de Clínica Psicológica, XIX*, 117–130.
- Vigotsky, L. (1930). *Sobre los sistemas psicológicos*. Obras Escogidas. Tomo I. Madrid: Aprendizaje.
- Vittengl, J. R., Clark, L. A. y Jarrett, R. B. (2003). Interpersonal problems, personality pathology, and social adjustment after cognitive therapy for depression. *Psychological Assessment, 15*, 29–40. <http://doi.org/10.1037/1040-3590.15.1.29>

- Von Bergen, A. y De la Parra, G. (2002) OQ.45.2 Cuestionario para evaluación de resultados y evolución en psicoterapia: adaptación, validación e indicaciones para su aplicación e interpretación. *Terapia Psicológica*, 20, 161-176.
- Waizmann, V. (2010). *Alianza terapéutica e intervenciones psicoterapéuticas en tratamientos cognitivos y psicoanalíticos*. Tesis doctoral, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.
- Waizmann, V., Doran, J., Bolger, K., Gómez Penedo, J. M., Safran, J. y Roussos, A. J. (2015). Escala de negociación de la alianza terapéutica (ANS-A): evidencias de su validez y confiabilidad. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XXIV, 243–254.
- Waizmann, V., Etchebarne, I. y Roussos, A. J. (2004). La interacción entre las intervenciones psicoterapéuticas de distintos marcos teóricos y los factores comunes a las psicoterapias. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XIII, 233–244.
- Waizmann, V., Jurkowski, L. y Roussos, A. J. (2006). Descripción de las intervenciones elegidas por psicoterapeutas psicoanalíticos y cognitivos. *Anuario de Investigaciones*, XIV, 41–48.
- Wallerstein, R. y DeWitt, K. (2000). Modos de interpretación en psicoanálisis y en psicoterapias psicoanalíticas: Una clasificación revisada. En J. Ahumada, J. Olagay, A. Kramer Richards y A. David Richards (Eds.), *Las tareas del psicoanalista. Ensayos en honor de R. Horacio Etchegoyen*. (pp. 114–143). Buenos Aires: Polemos.
- Wampold, B. E. (2010). *The basics of psychotherapy: An introduction to theory and practice*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Wampold, B. E. y Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work* (2nd ed.). New York, NY: Routledge.

- Webb, C. a, Derubeis, R. J. y Barber, J. P. (2010). Therapist adherence/competence and treatment outcome: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78*, 200–211. <http://doi.org/10.1037/a0018912>
- Weiner-Davis, M., de Shazer, S. y Gingerich, W. J. (1987). Building on pretreatment change To construct the therapeutic solution: an exploratory study. *Journal of Marital and Family Therapy, 13*, 359–363. <http://doi.org/10.1111/j.1752-0606.1987.tb00717.x>
- Werner-Wilson, R. J., Michaels, M. L., Thomas, S. G. y Thiesen, A. M. (2003). Influence of therapist behaviors on therapeutic alliance. *Contemporary Family Therapy, 25*, 381–390.
- Wettersten, K. B., Lichtenberg, J. W. y Mallinckrodt, B. (2005). Associations between working alliance and outcome in Solution-Focused Brief Therapy and brief interpersonal therapy. *Psychotherapy Research, 15*, 35–43. <http://doi.org/10.1080/10503300512331327029>
- Wilson, E. O. (2012). *The social conquest of earth*. New York, NY: Liveright Publishing.
- Wiltink, J., Hoyer, J., Beutel, M. E., Ruckes, C., Herpertz, S., Joraschky, P., ... Leichsenring, F. (2016). Do patient characteristics predict outcome of psychodynamic psychotherapy for social anxiety disorder? *PloS One, 11*, e0147165. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0147165>
- Wiser, S. y Goldfried, M. (1996). Verbal interventions in significant psychodynamic-interpersonal and cognitive-behavioral therapy sessions. *Psychotherapy Research, 6*, 309–319.
- Zetzel, E. R. (1956). Current concept of transference. *International Journal of Psychoanalysis, XXXVII*, 369–376. <http://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

- Zilcha-Mano, S., Dinger, U., McCarthy, K. S. y Barber, J. P. (2014). Does alliance predict symptoms throughout treatment, or is it the other way around? *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 82*, 931–935. <http://doi.org/10.1037/a0035141>
- Zuroff, D. C. y Blatt, S. J. (2006). The therapeutic relationship in the brief treatment of depression: contributions to clinical improvement and enhanced adaptive capacities. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*, 130–140. <http://doi.org/10.1037/0022-006X.74.1.130>

**Apéndice I.** Evaluación del comité de Ética de la Investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires.

Buenos Aires, 19 de febrero de 2013.-

EVALUACIÓN DE CONDUCTAS RESPONSABLES EN INVESTIGACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA.

Se evaluó el proyecto de investigación en Psicología Clínica presentado por el Lic. Juan Martín Gómez Penedo, cuyo título es "Influencia de los problemas interpersonales de los pacientes y las intervenciones de los terapeutas sobre algunos de los principales predictores de cambio en psicoterapia", para la realización de su tesis de Doctorado en Psicología en la Universidad de Buenos Aires. El postulante ha obtenido una Beca de Postgrado Tipo I del Conicet, cuyo director es el Dr. Andrés Roussos, siendo dicho proyecto parte de la línea de investigación del director.

El proyecto contempla un estudio observacional en un contexto naturalístico, e involucra procedimientos no invasivos que cuentan con el consentimiento informado de los participantes. Asimismo, involucra una devolución de información al terapeuta, para su conocimiento sobre la evolución del caso y de la alianza terapéutica.

Por lo antedicho, se considera que el proyecto de investigación cubre ampliamente los requisitos de desempeño ético de la tarea.



Dra. Susana Seidmann

Miembro del Comité de Ética en la Investigación

Facultad de Psicología

UBA

SECRETARÍA DE INVESTIGACIONES  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA - UBA



Lic. CRISTIAN J. GARAY  
SUBSECRETARIO DE INVESTIGACIONES  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA - UBA

**Apéndice II.** Listado de ítems de la sub-escala de intervenciones cognitivas de la Escala Comparativa del Proceso Psicoterapéutico (Hilsenroth et al., 2005) en su versión en castellano adaptada al contexto argentino (Gómez Penedo et al., 2016).

---

**Ítems de la sub-escala cognitiva (CPPS)**

---

- 1) *El terapeuta da consejos explícitos o sugerencias directas al paciente.*
  - 2) *El terapeuta propone activamente los temas de discusión y actividades terapéuticas.*
  - 3) *El terapeuta centra el diálogo en los sistemas de creencias irracionales o ilógicos del paciente.*
  - 4) *El terapeuta sugiere actividades específicas o tareas (tareas para la casa) para que el paciente realice fuera de la sesión.*
  - 5) *El terapeuta explica los criterios que existen tras sus técnicas o su enfoque de tratamiento.*
  - 6) *El terapeuta centra el diálogo en situaciones futuras de la vida del paciente.*
  - 7) *El terapeuta aporta datos e información al paciente respecto de sus síntomas, su trastorno o del tratamiento.*
  - 8) *El terapeuta sugiere explícitamente que el paciente practique entre las sesiones la(s) conducta(s) aprendida(s) en terapia.*
  - 9) *El terapeuta le enseña al paciente técnicas específicas para afrontar sus síntomas.*
  - 10) *El terapeuta interactúa con el paciente de forma didáctica (como un docente).*
- 

CPPS = Escala Comparativa del Proceso Psicoterapéutico.

**Apéndice III.** Listado de ítems de la Escala de Intervenciones Comunes (Manubens et al., 2017), organizados por sus factores.

---

**Nombre de los factores**

*Intervenciones*

---

**(I) Intervenciones orientadas a fortalecer la alianza terapéutica y la esperanza en el paciente**

- 1) *El terapeuta le transmite al paciente una valoración positiva de algunos de sus comentarios, sentimientos y/o conductas.*
  - 2) *El terapeuta habla con el paciente acerca de los objetivos de la terapia.*
  - 3) *El terapeuta realiza comentarios alentadores hacia el paciente para infundirle esperanza.*
  - 4) *El terapeuta habla con el paciente acerca de las tareas a realizar dentro de la terapia, necesarias para poder alcanzar los objetivos de la misma.*
- 

**(II) Intervenciones orientadas a validar o desafiar la experiencia del paciente**

- 5) *El terapeuta cuestiona el punto de vista del paciente.*
  - 6) *El terapeuta explicita al paciente estados afectivos, cognitivos y/o comportamentales que pudo inferir en él.*
  - 7) *El terapeuta le comunica al paciente información de su vida personal.*
  - 8) *El terapeuta le transmite al paciente que sus sentimientos o conductas son entendibles y/o esperables en su contexto.*
- 

**(III) Intervenciones orientadas a la recolección de información y establecimiento del encuadre terapéutico**

- 9) *El terapeuta pide más información o elaboración al paciente de temas recientemente mencionados.*
  - 10) *El terapeuta sintetiza dichos previos del paciente con palabras distintas.*
  - 11) *El terapeuta presenta en sesión especificaciones relativas al encuadre: lugar físico, rol de los participantes, duración y frecuencia de las sesiones, ausencias, modificaciones y retribuciones.*
-

#### **Apéndice IV.** Descripción de los modelos lineales jerárquicos.

Los modelos lineales jerárquicos (HLM por su sigla en inglés) se desarrollaron sobre el supuesto de que gran parte de la investigación en ciencias sociales presenta una estructura jerárquica y que dicho ordenamiento debe ser tenido en cuenta dentro de los procesos de análisis cuantitativos (Raudenbush y Bryk, 2002). Esto se puede observar en estudios en donde los participantes estudiados forman parte de agrupamientos (como el ejemplo de alumnos agrupados en colegios) o en donde hay medidas repetidas de una misma variable (donde las observaciones se encuentran agrupadas dentro de cada uno de los participantes).

Frente a la inadecuación de las estadísticas convencionales para analizar datos que tengan estas jerarquías, debido a que esta estructura de datos viola una de sus supuestos fundamentales (i.e. la independencia de las observaciones), los modelos HLM surgieron como una alternativa para analizar datos con esta naturaleza (Raudenbush y Bryk, 2002).

Los modelos HLM establecen diferentes niveles de organización en los datos, y crean sub-modelos para cada uno de ellos, que incluyen las relaciones entre variables que se dan en dicho nivel, así como las relaciones de las variables en un nivel pueden impactar en los otros niveles (Raudenbush y Bryk, 2002).

Una de las aplicaciones más importantes de estos modelos es el estudio del cambio individual y su explicación mediante diferencias intra-sujeto e inter-sujeto. A modo de ejemplo, imaginemos un grupo de pacientes con ansiedad que fueron tratados mediante psicoterapia. Supongamos que se midió su ansiedad, antes de empezar el tratamiento, en el medio del mismo y al finalizarlo. Este diseño podría representarse con el siguiente modelo HLM:

##### **Nivel 1**

$$\text{Ansiedad}_{ij} = \beta_{0j} + \beta_{1j} * (\text{Sesión}_{20ij}) + r_{ij}$$

**Nivel 2**

$$\beta_{0j} = \gamma_{00} + u_{0j}$$

$$\beta_{1j} = \gamma_{10} + u_{1j}$$

Este modelo busca calcular las trayectorias de ansiedad de cada paciente, utilizando tanto información de los individuos como de toda la muestra (mejorando la estimación de estos parámetros). Así, la variable dependiente  $Ansiedad_{ij}$  constituye el nivel de ansiedad de un paciente (paciente  $j$ ) en un momento (sesión  $i$ ) y es explicada en el primer nivel del modelo (que representa variaciones dentro de los sujetos), por el nivel de ansiedad del paciente  $j$  al final de la terapia ( $\beta_{0j}$ ) y su tasa de cambio entre sesiones ( $\beta_{1j}$ ). El parámetro aleatorio ( $r_{ij}$ ) representa la variación aleatoria de la ansiedad del paciente  $j$  en el momento  $i$ , en relación al valor predicho.

En el nivel 2 (que representa variaciones entre los sujetos), los predictores se convierten en variables dependientes.  $\beta_{0j}$  se estima a partir del promedio de ansiedad en la muestra al fin de la terapia ( $\gamma_{00}$ ) y un componente aleatorio ( $u_{0j}$ ). Del mismo modo,  $\beta_{1j}$  es estimado por el promedio de cambio entre sesiones en la muestra ( $\gamma_{10}$ ), sumado a un componente aleatorio ( $u_{1j}$ ).

Como se puede observar, una de las implicancias más valiosas de estos modelos es que no solo estiman parámetros fijos, como pueden ser las medias de la muestra, sino también parámetros aleatorios, permitiendo analizar si los puntajes de los participantes (en este caso en la ansiedad), varían significativamente respecto de su media (Raudenbush y Bryk, 2002). Si es así, el modelo permite incluir nuevos predictores para explicar esa variabilidad.

Por ejemplo, alguien podría preguntarse por qué algunas pacientes terminaron el tratamiento con niveles de ansiedad más altos, mientras que otros terminaron con niveles de ansiedad más bajos, siempre en relación a la media de la muestra. Para explicar esa variabilidad se pueden incluir tanto predictores de nivel 1 (es decir, que varíen en el tiempo) como de nivel 2

(características que varíen entre los sujetos). A modo de ejemplo, alguien podría analizar si las variaciones en la tolerancia a la incertidumbre durante el tratamiento (nivel 1, variaciones dentro de los sujetos) o la presencia vs. ausencia de un trastorno de personalidad comorbido al principio de la terapia (nivel 2, variaciones inter-sujeto) tienen un efecto sobre los puntajes de ansiedad de los participantes al terminar el tratamiento.

Por ende, la aplicación de modelos HLM posibilita no solo estimar patrones de cambio individual, desagregando las fuentes de varianza en diferencias individuales vs. diferencias entre individuos, sino que también permite incluir predictores en cada uno de estos niveles, para establecer su efecto sobre la variable dependiente (Raudenbush y Bryk, 2002).

De estas posibilidades de aplicación se desprende el valor de estos modelos de análisis para estudiar los efectos de variables del proceso o de características de los participantes en psicoterapia, permitiendo identificar el impacto (individual y conjunto) de variables de distinto nivel.

**Apéndice V.** Descripción de las estrategias de transformación de datos.

Para poder realizar la mayor parte de los análisis estadísticos inferenciales se requiere que los datos cumpla una serie de supuestos respecto de su distribución y composición. Por ejemplo, los estadísticos paramétricos de comparación medias como la prueba *t* de Student o para asociación de variables como el coeficiente de correlación de Pearson, requieren que las variables continuas presenten una distribución normal.

Cuando alguno de estos requisitos no se cumple, la transformación de los datos surge como una alternativa que permite realizar esos análisis a pesar de que en los datos originales se violen supuestos necesarios para su aplicación (Bland y Altman, 1996).

Las transformaciones implican una modificación en la escala de los datos que se analizan, mediante una función que se aplica sistemáticamente a los mismos (por ejemplo, elevarlos al cuadrado o calcular su raíz cuadrada) y que permite realizar análisis estadísticos asegurándonos su validez (Bland y Altman, 1996). Por otra parte, las transformaciones también se realizan para facilitar la interpretación de los datos. Es el caso en el que se quiere analizar la relación de dos variables que presentan una asociación no lineal, como cuadráticas o cúbicas, cuya interpretación es más compleja que una relación lineal (Behrens, 1997).

En los estadísticos HLM, uno de los principales supuestos reside en que los residuos del modelo deben tener una distribución normal y una media igual a cero (Raudenbush y Bryk, 2002). Esto implica que no existan sesgos sistemáticos en las diferencias entre los valores predichos y los reales, sino que los mismos se expliquen fundamentalmente por un error aleatorio de variación. En los casos en los que se viola este supuesto, se ha sugerido utilizar una estrategia de transformación de la escala de la potencia, desarrollada por John W. Tukey (Singer y Willett, 2003). Siguiendo estos criterios, cuando los residuos presentan una asimetría positiva

se busca reducir la potencia de la variable de estudio. Por ejemplo, se calcula su raíz cuadrada, luego su raíz cúbica, etc., reduciendo progresivamente así la potencia de la variable de interés, hasta llegar a la distribución de los residuos que más se asemeje a una distribución normal. En cambio, cuando la distribución de los residuos presenta una asimetría negativa, se utilizan estrategias que incrementen la potencia de la variable, como elevar sus puntajes al cuadrado, al cubo, a la potencia de cuatro, etc., hasta llegar también a aquella distribución que más se acerque a la normal (Singer y Willett, 2003).

Del mismo modo, la transformación de los datos puede ser un recurso importante en HLM cuando se quiere estudiar el efecto de predictores sobre el cambio lineal de una variable (i.e. aumento o disminución progresiva), en eventos que no presentan un cambio lineal con el tiempo. Frente a esta eventualidad, se ha prescrito una transformación conjunta de la variable dependiente y de la variable tiempo (en este caso cumpliendo el rol del predictor de nivel 1 en el modelo), para poder estimar (y predecir) la relación lineal entre estas variables (Singer y Willett, 2003). Para ello se aplica la regla de *bulge* de Mosteller y Tuckey que es un criterio de transformación para datos longitudinales, que requiere de un análisis individual de cada una de las trayectorias de los participantes, para identificar las formas de evolución no lineales más prevalentes en la muestra (Singer y Willett, 2003). En base a las distintas tipologías de evolución observadas se debe decidir elevar o reducir la potencia de la variable dependiente y/o de la variable temporal, buscando establecer una relación lineal entre las mismas. A partir de este método, se pueden introducir predictores de nivel 2 (diferencias entre sujetos) que permiten analizar su efecto sobre la relación lineal entre la variable dependiente y el tiempo.

**Apéndice VI.** Índice de abreviaciones.

|               |  |
|---------------|--|
| <b>ANS</b>    | Escala de Negociación de la Alianza                                |
| <b>BDI</b>    | Inventario de Depresión de Beck                                    |
| <b>CB</b>     | Intervenciones cognitivo-conductuales                              |
| <b>CD</b>     | Cuadrante Interpersonal de Cordialidad-Dominación                  |
| <b>CMIP</b>   | Clasificación Multidimensional de Intervenciones Psicoterapéuticas |
| <b>CPIRS</b>  | <i>Comprehensive Psychotherapeutic Interventions Rating Scale</i>  |
| <b>CPPS</b>   | Escala Comparativa del Proceso Psicoterapéutico                    |
| <b>CS</b>     | Cuadrante Interpersonal de Cordialidad-Sumisión                    |
| <b>DE</b>     | Desvío estándar  |
| <b>CSN</b>    | Sub-escala Confort con sentimientos negativo del ANS               |
| <b>ED50</b>   | Mediana de dosis efectiva  |
| <b>GMM</b>    | Modelos mixtos de crecimiento                                      |
| <b>OQ.45</b>  | Cuestionario de Resultados 45                                      |
| <b>OQ DS</b>  | Sub-escala distrés sintomático del OQ.45                           |
| <b>OQ FS</b>  | Sub-escala funcionamiento social del OQ.45                         |
| <b>OQ RI</b>  | Sub-escala relaciones interpersonales del OQ.45                    |
| <b>EIC</b>    | Escala de Intervenciones Comunes                                   |
| <b>HLM</b>    | Modelos Lineales Jerárquicos                                       |
| <b>HD</b>     | Cuadrante Interpersonal de Hostilidad-Dominación                   |
| <b>HS</b>     | Cuadrante Interpersonal de Hostilidad-Sumisión                     |
| <b>IIP-64</b> | Inventario de Problemas Interpersonales 64                         |
| <b>K-S</b>    | Estadístico Kolmogorov-Smirnov                                     |
| $k^2$         | Estadístico de contraste de normalidad multivariada                |
| <b>M</b>      | Media  |
| <b>MULTI</b>  | Listado de Intervenciones Terapéuticas Multi-teoréticas            |
| <b>PFN</b>    | Sub-escala Postura flexible y negociadora del ANS                  |
| <b>SE</b>     | Error estándar   |
| <b>SFBT</b>   | <i>Solution-Focused Brief Therapy</i>                              |
| <b>TAU</b>    | <i>Treatment as usual</i>  |
| <b>TCC</b>    | Terapia cognitivo-conductual                                       |
| <b>WAI</b>    | Inventario de Alianza de Trabajo                                   |
| $zG_1$        | Estadístico de contraste de asimetría                              |
| $zG_2$        | Estadístico de contraste de curtosis                               |